

Una nuova governance per la sanità

A cura di Remo Arduini

ECONOMIA



FrancoAngeli



MANAGEMENT

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Una nuova governance per la sanità

A cura di Remo Arduini

FrancoAngeli

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

INDICE

Presentazione	pag.	I
Il ruolo della tecnologia e dell'organizzazione nella prospettiva delle società benefit	»	1
1. Cosa sono le società benefit	»	23
1.1. Nozione	»	23
1.2. Contesto	»	24
1.3. Caratteristiche della società benefit	»	25
1.4. Sistema dei controlli	»	26
2. Il nodo della governance e dei modelli organizzativi	»	29
2.1. Introduzione	»	29
2.2. La New Public Governance	»	29
2.3. La Service-Dominant Logic	»	30
2.4. In sintesi	»	31
2.5. Gli attori della governance e i loro ruoli	»	33
2.6. Il modello di relazione tra governance istituzionale e governance organizzativa	»	34
2.7. Il modello organizzativo	»	35
2.8. La gestione delle performance	»	36
3. Una nuova strutturazione della governance: aspetti economico-finanziari	»	37
3.1. Introduzione	»	37
3.2. La forma giuridica delle aziende sanitarie	»	38
3.3. Quale forma giuridica per le aziende sanitarie?	»	42
3.4. Azienda sanitaria come società di diritto privato	»	42

3.5. Aziende sanitarie come società partecipate	pag.	43
3.6. Gli organi amministrativi e di controllo	»	45
3.7. La spa Benefit a partecipazione pubblica	»	51
4. Una nuova strutturazione della governance: aspetti organizzativi	»	53
4.1. Introduzione	»	53
4.2. Appropriatelyzza della prestazione sanitaria	»	59
4.3. L'organizzazione dell'Urgenza ed Emergenza	»	59
4.4. La dirigenza sanitaria conseguente al processo di aziendalizzazione	»	62
4.5. Il Piano di organizzazione aziendale POA	»	64
4.6. Il Piano della Performance	»	67
4.7. La direzione sanitaria	»	69
4.8. Il dipartimento: l'evoluzione del modello e delle finalità	»	71
5. Organizzazione in sanità e assetto dipartimentale	»	75
5.1. Cosa sono e quando nascono i dipartimenti	»	75
5.2. Come e quanto sono stati “agiti” i dipartimenti?	»	77
5.3. La clinical governance	»	78
5.4. Il “ripensamento” alla luce della New Public Governance	»	80
5.5. Perché una diversa articolazione	»	81
Bibliografia	»	82
6. Per l'innovazione nella gestione delle aziende ospedaliere: il contesto della spesa sanitaria	»	83
7. Sanità intermediata, integrazione con il SSN e governance regionale	»	90
7.1. La spesa sanitaria come proxy	»	91
7.2. La crisi sistemica del welfare familiare	»	94
7.3. La sfida	»	98
7.4. Cosa stanno facendo le Regioni?	»	101
7.5. La sperimentazione della Regione Toscana	»	107
7.6. Qualche considerazione finale	»	112
Bibliografia	»	113

PRESENTAZIONE

Perché Remo Arduini, professore dell'Università degli Studi di Milano, presso cui insegna Economia sanitaria, di cui è noto l'interesse ultradecennale per gli aspetti economici della sanità, raduna un gruppo di studiosi a discutere dell'argomento a qualche anno dal suo interessante volume *Innovazione culturale e gestionale in sanità* (FrancoAngeli, Milano, 2016)?

Certamente c'è del nuovo da presentare e da proporre; c'è tanta materia da ridiscutere alla luce dei cambiamenti e delle nuove proposte che hanno preso forma negli ultimi anni nel campo della sanità.

In questo momento in cui da più parti ci si affanna a celebrare i 40 anni del nostro sistema sanitario, Arduini, aggregando ancora una volta collaboratori altamente qualificati, mentre continua a concentrare l'attenzione sui problemi attuali riguardanti la sostenibilità e la governance, ne propone soluzioni di grande interesse, figlie, in qualche modo, delle nuove proposte della letteratura e delle sue precedenti esperienze maturate – tra l'altro nell'ambito del Comitato Tecnico-Scientifico – per la Sanità della Regione Lombardia. Come è sua inveterata abitudine, Arduini, lancia da un lato uno sguardo positivamente critico sui punti più rilevanti del panorama sanitario attuale, mentre dall'altro lascia intravedere la forma di una proposta coinvolgente, che al lato economico affianca interessanti aspetti sociali. Vale la pena approfondire la lettura seguendo i vari percorsi che si delineano lungo lo svolgimento del libro. Per seguire il pensiero degli autori nello sviluppo del volume bisogna partire con loro da alcuni punti fermi condivisi e indiscutibili: il primo è il grande e continuo progresso della scienza medica, frutto sia delle tecnologie di cui oggi si dispone che della ricerca di base e dalle sue applicazioni cliniche con la ricerca traslazionale. Tecnologie da utilizzare e ricerca da produrre non sono temi statici, ma scenari in continua evoluzione, strettamente correlati all'aumento della richiesta di salute da parte di una

popolazione con un'attesa di vita media in aumento costante. Il fenomeno trascina inevitabilmente, con l'aumentare dell'età, una trasformazione della popolazione che gradualmente diventa sempre più frequentemente fatta di patologie croniche come quelle metaboliche, cardiovascolari, neurodegenerative e di quei tumori non guariti ma stabilizzati dalle terapie. Si tratta quindi di pazienti anziani e con alta frequenza di malattie che, pur richiedendo assistenze esperte e puntuali, tuttavia permettono all'individuo di convivere con la malattia, che, praticamente – è quello che avviene oggi sempre di più – diviene portatore di una costosa patologia cronicizzata.

Il sistema sanitario si trova così a dover fronteggiare costi in continua ascesa e problematiche le più varie e sempre più care, per corrispondere alle crescenti esigenze di salute di questa utenza rinnovata e fatta di pazienti molto più numerosi e con comorbilità frequenti e complessità cliniche articolate. Tutto questo comporta un costante aumento del conto che il sistema sanitario presenta al governo del Paese, minacciando la sostenibilità e con questa il sogno di poter mantenere un sistema universalistico di assistenza.

La lievitazione dei costi è legata, oltre che all'aumento dell'età media, anche ai costi delle grandi macchine di diagnostica, che devono essere di continuo mantenute e ammodernate; a terapie chirurgiche complesse e sofisticate di cui la più moderna è costituita dall'espandersi dell'uso dell'approccio endoscopico e robotico. D'altra parte si usufruisce di interventi con drastiche riduzioni dei tempi di degenza ospedaliera, di ridotta traumaticità, di poche complicanze ed estrema precisione, ma i costi... In medicina generale e oncologica i trattamenti a base dei nuovi farmaci biologici offrono tollerabilità e risultati, ma – purtroppo – anche costi, incomparabilmente superiori alle precedenti, ormai tradizionali, modalità di trattamento. Tutto questo ha bisogno di grandi quantità di risorse economiche, sempre crescenti, che lievitano anche grazie all'alto numero delle cronicità tra i pazienti di età avanzata e portatori di più patologie nella stessa persona e di nuove strutture organizzative e modalità di erogazione dei servizi sanitari.

Si giunge così alla conclusione che se si vuole mantenere alta la qualità del sistema sanitario nazionale, al quale lo Stato non è in grado di fornire nuove risorse, bisogna escogitare forme di finanziamento complementari a quelle che oggi stentano a sostenere l'attuale spesa per la salute. A questo proposito Daniel Callahan ha scritto in *La Medicina Impossibile* (Baldini e Castoldi, Milano, 2000): «quand'anche disponesse di risorse illimitate, la medicina moderna non sarebbe in grado di mantenere le sue promesse, neanche quelle apparentemente più modeste... vi è bisogno di una medicina sostenibile».

Ma veniamo al volume curato da Arduini. Abbiamo iniziato dal perché egli ha ripreso a scrivere di argomenti che aveva trattati precedentemente in saggi e workshop; la spiegazione starebbe nel fatto che è individuata e comincia a prendere forma una nuova governance, che utilizza «uno strumento giuridico recentemente introdotto in Italia»: con la legge di stabilità del 2016, le “società benefit”. Le Benefit Corporation americane, da cui le nostre Benefit s.p.a. prendono le mosse, possono essere viste come un modo di dare al profitto un volto etico e un risvolto sociale, nel senso che, oltre a produrre utili riescono «a perseguire scopi benefici a favore della collettività».

È di grande interesse come viene trattato l’aspetto organizzativo della gestione aziendale, in particolare, la proposta di regolamentazione dei dipartimenti, che si può considerare come fondamento della “clinical governance” orientata verso l’ottenimento dell’eccellenza professionale. In questo processo si inserisce un miglioramento complessivo delle procedure assistenziali derivato dall’incremento delle tecnologie più moderne e dall’informatizzazione dei processi organizzativi, con ottimizzazione dell’utilizzo delle risorse.

Questo nuovo modo di concepire l’intervento del privato in sanità secondo nuove modalità è estremamente interessante e sollecita il desiderio di vederlo alla prova. Si presuppone che dall’utilizzo dei risultati economici della gestione si possa avere un tangibile beneficio per finanziare un sistema sanitario che non sa più dove reperire le risorse per stare la passo con la crescente richiesta di prestazioni, di cronicità con pluripatologie, di innovazioni tecnologiche, di nuovi costosi farmaci.

Il medico vede nelle nuove proposte di riorganizzazione del sistema sanitario, di finanziamento degli acquisti necessari, di assunzione e di formazione del personale medico e non medico sugli aspetti gestionali, la possibilità di mantenere vivo quel sogno di sanità universale, che la limitatezza delle risorse sembra voler fare svanire.

Pasquale Spinelli

Primario Emerito Istituto Nazionale Tumori di Milano
Past-President Federazione
delle Società Medico-Scientifiche Italiane

IL RUOLO DELLA TECNOLOGIA E DELL'ORGANIZZAZIONE NELLA PROSPETTIVA DELLE SOCIETÀ BENEFIT

di *Remo Arduini*

A conclusione del volume “Economia e gestione delle aziende sanitarie”, 2010, si è accennato a due importanti questioni che erano (e sono) rimaste aperte: a) la sostenibilità economica; b) il completamento del processo di aziendalizzazione.

In relazione alla prima questione, occorre partire dalla situazione esistente e far riferimento all'innovazione/rivoluzione in atto (cfr. Arduini, 2016, cap. 1) e constatare: a) il ruolo della sanità e che b) i sistemi sanitari sono organizzazioni complesse dove la multidimensionalità è l'elemento caratterizzante e quindi i modelli gestionali aziendali di tipo tradizionale non sono adeguati.

Occorre che la ricerca clinica e la ricerca di laboratorio procedano in parallelo: «È necessario creare nuovi modelli organizzativi e strutturali che consentano di integrare cura e ricerca nelle differenti discipline» (cfr. Arduini, 2016, pp. 38 ss.).

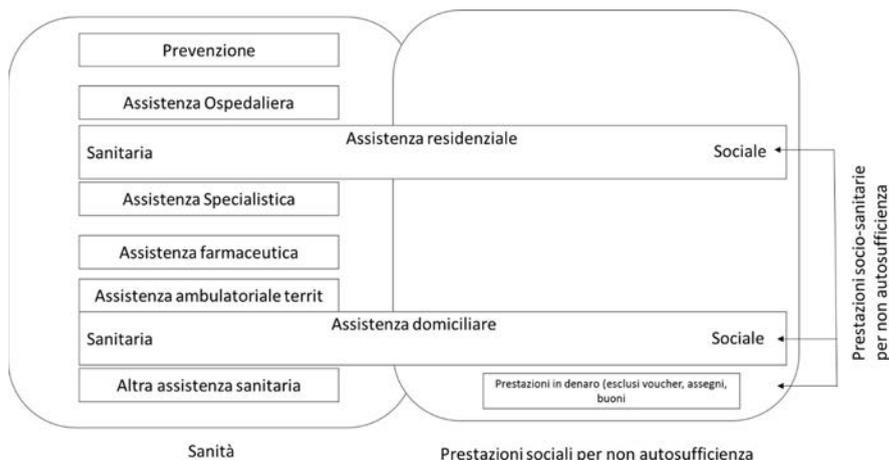
Da ciò le implicazioni che riguardano l'intero assetto, anche di vertice delle aziende ospedaliere.

La disamina che segue si propone di aprire un dibattito su una nuova “governance” utilizzando uno strumento giuridico recentemente introdotto in Italia: le società benefit, società profit di natura privata.

Occorre prendere le mosse dalla trasformazione delle aziende ospedaliere, attualmente pubbliche di proprietà delle Regioni, in società benefit, previo scorporo degli ospedali dalle aziende territoriali, così come è stato fatto in Lombardia. Onde evitare un facile equivoco, le società benefit non sono le imprese sociali (di cui al d.lgs. n. 112/2017 come modificato dal d.lgs. n. 95/2018). In questa sede si farà riferimento esclusivo alle società benefit.

Il presente saggio si propone di illustrare questa grande e radicale trasformazione che presuppone una molteplicità di aspetti giuridici economico-aziendali.

Fig. 1 – La composizione del settore socio sanitario



Fonte: Crea Sanità, adattata

La sanità è un settore portante dell'economia a forte interdipendenza. Secondo l'ISTAT, il comparto socio sanitario rappresenta il settimo settore dell'economia nazionale e il sesto se si aggiungono le produzioni farmaceutiche.

Contrariamente ad altri settori pubblici, il 70% delle risorse viene trasferito a economie terze come corrispettivo per beni e servizi per l'erogazione di assistenza del SSN, solo il 30% della spesa del SSN è destinata ai dipendenti pubblici.

La sanità è un settore "labor intensive", con una forte componente tecnologica e dove gli addetti sono tra i più qualificati, rispetto ad altri settori.

Il tasso di crescita della spesa del SSN, soprattutto la spesa sanitaria privata è fortemente correlata al PIL. La spesa sanitaria pubblica italiana è allineata con quella dei paesi con cui ci confrontiamo comunemente. Però il futuro potrebbe riservarci delle spiacevoli sorprese perché una delle principali cause dell'incremento della spesa sanitaria sono state le malattie croniche in conseguenza dell'invecchiamento della popolazione. Si stima, infatti, che nel 2050 un terzo della popolazione avrà più di 65 anni e già, oggi, il numero degli ultra sessantenni ha superato quello degli under 30 in Italia. La patologia cronica è polipatologica, progressiva e prevede una lunga latenza, una

lunga evoluzione di durata indeterminata con un esito che non è la guarigione.

Ciò richiede professionisti specializzati, attrezzature idonee e struttura organizzativa adeguata a fronteggiare la gestione della cronicità.

Per quanto attiene le malattie croniche, l'obiettivo non può essere la guarigione, ma il mantenimento di una condizione che consenta una buona qualità della vita. L'attuale rete di servizi che rappresenta l'offerta territoriale ed ospedaliera non è ancora adeguata a gestire i pazienti cronici.

Stanno emergendo fattori che spingono il SSN in diverse direzioni: il progresso tecnico-scientifico consente un progressivo invecchiamento, di conseguenza emerge una nuova domanda che si porrà in conflitto con quella esistente e dei giovani. Pertanto, non è difficile prevedere che sorgano anche forti conflitti, per riservarsi quote di risorse sempre più scarse.

La Politica (con la P maiuscola) sarà in grado di mediare, all'interno della popolazione, tra gli interessi diversi oppure si moltiplicheranno i conflitti fra generazioni e istituzioni? (cfr. Arduini, 2017, pp. 22-50).

Alla luce delle tendenze in atto e, soprattutto, alle previsioni che si possono fare sul futuro della medicina, si può, ragionevolmente, affermare che stiamo vivendo un'epoca di straordinaria innovazione e, in molti casi, di vere e proprie rivoluzioni nelle conoscenze, nelle tecnologie, nelle norme, negli usi e nelle consuetudini; ciò ha determinato cambiamenti epocali e la configurazione di molti scenari sia sul fronte dei bisogni dell'utenza che della rete di offerta dei servizi.

Le quattro grandi rivoluzioni che stanno cambiando la scienza medica e i Servizi Sanitari Nazionali (SSN) sono:

- la nuova conoscenza nell'era post-genomica, e la medicina molecolare;
- le tecnologie mediche;
- l'ICT Informaton & communication Technology;
- la centralità del paziente (vedi Arduini Innovazione culturale e gestionale in sanità, pp. 29-61).

La rivoluzione nelle tecnologie biomediche e nelle tecnologie informatiche applicate alla clinica e alla ricerca stanno modificando radicalmente la sanità e le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

È evidente che risulta essere indispensabile che il SSN evolva rapidamente per cogliere le opportunità fornite dalla scienza e dalle tecnologie. D'altra parte è evidente che occorre disporre e usare efficacemente le conoscenze, i dati e le informazioni, ma soprattutto disporre di un sistema di gestione delle informazioni.

I principali nodi riguardano le applicazioni – sempre più onerose e complesse – nel campo della tecnologia informatica, non tanto e non solo per le applicazioni cliniche tradizionali, ma nella scienza medica nella produzione di nuove prestazioni mediche che devono essere portate all'utilizzo di tutti i cittadini per rispettare il principio di universalità che caratterizza il nostro SSN, in genere tutti i SSN.

Ciò implica lo sviluppo di nuove professionalità e “skills”, strutture con un'organizzazione rinnovata e una nuova “governance” che promuova i cambiamenti e l'integrazione. A questo punto, una domanda sorge spontanea: attualmente le aziende sanitarie pubbliche (rete di offerta in cui si concentra la maggior parte delle prestazioni sanitarie) sono in grado di promuovere e gestire questo processo di cambiamento?

Poiché tale processo è temporalmente duraturo e via via progressivo, a fronte di una diminuzione o staticità della spesa pubblica, come si può conciliare, nel tempo, questa duplice e apparentemente contraddittoria esigenza? Introducendo nuove forme organizzative, meno burocratiche, più efficienti, lontane dalle influenze partitiche.

Occorre continuare a combattere la lunga lotta contro la burocrazia¹ che costituisce forse il principale ostacolo ai non più procrastinabili provvedimenti sulla spesa pubblica e argomenti annessi.

Il modo più efficace e meno oneroso per il bilancio dello Stato per finanziare le crescenti esigenze finanziarie che scaturiscono, vuoi dall'evoluzione della scienza medica, vuoi dalla tecnologia e dalla domanda dei pazienti, è quello, lo ripeto, di avere uno strumento operativo (che si chiama società benefit, recentemente introdotto nell'ordinamento giuridico italiano) che consente di conservare i principi fondamentali del servizio pubblico, la maggioranza della proprietà in capo alle Regioni, ma anche dà uno spazio più ampio ai soggetti privati profit e no profit che possono contribuire a sostenere l'azienda dal punto di vista economico e patrimoniale (con gli investimenti) che trasformino la gestione delle aziende ospedaliere in senso privatistico e allontanino l'influenza nefasta dei partiti politici nella gestione degli ospedali. Occorre ribadire che alla politica spetta l'onere di definire la strategia complessiva, di nominare i vertici, di controllare ex post l'operato dei dirigenti delle aziende.

Il settore sanitario è caratterizzato, in quasi tutti i paesi occidentali da un significativo intervento pubblico (vedi Arduini, 2010, pp. 24-37) che oggettivamente influenza il settore nel suo complesso.

¹ Vedi il saggio di Francesco Giavazzi e Giorgio Barbieri *I signori del tempo perso* (Longanesi, Milano).

All'inizio degli anni Ottanta, l'economista peruviano H. De Soto, dopo aver trascorso all'estero diversi anni, torna a Lima ed è colpito dall'enorme povertà che incontra sui marciapiedi della capitale. Vede centinaia di bancarelle abusive dove si vende di tutto. Quindi De Soto avvia un'indagine per capire quali fossero le ragioni che impedivano a quei commercianti di svolgere un'attività lecita scoprendo che quell'attività precaria e di piccole dimensioni consentiva loro di vivere dignitosamente e che agli stessi conveniva restare nell'illegalità. Lo stesso studio fu replicato anche in realtà diverse (ad esempio USA) e i risultati furono simili a quelli constatati in Perù.

Tutto ciò induce l'economista a cercare nell'eccessiva regolamentazione l'origine del sottosviluppo e dell'illegalità.

Secondo lo studioso citato, gli imprenditori, invece di lavorare per creare ricchezza, spendevano il loro tempo per ingraziarsi i politici e i funzionari pubblici per tutelarsi dalla concorrenza. Lo studio di De Soto spinge altri economisti ad estenderlo in altri settantacinque Paesi e, quindi, a pubblicare annualmente il rapporto "Doing Business" della Banca Mondiale. In modo sorprendente, risulta che nei primi posti fra le attività precarie troviamo la nuova Zelanda, Singapore e la Danimarca. La Francia è al 29° e l'Italia al 50°. Però la situazione cambia.

In questi ultimi anni il ruolo dello stato nell'economia è diminuito per una molteplicità di ragioni, non ultima quella che fa riferimento alla diffusione e all'aumento dei disavanzi nei bilanci statali delle economie occidentali, particolarmente di quelle europee.

Tutto ciò ci induce a fare una riflessione sul ruolo dello Stato nei servizi pubblici e, specificamente, nella sanità, con un focus in particolare sugli investimenti nello sviluppo delle tecnologie informatiche.

Nel settore sanitario si sta assistendo, così come in altri comparti dei pubblici servizi nazionali e locali, alla diminuzione dell'importanza del ruolo del governo nazionale e degli Enti locali nella gestione diretta di tali servizi, al contrario si constata un progressivo aumento del "peso" del privato sia del non profit sia del for profit.

Lo stato ricopre una molteplicità di ruoli nel campo dei servizi pubblici, ma l'osservazione empirica e una facile previsione, ci induce a stimare che lo stato ricoprirà sempre più il ruolo di regolatore, abbandonando progressivamente quello di gestore, cioè di produttore ed erogatore, in quanto i privati sono "notoriamente" più efficienti e, quindi, consentono di produrre /erogare i servizi sanitari conseguendo soddisfacenti risultati economici, a parità di efficacia.

In questo contesto, l'ICT – Information and Communication, Technology va acquisendo un "peso" via via crescente perché costituisce lo strumento

più usato nella competizione globale tra le strutture produttive e tra i diversi sistemi sanitari.

I macro obiettivi, definiti a livello internazionale e a livello nazionale, potranno essere perseguiti grazie all'impiego sempre più massiccio della tecnologia che, oggi, dovrebbe costituire uno dei fattori principali di crescita della spesa sanitaria, insieme all'aumento della speranza di vita.

Da ciò nasce l'esigenza di conoscere lo "stato dell'arte" dell'informatica delle aziende sanitarie e, specificamente, delle strutture ospedaliere.

La conoscenza dell'esistente, così come viene percepita da due importanti attori delle aziende ospedaliere: il direttore sanitario e il CIO – Chief Information Office – permette di valutare, rispetto al futuro, il potenziale che ciascuna azienda possiede e quindi il sistema nel suo insieme per partecipare alla sfida, che è già in atto, tra le aziende di uno stesso territorio e fra i sistemi sanitari regionali e nazionali.

Oggi registriamo il danno (non solo economico, ma soprattutto di know-how) che alcune regioni italiane – specificamente quelle del Centro-Sud – subiscono in conseguenza del crescente flusso di pazienti che vengono "esportati" verso le altre regioni e, in particolare, verso la Lombardia. Non è più così, la situazione sta cambiando.

La concorrenza diventerà sempre più internazionale e riguarderà l'area europea. Quindi, i flussi di pazienti varcheranno i confini e, con loro, si sposteranno le risorse economiche che andranno a finanziare i fabbisogni della sanità di altri Paesi.

L'analisi che segue è divisa in due parti: la prima, riguarda la complessità delle organizzazioni sanitarie e la seconda riporta i risultati di una ricerca, svolta nel 2010, in aziende ospedaliere del nord Italia.

PRIMA PARTE

Le organizzazioni sanitarie sono preposte a fornire servizi di assistenza sanitaria a soggetti sani, nell'attività di prevenzione, e a soggetti malati, nell'attività di diagnosi e cura. Tali servizi «si distribuiscono lungo un continuum salute-malattia-salute e si differenziano in termini di complessità e intensità dell'assistenza» (Cicchetti, 2004, p. 78).

Le organizzazioni sanitarie presentano una complessità riconducibili all'eterogeneità di valori che definiscono, nel tempo e in un determinato contesto socio-politico, gli obiettivi di un sistema sanitario; alla tecnologia utilizzata, alla struttura sociale di riferimento e alla diversità degli skills professionali.

Un primo aspetto della complessità riguarda la pluralità di scopi e funzioni (che variano nel tempo e da comunità a comunità) che di volta in volta

vengono assegnati alla medicina e alla sanità. In questo ambito, assumono un ruolo importante i diversi attori del sistema sanitario (i pazienti, i rappresentanti delle istituzioni, i professionisti e gli amministratori) in relazione ai valori, alle culture e agli interessi di cui sono portatori. Questa differenziazione di ruoli genera conflitti che devono essere via via ricomposti.

La complessità ha anche una natura tecnica in quanto vi è una eterogeneità nei processi di produzione dei servizi sanitari, una frammentazione delle competenze, una pluralità di centri decisionali e una oggettiva difficoltà di misurazione dei risultati.

E, infine, la complessità riguarda la struttura sociale, cioè la combinazione tra aspetti formali e informali, l'intensità relazionale e i processi decisionali clinici e organizzativi (Cicchetti, 2004, p. 94).

La limitata standardizzazione dei processi produttivi rende particolarmente complessa l'attività delle aziende sanitarie: «Il livello di standardizzazione possibile, sempre come elemento di governo e di controllo, fa riferimento al controllo delle conoscenze e delle abilità dei professionisti. Si individua perciò, una configurazione organizzativa peculiare che è definita come "burocrazia professionale". Il modello delle burocrazie professionali, descritto da Mintzberg (1985) si basa sulla specializzazione delle conoscenze e delle capacità professionali» (Bergamaschi, 2000, p. 46).

Per le aziende sanitarie l'assetto organizzativo è direttamente influenzato dal processo di pianificazione strategica e, quindi, dal contesto istituzionale di riferimento.

La progettazione organizzativa e la progettazione dell'ICT stanno coincidendo come attività, dopo un lungo periodo di netta separazione tra le due funzioni aziendali. Ciò costituisce un deciso progresso nel favorire l'integrazione.

SECONDA PARTE

Esistono due approcci all'investimento nell'ICT: "Technology driven", la tecnologia forza e determina i processi di cambiamento organizzativo e "Business driven", prioritariamente si rivede l'assetto organizzativo e quindi si introduce il sistema informativo di supporto a tale assetto.

Secondo il "Rapporto 2010 dell'osservatorio ICT in sanità del Politecnico di Milano" le strutture sanitarie spendevano ancora poco in ICT e più del 60% del relativo budget è impegnato in spese correnti. Inoltre, le maggiori barriere all'efficacia dell'innovazione tecnologica sono di natura organizzativa.

Tale innovazione è spinta soprattutto da esigenze di controllo economico, qualità e sicurezza, mentre rimane ancora scarsa l'attenzione all'integrazione ospedale/territorio.

La dottrina economico aziendale (Buccoliero *et al.*, 2002, pp. 33 ss.) aveva descritto l'evoluzione delle teorie sui sistemi informativi secondo un triplice approccio:

- di business administration;
- tecnologico;
- aziendale.

Per quanto riguarda specificamente le aziende sanitarie, sono state adottate tre generazioni successive di sistemi informativi:

- la prima, è stata finalizzata all'automazione delle attività amministrative;
- la seconda, ha riguardato essenzialmente l'accettazione del paziente e i servizi di diagnosi;
- la terza, è definita dell'Hospital resource planning.

L'attività delle aziende sanitarie può essere distinta nelle seguenti aree (Bergamaschi, 2000, pp. 157 ss.):

- amministrativa;
- clinico sanitaria;
- servizi e territorio;
- direzionale.

Negli ultimi anni il processo produttivo delle strutture sanitarie è stato interessato dall'introduzione di crescenti dosi di innovazione organizzativa/tecnologica.

Si fa sempre più pressante la necessità di integrare le diverse parti del sistema informativo aziendale. In questo ambito, si sono diffusi i sistemi ERP (Enterprise Resource Planning) che supportano i sistemi informativi sul piano dell'integrazione delle attività, della comunicazione e dei processi decisionali. Quindi le tradizionali aree possono essere considerate come moduli di un sistema integrato.

L'innovazione tecnologica ha interessato in particolare i sistemi di accertamento e di diagnosi, i reparti di chirurgia e rianimazione e la comunicazione.

Il modello Porter e Miller (Potter, 1980, 1985) è un utile punto di riferimento e propone la matrice di intensità informativa della catena del valore (Rossignoli, 1997, pp. 72-73).

L'evoluzione della tecnologia può produrre vantaggi competitivi. In tal modo, s'innesta un positivo processo di diffusione del cambiamento tecnologico con conseguenze sulla struttura del settore sanitario nonché sull'attività del settore.

La tecnologia informatica incide in ogni parte della catena del valore di Porter. Quest'ultimo ha individuato tre strategie per conseguire dei vantaggi competitivi e cioè:

- la leadership nei costi;
- la differenziazione nei prodotti/servizi venduti;
- la segmentazione del mercato.

La strategia di un'azienda, in generale, si manifesta a livello di settore e di area di affari.

Il modello di Porter riguarda l'analisi del settore e della concorrenza e quello di Porter Miller propone la matrice di intensità informativa.

I criteri valutazione della rilevanza strategica dell'ICT sono:

- l'intensità informativa della catena del valore;
- il contenuto informativo del prodotto/servizio.

Un'alta intensità informativa si ha in presenza di un elevato numero di clienti, di un'ampia gamma di prodotti/servizi.

Un'elevata intensità informativa si ha quando il servizio è costituito esclusivamente di informazioni, richiede una significativa formazione per essere utilizzato e molte informazioni per usarlo.

Il settore sanitario si caratterizza per un'alta intensità informativa del processo di produzione dei servizi sanitari e un alto contenuto informativo del servizio.

Nelle aziende sanitarie, la tecnologia costituisce una leva di cambiamento organizzativo fondamentale. Non solo le tecnologie incidono in modo significativo sulle modalità di produzione dei servizi sanitari, ma anche sulle caratteristiche competitive del settore attraverso la nascita di nuovi servizi on line e nuovi soggetti che entrano nel mercato per offrire in modo nuovo i servizi tradizionali oppure realizzare l'integrazione tra i servizi offerti dall'ospedale con quelli erogati dalle strutture presenti nel territorio (ambulatori, professionisti, medici di medicina generale ecc.).

L'evoluzione dei sistemi informativi sanitari si caratterizza sempre più per un'accentuata integrazione – come si è appena detto – tra l'attività amministrativa/gestionale e quella clinico/sanitaria, tra le tecnologie informatiche e le tecnologie biomediche, l'ICT a supporto del cambiamento organizzativo e la digitalizzazione dei documenti.

Infine, non possiamo non ricordare il ruolo propulsivo e di stimolo giocato dall'Unione Europea e dal governo nazionale attraverso il piano nazionale dell'E-gov e il piano sanitario nazionale.

Dal punto di vista istituzionale, le aziende sanitarie saranno sempre più condizionate: