

122

MIECOSAN

MANAGEMENT
ED ECONOMIA SANITARIA



FrancoAngeli 

CERGAS

MECOSAN

MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA

IN COLLABORAZIONE CON 

SOMMARIO

PUNTO DI VISTA

- La sostenibilità del SSN passa dalle aziende sanitarie 3
Elio Borgonovi, Giovanni Migliore

SAGGI

- Il vissuto degli operatori e l'emergenza Covid-19 nelle Residenze Sanitarie Assistenziali 7
Sara Barsanti, Virginia Sommati, Giulia Colombini

- Le determinanti della trasparenza informativa nella sanità pubblica.
 Un'analisi empirica nelle strutture ospedaliere italiane 29
Angelo Rosa, Angela Rella, Filippo Vitolla, Nicola Raimo

- Integrazione della catena logistica nel settore sanitario:
 quali strategie sono implementate? 45
Valeria Belvedere, Simone Laratro, Stefano Villa

- Il sistema delle procedure amministrativo-contabili della GSA:
 il caso di Regione Lombardia e Regione Veneto 59
Cecilia Langella, Niccolò Persiani

- Il contributo del management alla definizione della strategia di decentramento
 del Servizio Sanitario: il caso del Sistema Sanitario tunisino 85
Niccolò Persiani, Martina Giusti, Maria Jose Caldes, Afef Hagi

- Un framework per la digitalizzazione del territorio 105
Francesco Longo, Paola Roberta Boscolo, Claudio Buongiorno Sottoriva

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- Migliorare la performance nelle aziende sanitarie pubbliche:
 il contributo dei professionisti-manager 123
*Simone Fanelli, Chiara Carolina Donelli, Fiorella Pia Salvatore,
 Antonello Zangrandi*

- Implementazione della metodologia Lean per l'ottimizzazione del punto
 tamponi: l'esperienza di Piove di Sacco 137
*Gianmaria Goga, Morena Crivellaro, Veronica Lazzaretto, Elena Debora Toffanello,
 Alessandro Villa, Lorenzo Cattellano, Andrea Segondini*

COMITATO SCIENTIFICO

Paola Adinolfi, Università degli Studi di Salerno; Luca Anselmi, Università degli Studi di Pisa; Paolo Bordon, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento; Elio Borgonovi, Università Bocconi; Yvonne Brunetto, Southern Cross University; Stefano Caciolari, Università degli Studi di Milano-Bicocca; Lino Cinquini, Scuola Superiore S. Anna di Pisa; Alessandro Colombo, PoliS Lombardia; Thomas D'Aunno, New York University Wagner; Alberto Deales, Istituto nazionale ricovero e cura anziani; Giovanni Fattore, Università Bocconi; S. Robert Hernandez, University of Alabama at Birmingham; Nancy Kane, Harvard School of Public Health; Loredana Luzzi, Università degli Studi di Brescia; Marianna Mauro, Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro; Marco Meneguzzo, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"; Stephen J. O'Connor, University of Alabama; Paola Orlandini, Università degli Studi di Milano-Bicocca; David Paltiel, Yale University; Rocco Reina, Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro; Francesco Ripa di Meana, FIASO; Claudia Salvatore, Università degli Studi del Molise; Angelo Tanese, Asl Roma 1; Rosanna Tarricone, Università Bocconi; Emanuele Vendramini, Università Cattolica del Sacro Cuore, Piacenza; Gary Young, Northeastern University; Antonello Zangrandi, Università degli Studi di Parma; Francesco Zavattaro, Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute del Friuli-Venezia Giulia; Giuseppe Zuccatelli, Asp Catanzaro

DIRETTORE SCIENTIFICO E EDITOR IN CHIEF

Elio Borgonovi

EDITORIAL BOARD

Gustavo Barresi, Università degli Studi di Messina; Antonio Botti, Università degli Studi di Salerno; Corrado Cuccurullo, Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli"; Antonio D'Andreamatteo, Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara; Mario Del Vecchio, Università degli Studi di Firenze; Andrea Francesconi, Università degli Studi di Trento; Floriana Fusco, Università degli Studi di Milano; Federico Lega, Università degli Studi di Milano; Pier Luigi Catalfo, Università degli Studi di Catania; Concetta Lucia Cristofaro, Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro; Manuela S. Macinati, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; Marta Marsilio, Università degli Studi di Milano Statale; Mario Nicolliello, Università degli Studi di Pisa; Antonio Nisio, Università degli Studi di Bari; Daniela Preite, Università degli Studi del Salento; Elisabetta Reginato, Università degli Studi di Cagliari; Marco Giovanni Rizzo, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; Anna Romiti, Università degli Studi di Firenze; Angelo Rosa, Lum School of Management; Domenico Salvatore, Università degli Studi di Napoli "Federico II"; Sabato Vinci, Università degli Studi Roma Tre

CO-EDITORS

Mara Bergamaschi, Università degli Studi di Bergamo; Denita Cepiku, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"; Thomas D'Aunno, New York University Wagner; Luca Del Bene, Università Politecnica delle Marche; Mike Drummond, Cergas Università Bocconi; S. Robert Hernandez, University of Alabama at Birmingham; David Paltiel, Yale University; Anna Prenestini, Università degli Studi di Milano Statale; Salvatore Russo, Università degli Studi di Venezia; Domenico Salvatore, Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli; Massimo Sargiacomo, Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara; Marzia Ventura, Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro

BOARD FIASO (COMITATO DIRETTIVO)

Giovanni Migliore; Angelo Tanese; Paolo Petralia; Carlo Nicora; Eva Colombo; Antonio D'Urso; Antonio D'Amore; Pasquale Chiarelli; Alessandro Caltagirone

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Carlo Milano, SDA Bocconi; Camilla Falivena, SDA

AIMS & SCOPE

Mecosan è una rivista trimestrale di saggi e ricerche, documenti e commenti per il governo manageriale della sanità. La sua missione è di contribuire ad una migliore comprensione del funzionamento dei sistemi e delle aziende sanitarie e di promuovere la diffusione delle buone pratiche manageriali a tutti i livelli, nel settore pubblico e privato profit e non profit. Per realizzare la sua missione la rivista Mecosan accoglie contributi di campi disciplinari diversi (economia, statistica, medicina, sociologia e scienze giuridiche) sebbene le sue radici disciplinari siano chiaramente riferibili alla Economia Aziendale. La logica, i principi, i criteri e i metodi della ricerca di economia aziendale sono qualificanti per i contributi, che devono mettere in evidenza le implicazioni di policy e di management delle analisi svolte. Mecosan intende rappresentare un luogo per la condivisione dei risultati di rilevanti e rigorose ricerche, casi di studio ed esperienze nel campo della tutela della salute e dei servizi socio-sanitari affinché le pratiche manageriali possano essere influenzate e migliorate. Il pubblico di riferimento include accademici, ricercatori, policy maker a livello regionale e nazionale, manager a vario livello di aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche e private, medici e altri professionisti interessati a temi organizzativi e implicazioni economiche del loro lavoro. Sono benvenuti contributi su temi manageriali nel campo delle aziende e dei sistemi sanitari provenienti da differenti campi disciplinari ed esperienze professionali. Gli autori possono inoltrare saggi teorici, lavori empirici originali, rassegne di letteratura, articoli su buone pratiche manageriali. Tutti i materiali pervenuti saranno sottoposti ad un processo di referaggio di almeno due referee anonimi secondo gli standard internazionali di double blind comunemente accettati. Mecosan considera il referaggio come un processo finalizzato al miglioramento della qualità dei contributi piuttosto che un mero processo di selezione. La rivista accetta anche contributi di autori non italiani o scritti in inglese, sulla base delle norme editoriali pubblicate in altra parte della rivista.

Mecosan is the premier quarterly journal in Italy in the field of healthcare management. Its mission is to improve the understanding of how healthcare organizations and systems function and to promote the diffusion of good managerial practices at all levels. In order to pursue its mission, the journal draws together and learns from different academic disciplines (economics, statistics, medicine, sociology and law), although its conceptual roots are firmly grounded in the Italian approach to managerial studies. Considering the role of the public sector in healthcare systems, public management and administration research is a relevant basis for contributions. Mecosan aims at providing a forum for sharing the results of rigorous and relevant research, case studies and practical experiences in healthcare so that managerial practices can be influenced and improved. The target audience includes academics, researchers, consultants and practitioners. Contributions from different academic disciplines and professional experiences on managerial themes in the field of healthcare organizations are welcome. Authors can submit conceptual articles, original empirical works, theoretical overviews or reviews, or articles on good practices. All submissions will be comprehensively refereed by at least two anonymous reviewers according to internationally accepted standards. Mecosan considers reviewing to be a developmental process aimed at improving the quality of individual papers rather than a mere process of selection. The journal also welcomes papers from non Italian authors written in English.

DIREZIONE E REDAZIONE

Università L. Bocconi, CER GAS Via Roentgen 1, 20136 Milano.
E-mail: redazionemecosan@unibocconi.it

AMMINISTRAZIONE, DISTRIBUZIONE

FrancoAngeli, v.le Monza 106, 20127 Milano, tel. 02.2837141, fax 02.26144793
Ufficio abbonamenti, fax 02.26141958, tel. 02.28371456 – 02.28371454

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Italia* (CC-BY-NC-ND 4.0 IT).

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
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/it/legalcode>.

Autorizzazione del Tribunale di Milano: n. 73 del 01/03/2018 – Trimestrale – Direttore responsabile: dr. Stefano Angeli
Copyright © 2022 by FrancoAngeli s.r.l., Milano

Il trimestre 2022

La sostenibilità del SSN passa dalle aziende sanitarie

di Elio Borgonovi, Giovanni Migliore*

Ora che la fase acuta di Covid-19 si sta trasformando in una fase endemica, anche il SSN deve ritornare a quella che molti studiosi hanno definito come “next normal”, che di normal avrà ben poco. Infatti, il cambiamento che già si era manifestato negli anni precedenti alla pandemia ha subito un’accelerazione che riguarda non solo il progresso scientifico e tecnologico, ma anche il “buon utilizzo” dei fondi del PNRR. Per affrontare i prossimi anni è necessario partire dall’affermazione di Einstein secondo cui “Non possiamo pretendere che le cose cambino, se continuiamo a fare le stesse cose. Follia è fare le stesse cose e aspettare risultati diversi. La crisi è la più grande benedizione per le persone e le nazioni, perché la crisi porta progressi”.

Per sfruttare la crisi come occasione di progresso occorre tenere presente gli errori o le visioni riduzionistiche degli ultimi trent’anni. La globalizzazione non regolata che ha portato a una specializzazione internazionale delle produzioni basata soprattutto sul contenimento del costo del lavoro in Paesi con bassi salari e limitati diritti dei lavoratori, ha generato interdipendenze che, dopo alcuni segnali di rottura delle catene di approvvigionamento già presenti nel secondo decennio del nuovo secolo, si sono dimostrate drammatiche con la carenza di dispositivi di protezione individuale e altri dispositivi necessari per affrontare la pandemia. Per cambiare le cose sarà quindi opportuno recuperare un certo livello di autonomia strategica per le produzioni di beni, tecnologie e conoscenze (es. capacità di trattare big data con l’utilizzo di intelligenza artificiale) necessari a un sistema di tutela della salute avanzato. Le politiche di controllo della spesa pubblica e di spending review, guidate da obiettivi di breve periodo, hanno portato a un SSN “ridotto all’osso” in termini di dotazione di personale e di livello di spesa, cui il Paese ha pagato un drammatico conto quando è scoppiata la pandemia.

Per cambiare il modo di fare le cose occorre mettere in campo idee e politiche innovative per impiegare i fondi del PNRR e quelli che, auspicabilmente, potranno essere messi in campo anche nel decennio successivo. Innanzitutto occorre aver chiaro come si sviluppano i processi di innovazione. Le nuove conoscenze scientifiche, le nuove tecnologie, le regole e i criteri di carattere generale per il SSN possono essere introdotti dall’alto e per stimolare il cambiamento. Tuttavia, l’innovazione dei processi assistenziali, organizzativi e gestionali avviene solo nelle aziende territoriali o ospedaliere nelle quali centinaia e migliaia di professionisti rispondono ogni giorno, in misura più o meno soddisfacente, ai bisogni di centinaia di migliaia di persone. Per cambiare le cose, chi ha la responsabilità a vario livello delle politiche di tutela della salute (Governo, Ministero della Salute, MEF, AGENAS, ISS, AIFA, assessorati e agenzie regionali) deve abbandonare l’illusione di poter imporre modelli ottimali, ma deve porsi l’obiettivo di lasciare alle aziende l’autonomia per ricercare le migliori soluzioni nei contesti in cui esse operano. Le aziende sono istituzioni socio-economiche nelle quali si svolge l’attività di persone (professionisti) con persone per persone (i pazienti) che non si vuole far diventare pazienti con l’attività di prevenzione.

Ciò vuol dire che, dopo aver fatto saltare i vincoli sulle assunzioni a causa di Covid-19 con l’inserimento di oltre 80.000 unità di personale nel periodo 2020-2022, oltre alla loro stabilizzazione, per il futuro sarà necessario garantire anche una continuità di assunzioni evitando futuri blocchi del turnover o vincoli sui livelli di spesa del

* Elio Borgonovi, Università Bocconi, Milano.
Giovanni Migliore, Presidente FIASO.

personale. Le direzioni strategiche delle aziende sanitarie devono avere l'autonomia per gestire con flessibilità quella che da tutti viene considerata la "risorsa critica" nei sistemi di tutela della salute e, più in generale, nei settori dei servizi alle persone. Bisogna abbandonare il paradigma secondo cui le tecnologie sono sostitutive delle persone che ha guidato molte politiche delle imprese private e che in parte era stato recepito anche nel SSN. Si ricorda che il sistema di competizione delle imprese private aveva portato negli ultimi tre decenni a un diffuso paradosso. Mentre nei convegni, in centinaia di libri e articoli e nei dibattiti si sosteneva la criticità del fattore umano nelle moderne organizzazioni, le politiche di risanamento delle imprese nella maggior parte dei casi si sono basate proprio sulla riduzione del costo del personale (tramite cassa integrazione, dimissioni incentivate, licenziamenti e ristrutturazioni) il cui effetto immediato era l'aumento del valore delle azioni. Analogamente, il controllo della spesa nel settore pubblico e i piani di rientro nel SSN si sono basati proprio sul blocco del turnover e un rigido vincolo alla spesa per il personale.

Si può dire che oggi il SSN si trova in una fase che può essere definita del "non più e non ancora". Non più perché sarebbe assurdo e folle pensare di governare con norme, regole e modelli rigidi un sistema sempre più complesso e articolato e tornare a modelli assistenziali, organizzativi, gestionali e comportamentali del passato. Non ancora perché i piani sul potenziamento dell'assistenza territoriale (case della comunità, COT, ospedali di comunità, ADI, telesalute), sul rinnovamento delle tecnologie, sugli spostamenti nella digitalizzazione, dette intelligenze artificiali, definiscono che cosa fare ma poco dicono sul come fare e con chi fare. A dire il vero, il D.M. n. 77, con l'indicazione degli standard e dei modelli organizzativi, compie un passo avanti nella direzione del come fare e con chi fare, ma resta a livello astratto. In molti dibattiti relativi ai piani del PNRR del D.M. n. 77 delle nuove tecnologie vengono usati spesso verbi al futuro (ci saranno, avremo, sarà possibile) quando sarebbe più corretto usare il condizionale (dovrebbero esserci, dovremmo avere, dovrebbe essere possibile). Infatti, chi opera all'interno delle aziende sanitarie (professionisti, manager di strutture intermedie e della direzione strategica) conosce bene gli ostacoli e i dubbi che sorgono. Dubbi che riguardano soprattutto gli interventi relativi al personale. Non solo conoscono bene le problematiche dello shortage di medici, infermieri e altri professionisti, ma temono che eventuali politiche di stop-and-go nelle assunzioni del personale possano avere vari effetti negativi. In primo luogo perché senza personale adeguato (in termini quantitativi e soprattutto qualitativi) diventerebbe difficile realizzare gli investimenti del PNRR o si avrebbero ritardi nella realizzazione. In secondo luogo perché potrebbe esserci un effetto di demotivazione. Direttori generali che hanno presentato piani di assunzioni correlati ai piani di sviluppo e che dovessero trovarsi di fronte a improvvisi ridimensionamenti da parte delle Regioni a loro volta soggette a vincoli statali, perderebbero credibilità all'interno delle proprie aziende. In terzo luogo perché in mancanza di continuità nella sostituzione del turnover e nelle assunzioni programmate di nuovi profili professionali andrebbero sprecati i costi per la formazione del personale. In quarto luogo perché in assenza di una politica attiva e motivante nei confronti del personale si avrebbe una "osmosi perversa". Sono già in atto fughe di professionisti (per esempio dal pronto soccorso o da altre specialità sotto pressione) verso il privato profit e anche non profit (cooperative di servizi). Di fronte a questo fenomeno si ha l'attrazione verso le strutture pubbliche di professionisti (medici, infermieri, OSS, ASA) dalle RSA o da altre strutture meno motivanti, anche in questo caso con un effetto perverso di creare "carenze assistenziali" per i gruppi di pazienti più fragili. Avere politiche di una certa linearità nel medio periodo con riguardo al personale è condizione essenziale per consentire alle direzioni strategiche e al middle management delle aziende di spingersi anche nei terreni incerti dell'innovazione.

Chi ha la responsabilità della gestione delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere deve agire contestualmente su due fronti, quello dei problemi concreti e immediati e quello della costruzione di una visione di lungo periodo. Di seguito si ricordano alcuni dei problemi concreti più urgenti tra i tanti che devono affrontare ogni giorno le direzioni aziendali. In primo luogo, porre rimedio alla situazione di pazienti che sono assistiti in setting impropri. Si fa riferimento all'accesso al pronto soccorso di pazienti con codici bianchi o verdi, al fenomeno di boarding nei pronto soccorso alla extra locazione di pazienti ricoverati in unità organizzative diverse da quelle che sarebbero proprie (chirurgie invece di medicine ecc.). Sono situazioni che determinano un'assistenza inappropriata e di minore qualità, inefficienze e insoddisfazione dei pazienti. In secondo luogo, sarebbero utili "simulazioni" sul funzionamento delle nuove strutture territoriali coinvolgendo direttamente coloro che in esse dovranno operare, MMG PLS, infermieri di

famiglia e di comunità, psicologi, assistenti sociali, specialisti che già oggi operano in strutture extra ospedaliere. Invece di discutere astrattamente di standard, raccogliere i dubbi, le perplessità e soprattutto i suggerimenti di chi dovrà operare in specifici contesti socio-economici e culturali sarà possibile partire con il piede giusto. Nelle Regioni dove esistono già strutture territoriali (case della salute, società della salute ecc.) sarà importante mettere in evidenza le differenze e il valore aggiunto per la popolazione del nuovo modello, per esempio evidenziando che vi sarà una maggiore dotazione di tecnologie e la possibilità di attivare servizi di telemedicina più strutturati. In terzo luogo, accompagnare gli investimenti previsti dal PNRR con una profonda riorganizzazione basata sui principi di continuità dell'assistenza (superare la contrapposizione ospedale-territorio), flessibilità delle strutture (peraltro sperimentata con l'emergenza Covid), introduzione della logica dei processi. Un'organizzazione che incominci a ragionare in termini di medicina personalizzata, di precisione, preventiva e predittiva. In quarto luogo, verificare continuamente la fattibilità dei piani predisposti per il PNRR. Infatti, l'aumento dei prezzi, delle tecnologie e dei materiali potrebbe imporre una revisione di questi piani che dovrà privilegiare gli investimenti che hanno un maggiore impatto positivo per l'intera azienda. Occorre stabilire in anticipo criteri di priorità per evitare lunghe e defaticanti riunioni e negoziazioni qualora si manifestasse l'esigenza di ridimensionamento degli investimenti. Criteri che devono essere guidati da una strategia di medio-lungo periodo. In quinto luogo, occorre rafforzare la funzione logistica che diventa ancor più importante nella prospettiva del potenziamento dell'assistenza territoriale, occorre razionalizzare l'utilizzo degli spazi vecchi e nuovi per renderli sempre più flessibili e adattabili al mutamento dei processi assistenziali consentiti da nuove conoscenze scientifiche. In passato, e ancora oggi, un tema cruciale è quello dell'accessibilità alle strutture, mentre in futuro la logistica dovrà tener conto delle modalità per portare i servizi nei luoghi in cui si trovano i pazienti. In sesto luogo, facendo tesoro dell'esperienza di Covid-19, sarà necessario predisporre piani aziendali per affrontare emergenze eccezionali. Ciò deve essere fatto consolidando e formalizzando l'esperienza accumulata ma anche facendo ipotesi di reazione in tempo reale a emergenze di altro tipo, senza aspettare piani nazionali o regionali che pure sono necessari. In settimo luogo, l'esperienza quotidiana evidenzia che la comunicazione è un elemento sempre più importante nella società moderna. Come molti dicono, è necessario "far bene (in modo efficiente) il bene (tutela della salute)", ma è altrettanto importante comunicare bene all'interno e all'esterno. All'esterno per coinvolgere e per rendere partecipi i pazienti e la popolazione in generale. Comunicare all'interno per rafforzare il senso di appartenenza e per sottolineare continuamente il valore del rispetto delle persone che si trovano in situazioni di bisogno. In ottavo luogo, definire modalità concrete di coinvolgimento dei pazienti (anche tramite le loro associazioni) nella ridefinizione dei percorsi di cura e presa in carico. Lo stanno facendo da alcuni anni le aziende farmaceutiche e di device negli advisory board della ricerca, probabilmente non lo fanno o lo fanno poco le aziende sanitarie. Su questo tema una difficoltà da superare sarà quella della probabile resistenza dei professionisti. Infine, sono necessari investimenti nella formazione a tutti i livelli, che deve essere rilanciata con forza, ma che deve essere focalizzata soprattutto su dirigenza intermedia e nuove figure (es. coordinatori di distretto, IFEC ecc.). Inoltre, se non sarà possibile inserire con nuove assunzioni profili professionali innovativi quali analisti di dati, statistici, esperti di sistemi informativi, la formazione potrebbe aiutare a "riconvertire le professionalità" di persone già presenti nelle aziende con interventi di upskilling e reskilling.

Gli interventi di breve periodo dovranno essere collocati in una visione di lungo periodo che tenga conto dei seguenti trend strutturali:

- 1) allungamento dell'aspettativa di vita, salvo eventi eccezionali che la riducono (es. Covid ecc.);
- 2) crescente rilevanza degli aspetti di qualità della vita: si dice che dopo aver aggiunto anni alla vita, occorre aggiungere qualità agli anni;
- 3) rapido sviluppo delle conoscenze scientifiche;
- 4) forte innovazione tecnologica;
- 5) aumento della complessità organizzativa;
- 6) digitalizzazione;

● PUNTO DI VISTA

- 7) crescenti pressioni tra bisogni e risorse: tema della sostenibilità;
- 8) approccio one-health (umana, animale, vegetale);
- 9) approccio salute circolare: la spesa per la salute può diventare motore di una nuova economia e alimentare lo sviluppo economico che, a sua volta, consentirebbe di aumentare le risorse destinabili alla tutela della salute;
- 10) sviluppo di partnership pubblico-privato;
- 11) asimmetria tra potere economico (transnazionale) e potere politico-istituzionale (tendenzialmente nazionale con difficoltà nella definizione di politiche comuni sovranazionali): al riguardo sono noti gli interventi dei big della Rete (Amazon, Google ecc.) nel campo della tutela della salute che porteranno a logiche di business to consumer che potrebbero mettere in discussione i principi di universalità, equità e solidarietà del SSN.

In conclusione, si può parafrasare un detto orientale secondo cui “se vuoi prosperità per un anno semina grano, se vuoi prosperità per 10 anni pianta alberi, se vuoi prosperità per 100 anni fai crescere le persone”. Per il futuro del SSN si può dire “se vuoi sostenibilità per un anno applica vincoli di spesa, se vuoi sostenibilità per 10 anni investi in tecnologie, se vuoi sostenibilità per 100 anni investi nelle persone”.

Il vissuto degli operatori e l'emergenza Covid-19 nelle Residenze Sanitarie Assistenziali

Sara Barsanti, Virginia Sommati, Giulia Colombini*

L'articolo studia l'esperienza del personale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in Italia, durante la pandemia da Covid-19. Gli autori hanno analizzato i risultati di un focus group che ha coinvolto gli operatori di quattro RSA.

La ricerca suggerisce la presenza di forze contrapposte che hanno caratterizzato il cambiamento organizzativo: a) la necessità di un costante lavoro di squadra *vs* l'indisponibilità di alcuni colleghi durante le fasi più acute dell'emergenza; b) la difficoltà di riorganizzare il lavoro *vs* il coordinamento tra RSA; c) la fatica psicologica *vs* la disponibilità ad andare oltre i propri compiti, d) le emozioni negative (es. ansia, paura, rabbia e impotenza) *vs* le emozioni positive (disponibilità a svolgere diversi turni e lavoro di squadra).

Parole chiave: RSA, operatori, Covid-19, vissuto emotivo, riorganizzazione del lavoro, stress.

* Sara Barsanti, Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Corresponding author, e-mail: sara.barsanti@santannapisa.it.

Virginia Sommati, Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. E-mail: virginia.sommatti@santannapisa.it.

Giulia Colombini, Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. E-mail: giulia.colombini@santannapisa.it.

Staff experiences and the Covid-19 emergency in nursing homes

This article studies the experience of nursing home staff in Italy during the Covid-19 pandemic. The authors analysed the results of a focus group involving the operators of four RSA.

This research uncovers the presence of opposing forces that have shaped organizational change: a) the need for constant teamwork vs the unavailability of some colleagues during the most acute phases of the emergency; b) the difficulty of reorganising work vs the coordination between nursing homes; c) the psychological fatigue vs the willingness to go beyond one's duties, d) the negative emotions (e.g. anxiety, fear, anger and helplessness) vs the positive emotions (willingness to carry out different shifts and teamwork).

Keywords: nursing homes, staff, Covid-19, emotional experience, work organization, stress.

Articolo sottomesso: 09/02/2022, accettato: 13/05/2022

1. Introduzione

La pandemia da Covid-19 ha causato una crisi che ha colpito duramente i

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Gli studi sul benessere degli operatori delle RSA durante la pandemia
3. Metodologia
4. Risultati
5. Discussioni
6. Conclusioni

settori sanitario e socio-sanitario. Per far fronte all'emergenza sono stati introdotti importanti cambiamenti organizzativi, che hanno inciso sulle dinamiche interne e sulle modalità di lavoro dei professionisti impiegati. Lo studio dei cambiamenti organizzativi indotti dall'emergenza sanitaria permette di identificare le principali dinamiche messe in atto a livello organizzativo. Anche in contesti di incertezza e ambiguità organizzativa (Weick, 1995), come quello della crisi sanitaria, è opportuno che la performance organizzativa mantenga standard di riferimento alti. I professionisti e il loro benessere sono la chiave che permette il raggiungimento delle buone performance nell'erogazione dei servizi socio-assistenziali.

Un filone di ricerca a cavallo tra le ricerche psicologiche e gli studi di management sanitario si è focalizzato proprio sui cambiamenti vissuti dai professionisti, sia in termini organizzativi e gestionali sia in termini di stress lavorativo. I cambiamenti introdotti nell'organizzazione e nelle modalità di lavoro hanno comportato delle importanti conseguenze non solo a livello professionale ma anche a livello emotivo per gli operatori sanitari e socio-sanitari. Studi recenti hanno evidenziato gli effetti che la pandemia ha avuto sui professionisti della salute soprattutto a livello psicologico (Amanullah, Ramesh Shankar, 2020; Gualano *et al.*, 2021). Questo è avvenuto in particolare per i professionisti che hanno operato in contesti più fragili, con lunghi orari di lavoro (Martínez-López *et al.*, 2021; Cyr *et al.*, 2021). Le principali conseguenze osservate sono lo stress, il burnout e la depressione (Lasalvia *et al.*, 2021; Muller *et al.*, 2020; Zhao *et al.*, 2021), che colpi-

scono gli individui fisiologicamente, emotivamente, cognitivamente, socialmente o fisicamente e possono indurre assenteismo e abbandono del lavoro. Tra gli operatori che hanno subito conseguenze a livello di salute mentale rientra lo staff delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Le RSA sono state in tutto il mondo tra i setting più colpiti dalla pandemia da Covid-19. Le persone che vi sono assistite sono soggette a un maggior rischio di contagio e di mortalità a causa dell'età avanzata, della presenza di comorbidità e della maggiore facilità nella trasmissione delle infezioni all'interno dei setting di convivenza (Brady *et al.*, 2021; España *et al.*, 2021; Yanes-Lane *et al.*, 2020).

Lo studio di Danis *et al.* (2020) evidenzia l'impatto della pandemia nelle RSA di alcuni Paesi europei, con riferimento ai primi mesi di emergenza sanitaria (dati aggiornati a maggio 2020). I dati evidenziano tassi di mortalità molto alti: per esempio, in Belgio e in Spagna l'incidenza dei decessi tra residenti in setting residenziali per anziani è stata di oltre 400 decessi per milione di abitanti. Anche la Svezia e la Francia hanno registrato un alto numero di decessi, pari a circa il 50% del totale dei decessi legati al virus. Un altro esempio è la Norvegia, con una percentuale di morti in RSA pari a oltre il 60% di tutti i decessi legati al Covid-19 (Danis *et al.*, 2020). L'Italia è stato uno dei Paesi più colpiti dalla pandemia e la mortalità nelle RSA è stata significativamente alta. I dati raccolti tramite una survey dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS)¹, relativi a un

¹ "Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie", ISS 2020, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-finale.pdf>.

campione di 1.356 RSA italiane, mostrano che, nel periodo tra febbraio e aprile 2020, 680 residenti (7,4% del totale dei residenti) sono deceduti a causa del Covid-19 e oltre 3.000 sono deceduti per sintomi influenzali (33,8% dei decessi).

In Italia, l'emergenza Covid-19 ha avuto inizio a marzo 2020, con i primi casi confermati di contagio nel Nord Italia. Data la vulnerabilità dei setting come le RSA, tra i primi provvedimenti presi dal governo italiano è stata decisa la chiusura delle RSA a familiari e visitatori esterni (DPCM dell'8 marzo 2020)². La prima fase della pandemia, corrispondente al periodo tra marzo e maggio 2020, è stata il momento più critico per le RSA, che si sono trovate ad affrontare una situazione nuova e inaspettata senza avere a disposizione gli strumenti adeguati. Rispetto agli ospedali, le RSA sono setting per l'assistenza a pazienti con patologie croniche e non per la gestione di persone con patologie in fase acuta e non sempre hanno a disposizione strumenti medici specialistici o staff medico (Szczerbińska, 2020). Nei primi mesi di pandemia, le RSA non avevano, inoltre, appositi piani per la gestione delle situazioni di emergenza o pandemiche (Szczerbińska, 2020). Questi fattori, insieme alla prevalenza di residenti anziani e fragili, hanno contribuito a creare molte difficoltà per le RSA nella prima ondata di pandemia. La seconda ondata, iniziata nell'autunno 2020, è stata caratterizzata dall'emanazione di una serie di provvedimenti nazionali e

² Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020, Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 (20A01522).

regionali volti a fornire strumenti adeguati alle RSA. In questa seconda fase i provvedimenti erano orientati non più solo ad arginare ma anche a prevenire i focolai di infezione, quali la priorità nella fornitura degli strumenti di screening e specifiche linee guida per la riapertura e chiusura alle visite di parenti e persone esterne. Questo, insieme all'esperienza passata e alle conoscenze maturate, ha permesso alle RSA di affrontare con maggiore preparazione la seconda fase di emergenza sanitaria.

Questo articolo analizza il vissuto dei professionisti del settore socio-assistenziale, operanti in quattro RSA nella Regione Trentino-Alto Adige, adottando un approccio qualitativo alla ricerca. La ricerca si è basata sullo svolgimento di un focus group rivolto ai coordinatori dei servizi delle strutture che hanno lavorato durante l'emergenza. I temi discussi durante il focus group permettono di delineare come l'emergenza sia stata vissuta, quali cambiamenti introdotti per far fronte alla crisi possono essere mantenuti anche in futuro, quali valori legati al benessere organizzativo sono emersi e quali fattori di stress sono stati percepiti. I risvolti della presente ricerca sono centrali per indirizzare le nuove politiche del settore.

2. Gli studi sul benessere degli operatori delle RSA durante la pandemia

La crisi pandemica ha avuto effetti a breve e lungo termine sul lavoro degli operatori in prima linea coinvolti nella gestione del virus. Un'indagine condotta dal The Queen's Nursing Institute nel corso del 2020 tra 163 infermieri, di cui circa il 70% lavorava in

case di riposo per anziani³, ha rivelato come la pandemia sia stata un'esperienza estremamente negativa, con un netto peggioramento del lavoro rispetto ai periodi precedenti alla crisi. In particolare, solo il 20% dei rispondenti ha riportato di aver provato sentimenti positivi, quali orgoglio verso i propri colleghi o nuove opportunità di forza lavoro. Il restante 80% ha riportato esperienze molto negative tra cui il non sentirsi valorizzati e supportati, la mancanza di linee guida chiare per la gestione del virus e per l'accoglienza di pazienti positivi provenienti dall'ospedale, la scarsa collaborazione da parte di colleghi di altri setting di cura e il sentirsi incolpati per i decessi. Il 56% dei rispondenti ha riportato un peggioramento in termini di benessere fisico e mentale, mentre il 36% non ha riportato nessun cambiamento.

Gli studi svolti sullo stress correlato al lavoro degli operatori sanitari e socio-sanitari si riferiscono principalmente a temi che hanno caratterizzato le prime fasi della pandemia (anno 2020). Le principali aree di indagine sono relative alla percezione del rischio di contagio, alla gestione della sfera privata e familiare, al supporto psicologico e all'organizzazione del lavoro nelle strutture. La Tab. 1 mostra alcuni dei principali lavori in merito.

Il tema della percezione del rischio fa riferimento a come i professionisti hanno vissuto la paura di essere contagiati, la preoccupazione per i residenti colpiti dal virus, la mancanza di test diagnostici e di DPI durante le prime fasi della pandemia. In generale la percezione del rischio ha a che fare con il tema dell'incertezza che ha generato la

pandemia (White *et al.*, 2021). In questo caso sono da tenere in considerazione il carico di lavoro degli operatori e il peso emotivo legato alla cura e alla morte per il virus dei residenti. Gli studi hanno rivelato come il personale infermieristico stesse vivendo due sentimenti contrastanti, ovvero la paura di essere infettato e contemporaneamente un forte senso di responsabilità verso i residenti, esposti quotidianamente a un rischio elevato; tutto ciò ha portato in alcuni casi a situazioni di esaurimento mentale e burnout (Zhao *et al.*, 2021).

Il tema della genitorialità e della famiglia è analizzato da vari studi in quanto una delle principali cause di stress individuata era la possibilità di contagiarsi al lavoro e di contagiare i propri cari una volta rientrati a casa. Vista l'elevata diffusione del virus nelle RSA, l'ansia e lo stress per i professionisti del settore potrebbero essere stati maggiori rispetto ad altre categorie lavorative. Per questo alcuni lavori hanno approfondito il tema per capire come è stato gestito il rapporto con la famiglia e la cura delle persone a carico (Felice *et al.*, 2020).

Alcuni lavori studiano l'impatto psicologico della pandemia sugli operatori sanitari, con riferimento allo stress post-traumatico, in particolare all'ansia e alla depressione. A questo proposito i principali lavori effettuati sul tema misurano casi di burnout con l'obiettivo di individuare quali strumenti fossero a disposizione di coloro che stavano vivendo condizioni di stress acuto. Numerosi sono i lavori in cui viene valutata la presenza dello psicologo in struttura (Felice *et al.*, 2020; Lasalvia *et al.*, 2021; White *et al.*, 2021; Sarabia-Cobo *et al.*, 2021). Alcuni lavori mettono a fuoco un elemento che

³ <https://www.qni.org.uk/wp-content/uploads/2020/08/The-Experience-of-Care-Home-Staff-During-Covid-19-1.pdf>.

Tab. 1 – Principali studi sul vissuto professionale ed emotivo dei professionisti del settore sanitario e socio-sanitario durante la pandemia

Articoli	Metodologia	Paesi coinvolti	Periodo	Obiettivo questionario	Categoria intervistati	Risultati
<i>"The Mental health of healthcare workers in Covid-19 (USA)"</i> , <i>Mental Health America</i>	Survey a risposta chiusa	USA	Giugno-settembre 2020	Aspetti emotivi degli operatori sanitari	Operatori sanitari (1.119 intervistati)	Stress operatori, preoccupazione di contagiare i propri cari, stress emotivo e fisico, supporto emotivo insufficiente, problemi legati alla genitorialità.
<i>"Impact of Covid-19 Outbreak on Healthcare Workers in Italy: Results from a National E-Survey"</i> (Felice et al., 2020)	Survey a risposta chiusa	Italia	Marzo-aprile 2020	Esperienza degli operatori con riferimento a management e fattori psicosociali	Operatori sanitari (388 intervistati)	Importanza del supporto psicologico per gli operatori, preoccupazione di contagiare i propri cari e i propri colleghi. Utile per management e ottimizzazione delle risorse organizzative.
<i>"Psychological impact of Covid-19 pandemic on healthcare workers in a highly burdened area of north-east Italy"</i> (Lasalvia et al., 2021)	Survey a risposta chiusa	Italia	Aprile-maggio 2020	Impatto psicologico della pandemia su operatori sanitari, con riferimento a stress post-traumatico, ansia e depressione	Operatori e staff amministrativo di un ospedale (2.195 intervistati)	Impatto esperienze traumatiche degli operatori, disagio e stress post-traumatico, ansia e depressione.
<i>"Front-line Nursing Home Staff Experiences During the Covid-19 Pandemic"</i> (White et al., 2021)	Survey di tipo misto (domande chiuse e domande aperte)	32 Stati USA	Maggio-giugno 2020	Utilizzo di 4 domande a risposta aperta per focus su punti di forza e di debolezza durante la pandemia	Personale amministrativo e di assistenza alla persona di case di cura per anziani (152 intervistati)	Vissuto relativo a mancanza di screening, mancanza DPI, burnout, linee guida confuse e contraddittorie, preoccupazione contagio per i propri cari e per i residenti, aumento carico di lavoro e peso emotivo della cura dei residenti (malattia e morte). Analisi della comunicazione di équipe come fattore che influenza il lavoro in condizioni difficili. Impatto demoralizzante della copertura mediatica negativa delle case di cura, in contrasto con l'eroico riconoscimento pubblico dato al personale ospedaliero.

* <https://mhanational.org/mental-health-healthcare-workers-covid-19#:~:text=The%20responses%20collected%20from%20the,75%25%20said%20they%20were%20overwhelmed.>

(segue)

Articoli	Metodologia	Paesi coinvolti	Periodo	Obiettivo questionario	Categoria intervistati	Risultati
<i>"Experiences of geriatric nurses in nursing home settings across four countries in the face of the Covid-19 pandemic" (Sarabia-Cobo et al., 2021)</i>	Interviste	Italia, Spagna, Perù, Messico	Aprile 2020	Aspetti relativi alla percezione del rischio	Infermieri di case di cura per anziani positivi al Covid-19 (24 interviste)	Sono stati individuati tre aspetti principali: la paura della situazione pandemica, il senso del dovere e dell'impegno professionale, e l'esaurimento emotivo.
<i>"The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review" (Muller et al., 2020)</i>	Revisione della letteratura	Studio effettuato da ricercatori norvegesi	Maggio 2020	Impatto del Covid-19 sulla salute mentale dei lavoratori socio-sanitari	Operatori sanitari e socio-sanitari	Sintomi ansia, depressione e disturbi del sonno più frequenti negli operatori rispetto alla popolazione generale. Ricerca di contatti e di supporto sociale come strategie più comuni adottate dagli operatori per prendersi cura della propria salute mentale.
<i>"Satisfied as professionals, but also exhausted and worried!!: The role of job demands, resources and emotional experiences of Spanish nursing home workers during the Covid-19 pandemic" (Blanco-Donoso et al., 2021a)</i>	Survey di tipo misto (domande chiuse e domande aperte)	Spagna	Marzo-maggio 2020	Livelli di soddisfazione tra lo staff delle case per anziani durante la pandemia di Covid-19. Impatto delle richieste di lavoro, delle risorse e delle esperienze emotive sulla soddisfazione professionale	Staff delle case per anziani (335 partecipanti)	Presenza di alti livelli di soddisfazione professionale tra i lavoratori, nonostante l'elevato carico di lavoro, la mancanza di risorse sul lavoro, la paura del contagio e l'esaurimento.
<i>"Nursing home staff mental health during the Covid-19 pandemic in the Republic of Ireland". (Brady et al., 2021)</i>	Survey	Irlanda	Novembre 2020-gennaio 2021	Presenza di stress post-traumatico tra gli operatori delle case per anziani	Staff delle case per anziani (390 partecipanti)	Moderata presenza di sintomi di stress post-traumatico tra lo staff; presenza di pensieri suicidi e di piani suicidari in una percentuale di lavoratori; utilizzo di strategie di coping, in particolare da parte degli infermieri.

(segue)

Articoli	Metodologia	Paesi coinvolti	Periodo	Obiettivo questionario	Categoria intervistati	Risultati
<i>"The burden of burnout among healthcare professionals of intensive care units and emergency departments during the Covid-19 pandemic: a systematic review". (Gualano et al., 2021)</i>	Revisione della letteratura	Studio svolto da ricercatori italiani	Gennaio-novembre 2020	Presenza di burnout tra gli operatori sanitari delle Terapie Intensive e dei Dipartimenti di Emergenza	11 studi analizzati	Presenza di burnout nel 49,3-58% degli operatori; maggiore rischio di burnout per gli infermieri; principali variabili che incidono sul burnout (es. mancanza di risorse, paura del virus e stigma).
<i>"Factors associated with burnout, post-traumatic stress and anxiety-depressive symptoms in healthcare workers 3 months into the Covid-19 pandemic: an observational study". (Cyr et al., 2021)</i>	Survey	Quebec (Canada)	Maggio-giugno 2020	Fattori associati al burnout, allo stress post-traumatico, all'ansia e alla depressione	Operatori sanitari (467 intervistati)	Presenza di burnout in oltre la metà dei rispondenti; esaurimento emotivo e depersonalizzazione; presenza di stress post-traumatico, di ansia e depressione. Resilienza e supporto organizzativo percepito significativamente associati al burnout.

potrebbe aver influito negativamente sul lavoro degli operatori, ovvero l'impatto demoralizzante della copertura mediatica negativa delle case di cura, in contrasto con l'eroico riconoscimento pubblico dato al personale ospedaliero (Martínez-López et al., 2021; White et al., 2021).

Altri temi studiati riguardano l'organizzazione del lavoro e le eventuali difficoltà a seguire procedure e linee guida ricevute. Altri studi osservano invece il lavoro di équipe e le relazioni con i colleghi, nonché la flessibilità, con riferimento agli orari di lavoro (White et al., 2021).

In tutti gli studi raccolti, i principali oggetti di analisi a livello psicologico sono i fattori dello stress post-traumatico: ansia, depressione, insonnia, stress emotivo, stress fisico. Tutti elementi che i lavori cercano di misurare

perché hanno un impatto sull'attività lavorativa, sulla soddisfazione del lavoro, sull'abbandono del lavoro e sul turnover del personale (Muller et al., 2020; Sarabia-Cobo et al., 2021; Brady et al., 2021; Gualano et al., 2021; Cyr et al., 2021). Altri fattori di stress individuati riguardano aspetti legati al ruolo e alle responsabilità, la preoccupazione per la sicurezza dei residenti e dello staff e l'aumento del carico di lavoro (Zhao et al., 2021). La revisione della letteratura proposta da Gualano et al. (2021) analizza articoli che studiano casi di burnout tra i professionisti delle Terapie Intensive e dei Dipartimenti di Emergenza. I risultati mostrano che la percentuale di lavoratori colpiti da burnout varia dal 49,3% al 58% e che sono soprattutto gli infermieri a presentare un rischio maggiore. Lo studio di Brady et al. (2021)

sull'impatto della pandemia sulla salute mentale dello staff delle strutture residenziali per anziani dell'Irlanda ha evidenziato la presenza di sintomi di stress post-traumatico nel 45,1% degli operatori e di pensieri suicidi nel 13,8% degli stessi.

Lo staff delle RSA si è trovato impreparato ad affrontare l'emergenza da Covid-19. Molti studi hanno cercato di individuare, oltre ai fattori principali di stress, anche le *strategie di coping* messe in atto per far fronte ai cambiamenti causati dalla pandemia (Zhao *et al.*, 2021). Il personale ha percepito che le strategie di coping maggiormente efficaci includevano la disponibilità dei coordinatori infermieristici e del management, la collaborazione tra pari e il lavoro di squadra, nonché un aiuto più pratico in termini di indicazioni sulle misure di prevenzione e controllo del Covid-19 e sulla valorizzazione delle relazioni con i residenti e le loro famiglie (Zhao *et al.*, 2021).

Altri lavori si sono concentrati sulle esperienze positive degli operatori durante l'emergenza. Uno studio realizzato da Blanco-Donoso *et al.* (2021a, 2021b) sull'esperienza dei professionisti delle RSA in Spagna si è posto l'obiettivo di rilevare la soddisfazione degli operatori durante la pandemia da Covid-19. I risultati dello studio hanno evidenziato l'esistenza di un particolare fenomeno: da una parte, gli operatori hanno vissuto la sofferenza dovuta all'aumento dei carichi di lavoro, al contatto con la morte, alla mancanza di risorse materiali e di personale, dall'altra hanno dichiarato di aver provato una maggiore soddisfazione nei confronti del proprio lavoro. Questo è stato principalmente dovuto, secondo gli autori, alla

valorizzazione della propria professione in quel momento di emergenza sanitaria.

3. Metodologia

In letteratura, le analisi effettuate sui professionisti durante la fase emergenziale iniziale del 2020 adottano metodologie della survey a risposta chiusa (Felice *et al.*, 2020; Lasalvia *et al.*, 2021; Brady *et al.*, 2021; Cyr *et al.*, 2021), oppure survey miste con risposte aperte e chiuse (White *et al.*, 2021; Blanco-Donoso *et al.*, 2021a, 2021b), o ancora interviste di profondità (Sarabia-Cobo *et al.*, 2021). Alcuni studi sono stati effettuati in regioni o Paesi specifici (Felice *et al.*, 2020; Lasalvia *et al.*, 2021; Blanco-Donoso *et al.*, 2021b; Brady *et al.*, 2021; Cyr *et al.*, 2021), altri invece hanno confrontato come contesti nazionali diversi hanno reagito alla crisi (Sarabia-Cobo *et al.*, 2021; White *et al.*, 2021).

Seguendo i primi lavori esplorativi avvenuti nel corso del 2020-2021 nel settore della Long-Term Care, per questo lavoro di approfondimento delle dinamiche è stato scelto di organizzare un focus group rivolto al personale infermieristico e assistenziale di un gruppo di RSA. La metodologia qualitativa permette una più profonda conoscenza delle dinamiche scaturite a livello organizzativo durante la fase emergenziale.

Il focus group aveva l'obiettivo di investigare l'esperienza di lavoro durante l'emergenza Covid-19 dando la possibilità ai partecipanti di confrontarsi sulle esperienze vissute. In particolare, il focus group è stato strutturato in modo da aprire una discussione su alcuni temi che permettessero l'esplorazione del vissuto della pandemia,

sulla base delle principali aree di indagine analizzate in letteratura. L'incontro è stato gestito da un ricercatore con ruolo di moderatore, che ha proposto argomenti di discussione, dando uguale spazio di risposta a tutti i partecipanti. Le domande che hanno fatto da traccia durante la discussione sono state:

- 1) Come vi siete sentiti come professionisti?
- 2) Come è stata vissuta l'emergenza nelle singole strutture?
- 3) Quali sono stati i cambiamenti maggiori in termini di assistenza e organizzazione?

Prima del focus group è stata organizzata una sessione organizzativa con i ricercatori e con i referenti delle RSA, che hanno gestito l'organizzazione del focus, ma che non hanno partecipato per non influenzare la discussione con gli operatori. In questa occasione sono stati descritti i profili dei professionisti da coinvolgere nello studio. Sono state effettuate prove tecniche sull'utilizzo della piattaforma Meet per svolgere l'incontro online.

Il focus group è avvenuto il 1° aprile 2021 in modalità online e ha coinvolto ricercatori di cui 1 moderatore dell'incontro, 1 assistente moderatore e 2 osservatori. I referenti delle strutture erano 5, di cui 2 coordinatori di servizi socio-sanitari, 2 coordinatori di infermieri e 1 responsabile tecnico-assistenza. L'incontro è durato circa 2 ore. È stato registrato e analizzato utilizzando una metodologia qualitativa computer-assistita (CAQDAS) e in particolare il programma Nvivo10. In accordo con la metodologia qualitativa, le trascrizioni sono state analizzate da due ricercatori. Ogni ricercatore ha

codificato parole e frasi significative sulla base degli obiettivi dello studio, attraverso un processo di *open coding* in modo indipendente. I codici concordati sono stati confrontati e ridotti in categorie, basate su somiglianze e differenze. Gli estratti più rilevanti sono stati selezionati per supportare le categorie. Per migliorare l'affidabilità dell'analisi, tutte le trascrizioni e le elaborazioni sono state restituite ai partecipanti per la verifica e la validazione.

3.1. Study setting

Le RSA coinvolte per il presente lavoro fanno parte della Regione Trentino-Alto Adige. Le strutture identificate sono quattro e le dimensioni variano da un minimo di circa 50 posti letto a un massimo di circa 120. Ciascuna struttura è gestita da un Dirigente Sanitario che si occupa dei servizi medico, infermieristico, fisioterapico e di farmacia. Il Dirigente Sanitario ha la funzione di coordinare la singola struttura per le questioni legate all'assistenza sanitaria.

Le principali figure che operano nelle strutture sono: i) il coordinatore dei servizi sanitari, che ha il ruolo di responsabile del coordinamento dei servizi per la presa in carico degli assistiti; ii) il coordinatore del servizio infermieristico, ovvero il responsabile del personale infermieristico, che dipende dal Dirigente Sanitario; iii) il responsabile tecnico-assistenza, che svolge un ruolo di integrazione tra infermieri e operatori socio-sanitari (OSS).

Durante l'emergenza, è stata istituita una task force che ha svolto funzioni di monitoraggio, consulenza e formazione per le RSA. In particolare, la task force aveva il compito di monito-

rare i contagi nelle strutture residenziali, di supportare i medici delle RSA sugli aspetti clinici, diagnostici e terapeutici, di fornire consulenza su modalità di compartimentazione fisico-logistica e di svolgere formazione ai medici e agli infermieri sulla gestione clinica, assistenziale e organizzativa dell'infezione.

4. Risultati

L'analisi del focus group ha rilevato tre categorie di argomenti principali, descritti di seguito e sintetizzati nella Tab. 2: il primo fa riferimento alla pandemia vissuta come "il nemico" da affrontare, in cui si delineano in maniera evidente i vissuti durante le due ondate;

il secondo fa riferimento al vissuto lavorativo all'interno delle RSA, con enfasi sulla gestione del lavoro; il terzo riguarda, infine, ciò che accadeva fuori dalle RSA e che in qualche modo ha avuto comunque un'influenza sul vissuto. Nella Tab. 2 si riportano le diverse categorie, supportandole da verbatim espressi dai diversi partecipanti.

4.1. Il nemico

La prima e la seconda ondata della pandemia per le RSA

I partecipanti al focus group hanno sottolineato la sostanziale differenza nella capacità delle RSA di affrontare l'emergenza tra la prima e la seconda fase della pandemia. Nella prima

Tab. 2 – Principali categorie e domini individuati nei racconti dei partecipanti al focus group

Categoria	Dominio	Aspetti principali
Il nemico	La prima e la seconda ondata	Durante la prima fase: <ul style="list-style-type: none"> - Impreparazione - Mancanza linee guida - Difficoltà reperimento tamponi - Paura, fatica e impotenza - Gestione dei contatti complessa Durante la seconda fase: <ul style="list-style-type: none"> - Maggiore preparazione - Facilità reperimento tamponi
	Il vissuto emotivo	<ul style="list-style-type: none"> - Fatica, impotenza, stress, rabbia, paura, allerta costante e stanchezza - Metabolizzare il fatto di dover convivere con l'emergenza - Importanti dinamiche di apprendimento di gruppo
Dentro le RSA	L'organizzazione del lavoro	<ul style="list-style-type: none"> - Mancanza di personale e riorganizzazione della turnistica (stress, rabbia, nervosismo) - Coordinamento organizzativo come strumento che ha favorito il superamento dell'incertezza
	La professione/il ruolo	<ul style="list-style-type: none"> - Stanchezza psicologica che ha compromesso la qualità del lavoro - Sensazione di insicurezza - I servizi si sono reinventati
	Le relazioni	<ul style="list-style-type: none"> - Mancanza di disponibilità e di supporto da parte di alcuni colleghi - Scambio costante tra professionisti per processi decisionali
Fuori le RSA	L'isolamento	Privacy, sensibilizzazione e ritrovamento delle relazioni
	I mass media	Stigmatizzazione da parte dei mass media

ondata, le strutture si sono trovate completamente impreparate nella gestione del virus. In particolare, gli operatori sottolineano la mancanza iniziale di specifiche e adeguate procedure e linee guida per la gestione del residente Covid-positivo e per la tutela della sicurezza degli altri residenti e dello staff, nonché di tamponi e altri strumenti di screening per rilevare l'infezione da SARS-CoV-2. Gli operatori raccontano di aver vissuto sensazioni di impotenza, paura e fatica nella prima fase della pandemia. Un partecipante afferma:

“pensiamo solo alla prima ondata, uno tsunami che ci ha travolto. Non c'erano tamponi né procedure, era la novità, nessuno sapeva come comportarsi, eravamo noi che rincorrevamo il virus mentre il virus dilagava e cercavamo di tamponare i danni che faceva. Abbiamo visto la luce verso giugno” (Responsabile tecnico-assistenza).

La mancanza di strumenti ha portato gli operatori a lavorare in emergenza costante e ad affrontare un nemico sconosciuto:

“la prima volta molto difficile per il ‘non conoscere’” (Coordinamento infermieristico).

Nella seconda ondata gli operatori si sono sentiti più preparati per gestire gli eventuali casi di residenti positivi, sia in termini di procedure sia di strumenti, come i test molecolari, che hanno permesso un'azione più rapida in caso di contagi tra residenti o operatori:

“per quanto avevamo già iniziato a parlare del virus, ci siamo ritrovati ad affrontarlo all'improvviso. Abbiamo visto ospiti che

improvvisamente stavano male, e vederli morire poco dopo, senza riuscire a fermare il virus in nessun modo [...]. Adesso [aprile 2021] la conoscenza e gli strumenti che abbiamo rispetto al primo momento di marzo, come per esempio fare test molecolari, ci hanno dato la possibilità di agire immediatamente nell'ondata di dicembre” (Coordinamento infermieristico).

La task force è stata uno strumento importante per aiutare le RSA a gestire l'emergenza. Infatti, se nella prima ondata, come afferma un partecipante al focus, l'incertezza sulle linee operative era molto percepita, nella seconda fase invece la coordinazione regionale ha permesso di delineare delle linee guida e procedure definite e concordate:

“la seconda ondata è stata diversa, meno pesante dal punto di vista del paziente. [...] A marzo [...] nessuno sapeva [che cosa fare] e il medico igienista diceva di comportarsi in un modo, la task force in un altro, e il nostro direttore sanitario diceva un altro modo ancora. A novembre avevamo già unità operativa, una task force riconosciuta a livello territoriale” (Coordinamento infermieristico).

Il vissuto emotivo

Le emozioni e i sentimenti provati durante l'emergenza sono stati i temi più ricorrenti durante la discussione. I partecipanti hanno riportato di aver provato fatica, impotenza, stress, rabbia, paura, allerta costante e stanchezza. Durante la discussione gli operatori hanno confermato tali difficoltà evidenziando il confronto e l'impotenza di fronte alla perdita degli assistiti: “a marzo psicologicamente è stato molto impegnativo, per la perdita repentina degli ospiti” e

“abbiamo visto ospiti che improvvisamente stavano male, e vederli morire poco dopo, senza riuscire a fermare il virus in nessun modo. La responsabilità, un peso importante, sempre presente anche nei mesi successivi” (Coordinamento infermieristico), e ancora “c’era una continua allerta, tanta stanchezza” (Coordinamento dei servizi socio-sanitari).

Se durante la prima fase della pandemia il carico emotivo è stato molto forte, nella seconda fase gli operatori confermano di essersi adattati alla fase emergenziale. Gli operatori hanno “metabolizzato” il fatto di dover convivere con l’emergenza e affermano che questo processo è stato favorito dalla dinamica del gruppo. Lavorare condividendo i progressi quotidiani del gruppo ha permesso di confrontarsi tra professionisti, favorendo lo scambio di buone pratiche e di strategie sia all’interno sia all’esterno delle RSA. Un partecipante ha evidenziato che “il carico emotivo a marzo è stato pesante. Adesso abbiamo metabolizzato e ci siamo abituati/e” e che “le nostre esperienze ce le siamo sempre passate, ci siamo sempre confrontati. Mi ha dato la possibilità di non sentirmi mai sola anche in scelte molto importanti” (Coordinamento infermieristico).

Il confronto ha fatto in modo che il gruppo creasse processi di apprendimento condivisi per attivare strategie da mettere in atto per la tutela degli anziani. In questo modo si è avviato un processo di condivisione delle responsabilità che ha alleggerito il carico emotivo. Tuttavia, durante la seconda fase dell’emergenza, la stanchezza è rimasta alta così come la paura e la tensione: “è rimasta tanta la

paura. C’è paura e l’essere molto stufi/e, basta un attimo che si salta. Non si riesce a staccare, si è sempre sul pezzo” (Responsabile tecnico-assistenza).

4.2. Dentro le RSA

I dati raccolti durante il focus group relativi al vissuto degli operatori sul coordinamento durante l’emergenza e su come il contesto organizzativo abbia influito sulla gestione riguardano tre principali tematiche: 1) l’organizzazione intesa come organizzazione dei processi decisionali; 2) il ruolo, inteso come professione; e 3) le relazioni, ovvero le dinamiche interpersonali all’interno dei gruppi di lavoro.

L’organizzazione del lavoro

Il principale tema legato all’organizzazione del lavoro durante l’emergenza da Covid-19 ha riguardato la riorganizzazione dei turni di lavoro. I partecipanti hanno sottolineato, da una parte, le difficoltà generali per la scarsità di personale e, dall’altra, la disponibilità degli operatori per la riorganizzazione e per la copertura dei turni di colleghi assenti o malati: “nella prima ondata era molto difficile dal punto di vista organizzativo, dovevamo coprire i turni, tutti si ammalavano, e coprire mattina pomeriggio e notte, con poche risorse. Coordinando gli infermieri ho visto che tanti infermieri sono stati sempre molto disponibili” (Coordinamento infermieristico).

La necessità di cambiare i turni e di implementare nuove modalità di lavoro ha causato stanchezza e fatica per i coordinatori e per gli operatori. Alcuni operatori e infermieri hanno lasciato le RSA o sono tornati al lavoro dopo la fine dell’emergenza. Questo ha causa-

to stress, rabbia e nervosismo nei partecipanti al focus group:

“ci sono stati infermieri che sono scappati, ci sono stati anche quelli che sono ritornati al lavoro quando è finita la pandemia. Non posso sfogarmi con i colleghi come coordinatore [...] arrivavamo al lavoro ma non sapevamo quando saremmo tornati a casa. Molto stress e rabbia, nervosismo per questo fatto. Un paio di teste in più avrebbero fatto la differenza, non c’era personale” (Coordinamento infermieristico).

E proprio la mancanza di personale disponibile è stata determinante, perché ha aggravato le condizioni lavorative dei professionisti rimasti al lavoro. Di fatto i turni si sono intensificati e prolungati, con conseguenze anche nella sfera personale:

“la pandemia ha colpito tutto, da tutti i punti di vista, lavorativi, personali ecc. Un altro motivo di stanchezza è legato al fatto che, se è stato possibile reperire operatori in più, è stato difficilissimo se non impossibile reperire infermieri in più” (Coordinamento dei servizi socio-sanitari).

Il forte stress degli operatori ha inoltre reso più insicuri gli operatori che hanno cercato sicurezza nelle figure dei superiori, che spesso si sono sentiti caricati di responsabilità non sempre coerenti con il loro ruolo. Come riporta un coordinatore, gli infermieri hanno “bisogno di avere risposte, anche per le cavolate, però infermieri e operatori che a qualsiasi ora del giorno, anche in ore notturne e improbabili, ti cercano per avere una sicurezza, in questo caso come ci comportiamo e, forse esagero un po’, ma ci siamo presi delle responsabilità molto forti” (Coordinamento dei servizi socio-sanitari).

In questo contesto, il coordinamento organizzativo è stato lo strumento che ha permesso di superare l’incertezza dovuta alla pandemia. Come afferma un partecipante, nella riorganizzazione del modulo Covid nelle strutture, è stato fondamentale “il bisogno” di confronto sia a livello interno sia esterno delle RSA, favorendo lo scambio a livello orizzontale e verticale:

“ci siamo trovati a dover inventare da zero un nuovo nucleo, per i malati Covid-19: in meno di 24 ore siamo riusciti ad aprirlo. Come coordinamento ci siamo proprio reinventati. Abbiamo vissuto quindi questo bisogno di confronto e di risposte degli operatori e degli infermieri nei confronti di noi coordinatori, e magari noi lo facevamo con i medici o con i dirigenti. Era anche una cosa umana e giusta forse. Questo l’ho notato tantissimo” (Coordinamento dei servizi socio-sanitari).

Lo scambio ha favorito la presa di decisioni nell’emergenza, favorendo anche importanti processi di apprendimento, che hanno coinvolto tutti i livelli organizzativi, sia in termini gestionali sia di competenze necessarie: “aspettavamo e aspettiamo tutt’oggi procedure che ci dicano come muoverci e non stanno arrivando; nonostante tutto le abbiamo create prendendoci delle responsabilità, sia a livello dirigenziale che di coordinamento. La dirigenza si è molto reinventata, ha acquisito altre competenze (es. competenze sanitarie oltre a quelle amministrative)” (Coordinamento dei servizi socio-sanitari).

Il ruolo

I partecipanti al focus group hanno raccontato le reazioni degli operatori all’emergenza sanitaria e come sono

cambiate le loro modalità di lavoro. Dopo la fine della prima fase della pandemia, gli infermieri hanno sperimentato una condizione di forte stanchezza psicologica, che ha provocato insicurezza e la continua richiesta di aiuto e di supporto anche nelle più semplici e consolidate attività quotidiane sia tra gli infermieri sia tra gli OSS. Anche in questo caso un partecipante afferma: “ho notato che per i colleghi era come se avessero dimenticato tutto, tutto ciò che si era costruito negli anni, ma parlo proprio anche di cose banali oppure di cose che ormai sono ben strutturate nel sistema, dalle più semplici a quelle più complesse” (Coordinamento infermieristico). Inoltre, la stanchezza, a livello fisico e psicologico, ha causato un calo nella qualità del lavoro svolto, spostando l’attenzione alle questioni legate al Covid piuttosto che ai normali obiettivi di lavoro quotidiani. Un partecipante al focus ha affermato a questo proposito: “l’operatore socio-sanitario è più preoccupato o ha la mente più occupata dalla sfera Covid-19 e, a mio avviso, da quello che posso rilevare come coordinatore/coordinatrice, ha avuto un calo di rendimento qualitativo nel fare la propria attività. In questo momento si preoccupa meno anche delle attività assistenziali di base, come tenere l’ospite pulito o occuparsi dell’alzata” (Coordinamento dei servizi socio-sanitari). La sensazione di insicurezza è condivisa anche tra le figure di coordinamento che hanno partecipato al focus group come esplicitato anche da un partecipante: “è capitato anche a me, non mi vergogno a dirlo, di ritrovarmi a controllare un miliardo di volte una cosa stupida e dire ‘ma l’ho fatta giusta?’. È una brutta sensazione, l’abbiamo vissuta tutti

e adesso stiamo cercando di riprenderci” (Coordinamento dei servizi socio-sanitari).

Parallelamente a questa sensazione di insicurezza i professionisti hanno reagito dedicandosi ad attività non esplicitamente previste dal loro ruolo, reinventandosi anche in qualche caso per reagire in maniera coordinata al bisogno. Questo ha rappresentato un importante avanzamento organizzativo come riportato da un partecipante: “tutti i servizi che si sono reinventati: es. fisioterapista che si è dedicata all’alzata dal letto insieme agli altri operatori. Molte professioni si sono dedicate anche ad altro e questo è stato positivo. ‘Tutti gli schemi sono saltati’” (Coordinamento dei servizi socio-sanitari).

Il team e le relazioni

Un importante elemento che emerge dal focus group riguarda le relazioni interne e le dinamiche di gruppo. Come anticipato sopra, lo scambio costante tra professionisti ha facilitato processi di apprendimento e adattamento. I partecipanti al focus group hanno affermato l’importanza del lavoro in squadra per fornire un’assistenza di qualità ai residenti anche in condizioni di emergenza e concordano sull’importanza della dinamica di gruppo: “è stata una riscoperta di certi valori che a volte è meglio dirseli e ricordarseli: lavorare assieme fa molto la differenza e fa la qualità” (Coordinamento dei servizi socio-sanitari).

I sacrifici e la disponibilità degli operatori hanno fatto la differenza. Il confronto continuo tra operatori e coordinatori è stato fondamentale per la presa di decisioni per la gestione della pandemia e per l’assistenza ai residen-

ti. Per i partecipanti il lavoro di squadra è stato l'elemento positivo nella situazione di emergenza. Un partecipante afferma: "l'arma' che ha permesso di sopravvivere e di ridurre i rischi è stata l'unione del gruppo. Gruppo più coeso, abbiamo lavorato bene assieme, gruppo che stringendosi è riuscito ad affrontare al meglio l'ondata" (Coordinamento dei servizi socio-sanitari).

Tuttavia, i partecipanti hanno percepito in modo negativo alcuni colleghi che non hanno assicurato il loro supporto e la loro collaborazione durante i momenti critici. Come affermato da alcuni partecipanti: "grande disponibilità dei colleghi, ma ci sono state anche persone che sono scomparse, mentre altre facevano grandi sacrifici. Rivalutazione delle persone, in positivo, altre in molto negativo" (Coordinamento dei servizi socio-sanitari).

Alcuni operatori e infermieri hanno lasciato le RSA o sono tornati al lavoro dopo la fine dell'emergenza. Questo ha comportato rabbia e nervosismo, come già sottolineato in precedenza. Sono stati raccontati anche episodi in cui figure di coordinamento non hanno assicurato il loro supporto: "il Covid ha fatto venire fuori le vere persone: ruoli che dovevano prendere delle posizioni anche di coordinamento, non si sono visti. Il medico era della struttura" (Coordinamento infermieristico).

4.3. Fuori le RSA: sistema e media

La discussione con i professionisti delle quattro RSA ha permesso di rilevare anche gli aspetti legati ai rapporti tra le RSA e il mondo esterno nel periodo di emergenza e come tali dinamiche siano state cambiate dalla nuova situazione, nonché al vissuto in termini di isola-

mento. In particolare, sono emersi temi relativi al coordinamento esterno, alle indicazioni provenienti dalle figure di riferimento e alla percezione da parte della società della situazione che stavano vivendo le RSA.

La stigmatizzazione da parte dei mass media

Un elemento di stress e di frustrazione per i partecipanti è stata l'attenzione eccessiva data dai mass media ai contagi e ai decessi nelle RSA. I partecipanti hanno sottolineato che le RSA non avevano a disposizione gli strumenti adeguati a far fronte a un'emergenza sanitaria, a differenza di altri contesti, come gli ospedali. Il personale delle RSA, inoltre, non aveva le stesse competenze del personale ospedaliero. La mancanza di strumenti, di procedure e di competenze adeguate, unita alla carenza del personale, sono stati i fattori che hanno causato gravi difficoltà per le RSA. Un partecipante al focus group afferma:

"alcuni aspetti e difficoltà da sottolineare sono la task force che nasceva, una società che vedeva le RSA come situazioni in cui la gente moriva con la colpa attribuita ai direttori e a chi ci lavorava ('gente incompetente'). Grossa diffidenza nei confronti delle RSA. Il morto di Covid-19 era imputato alle RSA piuttosto che all'ospedale. Anche nell'Azienda sanitaria la situazione è stata critica, ma veniva rimarcata la differenza tra Azienda sanitaria e RSA" (Coordinamento dei servizi socio-sanitari).

Soprattutto nella prima fase dell'emergenza, i mass media hanno dato un'immagine negativa delle RSA, attribuendo loro le cause dei numerosi contagi e dei decessi tra i residenti. I media, secondo il punto di vista degli opera-

tori, si sono focalizzati sui decessi, invece di descrivere le numerose difficoltà che le RSA hanno dovuto affrontare. Questo ha creato una tendenza alla “stigmatizzazione” delle RSA, che non si è verificata invece nei confronti degli ospedali, che hanno vissuto la stessa situazione. Alcuni partecipanti affermano: “per me è stata molto pesante la stigmatizzazione delle RSA, soprattutto durante la prima fase della pandemia. Il decesso in RSA è diventato come un bollo negativo applicato come se le strutture fossero negligenti e incompetenti. Vedevo lo sforzo forte nella struttura per lavorare al meglio, ma comunque le RSA erano stigmatizzate”. E ancora: “la stampa evidenziava questi aspetti, specificava i decessi, sembrava volesse proprio sottolineare il negativo” (Coordinamento dei servizi socio-sanitari).

L'isolamento

Dal punto di vista emotivo, per gli operatori è stato difficile applicare alcune misure restrittive ai residenti, come il restare chiusi nelle proprie stanze. Gli operatori hanno vissuto queste misure come una limitazione della libertà e dell'autonomia dei residenti, già provati per l'assenza dei familiari. Per i partecipanti la limitazione della libertà ha avuto un impatto a livello emotivo. Gli operatori, infatti, non avevano i mezzi per aiutare i residenti per migliorare la loro situazione di isolamento: “la fatica di vedere gli ospiti chiusi in stanza e la consapevolezza di non poter fare di più per loro” (Coordinamento dei servizi socio-sanitari).

L'isolamento ha inoltre limitato le visite dei familiari dei residenti con ripercussioni sulla salute: “solo cose negative per gli ospiti, che stanno

vivendo una privazione della libertà di movimento e di socializzazione [...], il non ingresso del familiare ha un influsso, che gli ospiti stanno subendo molto” (Coordinamento dei servizi socio-sanitari).

Per gli operatori è stato difficile dover convivere costantemente con la “compartimentazione” dei reparti, altro fattore che ha influito sulle dinamiche interne: “non siamo in una situazione normale, gli ospiti non possono girare tra reparti. Gli ospiti ne risentono, l'organizzazione ne risente, i dipendenti ne risentono. La parola compartimentazione che vaga nei nostri turni” (Responsabile tecnico-assistenza).

Inoltre, le misure per l'emergenza hanno avuto effetti negativi sul rispetto della privacy dei residenti. La chiusura alle visite di familiari e persone esterne ha ridotto la presenza di testimoni di quello che accadeva nelle RSA. Gli operatori hanno agito in qualche caso non considerando la privacy dei residenti, nella consapevolezza di non essere visti:

“[...] ci siamo abituati/e a essere come in un fortino chiuso, in cui non entra nessuno dall'esterno, non ci sono più i familiari. Sarebbe importante, secondo me forse perché sono sensibile a questo aspetto, ritrovare un po' la dimensione del rispetto della privacy nei confronti degli utenti. È un po' come se i familiari, essendo stati tagliati fuori, non sono più i nostri testimoni se non attraverso videochiamate, telefonate o visite su prenotazione. Prima secondo me avevamo delle variabili per cui sapevi che c'era un via vai che ti metteva sull'attenti, adesso è un po' come 'siamo sicuri che siamo solo noi' e ci permettiamo di parlare sulle teste degli ospiti o quasi, e questa cosa secondo me andrebbe un po' se non

altro guardata” (Coordinamento dei servizi socio-sanitari).

5. Discussioni

Il principale obiettivo del presente studio è stato quello di esplorare il vissuto a livello emotivo e professionale degli operatori delle RSA. A tal fine abbiamo analizzato i principali cambiamenti a livello organizzativo e gestionale introdotti nelle residenze per fronteggiare l'emergenza innesca-ta dalla pandemia. Le dinamiche interne tra operatori sono risultate un aspetto centrale per fronteggiare l'emergenza. In questo senso, il riconoscimento del valore di lavorare in gruppo è uno degli aspetti che più è emerso durante l'emergenza: la relazione di fiducia nel gruppo e il lavoro e lo scambio costante per le decisioni urgenti ha permesso di ampliare, infatti, il senso di condivisione e il senso di appartenenza, facilitando le dinamiche interne, creando un circolo virtuoso di relazioni interpersonali. I partecipanti al focus group hanno raccontato le loro esperienze dirette, evidenziando aspetti positivi e negativi, mettendo in risalto, in modo spesso implicito, emozioni ed esperienze contrapposte tra loro. Si evidenziano forze contrapposte che coinvolgono gli operatori lungo quattro principali aspetti della vita organizzativa:

- 1) scambio costante e lavoro di gruppo *vs* mancanza della disponibilità e del supporto di alcuni colleghi durante le fasi più acute dei contagi;
- 2) difficoltà della riorganizzazione del lavoro *vs* supporto e coordinamento volontario della task force e delle residenze;

- 3) stanchezza psicologica e insicurezza *vs* disponibilità a svolgere attività e compiti al di fuori delle proprie competenze;
- 4) emozioni negative (es. ansia, paura, rabbia e impotenza) *vs* emozioni positive (disponibilità a svolgere diversi turni e lavoro di gruppo).

Il nostro studio ha evidenziato il processo con cui gli operatori delle RSA sembrano essere diventati “resilienti”, sperimentando tensori contrapposti e convogliando le energie verso una riscoperta del valore della professione, sia in termini collaborativi, sia in termini di compiti e ruoli. La possibilità che i lavoratori possano sviluppare simultaneamente sentimenti ed esperienze di sovraccarico, esaurimento emotivo, supporto e soddisfazione professionale mentre sono sottoposti a un grande carico fisico e mentale è coerente con i risultati di studi recenti, che hanno osservato che affrontare una crisi può anche generare esperienze di realizzazione professionale e motivazione (Blanco-Donoso *et al.*, 2021a). Di seguito, discutiamo nel dettaglio i 4 tensori.

5.1. Scambio costante e lavoro di gruppo *vs* mancanza della disponibilità e del supporto di alcuni colleghi durante le fasi più acute dei contagi

Il primo aspetto riguarda la centralità del lavoro di squadra, tema emerso in maniera preponderante nel focus group. L'unione e il lavoro d'équipe sono stati definiti come gli elementi che hanno fatto la differenza durante la pandemia, “l'arma che ha permesso di sopravvivere”. Il confronto e il dialogo costanti tra operatori e coordinatori sono stati fondamentali per prendere decisioni

urgenti per la gestione della pandemia e per l'assistenza ai residenti. Il coordinamento generale tra le residenze ha permesso di organizzare in modo condiviso la cura e l'assistenza per i residenti, ripartendo il peso delle responsabilità tra i dirigenti e i responsabili.

Il tema del lavoro di squadra si collega a quello del supporto sul lavoro, considerato come un elemento che favorisce il raggiungimento degli obiettivi lavorativi e che protegge gli operatori rispetto allo stress dovuto a esperienze lavorative pesanti (Blanco-Donoso *et al.*, 2021a, 2021b). All'opposto, i professionisti hanno sottolineato la mancanza di disponibilità e di supporto da parte di alcuni colleghi, fattore che ha generato stress, rabbia e nervosismo. Vari studi hanno dimostrato come la mancanza di sostegno da parte dei colleghi sia correlato a un aumento dei livelli di stress post-traumatico e di tensione emotiva (Blanco-Donoso *et al.*, 2017, 2021a, 2021b). La collaborazione e il supporto da parte di altri operatori permettono ai lavoratori di condividere i propri sentimenti e di ricevere altre opinioni e prospettive per risolvere i problemi e migliorare il proprio lavoro (Blanco-Donoso *et al.*, 2017).

5.2. Difficoltà della riorganizzazione del lavoro vs supporto e coordinamento volontario della task force e delle residenze

Il secondo aspetto riguarda la riorganizzazione del lavoro. L'organizzazione del lavoro è stata caratterizzata dalle difficoltà nella pianificazione dei turni, principalmente dovute alla carenza di personale. In parallelo si è sviluppato un generale coordinamento organizzativo che ha permesso di

superare l'incertezza e di affrontare le diverse difficoltà. La struttura organizzativa è stata caratterizzata da un forte bisogno di interfacciarsi con tutti gli attori del sistema dagli assistenti di base, fino ai ruoli di coordinamento e di dirigenza, ed è riuscita, nello scambio interattivo e costante, a facilitare la presa di decisioni importanti.

Il supporto organizzativo è un fattore che in letteratura è stato individuato come protettivo rispetto al rischio di burnout, in presenza di condizioni lavorative particolarmente stressanti (Cyr *et al.*, 2021). Inoltre, si è verificata una diffusa disponibilità dei diversi professionisti a coprire i turni dei colleghi mancanti. L'organizzazione e la flessibilità dei turni di lavoro rappresentano un tema particolarmente sensibile in tale contesto, sentito dagli operatori come non necessariamente legato ai momenti di stress come la pandemia (Barsanti *et al.*, 2019, 2021).

5.3. Stanchezza psicologica e insicurezza vs disponibilità a svolgere attività e compiti al di fuori delle proprie competenze

Il terzo aspetto fa riferimento principalmente ai temi della professione e del ruolo percepiti. Dalla discussione è emerso che gli operatori, soprattutto dopo il periodo più impegnativo dell'emergenza, si sono trovati in una condizione di pesante stanchezza psicologica, che ha influito negativamente sulla qualità del loro lavoro. Questa stanchezza ha generato la necessità di chiedere aiuto e supporto dai colleghi e dai coordinatori anche nello svolgimento delle principali e più semplici attività lavorative. La stanchezza psicologica ed emotiva dei professionisti durante la pandemia è un tema studiato in letteratura, in quanto è conside-

rato un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi mentali, soprattutto tra gli operatori dei setting residenziali (Martínez-López *et al.*, 2021). Allo stesso tempo, le figure professionali hanno reagito all'insicurezza svolgendo azioni spesso oltre le proprie competenze al fine di garantire una corretta gestione dell'emergenza.

5.4. Emozioni negative (es. ansia, paura, rabbia e impotenza) vs emozioni positive (disponibilità a svolgere diversi turni e lavoro di gruppo)

Infine, l'ultimo aspetto fa riferimento al vissuto emotivo degli operatori. I professionisti hanno raccontato di aver sperimentato fatica sia a livello fisico sia psicologico, sentimenti di ansia e di paura ma anche di rabbia e di impotenza. Questi sentimenti sono stati provati soprattutto durante la prima fase della pandemia, che per le RSA ha rappresentato il momento più difficile. In particolare, è emersa la mancanza di integrazione, ovvero l'assenza di procedure e di linee guida da parte dei livelli decisionali nella prima fase emergenziale. Tale assenza ha comportato la necessità per i dirigenti e i coordinatori di redigere e di implementare *ex novo* le misure necessarie, con una conseguente forte assunzione di responsabilità. La responsabilità è un elemento che ha avuto un forte impatto emotivo sui professionisti. Questi risultati sono in linea con quanto emerso da altri studi, che hanno evidenziato l'impatto del carico amministrativo aumentato sul personale con ruolo di leadership e di coordinamento (White *et al.*, 2021). Nella prima fase, il principale fattore di stress è stato rappresentato dalla perdita repentina dei residenti contagiati, che ha causato una forte sensa-

zione di impotenza e di incapacità. Questi risultati sono in linea con quanto emerso da altri studi in letteratura che hanno esplorato le esperienze emotive dei professionisti dei settori sanitario e socio-sanitario (Muller *et al.*, 2020; Sarabia-Cobo *et al.*, 2021; Brady *et al.*, 2021; Gualano *et al.*, 2021; Cyr *et al.*, 2021; Zhao *et al.*, 2021). Tuttavia, dal focus group è emerso che gli operatori hanno sperimentato anche esperienze ed emozioni positive, quali la disponibilità a coprire più turni per garantire il buon funzionamento del sistema e la volontà di lavorare in gruppo. Lo sviluppo simultaneo di sentimenti negativi e positivi tra gli operatori delle case di riposo per anziani durante l'emergenza era già stato evidenziato dallo studio di Blanco-Donoso *et al.* (2021a, 2021b), dove era emersa la presenza di alti livelli di soddisfazione professionale tra lo staff, accanto all'esaurimento emotivo.

La seconda fase della pandemia è stata vissuta in maniera differente dalle residenze e dal personale. L'esperienza passata, la disponibilità di strumenti e di linee guida redatte a livello regionale e il supporto fornito dalla task force hanno permesso al personale di sentirsi più sicuri nel gestire eventuali focolai interni e di "metabolizzare" la necessità di dover lavorare in condizioni di emergenza. Gli operatori si sono abituati alla situazione di crisi e si sono adattati alle nuove modalità di lavoro. Il processo di metabolizzazione è stato favorito dal lavoro di équipe e dalla condivisione di decisioni e di strategie. In letteratura, la collaborazione tra pari e le dinamiche di gruppo sono considerate come tra le strategie di coping più efficaci messe in atto nei setting sanitari e socio-sanitari per

fronteggiare il Covid-19 (Zhao *et al.*, 2021).

Un fattore di stress per gli operatori è stato la copertura mediatica negativa sulla situazione vissuta dalle RSA. I professionisti hanno percepito una vera e propria stigmatizzazione praticata dai mass media e dalla società in generale nei confronti di quanto accadeva nelle RSA. Le residenze sono state descritte come setting in cui non era fornita un'adeguata protezione nei confronti degli anziani e in cui lavorava personale incompetente. La descrizione negativa effettuata dai mass media ha avuto un impatto demoralizzante sugli operatori, che non hanno percepito una gratificazione rispetto ai sacrifici fatti per assicurare la migliore qualità dell'assistenza alle persone assistite. Sono numerosi i lavori che hanno evidenziato come la copertura mediatica negativa abbia avuto un'influenza molto negativa sul vissuto emotivo degli operatori delle RSA, soprattutto rispetto all'eroico riconoscimento pubblico attribuito agli ospedali e al personale ospedaliero (Martínez-López *et al.*, 2021; White *et al.*, 2021).

6. Conclusioni

Il presente lavoro permette di individuare quali sono le principali dinamiche professionali, organizzative ed emotive che hanno caratterizzato il lavoro degli operatori di quattro RSA italiane durante l'emergenza sanitaria. Per i professionisti intervistati, il principale cambiamento organizzativo è stato legato alla riscoperta del lavoro di squadra, che ha messo il personale in condizione di fronteggiare al meglio l'emergenza, non solo dal punto di vista professionale, ma anche emotivo. Il carico emotivo è stato molto pesan-

te per gli operatori, soprattutto nelle prime fasi dell'emergenza, quando il virus era ancora un nemico sconosciuto e non erano presenti adeguati protocolli e linee guida. Il lavoro degli operatori è stato caratterizzato dalla presenza di forze contrapposte, che hanno riguardato vari ambiti organizzativi e professionali. I lavoratori delle RSA hanno riconosciuto il valore della collaborazione professionale nel mezzo della crisi da Covid-19. In questo senso, la soddisfazione professionale ha contribuito a compensare le loro esperienze di sovraccarico, contatto con la sofferenza, pressione, esaurimento, paura del contagio, angoscia per mancanza di risorse umane e protezione per fronteggiare il virus.

I limiti di questa analisi riguardano in primo luogo il fatto che si è trattato di un singolo studio di caso, con un numero limitato di RSA provenienti dalla stessa regione. Al fine di avere una visione più completa delle esperienze degli operatori e delle dinamiche interpersonali e organizzative che si sono verificate nelle RSA durante la pandemia, si prevede di svolgere lo stesso tipo di lavoro in altre realtà territoriali. Questo sarebbe utile anche per avere un confronto delle diverse modalità messe in atto in contesti con caratteristiche differenti.

In secondo luogo, un limite del presente lavoro riguarda il fatto che al focus group hanno partecipato solo i coordinatori dei servizi infermieristici e socio-sanitari, ovvero figure professionali appartenenti a un livello decisionale e gerarchico più alto nell'organigramma delle RSA. Le analisi presentate in questo articolo potrebbero essere quindi viziate, il loro punto di vista potrebbe pertanto essere diverso rispetto a quello degli operatori

socio-sanitari, degli infermieri e del resto del personale.

Queste analisi sono un punto di partenza da tenere in considerazione per gli studi futuri che riguardano i cambiamenti organizzativi delle RSA, come per esempio studi sulla collaborazione interorganizzativa, e gli studi relativi ai rischi psicologici e sociali percepiti dai professionisti del settore. In particolare, potrebbe essere interessante lavorare con gli operatori sugli aspetti positivi del loro lavoro, come lo scopo, il significato e il valore sociale, nonché sullo sviluppo della loro resilienza e crescita personale in condizioni avverse una volta superata questa crisi sanitaria, al fine di modellizzare gli snodi fondamentali per un

buon clima organizzativo in contesti complessi a elevata fragilità.

Contributo delle autrici

SB ha ideato e progettato la ricerca, analizzato, interpretato e discusso i risultati; GC e VS hanno analizzato e interpretato i risultati.

Tutti gli autori hanno letto e approvato il manoscritto finale.

Ringraziamenti

Le autrici desiderano ringraziare la collega Manila Bonciani del Laboratorio Management e Sanità che ha contribuito alla realizzazione del focus group, nonché tutti/e gli operatori/trici delle RSA che hanno partecipato alla ricerca.

BIBLIOGRAFIA

Amanullah S., Ramesh Shankar R. (2020, December). The impact of COVID-19 on physician burnout globally: a review. *Healthcare*, 8(4): 421. DOI: 10.3390/healthcare8040421.

Andrew M.K., Barrett L. (2021). COVID-19 susceptibility in long-term care facilities. *The Lancet Healthy Longevity*, 2(6): e310-e311. DOI: 10.1016/S2666-7568(21)00119-7.

Barsanti S., Pardini E., Colombini G., Sommati V. (a cura di) (2019). *Le indagini di soddisfazione degli operatori delle Residenze Sanitarie Assistenziali in Toscana. Report 2019*. Pisa: Tipografia Editrice Pisana snc.

Barsanti S., Bunea A.M., Colombini G. (2021). What Counts in Nursing Homes' Quality and Efficiency? Results From Data Envelopment Analysis in Italy. *INQUIRY*, Article first published online: December 13. Issue published: January 1, 2021. DOI: 10.1177/00469580211059730.

Brady C., Fenton C., Loughran O., Hayes B., Hennessy M., Higgins A., ... & McLoughlin D.M. (2021). Nursing home staff mental health during the Covid-19 pandemic in the Republic of Ireland. *International journal of geriatric psychiatry*, 1-10. DOI: 10.1002/gps.5648.

Blanco-Donoso L.M., Moreno-Jiménez J., Gallego-Alberto L., Amutio A., Moreno-Jiménez B., Garrosa E. (2021a). Satisfied as professionals, but also exhausted and worried!!: The role of job demands, resources and emotional experiences of Spanish nursing home workers during the COVID-19 pandemic. *Health & Social Care in the Community*, Jan; 30(1): e148-e160. Epub 2021 May 20. DOI: 10.1111/hsc.13422.

Blanco-Donoso L.M., Moreno-Jiménez J., Amutio A., Gallego-Alberto L., Moreno-Jiménez B., Garrosa E. (2021b). Stressors, job resources, fear of contagion, and secondary traumatic stress among nursing home workers

- in face of the COVID-19: the case of Spain. *Journal of Applied Gerontology*, 40(3): 244-256. DOI: 10.1177/0733464820964153.
- Blanco-Donoso L.M., Garrosa E., Demerouti E., Moreno-Jiménez B. (2017). Job resources and recovery experiences to face difficulties in emotion regulation at work: A diary study among nurses. *International Journal of Stress Management*, 24(2): 107. DOI: 10.1037/str0000023.
- Cyr S., Marcil M.J., Marin M.F., Tardif J.C., Guay S., Guertin M.C., ... & Brouillette J. (2021). Factors associated with burnout, post-traumatic stress and anxiety-depressive symptoms in healthcare workers 3 months into the COVID-19 pandemic: an observational study. *Frontiers in psychiatry*, 1039. DOI: 10.3389/fpsy.2021.668278.
- Danis K., Fonteneau L., Georges S., Daniau C., Bernard-Stoeklin S., Domegan L., ... & Van der Heyden J. (2020). High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA, May 2020. *Eurosurveillance*, 25(22), 2000956. DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2000956.
- España P.P., Bilbao A., García-Gutiérrez S., Lafuente I., Anton-Ladislao A., Villanueva A., ... & Quintana J.M. (2021). Predictors of mortality of COVID-19 in the general population and nursing homes. *Internal and emergency medicine*, 1-10. DOI: 10.1007/s11739-020-02594-8.
- Felice C., Di Tanna G.L., Zanusi G., Grossi U. (2020). Impact of COVID-19 outbreak on healthcare workers in Italy: results from a national e-survey. *Journal of community health*, 45(4): 675-683. DOI: 10.1007/s10900-020-00845-5.
- Gualano M.R., Sinigaglia T., Lo Moro G., Rousset S., Cremona A., Bert F., Siliquini R. (2021). The burden of burnout among healthcare professionals of intensive care units and emergency departments during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 8172. DOI: 10.3390/ijerph18158172.
- Jiménez-Herrera M.F., Llauradó-Serra M., Acebedo-Urdiales S., Bazo-Hernández L., Font-Jiménez I., Axelsson C. (2020). Emotions and feelings in critical and emergency caring situations: A qualitative study. *BMC nursing*, 19(1): 1-10. DOI: 10.1186/s12912-020-00438-6.
- Lasalvia A., Bonetto C., Porru S., Carta A., Tardivo S., Bovo C., ... & Amaddeo F. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers in a highly burdened area of north-east Italy. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 30. DOI: 10.1017/S2045796020001158.
- Martínez-López J.Á., Lázaro-Pérez C., Gómez-Galán J. (2021). Burnout among Direct-Care Workers in Nursing Homes during the COVID-19 Pandemic in Spain: A Preventive and Educational Focus for Sustainable Workplaces. *Sustainability*, 13(5), 2782. DOI: 10.3390/su13052782.
- Muller R.A.E., Stensland R.S.Ø., van de Velde R.S. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry research*, 113441. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113441.
- Sarabia-Cobo C., Pérez V., De Lorena P., Hermosilla-Grijalbo C., Sáenz-Jalón M., Fernández-Rodríguez A., Alconero-Camarero A.R. (2021). Experiences of geriatric nurses in nursing home settings across four countries in the face of the COVID-19 pandemic. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2): 869-878. DOI: 10.1111/jan.14626.
- Szczerbińska K. (2020). Could we have done better with COVID-19 in nursing homes?. *European geriatric medicine*, 1-5. DOI: 10.1007/s41999-020-00362-7.
- Weick K. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- White E.M., Wetle T.F., Reddy A., Baier R.R. (2021). Front-line nursing home staff experiences during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1): 199-203. DOI: 10.1016/j.jamda.2020.11.022.
- Yanes-Lane M., Winters N., Fregonese F., Bastos M., Perlman-Arrow S., Campbell J.R., Menzies D. (2020). Proportion of asymptomatic infection among COVID-19 positive persons and their transmission potential: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 15(11): e0241536. DOI: 10.1371/journal.pone.0241536.
- Zhao S., Yin P., Xiao L.D., Wu S., Li M., Yang X., ... & Feng H. (2021). Nursing home staff perceptions of challenges and coping strategies during COVID-19 pandemic in China. *Geriatric Nursing*, 42(4): 887-893. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2021.04.024.

Le determinanti della trasparenza informativa nella sanità pubblica. Un'analisi empirica nelle strutture ospedaliere italiane

Angelo Rosa, Angela Rella, Filippo Vitolla, Nicola Raimo*

La trasparenza informativa rappresenta un elemento particolarmente importante nell'ambito della sanità pubblica. Esistono infatti importanti asimmetrie informative tra i consumatori e i fornitori di assistenza sanitaria che, nel contesto italiano, hanno spinto il legislatore a intervenire al fine di garantire un certo livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere. Nonostante ciò, le istituzioni della sanità pubblica forniscono differenti livelli di informazioni. Questo studio esamina il livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane e analizza l'impatto di determinanti connesse all'assetto organizzativo e alla struttura di governance. I risultati dimostrano un effetto positivo della dimensione e del genere del direttore generale e un impatto negativo della complessità sul

livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere.

Parole chiave: trasparenza, Pubblica Amministrazione, Amministrazione Trasparente, sanità pubblica, strutture ospedaliere, informativa.

The determinants of information transparency in public health. An empirical analysis in Italian hospital facilities

Information transparency is a particularly important element in the context of public health. In fact, there are important information asymmetries between health care consumers and providers which, in the Italian context, have prompted the legislator to intervene in order to guarantee a certain level of information transparency of hospital facilities. Despite this, public health institutions provide different levels of information. This study examines the level of information transparency of Italian hospital facilities and analyses the impact of determinants related to the organizational and governance structures. The results demonstrate a positive effect of the size and gender of the director general and a negative impact of complexity on

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Background
3. Sviluppo delle ipotesi
4. Metodologia
5. Risultati e discussione
6. Conclusioni

* Angelo Rosa, Università "LUM". Corresponding author, e-mail: rosa@lbc.it.

Angela Rella, Department of Management, Finance and Technology, University "LUM", Casamassima. E-mail: rella.phdstudent@lum.it.

Filippo Vitolla, Department of Management, Finance and Technology, University "LUM", Casamassima. E-mail: vitolla@lum.it.

Nicola Raimo, Department of Management, Finance and Technology, University "LUM", Casamassima. E-mail: raimo@lum.it.

the level of information transparency of hospital facilities.

Keywords: Transparency, Public Administration, Amministrazione Trasparente, Public health, Hospitals, Disclosure.

Articolo sottomesso: 13/09/2021,
accettato: 03/02/2022

1. Introduzione

L'obiettivo di questo studio è quello di analizzare i fattori che influenzano il livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane.

Negli ultimi decenni la cultura tradizionale della Pubblica Amministrazione è cambiata e i meccanismi di trasparenza e *accountability* sono notevolmente migliorati. Nel settore pubblico la trasparenza informativa rappresenta un meccanismo in grado di aumentare l'efficacia e l'efficienza dei servizi pubblici (Piotrowski & Van Ryzin, 2007; Bauhr & Grimes, 2014) e di permettere un più facile accesso alle informazioni da parte dei cittadini (Roberts, 2006; Piotrowski & Van Ryzin, 2007). Essa, inoltre, da un lato permette una più adeguata comprensione delle politiche pubbliche e favorisce un clima di fiducia intorno alle istituzioni pubbliche (Park & Blenkinsopp, 2011) e, dall'altro, incrementa la responsabilità dei funzionari pubblici, garantendo una diminuzione importante del livello di corruzione (de Araújo & Tejedo-Romero, 2016; Tejedo-Romero & de Araújo, 2018). Tuttavia, la funzione principale della trasparenza è quella di mitigare le problematiche connesse alle asimmetrie informative esistenti tra la Pubblica Amministrazione e i cittadini (Bushman & Smith, 2001; Healy & Palepu, 2001).

Tali problematiche sono particolarmente rilevanti nel settore della sanità

pubblica. In tale contesto esistono infatti importanti asimmetrie informative tra i consumatori e i fornitori di assistenza sanitaria, quali ospedali e medici (Angst *et al.*, 2014). Per questo motivo, nell'ultimo ventennio, i politici e i sostenitori hanno lanciato appelli al fine di ottenere maggiore trasparenza sulla qualità dell'assistenza fornita ai pazienti da parte degli ospedali (Leuz, 2007). La logica di fondo è che, attraverso la divulgazione delle informazioni sulla qualità, le strutture ospedaliere possano essere più motivate a incrementare e migliorare la qualità stessa delle prestazioni (Angst *et al.*, 2014).

La rilevanza della trasparenza ha spinto i legislatori italiani a intervenire attraverso specifiche normative finalizzate a imporre un livello minimo di informativa alle amministrazioni pubbliche. Tali interventi si concretano nel D.Lgs. n. 33/2013, poi modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, il quale ha riordinato la disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, attraverso l'inserimento obbligatorio della sezione "Amministrazione Trasparente" all'interno dei siti web istituzionali.

Tali interventi hanno dunque riguardato anche la sanità pubblica. In questa prospettiva, le istituzioni sanitarie sono chiamate a fornire informazioni sulle risorse, sulla gestione e sulle performance in una particolare sezione del proprio sito web denominata "Amministrazione Trasparente" (Brusca *et al.*, 2015; Sangiorgi & Siboni, 2017). Tuttavia, nonostante l'intervento normativo, le istituzioni della sanità pubblica inseriscono differenti livelli di informazioni all'interno di tale sezione, mostrando differenti livelli di trasparenza.

La scelta di tali istituzioni di divulgare più o meno informazioni richiede ulteriori indagini anche dal punto di vista accademico. A oggi, infatti, la letteratura accademica non ha ancora indagato questioni relative alla trasparenza informativa di tali istituzioni e, in particolare, non sono noti i fattori in grado di influenzare le politiche di *disclosure*.

Questo studio mira a colmare tale gap attraverso l'analisi della trasparenza delle strutture ospedaliere italiane e dei fattori in grado di influenzare il livello di informazioni divulgate. La scelta di esaminare le strutture ospedaliere è connessa alla loro particolare vicinanza ai consumatori di assistenza sanitaria che rende necessario un adeguato livello di trasparenza informativa. Nell'ambito delle differenti tipologie di determinanti, il presente studio si focalizza sugli aspetti organizzativi e di *governance* considerando che le politiche di trasparenza dipendono dalla struttura e dalla visione e dalle caratteristiche dei vertici delle istituzioni sanitarie.

Il presente lavoro è organizzato come segue: la Sezione 2 presenta l'analisi della letteratura. La Sezione 3 introduce le ipotesi, mentre la Sezione 4 mostra la metodologia della ricerca. La Sezione 5 presenta e discute i risultati. Infine, la Sezione 6 offre le conclusioni dello studio.

2. Background

Nel settore della sanità pubblica, gli utenti si sono sempre affidati a pareri di amici e parenti nella scelta dei servizi e delle prestazioni sanitarie di cui servirsi (Boscarino & Adams, 2004; Angst *et al.*, 2014). Data la natura altamente consequenziale dei servizi di erogazione dell'assistenza sanitaria e la crescente attenzione del pubblico focalizzata sulle questioni relative alla sicurezza dei

pazienti, non sorprende che i consumatori abbiano recentemente mostrato interesse per la trasparenza e l'informativa di qualità come componenti chiave dell'assistenza sanitaria diretta al consumatore (Richard *et al.*, 2005; Sofaer *et al.* 2005; Harris & Butin, 2008). Sebbene l'avvento di internet rappresenti una soluzione per diffondere informazioni, la raccolta e la rappresentazione dei dati hanno rappresentato a lungo una sfida per gli operatori sanitari (Angst *et al.*, 2014). Le difficoltà incontrate dagli ospedali nell'implementazione di una corretta informativa sono riconducibili a due cause principali (Angst *et al.*, 2014). La prima riguarda la raccolta e la rappresentazione delle informazioni, mentre la seconda concerne l'interpretazione da parte degli utenti (Fiscella & Franks, 1999; Harris & Butin, 2008; Spranca *et al.*, 2000). La disponibilità di informazioni di qualità ha il potere di influenzare i consumatori nella scelta dei servizi di assistenza sanitaria. Tuttavia, in presenza di informazioni incomplete, gli utenti potrebbero sottovalutare la qualità dei fornitori (Angst *et al.*, 2014). Alla luce di ciò, numerose iniziative sono state intraprese al fine di elevare i livelli di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere (Christianson *et al.*, 2010). In questa ottica, a livello internazionale, si inserisce la creazione di Hospital Compare, che rappresenta uno strumento informativo creato per aiutare i pazienti a confrontare la qualità delle cure fornite dagli ospedali. Tale strumento consente dunque ai pazienti di prendere decisioni informate su dove ricevere la propria assistenza sanitaria (Angst *et al.*, 2014). Gli studi precedenti sul tema della trasparenza delle strutture ospedaliere hanno evidenziato che la disseminazione di informazioni circa la qualità

dei servizi ospedalieri consenta di migliorarne la qualità (Lindenauer *et al.*, 2007; Fung *et al.*, 2008) e che i pazienti desiderino ottenere informazioni circa gli errori sanitari (Gallagher *et al.*, 2003) pur in presenza di difficoltà nell'interpretazione (Fiscella & Franks, 1999; Spranca *et al.*, 2000; Harris & Butin, 2008). Alla luce di ciò, è evidente la necessità per gli ospedali di aumentare il livello di trasparenza, al fine di fornire agli utenti informazioni di qualità e di facile interpretazione. Tuttavia, come sottolineato da Angst *et al.* (2014), le strutture ospedaliere potrebbero essere riluttanti a innalzare il livello di trasparenza o semplicemente incapaci di raccogliere e rappresentare al meglio le informazioni. Per questo motivo, una parte della letteratura ha indagato i fattori in grado di influenzare i livelli di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere. A tal proposito, gli studiosi hanno evidenziato come la semplice implementazione di strategie orientate a un'ampia trasparenza fornisca importanti informazioni circa la qualità della struttura ospedaliera (Angst *et al.*, 2014). In effetti, gli ospedali che aderiscono a un programma di divulgazione volontaria stanno comunicando ad altre parti interessate che sono disposti a rivelare informazioni chiave sulle loro prestazioni circa aspetti rilevanti per i pazienti (Angst *et al.*, 2014). Le organizzazioni con migliori risultati saranno maggiormente orientate a fornire informazioni rispetto alle organizzazioni con prestazioni inferiori (Healy & Palepu, 1993; Kim & Verrecchia, 1994; Healy *et al.*, 1999). Tale circostanza è valida anche per le strutture ospedaliere. In questa prospettiva la qualità dei servizi offerti rappresenta una prima determinante del livello

di trasparenza informativa evidenziato dalla letteratura accademica (Angst *et al.*, 2014). Le strutture ospedaliere che offrono servizi di qualità, infatti, sono maggiormente propense a divulgare informazioni al fine di segnalare ai pazienti la bontà del proprio operato (Riley, 1979; Grossman, 1981).

Oltre alla qualità dei servizi offerti, un'altra determinante è rappresentata dal livello di concorrenza (Jin, 2005). Nell'ambito dell'assistenza sanitaria, la maggior parte dei servizi non può essere fornita da remoto o virtualmente ma, al contrario, richiede che il paziente si rechi fisicamente presso la struttura sanitaria per ricevere assistenza. Pertanto, è probabile che i pazienti effettuino delle precise scelte circa la struttura in cui recarsi al fine di ottenere una migliore qualità dell'assistenza sanitaria. A tal proposito, nelle aree urbane più grandi, in cui vi è un numero maggiore di strutture ospedaliere, i pazienti hanno un maggior numero di alternative e dunque gli ospedali dovranno fornire un maggior numero di informazioni al fine di orientare le scelte dei pazienti (Angst *et al.*, 2014). Contrariamente, nelle aree urbane più piccole, le strutture ospedaliere avranno una necessità inferiore di fornire informazioni (Angst *et al.*, 2014).

L'analisi della letteratura svolta mostra una limitata attenzione nei confronti delle determinanti della trasparenza informativa delle strutture ospedaliere. Inoltre, mostra una totale assenza di contributi finalizzati a esaminare i livelli informativi delle strutture ospedaliere italiane. Questo studio si inserisce in questo filone della letteratura e mira a colmare tali gap attraverso l'analisi delle determinanti del livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane.

3. Sviluppo delle ipotesi

Questo studio esamina l'impatto di quattro differenti elementi sul livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane. Più in dettaglio, esso esamina l'impatto di due determinanti relative all'assetto organizzativo e altre due connesse alla struttura di *governance*.

In riferimento all'assetto organizzativo, questo studio esamina l'impatto della dimensione e della complessità. La letteratura accademica ha identificato tali elementi quali potenziali determinanti del livello di trasparenza informativa (Barako, 2007; Álvarez *et al.*, 2009; Khodadadi *et al.*, 2010; Vitolla *et al.*, 2020a; Nicolò *et al.*, 2021). Più in dettaglio, gli studiosi hanno esaminato l'impatto della dimensione e della complessità in differenti tipologie di aziende private (Tagesson *et al.*, 2009; Gamerschlag *et al.*, 2011) e pubbliche quali governi locali (Tavares & da Cruz, 2020) e università (Álvarez *et al.*, 2009, 2011). Tali studiosi hanno evidenziato come le imprese pubbliche e private più grandi e complesse ricevano maggiori pressioni in relazione ai livelli di trasparenza informativa in virtù del più ampio numero di stakeholder interessati a conoscere le differenti dinamiche della gestione aziendale (Branco & Rodrigues, 2008; Reverte, 2009; Raimo *et al.*, 2019; Vitolla *et al.*, 2019). Essi hanno inoltre sottolineato come le organizzazioni più grandi e complesse godano di una maggiore disponibilità di risorse monetarie da destinare anche alla raccolta e alla divulgazione di informazioni (Sharif & Rashid, 2014). Tali logiche possono essere estese anche all'analisi della trasparenza informativa delle struttu-

re ospedaliere. Infatti, le strutture ospedaliere più grandi, in termini di posti letto, e complesse, in termini di reparti, hanno un bacino di utenza più ampio e, pertanto, sono esposte a maggiori pressioni in relazione ai livelli informativi rispetto ai piccoli ospedali. Inoltre, le strutture ospedaliere più grandi e complesse ricevono un ammontare maggiore di fondi e finanziamenti che possono essere utilizzati anche per migliorare le politiche di trasparenza informativa.

Dal punto di vista empirico, gli studi hanno mostrato una relazione positiva tra dimensione e trasparenza informativa in diversi contesti quali le imprese private (Craven & Marston, 1999; Oyeler *et al.*, 2003; Marston & Polei, 2004; Bonsón & Escobar, 2004; Lim *et al.*, 2007; Boesso & Kumar, 2007), i governi locali (Styles & Tennyson, 2007) e le università (Gordon & Berhow, 2009). Inoltre, essi hanno evidenziato l'esistenza di un'associazione positiva tra complessità e trasparenza informativa nel contesto dei governi locali (Haveri, 2006) e delle università (Rossi *et al.*, 2018). Dunque, alla luce dell'ampio supporto teorico ed empirico, è possibile formulare le seguenti ipotesi:

H1: La dimensione influenza positivamente la trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane.

H2: La complessità influenza positivamente la trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane.

In riferimento alla struttura di *governance*, questo studio esamina l'impatto del sesso e dell'età del direttore generale. I poteri del direttore generale di una struttura ospedaliere potrebbero essere equiparabili a quelli del Chief Executive Officer (CEO) nel

contesto delle imprese private. In assenza di studi relativi all'impatto delle caratteristiche del direttore generale sulla trasparenza informativa delle strutture sanitarie, per lo sviluppo delle ipotesi facciamo riferimento alle caratteristiche del CEO. Il sesso e l'età del CEO sono stati identificati come elementi in grado di influenzare il livello di trasparenza informativa delle imprese. In particolare, l'età del CEO ha un'associazione con il processo decisionale strategico e con la qualità dell'informativa (Davidson *et al.*, 2007; Troy *et al.*, 2011; Huang *et al.*, 2012; García-Sánchez *et al.*, 2020). I CEO più giovani sono infatti maggiormente orientati alla trasparenza e sono più propensi a fornire informazioni circa l'operato della propria azienda (Huang *et al.*, 2012). Inoltre, la letteratura accademica ha identificato anche il sesso del CEO come un elemento in grado di influenzare la trasparenza informativa aziendale. I valori culturali delle donne sono infatti più orientati alla cooperazione, al coinvolgimento degli stakeholder, alla cura nei confronti dei soggetti più deboli e alla trasparenza (Prado-Lorenzo & García-Sánchez, 2010; Raimo *et al.*, 2019; Vitolla *et al.*, 2019; 2020b; 2021). Alla luce di ciò, la presenza di un CEO di genere femminile dovrebbe fornire un incentivo alla divulgazione di un numero maggiore di informazioni. Quanto esposto, alla luce delle somiglianze tra i poteri del CEO e quelli del direttore generale, può supportare anche le ipotesi secondo cui l'età e il sesso di quest'ultimo impattano positivamente sul livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere.

Dal punto di vista empirico, gli studi hanno mostrato una relazione positiva

tra l'età del CEO e la trasparenza informativa nel contesto delle imprese private (Huang *et al.*, 2012). Inoltre, essi hanno evidenziato una relazione positiva tra la diversità di genere e la trasparenza informativa nel contesto delle imprese private (Barako & Brown, 2008; Frias-Aceituno *et al.*, 2013; Lone *et al.*, 2016; Tamimi & Sebastianelli, 2017). Dunque, alla luce dell'ampio supporto teorico ed empirico, è possibile formulare le seguenti ipotesi:

H3: L'età del direttore generale influenza positivamente la trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane.

H4: Il sesso del direttore generale influenza positivamente la trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane.

4. Metodologia

4.1. Campione

Il campione di questo studio è composto da 100 strutture ospedaliere, più nello specifico da Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Policlinici e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Pubblici. Per l'identificazione del campione, abbiamo fatto riferimento al sito "Bussola della Trasparenza" (<http://bussola.magellanopa.gov.html>)¹, che rappresenta lo strumento messo a disposizione da MagellanoPA (il Knowledge Management System per la Pubblica Amministrazione ideato dal Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione) per la verifica degli adempimenti relativi alla trasparenza

¹ Al momento della raccolta dei dati la pagina relativa al sito "Bussola della Trasparenza" indicata nell'articolo era attiva, dunque è stato possibile identificare il campione e collezionare la variabile dipendente del presente studio. A oggi, consultando il sito di riferimento la pagina risulta "in costruzione".

per la Pubblica Amministrazione. Da aprile 2013, tutti gli obblighi di trasparenza informativa per le pubbliche amministrazioni sono disciplinati in un unico testo normativo: il D.Lgs. n. 33/2013. Il decreto, modificato ulteriormente nel mese di giugno 2016 dal D.Lgs. n. 97/2016, ha, tra l'altro, standardizzato la modalità di pubblicazione dei contenuti, indicando per ognuno di essi l'esatta posizione e denominazione all'interno dei siti istituzionali delle Pubbliche Amministrazioni.

Tramite la piattaforma "Bussola della Trasparenza" è possibile analizzare e monitorare le informazioni inserite dalle varie amministrazioni. All'interno del campione sono presenti unicamente le strutture ospedaliere che hanno comunicato un sito valido all'Indice dei domicili digitali della Pubblica Amministrazione e dei Gestori di Pubblici Servizi (IPA).

La Tab. 1 indica la distribuzione geografica per regione delle aziende ospedaliere incluse nel campione. Come mostrato dalla Tab. 1, un elevato numero delle strutture ospedaliere

esaminate è situato in Lombardia. Nel campione non sono invece presenti strutture ospedaliere situate in 4 delle 20 regioni italiane (Abruzzo, Molise, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta).

4.2. Variabile dipendente

La variabile dipendente di questo studio è rappresentata dall'indice di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere (IT). Tale indicatore è una unità di misura relativa, varia da 0 a 1 ed è calcolato tramite il rapporto tra le sezioni richieste da Amministrazione Trasparente e le sezioni compilate da ogni singola struttura ospedaliera. Le sezioni richieste dal D.Lgs. n. 33/2013 sono 84 e comprendono: documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione dell'amministrazione, le attività e le sue modalità di realizzazione. Alla luce di ciò, la compilazione di tutte le 84 sezioni corrisponde a una totale trasparenza informativa della struttura ospedaliera. Contrariamente, la mancata compilazione di tutte le sezioni indica una struttura ospedaliera totalmente non trasparente. I punteggi

Tab. 1 – Distribuzione del campione per regione di appartenenza

Regione	Frequenza	
	Assoluta	Relativa (%)
Basilicata	1	1.00
Calabria	4	4.00
Campania	10	10.00
Emilia-Romagna	5	5.00
Friuli-Venezia Giulia	2	2.00
Lazio	7	7.00
Liguria	3	3.00
Lombardia	35	35.00
Marche	3	3.00
Piemonte	5	5.00
Puglia	4	4.00
Sardegna	2	2.00
Sicilia	9	9.00
Toscana	5	5.00
Umbria	1	1.00
Veneto	4	4.00

relativi alla variabile dipendente sono stati collezionati tramite il sito “Bussola della Trasparenza”. Tali punteggi sono stati calcolati attraverso un monitoraggio automatico effettuato sulla base delle informazioni comunicate dalle strutture ospedaliere italiane all’IPA. I dati raccolti fanno riferimento all’anno 2020 e sono stati raccolti nel mese di dicembre.

4.3. Variabili indipendenti e di controllo

Le variabili indipendenti di questo studio sono: la dimensione della struttura sanitaria (DIM), la complessità della struttura ospedaliera (COMPL), l’età del direttore generale (ETÀDG) e il sesso del direttore generale (GENDG).

La variabile DIM rappresenta la grandezza della struttura sanitaria, operazionalizzata attraverso il logaritmo naturale del numero dei posti letto effettivi totali. La variabile COMPL esprime il livello di complessità della struttura ospedaliera, misurata come numero di reparti funzionanti all’interno della struttura. La variabile ETÀDG rappresenta l’età del direttore generale, operazionalizzata in termini di anni. Infine, la variabile GENDG ha una natura dicotomica e assume un valore pari a 1 se il direttore generale è una donna e un valore pari a 0 altrimenti. I dati relativi alle variabili indipendenti sono stati raccolti direttamente all’interno dei siti internet delle singole strutture ospedaliere.

Al fine di aumentare la bontà del modello econometrico, sono state incluse alcune variabili di controllo. Le variabili di controllo aggiunte sono: la visibilità su internet (VISINT), l’età della struttura ospedaliera (ETÀ), la presenza del pronto soccorso (PS), l’affiliazione con un’università (UNI)

e la popolazione over 65 (OVER65). La variabile VISINT è calcolata come logaritmo naturale dei risultati di una ricerca in “google.com” in cui appare il nome esatto della struttura ospedaliera. La variabile ETÀ è calcolata come il numero di anni dalla fondazione della struttura ospedaliera. La variabile PS indica la presenza del pronto soccorso all’interno degli ospedali. Questa variabile ha una natura dicotomica e assume un valore pari a 1 se la struttura sanitaria prevede la presenza del pronto soccorso e un valore pari a 0 nel caso opposto. Anche la variabile UNI ha una natura dicotomica e assume un valore pari a 1 nel caso in cui la struttura ospedaliera è affiliata a una università e un valore pari a 0 nel caso opposto. Infine, la variabile OVER65 rappresenta la percentuale di abitanti con un’età superiore ai 65 anni presenti nella regione di appartenenza della struttura ospedaliera. I dati relativi alle variabili di controllo sono stati raccolti direttamente all’interno dei siti internet delle singole strutture ospedaliere nel mese di dicembre 2020 a eccezione della variabile OVER65 i cui dati sono stati raccolti direttamente dal sito dell’Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT).

4.4. Specificazione del modello

Al fine di testare le ipotesi di ricerca, questo studio utilizza un modello di regressione lineare multipla. In particolare, questo studio implementa un’analisi di tipo *cross-section* a causa dell’impossibilità di effettuare un’analisi longitudinale. Tale impossibilità è connessa all’indisponibilità dei dati relativi alla variabile dipendente negli anni precedenti al 2020. Il modello di analisi proposto da questo studio si riflette nella seguente equazione:

$$IT = \beta_0 + \beta_1 DIM + \beta_2 COMPL + \beta_3 ETÀDG + \beta_4 GENDG + \beta_5 VISINT + \beta_6 ETÀ + \beta_7 PS + \beta_8 UNI + \beta_9 OVER65 + \varepsilon.$$

5. Risultati e discussione

5.1. Statistiche descrittive e analisi di correlazione

La prima parte della Tab. 2 presenta le statistiche descrittive. Un interessante risultato è rappresentato dalla media della variabile dipendente. Essa infatti presenta un valore medio di 0.82, che dimostra un elevato livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere esaminate. Più in dettaglio il valore ottenuto dimostra che le strutture ospedaliere esaminate compilano circa l'82% delle sezioni previste dalla normativa vigente in materia di trasparenza informativa della Pubblica Amministrazione.

Per quanto concerne le variabili indipendenti, la variabile DIM presenta una media pari a 6.17, mentre la variabile COMPL ha un valore medio a 68.9 a dimostrazione del fatto che le strutture ospedaliere esaminate sono composte in media da circa 69 differenti reparti. La variabile ETÀDG presenta un valore di media pari a 60.02. Tale valore dimostra che i direttori generali delle strutture ospedaliere esaminate hanno in media un'età di circa 60 anni. La variabile GENDG, invece, presenta un valore medio pari a 0.17. Tale valore dimostra che circa il 17% delle strutture ospedaliere esaminate prevede nell'organigramma un direttore generale di sesso femminile.

Per quanto concerne le variabili di controllo, la variabile VISINT mostra una media di 11.60, mentre la variabile ETÀ presenta un valore di media

pari a 108.31, dimostrando dunque un'età media delle strutture ospedaliere esaminate di poco superiore ai 108 anni. Circa il 90% delle strutture ospedaliere include il pronto soccorso, mentre circa il 56% di esse ha una affiliazione con una università come dimostrato dai valori di PS e UNI rispettivamente pari a 0.9 e 0.56. Infine, la variabile OVER65 presenta un valore medio pari a 23.04 che dimostra la presenza di circa il 23% di abitanti al di sopra dei 65 anni nelle regioni di appartenenza delle strutture ospedaliere esaminate.

La seconda parte della Tab. 2 riporta invece i risultati dell'analisi di correlazione. Tale analisi consente di escludere problemi di multicollinearità. Infatti, il coefficiente di correlazione più elevato, registrato tra COMPL e DIM, è pari a 0.511. A tal proposito, come sottolineato da Farrar e Glauber (1967), si registrano problemi di multicollinearità solo in presenza di valori che eccedono ± 0.8 o ± 0.9 . Dunque, alla luce di ciò, è possibile affermare l'assenza di problemi di multicollinearità nell'interpretazione dei risultati.

A conferma di ciò, è stato calcolato anche il fattore di inflazione della varianza (VIF). A tal proposito, il valore più elevato è pari a 2.13, confermando dunque l'assenza di problemi di multicollinearità. Infatti, secondo Myers (1990) non si registrano problemi di multicollinearità in presenza di valori dei VIF inferiori a 10.

Tab. 2 – Media, deviazione standard, VIF e correlazione

Variabili	Media	D.S	VIF	IT	DIM	COMPL	ETÀDG	GENDG	VISINT	ETÀ	PS	UNI	OVER65				
IT	0.82	0.30		1													
DIM	6.17	0.69	2.13	0.252	**	1											
COMPL	68.9	38.17	1.54	0.031	0.511	***	1										
ETÀDG	60.02	6.98	1.11	-0.133	-0.103	-0.225	**	1									
GENDG	0.17	0.37	1.09	0.017	0.024	0.124	-0.256	**	1								
VISINT	11.60	1.40	1.19	0.158	0.189	*	0.168	*	-0.001	0.056	1						
ETÀ	108.31	184.14	1.22	-0.090	0.232	**	0.069	-0.047	0.054	0.339	***	1					
PS	0.9	0.30	1.74	0.078	0.433	***	0.351	***	0.056	-0.036	0.190	*	0.075	1			
UNI	0.56	0.49	1.06	0.040	0.316	***	0.348	***	-0.159	0.002	0.059	0.122	0.107	1			
OVER65	23.04	2.07	1.09	0.275	***	0.165	*	0.089	-0.176	*	0.034	0.060	0.174	*	-0.054	0.111	1

Gli asterischi in tabella indicano il livello di significatività. Più nello specifico: *** livello di significatività 1%; ** livello di significatività 5%; * livello di significatività 10%.

5.2. Regressione multipla

Per testare le ipotesi di ricerca, questo studio ha utilizzato un modello di regressione lineare multipla. I risultati della regressione sono riassunti nella Tab. 3. Il modello di regressione consente di spiegare circa il 28,2% della varianza della variabile dipendente (R^2 aggiustato pari a 0.282).

I risultati supportano solo in parte l'impatto dell'assetto organizzativo e della struttura di *governance* sul livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere. Essi infatti supportano solo due delle quattro ipotesi di questo studio.

A tal proposito, i risultati verificano l'ipotesi 1 (H1). Infatti, DIM ha una relazione positiva e altamente significativa con l'IT ($p = 0.003$). Questo risultato dimostra come le strutture ospedaliere più grandi, che includono cioè un maggior numero di posti letto, siano più propense a fornire informazioni. Tale risultato può essere spiegato dalle maggiori pressioni a cui sono esposte le strutture ospedaliere più grandi e dalle maggiori risorse finanziarie di cui godono. In relazione al primo elemento, infatti, la divulgazio-

ne di un maggior numero di informazioni può rappresentare un mezzo per mitigare le pressioni derivanti dall'ampio bacino di utenza. Invece, in relazione al secondo elemento, le maggiori risorse monetarie di cui godono le strutture ospedaliere di maggiori dimensioni possono essere utilizzate anche per la raccolta e la divulgazione di informazioni. Tali circostanze spiegano dunque l'effetto positivo della dimensione sulla trasparenza informativa delle strutture ospedaliere. A tal proposito, i risultati di questo studio estendono quelli ottenuti dagli studiosi precedenti in relazione alle imprese private (Craven & Marston, 1999; Oyelere *et al.*, 2003; Marston & Polei, 2004; Bonsón & Escobar, 2004; Lim *et al.*, 2007; Boesso & Kumar, 2007), ai governi locali (Styles & Tennyson, 2007) e alle università (Gordon & Berhow, 2009).

I risultati invece non supportano l'ipotesi 2 (H2). Infatti, essi dimostrano una relazione significativa ma negativa tra COMPL e IT ($p = 0.057$). Tale risultato dimostra come le strutture ospedaliere più complesse siano meno propense a fornire informazioni. Sebbene si tratti di un risultato sorpren-

Tab. 3 – Risultati del modello di regressione

Variabili	Coefficiente	Errore standard	p-value	Sign.
Costante	1.238	0.542	0.000	***
DIM	0.172	0.056	0.003	***
COMPL	-0.002	0.001	0.057	*
ETÀDG	-0.003	0.004	0.369	
GENDG	0.188	0.074	0.014	**
VISINT	0.043	0.021	0.041	**
ETÀ	-0.001	0.001	0.003	***
PS	-0.136	0.118	0.252	
UNI	0.009	0.060	0.878	
OVER65	0.042	0.013	0.003	***
N	100			
R ² agg.	0.282			

*** = significativo all'1%; ** = significativo al 5%; * = significativo al 10%.

dente, una possibile spiegazione può essere connessa alle difficoltà organizzative nella raccolta dei dati e delle informazioni che contraddistinguono le strutture ospedaliere più complesse. Tale circostanza potrebbe complicare la trasparenza delle strutture ospedaliere a causa dell'assenza di dati e informazioni relative ai singoli reparti, giustificando così l'esistenza di una relazione negativa tra la complessità e il livello di informazioni divulgate.

Anche l'ipotesi 3 (H3) non risulta verificata. Infatti, i risultati dimostrano una relazione non significativa tra la variabile ETÀDG e la variabile IT. Tale risultato dimostra che l'età del direttore generale non ha alcun effetto significativo sull'ammontare di informazioni divulgate dalla struttura ospedaliera.

Infine, l'ipotesi 4 (H4) è supportata dai risultati. Essi infatti dimostrano una relazione positiva e significativa tra GENDG e IT ($p = 0.014$). Tale risultato dimostra come la presenza di un direttore generale di sesso femminile all'interno della struttura ospeda-

liera favorisca la divulgazione di un maggior numero di informazioni. Tale risultato può essere spiegato dalla propensione delle donne nei confronti della cooperazione, del coinvolgimento degli stakeholder e della trasparenza. Tali valori culturali potrebbero dunque giustificare l'impatto positivo del genere femminile del direttore generale sulla trasparenza informativa delle strutture ospedaliere.

Infine, in relazione alle variabili di controllo, i risultati mostrano un impatto positivo delle variabili VISINT, ETÀ e OVER65. Tali risultati dimostrano che le strutture ospedaliere che godono di una maggiore visibilità su internet, quelle più antiche e quelle localizzate in regioni con una maggiore percentuale di cittadini con un'età superiore ai 65 anni sono più propense a fornire informazioni.

6. Conclusioni

Questo studio ha esaminato i fattori che influenzano il livello di trasparenza informativa delle strutture ospeda-

liere italiane. I risultati hanno evidenziato un effetto positivo della dimensione e del genere femminile del direttore generale sul livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere. Essi hanno inoltre sottolineato un impatto negativo della complessità e un'influenza non significativa dell'età del direttore generale sul livello di informazioni divulgate dalle strutture ospedaliere.

Questo studio contribuisce alla letteratura esistente in due modi. In primo luogo, esso contribuisce ad aumentare la conoscenza circa i livelli di trasparenza informativa della sanità pubblica in Italia. A tal proposito, esso rappresenta il primo studio che esamina il livello di informazioni divulgate dalle strutture ospedaliere italiane. In secondo luogo, questo studio contribuisce ad aumentare la conoscenza circa il ruolo svolto dall'assetto organizzativo e dalla struttura di *governance* nelle politiche di trasparenza informativa della sanità pubblica, fornendo dunque una visione complessiva delle determinanti del livello di informazioni divulgate dalle strutture ospedaliere italiane.

I risultati offrono implicazioni importanti per i *policy-makers*. Alla luce dell'impatto positivo del genere femminile del direttore generale sul livello di trasparenza informativa, i *policy-makers*, attraverso specifici interventi, dovrebbero favorire la nomina di donne come direttori generali delle strutture ospedaliere.

Questo studio tuttavia non è esente da limitazioni. Tali limitazioni sono connesse principalmente alla tipologia di

dati utilizzati e al numero limitato di determinanti esaminate. In relazione alla prima limitazione, questo studio utilizza dati secondari per l'operazionalizzazione del livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere. Tali dati, seppur forniti da accreditate piattaforme ministeriali, non garantiscono una valutazione piena della qualità dell'informativa trasmessa dalle strutture ospedaliere. In relazione alla seconda limitazione, questo studio esamina l'impatto di un numero limitato di fattori a causa dell'impossibilità di reperire dati relativi ad altre variabili indipendenti. Queste limitazioni, tuttavia, non riducono la qualità generale del lavoro e, soprattutto, offrono spunti interessanti per le ricerche future. Esse, infatti, in relazione alla prima limitazione potranno costruire differenti indici di trasparenza e utilizzare tecniche di *content analysis* al fine di misurare l'effettivo ammontare di informazioni divulgate dalle singole strutture sanitarie. In relazione alla seconda limitazione, le ricerche future potranno estendere il novero di determinanti esaminate somministrando questionari alle strutture ospedaliere al fine di ottenere ulteriori dati da inserire nell'analisi econometrica. Infine, le ricerche future potranno estendere l'analisi delle determinanti della trasparenza informativa ad altri enti pubblici interessati dai recenti interventi normativi quali le aziende sanitarie locali, le università, i comuni, le province, le federazioni nazionali, gli ordini, i collegi e i consigli professionali.

BIBLIOGRAFIA

- Álvarez I.G., Prado-Lorenzo J.M., & García-Sánchez I.M. (2011). Corporate social responsibility and innovation: A resource-based theory. *Management Decision*, 49(10): 1709-1727. DOI: 10.1108/00251741111183843.
- Álvarez I.G., Sánchez I.G., & Domínguez L.R. (2009). La eficacia del gobierno corporativo y la divulgación de información en Internet. *Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa*, 15(1): 109-135.
- Angst C., Agarwal R., Gao G.G., Khuntia J., & McCullough J.S. (2014). Information technology and voluntary quality disclosure by hospitals. *Decision Support Systems*, 57: 367-375. DOI: 10.1016/j.dss.2012.10.042.
- Barako D.G. (2007). Determinants of voluntary disclosures in Kenyan companies' annual reports. *African Journal of Business Management*, 1(5). DOI: 10.5897/AJBM.9000203.
- Barako D.G., & Brown A.M. (2008). Corporate social reporting and board representation: evidence from the Kenyan banking sector. *Journal of Management & Governance*, 12(4): 309-324. DOI: 10.1007/S10997-008-9053-X.
- Bauhr M., & Grimes M. (2014). Indignation or resignation: The implications of transparency for societal accountability. *Governance*, 27(2): 291-320. DOI: 10.1111/GOVE.12033.
- Boesso G., & Kumar K. (2007). Drivers of corporate voluntary disclosure: A framework and empirical evidence from Italy and the United States. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 20(2): 269-296. DOI: 10.1108/09513570710741028.
- Bonsón E., & Escobar T. (2004). La difusión voluntaria de información financiera en Internet. Un análisis comparativo entre Estados Unidos, Europa del Este y la Unión Europea. *Spanish Journal of Finance and Accounting/Revista Española de Financiación y Contabilidad*, 33(123): 1063-1101. DOI: 10.1080/02102412.2004.10779539.
- Boscarino J.A., & Adams R.E. (2004). Public perceptions of quality care and provider profiling in New York: implications for improving quality care and public health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 10(3): 241-250.
- Branco M.C., & Rodrigues L.L. (2008). Factors influencing social responsibility disclosure by Portuguese companies. *Journal of Business Ethics*, 83(4): 685-701. DOI: 10.1007/S10551-007-9658-Z.
- Brusca I., Caperchione E., Cohen S., & Rossi F.M. (Eds.) (2015). *Public sector accounting and auditing in Europe: The challenge of harmonization*, pp. 1-278. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bushman R.M., & Smith A.J. (2001). Financial accounting information and corporate governance. *Journal of Accounting and Economics*, 32(1-3): 237-333. DOI: 10.1016/S0165-4101(01)00027-1.
- Christianson J.B., Volmar K.M., Alexander J., & Scanlon D.P. (2010). A report card on provider report cards: current status of the health care transparency movement. *Journal of general internal medicine*, 25(11): 1235-1241. DOI: 10.1007/S11606-010-1438-2.
- Craven B.M., & Marston C.L. (1999). Financial reporting on the Internet by leading UK companies. *European Accounting Review*, 8(2): 321-333. DOI: 10.1080/096381899336069.
- Davidson W.N., Xie B., Xu W., & Ning Y. (2007). The influence of executive age, career horizon and incentives on pre-turnover earnings management. *Journal of Management & Governance*, 11(1): 45-60. DOI: 10.1007/S10997-007-9015-8.
- De Araujo J.F.F.E., & Tejedo-Romero F. (2016). Local government transparency index: determinants of municipalities' rankings. *International Journal of Public Sector Management*, 29(4): 327-347. DOI: 10.1108/IJPSM-11-2015-0199.
- Farrar D.E., & Glauber R.R. (1967). Multicollinearity in regression analysis: the problem revisited. *The Review of Economic and Statistics*, 49(1): 92-107.
- Fiscella K., & Franks P. (1999). Influence of patient education on profiles of physician practices. *Annals of internal medicine*, 131(10): 745-751. DOI: 10.7326/0003-4819-131-10-199911160-00005.
- Frias-Aceituno J.V., Rodríguez-Ariza L., & García-Sánchez I.M. (2013). The role of the board in the dissemination of integrated corporate social reporting. *Corporate social responsibility and environmental management*, 20(4): 219-233. DOI: 10.1002/CSR.1294.
- Fung C.H., Lim Y.W., Mattke S., Damberg C., & Shekelle P.G. (2008). Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of internal*

- medicine*, 148(2): 111-123. DOI: 10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00006.
- Gallagher T.H., Waterman A.D., Ebers A.G., Fraser V.J., & Levinson W. (2003). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *Jama*, 289(8): 1001-1007. DOI: 10.1001/JAMA.289.8.1001.
- Gamerschlag R., Möller K., & Verbeeten F. (2011). Determinants of voluntary CSR disclosure: empirical evidence from Germany. *Review of Managerial Science*, 5(2-3): 233-262. DOI: 10.1007/s11846-010-0052-3.
- García-Sánchez I.M., Raimo N., & Vitolla F. (2020). CEO power and integrated reporting. *Meditari Accountancy Research*, 29(4): 908-942. DOI: 10.1108/MEDAR-11-2019-0604.
- Gordon J., & Berhow S. (2009). University websites and dialogic features for building relationships with potential students. *Public relations review*, 35(2): 150-152. DOI: 10.1016/J.PUBREV.2008.11.003.
- Grossman S.J. (1981). The informational role of warranties and private disclosure about product quality. *The Journal of Law and Economics*, 24(3): 461-483.
- Harris K., & Buntin M. (2008). Choosing a health care provider: the role of quality information. *Policy*, 1(6): 1-25.
- Haveri A. (2006). Complexity in local government change: Limits to rational reforming. *Public Management Review*, 8(1): 31-46. DOI: 10.1080/14719030500518667.
- Heald D. (Ed.) *Transparency: The Key to Better Governance?*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Healy P.M., & Palepu K.G. (1993). The effect of firms' financial disclosure strategies on stock prices. *Accounting horizons*, 7(1): 1.
- Healy P.M., & Palepu K.G. (2001). Information asymmetry, corporate disclosure, and the capital markets: A review of the empirical disclosure literature. *Journal of accounting and economics*, 31(1-3): 405-440. DOI: 10.1016/S0165-4101(01)00018-0.
- Healy P.M., Hutton A.P., & Palepu K.G. (1999). Stock performance and intermediation changes surrounding sustained increases in disclosure. *Contemporary accounting research*, 16(3): 485-520. DOI: 10.1111/J.1911-3846.1999.TB00592.X.
- Huang H.W., Rose-Green E., & Lee C.C. (2012). CEO age and financial reporting quality. *Accounting Horizons*, 26(4): 725-740. DOI: 10.2308/ACCH-50268.
- Jin G.Z. (2005). Competition and disclosure incentives: an empirical study of HMOs. *Rand journal of Economics*, 36(1): 93-112.
- Khodadadi V., Khazami S., & Aflatooni A. (2010). The effect of corporate governance structure on the extent of voluntary disclosure in Iran. *Business Intelligence Journal*, 3(2): 151-164.
- Kim O., & Verrecchia R.E. (1994). Market liquidity and volume around earnings announcements. *Journal of accounting and economics*, 17(1-2): 41-67. DOI: 10.1016/0165-4101(94)90004-3.
- Leuz C. (2007). Was the Sarbanes-Oxley Act of 2002 really this costly? A discussion of evidence from event returns and going-private decisions. *Journal of Accounting and Economics*, 44(1-2): 146-165. DOI: 10.1016/J.JACCECO.2007.06.001.
- Lim S., Matolcsy Z., & Chow D. (2007). The association between board composition and different types of voluntary disclosure. *European Accounting Review*, 16(3): 555-583. DOI: 10.1080/09638180701507155.
- Lindenauer P.K., Remus D., Roman S., Rothberg M.B., Benjamin E.M., Ma A., & Bratzler D.W. (2007). Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *New England Journal of Medicine*, 356(5): 486-496. DOI: 10.1056/NEJMsa064964.
- Lone E.J., Ali A., & Khan I. (2016). Corporate governance and corporate social responsibility disclosure: evidence from Pakistan. *Corporate Governance: The international journal of business in society*, 125: 601-615. DOI: 10.1108/CG-05-2016-0100.
- Marston C., & Polei A. (2004). Corporate reporting on the Internet by German companies. *International journal of Accounting Information systems*, 5(3): 285-311. DOI: 10.1016/J.ACCINF.2004.02.009.
- Myers J. (1990). *Variance inflation factor analysis: Interpretation and understanding*. Lawrence Erlbaum: Hillsdale, NJ.
- Nicolò G., Ricciardelli A., Raimo N., & Vitolla F. (2021). Visual disclosure through integrated reporting. *Management Decision*, 60(4): 976-994. DOI: 10.1108/MD-01-2021-0034.
- Oyelere P., Laswad F., & Fisher R. (2003). Determinants of internet financial reporting by New Zealand companies. *Journal of International Financial Management & Accounting*, 14(1): 26-63. DOI: 10.1111/1467-646X.00089.
- Park H., & Blenkinsopp J. (2011). The roles of transparency and trust in the relationship between corruption and citizen satisfaction. *International Review of Administrative Sciences*, 77(2): 254-274. DOI: 10.1177/0020852311399230.
- Piotrowski S.J., & Van Ryzin G.G. (2007). Citizen attitudes toward transparency in local government. *The American review of public administration*, 37(3): 306-323. DOI: 10.1177/0275074006296777.

- Prado-Lorenzo J.M., & García-Sánchez I.M. (2010). The role of the board of directors in disseminating relevant information on greenhouse gases. *Journal of business ethics*, 97(3): 391-424. DOI: 10.1007/S10551-010-0515-0.
- Raimo N., Vitolla F., Marrone A., & Rubino M. (2020). The role of ownership structure in integrated reporting policies. *Business Strategy and the Environment*, 29(6): 2238-2250. DOI: 10.1002/BSE.2498.
- Raimo N., Zito M., & Caragnano A. (2019). Does national culture affect integrated reporting quality? A focus on GLOBE dimensions. In: *9th International Symposium on Natural Resources Management, May 31st, 2019, Zaječar, Serbia*, pp. 383-392.
- Reverte C. (2009). Determinants of corporate social responsibility disclosure ratings by Spanish listed firms. *Journal of business ethics*, 88(2): 351-366. DOI: 10.1007/S10551-008-9968-9.
- Richard S.A., Rawal S., & Martin D.K. (2005). Patients' views about cardiac report cards: a qualitative study. *The Canadian journal of cardiology*, 21(11): 943-947.
- Riley J.G. (1979). Testing the educational screening hypothesis. *Journal of Political Economy*, 87(5, Part 2): S227-S252.
- Roberts A. (2006, January). Dashed expectations: Governmental adaptation to transparency rules. In: *Proceedings-British Academy* (135: 107). Oxford University Press Inc.
- Rossi F.M., Nicolò G., & Polcini P.T. (2018). New trends in intellectual capital reporting: Exploring online intellectual capital disclosure in Italian universities. *Journal of Intellectual Capital*, 19(4): 814-835. DOI: 10.1108/JIC-09-2017-0119.
- Sangiorgi D., & Siboni B. (2017). The disclosure of intellectual capital in Italian universities: What has been done and what should be done. *Journal of intellectual capital*, 18(2): 354-372. DOI: 10.1108/JIC-09-2016-0088.
- Sharif M., & Rashid K. (2014). Corporate governance and corporate social responsibility (CSR) reporting: an empirical evidence from commercial banks (CB) of Pakistan. *Quality & Quantity*, 48(5): 2501-2521. DOI: 10.1007/S11135-013-9903-8.
- Sofaer S., Crofton C., Goldstein E., Hoy E., & Crabb J. (2005). What do consumers want to know about the quality of care in hospitals?. *Health services research*, 40(6p2): 2018-2036. DOI: 10.1111/J.1475-6773.2005.00473.X.
- Spranca M., Kanouse D.E., Elliott M., Short P.F., Farley D.O., & Hays R.D. (2000). Do consumer reports of health plan quality affect health plan selection?. *Health services research*, 35(5 Pt 1): 933.
- Styles A.K., & Tennyson M. (2007). The accessibility of financial reporting of US municipalities on the Internet. *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management*, 19(1): 56-92. DOI: 10.1108/JPBAFM-19-01-2007-B003.
- Tagesson T., Blank V., Broberg P., & Collin S.O. (2009). What explains the extent and content of social and environmental disclosures on corporate websites: a study of social and environmental reporting in Swedish listed corporations. *Corporate social responsibility and environmental management*, 16(6): 352-364. DOI: 10.1002/CSR.194.
- Tamimi N., & Sebastianelli R. (2017). Transparency among S&P 500 companies: An analysis of ESG disclosure scores. *Management Decision*, 55(8): 1660-1680. DOI: 10.1108/MD-01-2017-0018.
- Tavares A.F., & da Cruz N.F. (2020). Explaining the transparency of local government websites through a political market framework. *Government Information Quarterly*, 37(3), 101249. DOI: 10.1016/J.GIQ.2017.08.005.
- Tejedo-Romero F., & de Araújo J.F.F.E. (2018). Determinants of local governments' transparency in times of crisis: evidence from municipality-level panel data. *Administration & society*, 50(4): 527-554. DOI: 10.1177/0095399715607288.
- Troy C., Smith K.G., & Domino M.A. (2011). CEO demographics and accounting fraud: Who is more likely to rationalize illegal acts?. *Strategic Organization*, 9(4): 259-282. DOI: 10.1177/1476127011421534.
- Vitolla F., Raimo N., Rubino M., & Garegnani G.M. (2021). Do cultural differences impact ethical issues? Exploring the relationship between national culture and quality of code of ethics. *Journal of International Management*, 27(1), 100823. DOI: 10.1016/J.INTMAN.2021.100823.
- Vitolla F., Raimo N., Rubino M., & Garzoni A. (2019). How pressure from stakeholders affects integrated reporting quality. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 26(6): 1591-1606. DOI: 10.1002/CSR.1850.
- Vitolla F., Raimo N., Rubino M., & Garzoni A. (2020a). The determinants of integrated reporting quality in financial institutions. *Corporate Governance: The International Journal of Business in Society*, 20(3): 429-444. DOI: 10.1108/CG-07-2019-0202.
- Vitolla F., Rubino M., & Raimo N. (2020b). Gli effetti della cultura nazionale sulla qualità della disclosure del capitale intellettuale nel contesto dell'Integrated Reporting. *Management Control*, 1: 137-160.

Integrazione della catena logistica nel settore sanitario: quali strategie sono implementate?

Valeria Belvedere, Simone Laratro, Stefano Villa*

Lo studio fa luce sulle strategie di integrazione della logistica dei beni nel settore sanitario. La presente ricerca focalizza l'attenzione sulla partnership tra fornitori e aziende sanitarie e si pone l'obiettivo di rispondere a tre diverse domande: i) quali sono le strategie di integrazione che le organizzazioni sanitarie cercano di attuare con i propri fornitori?; ii) quali sono i vantaggi e le barriere delle diverse strategie di integrazione?; iii) quali sono le condizioni organizzative per una strategia di integrazione di successo?

I dati sono stati raccolti mediante la somministrazione di un questionario rivolto ai Responsabili Acquisti/Logistici delle aziende sanitarie del centro-nord Italia. La popolazione target finale per questa analisi era costituita da 135 unità. Il tasso di risposta è stato del 46%.

Le evidenze mostrano un notevole grado di maturità delle organizzazioni sanitarie. I progetti di integrazione

tendono a focalizzarsi maggiormente sui beni più costosi e complessi: (i) dispositivi medici e (ii) materiali per sale operatorie. Le organizzazioni sanitarie cercano partner industriali in grado di offrire elevati standard di qualità dei servizi logistici. La standardizzazione, il commitment del top management e la rilevanza strategica della funzione logistica sono ampiamente considerati come aspetti chiave per l'implementazione di successo di questi progetti.

Parole chiave: sanità, logistica, integrazione, collaborazioni.

Supply Chain Integration in Healthcare sector: What are the strategies implemented?

The study sheds a light on supply chain integration strategies in the healthcare arena.

This study focuses the attention on the partnership between suppliers and healthcare providers trying to address three different questions: i) what are the integration strategies that Healthcare organizations try to implement with their suppliers?; ii) what are the benefits and the barriers of different integration strategies?; iii) what are the organizational conditions for a successful integration strategy?

S O M M A R I O

1. Analisi della letteratura
2. Metodologia di ricerca
3. Risultati
4. Conclusioni

* Valeria Belvedere, Professore associato di Economia e Gestione delle Imprese, Università Cattolica del Sacro Cuore. E-mail: valeria.belvedere@unicatt.it.

Simone Laratro, Dottorando – Dottorato in Management e Innovazione, Dipartimento SEGESTA, Università Cattolica del Sacro Cuore. Corresponding author, e-mail: simone.laratro01@unicatt.it.

Stefano Villa, Professore ordinario di Economia Aziendale, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore. E-mail: stefano.villa@unicatt.it.

The authors have adopted a survey research strategy, targeted to the purchasing/logistic managers of healthcare organizations placed in north-centre Italy. The final target population for this analysis consisted of 135 units. The response rate was 46%.

The evidence shows a remarkable degree of maturity of healthcare organizations.

Integration projects tends typically to target the most complex items: (i) medical devices and (ii) operating room materials. Healthcare organizations look for industrial partners capable of offering high quality standards of logistic services. Standardization, top management commitment and strategic relevance of the logistic function are widely considered as key aspect for the successful implementation of these projects.

Keywords: healthcare, supply chain, integration, partnerships.

Articolo sottomesso: 25/08/2021,
accettato: 08/06/2022

1. Analisi della letteratura

La gestione della logistica dei beni (cfr. Supply Chain Management – SCM) è ampiamente riconosciuta come una delle principali tematiche della letteratura scientifica di Operations Management (OM) ed è stata negli ultimi anni una tematica calda delle principali riviste di OM, diventando una questione dominante nella ricerca di gestione operativa (Kouvelis *et al.*, 2006; Sprague, 2007; DeHoratius e Rabinovich, 2011). Il termine “SCM” è apparso per la prima volta in letteratura a metà degli anni Ottanta e i suoi pilastri fondamentali sono riconducibili a ipotesi della

ricerca operativa degli anni Sessanta. Tuttavia, negli ultimi trent’anni, la letteratura sulla Supply Chain è cresciuta soprattutto nei settori industriale e manifatturiero con un focus diretto sulle imprese basate sulla produzione di beni (Cooper *et al.*, 1997; Chen *et al.*, 2013). In effetti, molti ricercatori hanno studiato le strategie di gestione della catena di approvvigionamento di aziende provenienti da diversi settori, come quello automobilistico, manifatturiero o della moda (Brun e Castelli, 2008; Vanichchinchai, 2012; Qi *et al.*, 2009).

All’origine, il SCM era visto come un semplice processo di pianificazione, implementazione e controllo delle operazioni della filiera produttiva (Pounder *et al.*, 2013), tuttavia il concetto si è evoluto negli anni e oggi è riconosciuto in letteratura come “l’integrazione dei processi aziendali che vanno dall’utente finale ai fornitori originali che forniscono risorse, servizi e informazioni che aggiungono valore per i clienti” (Cooper *et al.*, 1997, p. 2). Attorno al concetto di SCM, sia nel mondo accademico sia in quello professionale, non c’è una visione e un significato chiaro (Mentzer *et al.*, 2001) e, inoltre, è comunemente confuso con un concetto di logistica pura; tuttavia, a differenza di quest’ultimo, il SCM è meglio paragonabile a un approccio più completo che mira a coordinare le funzioni, i processi e le relazioni all’interno delle organizzazioni e lungo la catena di fornitura di beni o servizi. Per catena logistica si intende una “rete di organizzazioni che sono coinvolte, attraverso dei collegamenti a monte e a valle della filiera, nei diversi processi e attività che producono valore sotto forma di prodotti e/o servizi forniti

e/o erogati al consumatore finale” (Christopher, 1992, p. 17).

Di recente, il settore sanitario ha attirato l'attenzione dei ricercatori nell'area delle Operations e della Supply Chain, principalmente perché la gestione dei beni lungo la catena logistica sta diventando sempre più complessa e dinamica. Il SCM in sanità è un concetto recente che sta attirando maggiore attenzione grazie alla promozione dell'integrazione delle diverse attività (appalti, logistica, produzione e distribuzione delle merci). Soprattutto nel Sistema Sanitario italiano, l'integrazione (o partnership) della Supply Chain è vista come uno strumento per aumentare sia la produttività sia la qualità all'interno dei processi sanitari. Tuttavia, l'implementazione delle strategie di integrazione del SCM nel settore sanitario è ancora lontana dall'essere comune, sebbene l'uso del SCM sia in rapida espansione tra i fornitori sanitari (Bensa *et al.*, 2010), anche a causa di una maggiore domanda da parte dei *policy-makers* di migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi, legata anche alla limitatezza delle risorse nonché a una crescente richiesta di creazione di maggior valore per il paziente (Lega *et al.*, 2013).

La partnership lungo la catena logistica è un concetto relativamente nuovo che sta acquisendo un'importanza strategica; infatti, l'integrazione della catena logistica (cfr. Supply Chain Integration – SCI) è vista dal management come uno strumento per aumentare la produttività e migliorare la qualità dei servizi (Lega *et al.*, 2013). In letteratura, la SCI è stata studiata da diverse prospettive: molti ricercatori hanno focalizzato l'attenzione sulle pratiche di integrazione con i consumatori finali (clienti o

acquirenti), mentre altri hanno analizzato l'integrazione a monte ovvero con i fornitori (Gimenez *et al.*, 2012). L'implementazione di una strategia di Supply Chain basata sulla partnership è utile per superare le tradizionali barriere competitive tra gli attori della catena logistica e creare benefici reciproci che portano alla crescita dei flussi di informazioni, una bassa incertezza e una catena di approvvigionamento più performante. I vantaggi nati da queste collaborazioni consentono ai membri della catena logistica di ottenere prestazioni finanziarie e operative più elevate attraverso la riduzione dei costi, minori scorte lungo tutta la catena logistica e maggiori livelli di condivisione delle informazioni (Maloni e Benton, 1997; Yu *et al.*, 2001).

Il presente studio focalizza l'attenzione sulla partnership tra fornitori (aziende farmaceutiche e medical device) e provider sanitari (ospedali, ASL ecc.). L'integrazione della catena logistica in ambito sanitario, specificamente correlata alla partnership ospedale-fornitore, è stata definita da Chen *et al.* (2013) come “la misura in cui i processi aziendali tra un ospedale e i suoi fornitori chiave sono strategicamente combinati e unificati nel loro insieme” (p. 392).

Come sottolineato negli studi precedenti, principalmente nel settore industriale, è possibile implementare strategie di integrazione lungo la catena di approvvigionamento in numerosi modi. Infatti, gli acquirenti (in questo caso i provider sanitari) possono scegliere diversi approcci di integrazione che si sono sviluppati in modo esponenziale grazie alle innovazioni tecnologiche (es. sistema RFID, Electronic Data Interchange, Conto di deposito elettronico) (Chircu *et al.*, 2014).

Grazie alle innovazioni tecnologiche, è possibile raggiungere maggiori flussi di informazioni e ottenere l'elaborazione e la trasmissione in tempo reale delle informazioni necessarie accelerando il processo decisionale lungo la catena di logistica (Ageon *et al.*, 2013). Altri tipi di pratiche di integrazione, come Vendor-Managed Inventory, gestione proattiva delle merci scadute (Yao *et al.*, 2005; Power, 2005), approccio Just in Time (Qrunfleh e Tarafdar, 2013), il conto deposito e la gestione fisica del magazzino da parte del fornitore (Villa, 2012), sono inoltre in rapida espansione anche tra le strutture sanitarie.

Il bisogno di implementare strategie di SCI può scaturire da esigenze organizzative per rafforzare la collaborazione con i fornitori. Precedenti ricerche hanno evidenziato diverse condizioni abilitanti, che possono essere riassunte in otto condizioni organizzative, necessarie per consentire il rapporto di collaborazione, tra cui: i) informatizzazione del processo logistico per rendere le informazioni trasparenti e disponibili in tempo reale; ii) standardizzazione dei processi; iii) forte commitment del top management; iv) rilevanza strategica della logistica; v) dipendenti qualificati nelle funzioni organizzative e dipartimentali; vi) potere contrattuale; vii) sistema di controllo delle performance della catena logistica e viii) chiari obiettivi di miglioramento (Power, 2005; Crook *et al.*, 2007; Fawcett *et al.*, 2008; Villa, 2012). Tuttavia, anche se la letteratura suggerisce che potrebbero esserci alcune condizioni chiave che consentono una partnership di successo con il fornitore (Maloni e Benton, 1997), non è ancora chiaro quali siano le

principali condizioni facilitanti nella pratica.

Molti autori hanno evidenziato diversi vantaggi che portano i manager a implementare una corretta strategia di integrazione della supply chain; generalmente, quando il management sceglie di integrare la supply chain, ci si aspetta dai fornitori un importante ritorno in termini di miglioramento dei processi e un impatto positivo sulle performance operative (Brennan, 1998). D'altro canto, esiste un consistente filone della letteratura che ha individuato barriere che ostacolano il successo dell'integrazione con i fornitori (Fawcett *et al.*, 2008). Nella letteratura precedente, i manager hanno segnalato molte difficoltà nel processo di implementazione della strategia di integrazione della catena logistica. Tuttavia sono ancora poco chiari gli effetti delle variabili che impediscono l'attuazione dei progetti di integrazione, il che limita la capacità di trovare soluzioni efficaci all'integrazione dei processi lungo la filiera. Pertanto, vale la pena indagare sui principali ostacoli dell'integrazione della catena logistica (Richey *et al.*, 2009).

Per questo motivo, il presente studio vuole trovare risposta a tre diverse domande: i) quali sono le strategie di integrazione che le organizzazioni sanitarie cercano di implementare con i propri fornitori?; ii) quali sono i vantaggi e gli ostacoli all'adozione di strategie di integrazione?; iii) quali sono le condizioni organizzative per una strategia di integrazione di successo? Inoltre, è anche importante tenere conto del fatto che i processi sanitari sono caratterizzati da una serie di specificità che inevitabilmente influenzano la gamma di strategie di SCM disponibili. Il settore sanitario è stori-

camente considerato differente in termini operativi dagli altri settori (De Vries e Huijsman, 2011). La filiera logistica ospedaliera (Healthcare Supply Chain – HSC) è piuttosto unica e caratterizzata da un'elevata complessità che non interessa il settore industriale; ciò è dovuto ai processi clinici che necessitano di un ottimale e puntuale approvvigionamento di beni (es. farmaci, dispositivi medici ecc.) per rispondere adeguatamente alle diverse esigenze dei pazienti. Inoltre, la complessità è dovuta alle migliaia di differenti tipologie di beni sanitari implicati nei processi di fornitura che possono assumere diverse classificazioni (es. non esiste una classificazione numerica universale per lo stesso prodotto), caratteristiche, volumi e valori economici (Chen *et al.*, 2013). Per di più, il processo di approvvigionamento è influenzato da professionisti sanitari (es. medici) che intervengono nel processo decisionale di acquisto di beni sanitari (es. dispositivi medici) richiedendo specifiche precise del prodotto e prendendo, di fatto, le decisioni di acquisto (Ford e Scanlon, 2007).

Queste caratteristiche, che contraddistinguono l'HSC dal tradizionale concetto di filiera logistica, ne rendono la gestione più complicata e ad alta intensità di conoscenze.

Inoltre, va notato che in Italia – come in molti altri Paesi sviluppati – le aziende sanitarie sono di proprietà pubblica e, pertanto, la progettazione e l'esecuzione delle strategie di SCM devono tenere conto di tutte le caratteristiche e le specificità che differenziano le istituzioni pubbliche da quelle private.

In primo luogo, la gamma di azioni a disposizione dei dirigenti pubblici è

limitata da una serie di vincoli politici. Le dinamiche politiche si traducono in frequenti cambiamenti di policy e nell'imposizione di orizzonti temporali brevi ai dirigenti pubblici che sono di fatto guidati principalmente da ritmi istituzionali legati alle elezioni politiche. Lo sviluppo di solide strategie di SC e progetti di innovazione a lungo termine è quindi più difficile in questo contesto (Zanjirani *et al.*, 2009). In secondo luogo, le organizzazioni pubbliche interagiscono con una varietà di stakeholder che pongono richieste e vincoli ai loro dirigenti. La presenza di diversi stakeholder (es. contribuenti e destinatari di servizi o gruppi industriali) impone alle organizzazioni pubbliche di perseguire obiettivi diversi e talvolta conflittuali. Inoltre, è stato spesso affermato che le aziende pubbliche hanno obiettivi distintivi, come l'etica, l'equità o una gestione responsabile delle risorse impiegate, che non esistono nel settore privato (Flynn, 2007). In questa misura, il governo utilizza spesso gli appalti come strumento per promuovere una serie di obiettivi importanti e più ampi di politica pubblica (Harland *et al.*, 2007), come obiettivi economici, obiettivi sociali, obiettivi ambientali. In terzo luogo, le organizzazioni pubbliche sono spesso progettate e strutturate intorno ai principi del modello burocratico. Le organizzazioni del settore pubblico hanno procedure decisionali più formali, meno flessibili e più avverse al rischio rispetto alle loro controparti nel settore privato (Farnham e Horton, 1996; Bozeman e Kingsley, 1998). Per esempio, gli appalti pubblici vengono spesso aggiudicati in base a regole e principi volti a garantire parità di trattamento, non discriminazione e trasparenza

verso i fornitori e a ridurre il rischio di corruzione. In questo senso, come delineato da Moore (1995), spesso nel caso di organizzazioni pubbliche, il valore aggiunto non ha nulla a che fare con il risultato effettivo raggiunto, ma è legato a come il processo stesso è progettato ed eseguito. In questo caso il rispetto di leggi e regolamenti, nell'esecuzione del processo di appalto, è essenziale al fine di raggiungere gli obiettivi pubblici rilevanti (quali equità, responsabilità e legalità).

2. Metodologia di ricerca

Per rispondere ai tre quesiti di ricerca, gli autori hanno adottato un approccio esplorativo perseguendo una strategia di ricerca sondaggistica (cfr. survey) (Forza, 2002), somministrando nel 2019 un questionario rivolto ai Responsabili Acquisti/Logistici delle Aziende Sanitarie (Ospedali, ASL, IRCCS ecc.) ubicate nel centro-nord Italia. Lo scopo dell'indagine è stato quello di cogliere lo stato dell'arte nel settore sanitario per quanto riguarda le strategie di integrazione della catena logistica (SCI). Il questionario è stato strutturato nel seguente modo: dopo una prima sezione riguardante le informazioni generali sugli intervistati e la loro organizzazione, la seconda sezione del questionario mirava a cogliere i benefici percepiti, le barriere e le condizioni organizzative della SCI, utilizzando una scala di tipo Likert a sette punti (da 1 – fortemente in disaccordo – a 7 – fortemente d'accordo) per ogni voce.

Dal momento che per questo studio è stato necessario sviluppare un nuovo questionario, come suggerito nella letteratura sugli studi basati sui sondaggi (Forza, 2002; Hensley, 1999), gli autori si sono basati sui contributi esi-

stenti per formulare le domande. Tuttavia, prima di somministrare il questionario, è stato ritenuto opportuno testare la survey prima con accademici e poi con un numero selezionato di manager, il cui profilo professionale era coerente con il target del sondaggio. Tali controlli hanno consentito di ottenere un feedback positivo sulla completezza degli elementi del questionario (come descrizioni attendibili dei principali costrutti affrontati nello studio) nonché sulla loro capacità di trasmettere chiaramente tali concetti ai partecipanti del sondaggio.

Lo studio è stato condotto su una ristretta popolazione di aziende sanitarie, infatti la popolazione iniziale era di quasi 200 unità (a livello nazionale). In questo studio sono state incluse solo le aziende localizzate nelle regioni dell'Italia centro-settentrionale che soddisfacevano uno dei due seguenti criteri: i) strutture sanitarie pubbliche (ospedali o ASL); ii) ospedali privati con più di 400 posti letto. La popolazione target finale per questa analisi era costituita da 135 unità. Con 64 questionari raccolti, il tasso di risposta è stato del 46%. La ripartizione del campione è stata la seguente: 19 ospedali pubblici; 7 ospedali privati; 38 ASL. L'anzianità lavorativa media degli intervistati nell'organizzazione di appartenenza è di 15,3 anni; il numero di anni di esperienza nella posizione attuale è di 8,4 anni. Questi numeri lasciano supporre che gli intervistati siano manager esperti, pienamente consapevoli del fenomeno in analisi.

Nella fase finale della ricerca è stato condotto un focus group con gli intervistati al sondaggio, ovvero con i Responsabili Acquisti/Logistici di alcune organizzazioni sanitarie sele-

zionate, che hanno partecipato alla presentazione dei risultati e fornito feedback sulle evidenze dello studio.

3. Risultati

Le evidenze dello studio mostrano che, tra le 64 organizzazioni del campione analizzato, il 78% di esse ha realizzato almeno 1 progetto di integrazione, mentre il numero medio di progetti implementati in questo campo è 6,4, il massimo è 30.

I dati disponibili mostrano che, su un totale di 261 progetti implementati (classificati per tipo di pratica di integrazione adottata e area di implementazione), le organizzazioni sanitarie analizzate nel presente studio cercano di raggiungere un livello più elevato di integrazione con i propri fornitori attraverso l'adozione di pratiche di

Just in Time (JIT), che è di gran lunga la pratica più diffusa citata in questo studio (51 progetti segnalati). Segue la previsione collaborativa (43 progetti segnalati) e poi il conto deposito (41 progetti segnalati). I dettagli sulle pratiche di integrazione adottate sono riportati nella Tab. 1.

Concentrando l'attenzione sull'area di implementazione, i progetti più ricorrenti riguardano i dispositivi medici e i materiali/beni utilizzati nelle sale operatorie (64 progetti per entrambi), seguiti dalle protesi (39 progetti). I dettagli sono forniti nella Tab. 2.

Le evidenze riportate nelle Tabb. 1 e 2 mostrano un notevole grado di maturità delle organizzazioni sanitarie analizzate, poiché le tipologie più ricorrenti di progetti e aree di implementazione dimostrano una preferenza

Tab. 1 – Progetti per pratiche di integrazione adottate

Pratiche di integrazione	N. progetti
Just in Time (JIT)	51
Pianificazione collaborativa, previsione e rifornimento	43
Conto deposito	41
Electronic Data Interchange (EDI)	33
Gestione proattiva dello scaduto	31
Vendor-Managed Inventory (VMI)	23
RFiD	13
Altro	3

Tab. 2 – Progetti per area di implementazione

Area di implementazione	N. progetti
Dispositivi medici	64
Materiali di sala operatoria	64
Protesica	39
Beni sanitari	28
Farmaci	26
Beni generali	24
Altro	16

verso progetti sfidanti (es. JIT per dispositivi medici).

Passando ai benefici ottenuti attraverso l'integrazione della catena logistica, la rapidità di risposta e la tempestività si posizionano nei primi posti (valori medi 5,7 e 5,3), mentre lo sfruttamento del potenziale di innovazione del fornitore e la creazione di relazioni a lungo termine segnano i valori medi più bassi (4,5 e 3,8). Poiché, soprattutto per

alcuni benefici, i valori erano caratterizzati da un grado di variabilità piuttosto notevole, abbiamo sintetizzato le evidenze identificando i benefici più rilevanti classificandoli sulla base della loro media e deviazione standard. I risultati di questa classificazione sono descritti nella Fig. 1.

Un elemento è stato considerato ad "alto" o "basso" valore aggiunto, ai fini dell'implementazione di progetti di

Fig. 1
Benefici organizzativi

		Media	
		Bassa	Alta
Dev. Std	Alta		<ul style="list-style-type: none"> • Sicurezza / tracciabilità • Sgravio lavoro personale sanitario • Affidabilità
	Bassa	<ul style="list-style-type: none"> • Capacità innovazione fornitore • Rapporto di lungo termine con fornitore 	<ul style="list-style-type: none"> • Puntualità • Rapidità

Fig. 2
Benefici economici

		Media	
		Bassa	Alta
Dev. Std	Alta	<ul style="list-style-type: none"> • Risparmio costi logistici • Costo innovazione a carico del fornitore 	
	Bassa	<ul style="list-style-type: none"> • Minore impegno personale logistico 	<ul style="list-style-type: none"> • Ottimizzazione della gestione delle scorte • Risparmio di spazio

integrazione, confrontandone la media con quella riportata da tutti gli altri elementi. Secondo questa descrizione dei risultati, è probabile che solo gli elementi caratterizzati da una bassa deviazione standard e da una media elevata siano rilevanti e importanti per la maggior parte delle organizzazioni, indipendentemente dalle loro specificità. Allo stesso modo, i benefici con una deviazione standard bassa e una

media bassa sono unanimemente classificati come trascurabili dalla stragrande maggioranza degli intervistati. Lo stesso approccio è stato utilizzato per valutare l'impatto dell'integrazione della catena logistica sui benefici economici, le condizioni abilitanti e le barriere. I risultati sono riportati nelle Figg. da 2 a 4.

Per quanto riguarda i vantaggi economici, quelli legati alla gestione delle

		Media	
		Bassa	Alta
Dev. Std	Alta	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi di controllo delle performance di supply chain • Competenze del personale interno 	<ul style="list-style-type: none"> • Informatizzazione dei processi
	Bassa	<ul style="list-style-type: none"> • Chiarezza degli obiettivi strategici 	<ul style="list-style-type: none"> • Standardizzazione dei processi • Rilevanza strategica della logistica • Commitment direzione strategica

Fig. 3
Condizioni abilitanti

		Media	
		Bassa	Alta
Dev. Std	Alta	<ul style="list-style-type: none"> • Gap culturale tra azienda sanitaria e fornitore • Distanza geografica con fornitore 	<ul style="list-style-type: none"> • Selezione dei fornitori • Affidabilità fornitore • Vincoli normativi • Dipendenza dal fornitore
	Bassa	<ul style="list-style-type: none"> • Costo del servizio • Formazione del personale • Scarsa flex fornitore • Difficile integrazione ospedale/enti territorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà integrazione software • Costi tecnologia

Fig. 4
Barriere

scorte sembrano essere i più diffusi e apprezzati (ovvero l'ottimizzazione della gestione delle scorte e la riduzione degli spazi di magazzino). Passando alle condizioni abilitanti, i risultati del presente studio evidenziano l'importanza di alcuni fattori organizzativi per il successo di una strategia di integrazione, come la rilevanza strategica della funzione "Logistica" nonché il commitment del top management. Anche la standardizzazione dei processi appare essere una condizione critica, in linea con quanto comunemente suggerito nei contributi esistenti in letteratura dove essa è riconosciuta come un presupposto del successo delle iniziative di cambiamento. Infine, per quanto riguarda le barriere di implementazione, il costo della tecnologia e, in particolare, l'integrazione dei sistemi IT con quelli dei fornitori sembrano essere temi critici da affrontare. Inoltre, al fine approfondire ulteriormente l'analisi dei risultati, sono state calcolate le correlazioni tra il numero di progetti realizzati dalle organizzazioni sanitarie, da un lato, e i benefici organizzativi ed economici, le condizioni abilitanti e le barriere, dall'altro. Questi

indici, riportati nella Tab. 3, testimoniano una sorta di "effetto apprendimento" o "learning effect", in quanto maggiore è il numero di progetti realizzati, migliore è la percezione sui benefici che si possono ottenere e minore è quella relativa alle barriere. Tuttavia, le correlazioni tra numero di progetti e variabili sono statisticamente significative solo per i benefici, sia organizzativi sia economici, e le barriere. La correlazione positiva con i fattori abilitanti, che sembra dimostrare che gli intervistati acquisiscono nel tempo un'elevata consapevolezza delle condizioni che devono verificarsi per attuare con successo un progetto di integrazione, non gode di rilevanza statistica.

Infine, i valori medi totali per ciascuna dimensione di indagine sono stati controllati per la natura delle organizzazioni sanitarie (ospedale pubblico, ospedale privato, ASL), al fine di capire se tale caratteristica guida le percezioni degli intervistati. I risultati evidenziano che i valori medi delle ASL sono più bassi per i benefici economici, organizzativi e per le condizioni abilitanti, mentre il valore medio delle barriere è più elevato (vedi Tab. 4).

Tab. 3 – Indici di correlazione

	Benefici organizzativi	Benefici economici	Condizioni abilitanti	Barriere
N. progetti implementati	0.08*	0.05*	0.15	-0.06*
p-value	0,06	0,08	0,19	0,05

* Correlazione statisticamente significativa, $p\text{-value} < 0,1$.

Tab. 4 – Valori medi per tipologia di organizzazione

	Benefici organizzativi	Benefici economici	Condizioni abilitanti	Barriere
Ospedali pubblici	4.49	5.36	5.64	4.43
Ospedali privati	5.19	5.13	5.48	4.24
ASL	4.36	4.33	5.20	5.2

4. Conclusioni

Lo studio fa luce sulle strategie di integrazione di SCM in ambito sanitario. Data l'ampia diversità delle forniture e beni che caratterizzano questo settore, il presente studio individua diverse tipologie di pratiche; tuttavia, è necessario evidenziare che la maggior parte dei progetti concentra l'attenzione sulle due categorie di beni ospedalieri più complessi: (i) dispositivi medici e (ii) materiali per sale operatorie.

Nonostante la diversità delle pratiche, lo studio ha individuato tendenze comuni lungo tutte le diverse dimensioni indagate.

Le organizzazioni sanitarie cercano innanzitutto partner industriali in grado di offrire elevati standard di qualità dei servizi logistici in termini di affidabilità e tempestività. Ciò è confermato dall'ampio consenso sul fatto che i principali vantaggi economici, derivati da queste partnership, sono rappresentati da (i) ottimizzazione della gestione delle scorte e (ii) riduzione dei costi di gestione del magazzino. Al contrario, la possibilità di stabilire rapporti a lungo termine con i fornitori non è considerata una ricaduta positiva di queste strategie. Ciò è per lo più legato alla natura pubblica di queste organizzazioni dove, a causa dei ritmi politici, è difficile definire relazioni a lungo termine e, inoltre, vincoli legali (es. gare d'appalto) rendono impossibile stipulare accordi contrattuali a lungo termine.

La standardizzazione, sia di processo sia di prodotto, non è considerata una conseguenza positiva di queste strategie di integrazione ma, al contrario, una condizione essenziale per realizzare con successo questi progetti. Ciò conferma la necessità – delineata da

un'ampia letteratura (Vissers, 1998; Haraden e Resar, 2004; Litvak *et al.*, 2005; Walley e Steyn, 2006; Villa *et al.*, 2014) – di eliminare, all'interno delle organizzazioni sanitarie, la cosiddetta variabilità artificiale attraverso strategie organizzative come, per esempio, una migliore programmazione e sistemi di gestione delle capacità o l'introduzione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per standardizzare il processo decisionale clinico. La riduzione della varietà dei prodotti e i livelli più elevati di standardizzazione dei processi dovrebbero consentire miglioramenti rilevanti lungo l'intera catena logistica sanitaria.

Inoltre, in termini di condizioni abilitanti, lo studio conferma alcuni robusti riscontri presenti nella letteratura scientifica (cfr. *infra*) circa (i) la rilevanza di commitment del top management e (ii) la rilevanza strategica della funzione logistica. Tuttavia, i risultati dello studio non chiariscono realmente quale tipo specifico di modello organizzativo favorisca effettivamente la rilevanza strategica della funzione logistica.

L'"effetto apprendimento" evidenziato in questo studio suggerisce che l'istituzionalizzazione dei progetti di integrazione lungo la catena logistica consente all'organizzazione sanitaria di comprenderne meglio i processi e superare, in qualche modo, la complessità che caratterizza i processi sanitari. A ogni modo, questo risultato dovrebbe essere letto ed esaminato con l'adeguata cautela perché potrebbe essere influenzato dalla cosiddetta endogeneità (cfr. *endogeneity*). Pertanto, aggiuntive ricerche sono necessarie per analizzare e comprendere ulteriormente tale fenomeno.

Un ultimo interessante risultato è la presenza di diversi schemi di risposta da parte dei rispondenti che, sulla base della natura istituzionale dell'organizzazione, con particolare riferimento ai manager delle Aziende Sanitarie Locali, percepiscono meno i benefici e più le barriere legate ai progetti di integrazione. Ciò è dovuto al fatto che le ASL – oltre alla mera

natura pubblica che caratterizza anche gli ospedali pubblici – sono tenute a gestire le forniture di servizi anche per le cure primarie e quindi gestire anche i servizi sanitari afferenti al territorio, un'area caratterizzata da livelli di complessità più elevati che meriterebbero maggiore attenzione sia da parte degli studiosi che dei professionisti.

BIBLIOGRAFIA

- Ageon B. *et al.* (2013). Innovative supply chain practices: the state of French companies. *Supply Chain Management: An International Journal*, 18(3): 265-276. DOI: 10.4067/S0718-27242012000300009.
- Bensa G., Da Bove M., Giusepi I., Villa S. (2010). Misurare la performance della logistica del farmaco: applicazione di una metodologia a due casi studio. *Mecosan*, 74: 9-25. – <http://hdl.handle.net/10807/31801>.
- Bozeman B., Kingsley G. (1998). Risk culture in public and private organizations. *Public administration review*, 58(2): 109-118.
- Brennan C.D. (1998). Integrating the healthcare supply chain. *Healthcare Financial Management*, 52(1): 31-24.
- Brun A., Castelli C. (2008). Supply chain strategy in the fashion industry: Developing a portfolio model depending on product, retail channel and brand. *Int. J. Production Economics*, 116: 169-181. DOI: 10.1016/j.ijpe.2008.09.011.
- Chen D.Q., Preston D.S., Xia W. (2013). Enhancing hospital supply chain performance: A relational view and empirical test. *JOM*, 31: 391-408. DOI: 10.1016/j.jom.2013.07.012.
- Chircu A. *et al.* (2014). Healthcare RFID In Germany: An Integrated Pharmaceutical Supply Chain Perspective. *The Journal of Applied Business Research*, 30(3). DOI: 10.19030/jabr.v30i3.8559.
- Christopher M. (1992). *Logistics: The strategic issues*. London: Chapman & Hall.
- Cooper M.C. *et al.* (1997). Supply Chain Management: more than a new name for logistics. *The International Journal of Logistics Management*, 8(1): 1-14. DOI: 10.1108/09574099710805556.
- Crook T.R., Combs J.G. (2007). Sources and consequences of bargaining power in supply chains. *Journal of Operations Management*, 25(2): 546-555. DOI: 10.1016/j.jom.2006.05.008.
- De Vries J., Huijsman R. (2011). Supply chain management in health services: an overview. *Supply Chain Management: An International Journal*, 16(3): 159-165. DOI: 10.1108/13598541111127146.
- DeHoratius N., Rabinovich E. (2011). Field research in operations and supply chain management. *JOM*, 29: 371-375. DOI: 10.1016/j.jom.2010.12.007.
- Farnham D., Horton S. (1996). Public service managerialism: A review and evaluation. In: *Managing the new public services*, pp. 259-276. London: Springer.
- Fawcett S.E., Magnan G.D., McCarter M.W. (2008). Benefits, barriers, and bridges to effective supply chain management. *Supply Chain Management: An International Journal*, 13(1): 35-48. DOI: 10.1108/13598540810850300.
- Flynn N. (2007). *Public sector management*. London: SAGE Publications Limited.
- Ford E.W., Scanlon D.P. (2007). Promise and problems with supply chain management approaches to health care purchasing. *Health Care Management Review*, 32(3): 192-202. DOI: 10.5465/ambpp.2006.27161719.

- Forza C. (2002). Survey research in operations management: a process-based perspective. *International Journal of Operations & Production Management*, 22(2):152-194. DOI:10.1108/01443570210414310.
- Gimenez C. et al. (2012). Supply chain integration and performance: the moderating effect of supply complexity. *International Journal of Operations & Production Management*, 32(5): 583-610. DOI: 10.1108/01443571211226506.
- Haraden C., Resar R. (2004). Patient flow in hospitals: understanding and controlling it better. *Frontiers of health services management*, 20(4): 3.
- Harland C., Telgen J., Knight L., Callender G. (2007). Challenges facing public procurement. In: Knight L., Harland C., Telgen J., Thai K.V., Callender G., McKen K. (Eds.). *Public Procurement: International Cases and Commentary*, pp. 351-357. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203815250-31>.
- Hensley R.L. (1999). A review of operations management studies using scale development techniques. *Journal of Operations Management*, 17(3): 343-358. DOI: 10.1016/S0272-6963(98)00051-5.
- Kouvelis P. et al. (2006). Supply Chain Management Research and Production and Operations Management: Review, Trends, and Opportunities. *POM*, 15(3): 449-469. DOI: 10.1111/j.1937-5956.2006.tb00257.x.
- Lega F., Marsilio M., Villa S. (2013). An evaluation framework for measuring supply chain performance in the public healthcare sector: evidence from the Italian NHS. *Production Planning and Control*, 24(10-11):931-947. DOI:10.1080/09537287.2012.666906.
- Litvak E., Buerhaus P., Davidoff F., Long M., McManus M., Berwick D. (2005). Managing unnecessary variability in patient demand to reduce nursing stress and improve patient safety. *Journal on Quality and Patient Safety*, 31(6): 330-338.
- Maloni M.J., Benton W.C. (1997). Supply Chain partnerships: opportunities for operations research. *European Journal of Operational Research*, 101: 419-429. DOI: 10.1016/S0377-2217(97)00118-5.
- Mentzer J.T. et al. (2001). Defining Supply Chain Management. *Journal of Business Logistics*, 22(2): 1-25. DOI: 10.1002/j.2158-1592.2001.tb00001.x.
- Moore M.H. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Harvard: Harvard university press.
- Pounder P., Bovell G., Pilgrim-Worrell S. (2013). A Review of Supply Chain Management and Its Main External Influential Factors. *Supply Chain Forum*, 14(3): 42-50. DOI: 10.1080/16258312.2013.11517320.
- Power D. (2005). Supply Chain Management integration and implementation: a literature review. *Supply Chain Management: an international journal*, 10(4): 252-263. DOI: 10.1108/13598540510612721.
- Prajogo D., Olhager J. (2012). Supply chain integration and performance: The effects of long-term relationships, information technology and sharing, and logistics integration. *International Journal of Production Economics*, 135(1): 514-522. DOI: 10.1016/j.ijpe.2011.09.001.
- Qi Y., Boyer K.K., Zhao X. (2009). Supply Chain Strategy, Product Characteristics, and Performance Impact: Evidence from Chinese Manufacturers. *Decision Sciences*, 40(4). DOI: 10.1111/j.1540-5915.2009.00246.x.
- Qrunfleh S., Tarafdar M. (2013). Lean and agile supply chain strategies and supply chain responsiveness: the role of strategic supplier partnership and postponement. *Supply Chain Management: An International Journal*, 18(6): 571-582. DOI: 10.1108/SCM-01-2013-0015.
- Richey R.G., Chen H., Upreti R., Fawcett S.E., Adams F.G. (2009). The moderating role of barriers on the relationship between drivers to supply chain integration and firm performance. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 39(10): 826-840. DOI: 10.1108/09600030911011432.
- Sprague L.G. (2007). Evolution of the field of operations management. *JOM*, 25: 219-238. DOI: 10.1016/j.jom.2007.01.001.
- Vanichchinchai A. (2012). The relationship between employee involvement, partnership management and supply performance: Findings from a developing country. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 61(2): 157-172. DOI: 10.1108/17410401211194662.
- Villa S. (2012). *L'operations management a supporto del sistema di operazioni aziendali*. Padova: CEDAM.
- Villa et al. (2014). A framework to analyze hospital-wide patient flow logistics: Evidence from an Italian comparative study. *Health Policy*, 115(1-2): 196-205. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.12.010.
- Vissers (1998). Health care management modelling: a process perspective. *Health Care Management Science*, 1(2): 77-85. DOI: 10.1023/A:1019042518494.
- Walley P., Steyn R. (2006). Managing Variation in Demand: Lessons from the UK National Health Service. *Journal of Healthcare Management*, 51(5): 309-320.
- Yao Y., Evers P.T., Dresner M.E. (2005). Supply Chain Integration in vendor-managed inventory. *Decision Support Systems*, 43: 663-674. DOI: 10.1016/j.dss.2005.05.021.
- Yu Z., Yan H., Cheng T.C.E. (2001). Benefits of information sharing with supply chain partnerships. *Industrial management and data systems*, 101(3-4). DOI: 10.1108/02635570110386625.
- Zanjirani R., Farahani N., Davarzani H. (2009). *Supply Chain and Logistics in National, International and Government Environment*. Heidelberg: PhysicaVerlag Springer.

Il sistema delle procedure amministrativo-contabili della GSA: il caso di Regione Lombardia e Regione Veneto

Cecilia Langella, Niccolò Persiani*

Il presente studio intende offrire un contributo al dibattito sulla Gestione Sanitaria Accentrata (GSA). Nello specifico, propone uno strumento innovativo, vale a dire la redazione di un sistema di procedure amministrativo-contabili della GSA che, travalicando i confini organizzativi della GSA stessa e abbracciando una logica integrata di sistema del SSR, mappa i flussi di risorse afferenti al fabbisogno sanitario. Attraverso la disamina di due casi studio particolarmente emblematici (quello della GSA in Lombardia e quello di Azienda Zero in Veneto), lo studio mostra che le procedure sistemiche e integrate della GSA (i) sono utilmente applicabili in contesti diversi, in quanto in grado di coglierne e valorizzarne le peculiarità organizzative e contabili; (ii) costituiscono un valido strumento di risposta alle principali problematiche della GSA soprattutto in termini di governo e controllo della filiera Regione-GSA-aziende sanitarie.

* Cecilia Langella, Università Cattolica del Sacro Cuore. Corresponding author, e-mail: cecilia.langella@unicatt.it.

Niccolò Persiani, Università degli Studi di Firenze. Email: niccolo.persiani@unifi.it.

Parole chiave: Gestione Sanitaria Accentrata, procedure amministrativo-contabili, settore sanitario pubblico, casi studio, Veneto, Lombardia.

An innovative system of accounting and financial procedures: Evidence from two relevant Italian Regional Healthcare Services

This study contributes to the Italian debate about the “Gestione Sanitaria Accentrata” (GSA), a dedicated reporting entity which covers the regional government’s healthcare revenues and expenditures. This paper is aimed at presenting an innovative system of integrated accounting and financial procedures which, rather than being limited to the GSA per se, has a wider scope and is intended to map the flow of funds of the whole Regional Healthcare Service. The analysis of two relevant case studies (settled respectively in Lombardy and Veneto) shows that these integrated procedures are particularly valuable in that they are able to: (i) reflect and enhance the organizational and financial peculiarities of different contexts; (ii) respond to a number of issues related to managing and controlling the relationships

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. L’analisi della letteratura e il framework di riferimento
3. Metodologia di ricerca
4. Il caso Regione Lombardia
5. Il caso Azienda Zero – Regione Veneto
6. Discussione
7. Considerazioni conclusive

among the Region, its GSA, and the healthcare organizations.

Keywords: Gestione Sanitaria Accentrata, accounting and financial procedures, public healthcare sector, case studies, Veneto, Lombardy.

Articolo sottomesso: 27/01/2021,
accettato: 04/11/2021

1. Introduzione

La Gestione Sanitaria Accentrata è stata introdotta dal D.Lgs. n. 118/2011 quale centro di responsabilità – all’interno di quelle Regioni che decidono di gestire direttamente una quota del finanziamento del SSR¹ – “deputato all’implementazione e alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola regione e lo Stato, le altre regioni, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici e i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali” (D.Lgs. n. 118/2011, art. 22). La norma esclude, pertanto, tutte le operazioni riconducibili ad altri ambiti di attività della Regione. A questo si collega anche l’obbligo, introdotto dall’art. 21 del medesimo decreto, di istituire appositi conti di tesoreria inte-

¹ Il D.Lgs. n. 118/2011 ha previsto, inoltre, la possibilità di escludere la tenuta della GSA, nel caso in cui la Regione rinunciasse a gestire direttamente una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario (art. 23). In questo caso, la Regione è tenuta a darne preventiva comunicazione ai Ministeri dell’Economia e delle Finanze e della Salute. Inoltre, possono essere trattate presso la Regione le sole operazioni di consolidamento del SSR. Di conseguenza, sui capitoli di spesa del SSR sono consentite solo le operazioni di mero trasferimento delle somme agli enti del SSR. I limiti di tale soluzione – che, sostanzialmente, priva la Regione del potere di gestione diretta delle risorse destinate al SSR – ne hanno ridotto la diffusione.

stati alla sanità, distinti rispetto alle altre funzioni della Regione.

Per la modalità con cui la norma definisce questo centro di responsabilità, la GSA si configura come una *reporting entity*, definita in base a un “*authorized allocation of funds approach*” (PSC Study 8 The Government Financial Reporting Entity)² e identificata con riferimento a una specifica tipologia di entrate, e non in base a criteri organizzativi (Cantù, 2014). Alla GSA viene assegnato l’obbligo di rendicontazione dei fatti di gestione e dei flussi finanziari dedicati alla spesa sanitaria, mediante la tenuta della contabilità economico-patrimoniale e la redazione del bilancio d’esercizio e del bilancio preventivo economico annuale, sia della GSA stessa sia del consolidato del SSR. Al fine di garantire l’affidabilità dell’informativa contabile prodotta dalla GSA (sia con riferimento alla reportistica propria sia consolidata), è stata richiesta, infine, l’implementazione di un adeguato sistema di controllo interno amministrativo-contabile.

La scelta di istituire questa nuova “unità organizzativa regionale al cui responsabile sono attribuiti specifici compiti gestionali di natura amministrativo-contabile” (Rossi, 2012, p. 100) nasceva dalla volontà di rispondere alla difficoltà di “perimetrare” la spesa sanitaria nell’ambito del bilancio regionale e di consolidarla con quella delle aziende sanitarie (Cantù, 2014; Anessi Pessina e Cantù, 2018). Questa criticità – unita a una forte eterogeneità nelle modalità di registrazione delle “poste sanitarie” nei diversi bilanci regionali, dovuta alle diverse modalità di applicazione

² Disponibile al seguente link: <https://www.ipsasb.org/publications/study-8-government-financial-reporting-entity>.

della previgente normativa (Puntillo, 2009), e a una sostanziale assenza di principi contabili condivisi sia a livello regionale sia di aziende del SSR (Anessi Pessina, Cantù e Persiani, 2011; Anessi Pessina, 2012; Persiani, 2007) – rendeva difficile il monitoraggio dell’equilibrio economico-finanziario dei SSR e le analisi di *benchmarking* tra le diverse Regioni (Ministero del Tesoro, 2011). Per far fronte a suddette criticità il D.Lgs. n. 118/2011 ha, in primo luogo, riscritto e uniformato il sistema contabile degli enti territoriali (Titolo I e Titolo III) e, in secondo luogo, definito uno specifico modello contabile per gli enti e le aziende del Servizio Sanitario Nazionale (Titolo II). Quella che è stata, però, definita come la “vera novità” introdotta dal D.Lgs. n. 118/2011 è la creazione della GSA (Persiani e Bonin, 2018, p. 91). Come poco sopra affermato, la GSA è stata istituita per risolvere una serie di questioni in merito a: difficoltà a identificare e distinguere all’interno del bilancio regionale le risorse sanitarie da quelle non sanitarie (ossia a ottenere una chiara “perimetrazione” dei capitoli di entrata e di spesa relativi al SSR), insufficiente omogeneità ed eccessiva soggettività dei consolidati regionali dovute alla non chiara definizione delle spese dirette regionali e, infine, complicazioni nell’ eseguire controlli incrociati tra aziende e Regione. Questo è riconfermato anche dalla Ragioneria Generale dello Stato (2017), che ha sottolineato come “un’agevole individuazione dell’area del finanziamento sanitario, attraverso l’istituzione della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA); la perimetrazione, nell’ambito del bilancio regionale, delle entrate e delle uscite relative alla sani-

tà; la trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento sanitario, attraverso l’accensione di specifici conti di tesoreria intestati alla sanità” rientrino tra le principali finalità della riforma del D.Lgs. n. 118/2011.

Nel tempo a queste riflessioni se ne sono aggiunte altre e la GSA è stata vista anche come lo strumento per rispondere a esigenze di programmazione e controllo dell’intero SSR in una logica di tipo *corporate*. In quest’ottica, si è sviluppato, in alcuni contesti particolarmente sensibili a queste tematiche, un modello di GSA a cui viene affidato il ruolo di *holding* del SSR.

La creazione della GSA ha, però, aperto, nell’ambito della contabilità regionale, alcune problematiche teoriche e pratiche che hanno compromesso l’auspicata trasparenza e segregazione delle risorse (Cantù, 2014; Martinelli, 2017; Persiani e Bonin, 2018) e che tutt’oggi non hanno trovato risposta. In particolare, risulta critico il governo dei flussi informativi e finanziari nella filiera Regione-GSA-aziende sanitarie. Da una parte, nei rapporti tra Regione e GSA, la riconciliazione tra i sistemi di contabilità finanziaria (adottato dalla Regione) ed economico-patrimoniale (proprio della GSA) non è sempre agevole e, anzi, è spesso fonte di conflittualità. Dall’altra, si pone la questione di mappare i rapporti tra GSA e aziende sanitarie. Una problematica non meno rilevante è poi quella relativa alla strutturazione di un adeguato sistema di controllo interno e di gruppo.

Obiettivo del presente lavoro è quello di presentare, attraverso il framework introdotto da Miller e Power (2013), uno strumento innovativo, vale a dire la redazione di un sistema di procedure della GSA che, travalicando i confi-

ni organizzativi della GSA stessa e abbracciando una logica integrata di sistema del SSR, mappa i flussi di risorse afferenti al fabbisogno sanitario. In particolare, lo studio si propone di verificare se l'adozione di suddetto sistema di procedure amministrativo-contabili sia in grado di rispondere alle numerose problematiche emerse in seguito alla creazione della GSA.

La trattazione è organizzata come di seguito riportato. Dopo una breve analisi della letteratura di riferimento e un inquadramento del framework teorico, viene illustrata la metodologia d'indagine. I risultati dei due casi studio sono presentati nel quarto, quinto e sesto paragrafo. Quest'ultimo in particolare offre una discussione dei risultati alla luce del framework teorico ed evidenzia come le procedure presentate possano costituire una valida risposta alle problematiche della GSA, più volte riscontrate in letteratura. L'ultimo paragrafo espone le conclusioni del lavoro.

2. L'analisi della letteratura e il framework di riferimento

La letteratura di accounting ha da tempo mostrato come i sistemi contabili non costituiscano un puro esercizio tecnico, ma rappresentino strumenti attivi in grado di provocare significativi cambiamenti organizzativi, sociali, politici ed economici (Hopwood, 1985; Guthrie, 1998; Burns e Scapens, 2000; Miller, 2001; Ellwood e Newberry, 2007; Lounsbury, 2008; Jeacle, 2012; Liguori e Steccolini, 2014; Modell, 2014; Vosselman, 2014). Un interessante framework impiegato per analizzare l'intersezione tra sistemi contabili e cambiamenti organizzativi ed economici è quello introdotto da Miller e Power

(2013). Gli autori identificano quattro ruoli chiave dell'accounting: *territorializing*, *mediating*, *adjudicating* e *subjectivizing*. Il primo consiste nella capacità dell'accounting di individuare e definire i cosiddetti *calculative spaces* (oggetti di calcolo), dotati di propri confini, anche in assenza di un riconoscimento giuridico-istituzionale. Il secondo coincide con la capacità dell'accounting di coinvolgere i diversi attori del sistema e di contemperarne gli interessi. Il terzo corrisponde alla capacità dell'accounting di misurare le performance di individui e organizzazioni, con finalità di responsabilizzazione. Il quarto, infine, rappresenta la capacità dell'accounting di assoggettare individui e organizzazioni a controlli e regole imposti da altri, ma senza eliminare i loro spazi di autonomia decisionale.

Il framework proposto da Miller e Power (2013) fornisce una lente teorica utile per analizzare i ruoli dell'accounting nelle amministrazioni pubbliche, specialmente durante processi di cambiamento o di riforma (Carter *et al.*, 2020; Steccolini *et al.*, 2020). Con particolare riferimento a questi ultimi, Heald e Hodges (2015) lo impiegano per interpretare l'impatto delle politiche di *austerity* sulle evoluzioni dei sistemi contabili pubblici nell'Unione Europea. Il framework di Miller e Power (2013) è stato, inoltre, utilizzato per interpretare la riforma contabile introdotta dal D.Lgs. n. 118/2011 e, quindi, anche la creazione della GSA (Anessi Pessina e Cantù, 2018). Con specifico riferimento a quest'ultima, appare evidente come la scelta contabile di istituire la GSA e di configurarla come *reporting entity* abbia rappresentato "lo strumento con cui il livello centrale ha

sopperito all'impossibilità di intervenire sull'assetto istituzionale" delle Regioni (Anessi Pessina e Cantù, 2018, p. 44), assumendo, in questo senso, il ruolo di *territorializing*. La letteratura (Cantù, 2014; Persiani e Bonin, 2018) è, infatti, concorde nel ritenere che sarebbe stato più lineare istituire un ente pubblico giuridicamente autonomo a cui affidare le funzioni della GSA. Tale opzione sarebbe stata, non solo, funzionale alla necessità di esercitare un maggiore controllo sulle risorse destinate alla sanità, ma avrebbe anche avuto il vantaggio di evitare le ambiguità e le incertezze relative alla natura del nuovo soggetto, nonché la necessità di regolamentarne il sistema di rilevazione (Anessi Pessina e Cantù, 2018). È interessante notare come, a questo proposito, la prima stesura del D.Lgs. n. 118/2011 avesse previsto la possibilità di istituire la GSA con personalità giuridica. Tuttavia, tale previsione – che avrebbe, tra l'altro, rappresentato una lesione dell'autonomia regionale e un'ingerenza nelle prerogative regionali di governo del SSR – sollevò la resistenza delle Regioni che spinsero per una soluzione di compromesso, in modo da non escludere dal bilancio regionale le risorse destinate alla sanità. Le resistenze e lo scetticismo delle Regioni nei confronti della GSA nascevano, in parte, dal timore di vedere ridotta la propria autonomia e, in parte, da significative tensioni interne alle Regioni stesse, sorte tra gli uffici responsabili, rispettivamente, della gestione del SSR e del bilancio regionale. Questi ultimi vedevano, infatti, indebolito il proprio controllo su un importante ambito di spesa regionale. L'intersezione e la mediazione tra gli interessi di controllo del livello centrale, le resistenze e i

conflitti interni delle Regioni conferiscono alla GSA anche un ruolo di tipo *mediating*. Va detto, però, che recentemente alcune Regioni, quali per esempio il Veneto e la Liguria, hanno riscoperto l'idea di affidare le funzioni della GSA a un ente dotato di personalità giuridica e hanno sviluppato modelli organizzativi innovativi. Anessi Pessina e Cantù (2018) mostrano che i ruoli dell'*accounting* identificati risultano fortemente intrecciati tra loro e che, in particolare, *territorializing* e *mediating* risultano spesso funzionali ad *adjudicating* e *subjectivizing*. Nel caso specifico della creazione della GSA, questa è, infatti, servita al livello centrale come strumento per identificare nuovi "oggetti di calcolo" di cui misurare le performance e su cui focalizzare il controllo.

Sebbene la creazione della GSA rifletta suddette finalità, essa ha però aperto, nell'ambito della contabilità regionale, alcune problematiche teoriche e pratiche che hanno compromesso l'auspicata trasparenza e segregazione delle risorse.

La prima, più teorica, "appare collegata alla natura che si debba attribuire al bilancio della GSA e alle regole contabili cui la sua contabilità debba essere sottoposta" (Persiani e Bonin, 2018, p. 92). Infatti, l'estensione alla GSA della normativa contabile relativa alle aziende è apparsa sin da subito non pienamente e utilmente applicabile. A questo hanno contribuito anche la mancata approvazione della casistica applicativa per la GSA da parte della conferenza Stato-Regioni e, conseguentemente, l'interruzione del relativo iter normativo.

La seconda problematica concerne i rapporti che intercorrono tra la GSA – quale centro di responsabilità

all'interno della Regione – e la Regione stessa. Tale problematica è legata alla compresenza di un duplice sistema contabile (finanziario ed economico-patrimoniale), relativo alle medesime partite contabili (quelle sanitarie) e nell'ambito dello stesso bilancio³ (Cantù, 2014). Le carenze strutturali di integrazione tra i diversi sistemi contabili (Martinelli, 2017) hanno generato una serie di difficoltà operative in relazione ai momenti di rilevazione dei fatti di gestione, alla riconciliazione tra i relativi conti e capitoli, nonché all'identificazione dei relativi rapporti di "credito-debito" tra i due sistemi (Rossi, 2012; Persiani e Bonin, 2018). Questo è stato spesso anche fonte di conflittualità tra Regione e GSA. Tale criticità interessa anche la relazione con i sistemi contabili delle aziende sanitarie che solitamente non mappano i propri rapporti con la GSA (Martinelli, 2017).

Problematico, infine, si è rivelato il sistema di controllo interno e di gruppo ideato. Infatti, mentre l'intero sistema di bilancio regionale è sottoposto al controllo del Collegio dei Revisori, l'organo designato per il controllo della GSA è identificato in un ulteriore responsabile regionale (c.d. terzo certificatore), terzo rispetto al responsabile della GSA, più simile a un controllore interno che non a un organo di revisione. I limiti di tale impostazione, in parte ascrivibili anche alla scar-

³ Il D.Lgs. n. 118/2011 dispone che le Regioni adottino sistemi di contabilità finanziaria. La GSA, quale *reporting entity* priva di propria personalità giuridica, adotta, invece, un sistema economico-patrimoniale. Questa duplicità di rilevazione contabile dei medesimi fatti di gestione relativi alle operazioni finanziate con risorse destinate al SSR deve tenere conto di diversi momenti e metodi di rilevazione propri dei due sistemi, nonché dell'esclusione in contabilità finanziaria dei fatti di natura prettamente economico-patrimoniale. Si generano, così, inevitabilmente, alcuni disallineamenti che rendono necessaria una non sempre agevole riconciliazione tra i due sistemi.

sità di personale a disposizione, sono stati messi in luce dai tavoli di monitoraggio e hanno impedito la diffusione e l'utilizzo dei bilanci consolidati settoriali relativi alla sanità al di là del mero strumento informativo e conoscitivo (Persiani, 2011; Persiani e Bonin, 2018).

3. Metodologia di ricerca

La metodologia di ricerca impiegata è quella del case study (Eisenhardt, 1989; Yin, 2003). Il ricorso a tale metodologia risulta particolarmente appropriato quando l'oggetto di analisi è complesso e si vuole condurre un'analisi approfondita del fenomeno all'interno del suo contesto di riferimento (Yin, 2012; Berry e Otley, 2004; Chiucchi, 2012). Il case study offre, infatti, una molteplicità di tecniche di raccolta e analisi dei dati che consentono una profonda comprensione dei fenomeni indagati (Parker, 2012). Inoltre, uno dei principali punti di forza dell'utilizzo del case study risiede nella sua capacità di indagare i fenomeni sotto un profilo pratico, andando così a colmare uno dei punti più dibattuti nella letteratura aziendale, ossia il gap esistente tra teoria e prassi (Chiucchi, 2014; Ryan, Scapens e Theobald, 2002).

Al fine di comprendere come le procedure della GSA possano offrire una risposta alle problematiche evidenziate dalla letteratura, il presente lavoro analizza due casi studio a confronto. Il primo è rappresentato dalla GSA di Regione Lombardia e il secondo da quella tenuta da Azienda Zero per conto di Regione Veneto. Entrambi rappresentano casi di grande rilevanza nel panorama nazionale e incarnano un diverso modello organizzativo e contabile.

La Lombardia costituisce un caso particolarmente significativo, in primo luogo per le dimensioni della Regione. Con i suoi oltre 10 milioni di abitanti (ISTAT, 2020), è, infatti, la prima Regione italiana per popolazione. Le dimensioni della Regione condizionano, inevitabilmente, la complessità del proprio SSR. La Regione Lombardia è, infatti, l'unica ad aver istituito un sistema a tre livelli di governo: un livello centrale regionale, un livello intermedio costituito da otto Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e un livello locale formato da ventisette Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e cinque IRCCS pubblici. La distinzione tra ATS e ASST è stata introdotta dalla L.R. n. 23/2015 che ha riformato l'intero impianto del sistema del SSR. In particolare, alle ATS è stato dato un ruolo di pianificazione e committenza, mentre alle ASST e agli IRCCS è stata affidata la funzione di soggetti erogatori dei servizi socio-sanitari. Risulta evidente che la numerosità delle aziende sanitarie presenti costituisca una delle problematiche più significative del SSR, soprattutto in un'ottica di controllo. In questo articolato sistema, la GSA si configura, secondo quanto previsto dall'art. 22 del D.Lgs. n. 118/2011, come centro di responsabilità all'interno della Regione, in seno all'Unità Organizzativa Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo. Suddetta Unità Organizzativa afferisce alla Direzione Centrale Bilancio e Finanza ed è composta dalla Struttura Bilanci, dalla Struttura Certificabilità bilanci dei soggetti del SSR e dalla Struttura Gestione Sanitaria Accentrata e raccordi finanziari. Tra le funzioni attribuite all'Unità Organizzativa rientrano quelle di: ripartizione delle

risorse per la gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale, tenuta del sistema contabile della Gestione Sanitaria Accentrata, riconciliazione con la contabilità finanziaria regionale, coordinamento delle attività per la redazione del bilancio GSA e del consolidato regionale, supporto alla Direzione Generale Welfare per gli atti con rilevanza contabile, raccordo con la Direzione Generale Welfare per la programmazione delle risorse e raccordo economico-contabile con le strutture sanitarie, ripartizione delle risorse finanziarie in raccordo con le competenti strutture della Direzione Generale Welfare, gestione della liquidità del Sistema Sanitario Regionale e delle aziende sanitarie in raccordo con la Direzione Generale Welfare, coordinamento attività di controllo dei bilanci preventivi e consuntivi delle aziende sanitarie in raccordo con le competenti strutture della Direzione Generale Welfare. Con DGR n. X/5112 del 29 aprile 2016 la Giunta Regionale ha affidato al Direttore Centrale Bilancio e Finanza i compiti di terzo certificatore della GSA.

Il caso della Regione Veneto è, invece, di indubbio interesse per l'innovatività del modello organizzativo e contabile introdotto dalla L.R. n. 19/2016. Tale riforma ha, infatti, creato una *holding* sanitaria con personalità giuridica propria, con funzioni non solo di gestione sanitaria accentrata, ma anche di programmazione e controllo di tipo *corporate*. In questo modo, il modello di Azienda Zero si pone come "nuova proposta per il sistema di *governance* del gruppo sanitario" (Persiani e Bonin, 2018, p. 96). Il nome Azienda Zero nasce dal codice di codifica attribuito alla GSA dal sistema di rendicontazione dei tavoli

di monitoraggio, ma le sue funzioni (L.R. n. 19/2016, art. 2) non si limitano alla sola tenuta della GSA, alla predisposizione dei relativi bilanci e al consolidamento preventivo e consuntivo dei dati del sistema. Si estendono, invece, alla gestione dei flussi di cassa relativi al fabbisogno sanitario, al supporto alla Giunta e al Consiglio Regionale nella produzione di analisi e documentazione relativa alla programmazione sanitaria, alla gestione delle funzioni amministrative accentrate per conto delle aziende del SSR e, infine, alle attività di coordinamento, valutazione e audit di numerosi processi aziendali. Azienda Zero viene configurata come azienda sanitaria ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e, pertanto, risulta per sua natura destinataria del Fondo Sanitario. Il trasferimento ad Azienda Zero dell'intero Fondo Sanitario ricade nell'ipotesi prevista dall'art. 23 del D.Lgs. n. 118/2011, ovvero quella di esclusione di tenuta della GSA. Ad Azienda Zero vengono, però, riaffidate, in via volontaria, le funzioni di gestione sanitaria accentrata. In questo modo, i dati del bilancio di Azienda Zero svolgono la medesima funzione informativa della GSA, pur non essendolo tecnicamente. Di indubbio interesse risulta il sistema contabile introdotto in Azienda Zero al fine di garantire la rigorosa separazione delle risorse destinate al finanziamento delle aziende sanitarie da quelle destinate alla gestione delle funzioni proprie, la riconciliazione dei dati tra bilancio regionale, bilanci delle aziende, bilancio di Azienda Zero/GSA, il consolidamento dei conti del SSR e la riconciliazione con dati di contabilità finanziaria. La contabilità di Azienda Zero è stata, infatti, articolata in due sezionali. Il primo,

denominato Azienda Zero-conto gestione, è destinato a rilevare tutte le operazioni economiche, finanziarie e patrimoniali proprie dell'attività di erogazione di servizi di Azienda Zero. Il secondo, denominato Azienda Zero-conto trasferimenti, è finalizzato a rilevare tutte le operazioni patrimoniali relative ai trasferimenti da Regione ad Azienda Zero e da questa alle aziende e agli altri enti del SSR. Ai sensi dell'art. 6, comma 4, lett. e) della L.R. n. 19/2016 il Collegio Sindacale di Azienda Zero svolge l'attività di terzo certificatore della GSA. La semplificazione contabile derivante dall'istituzione di un nuovo soggetto (Azienda Zero), esterno alla Regione, cui vengono affidate le funzioni di GSA ha generato, però, l'esigenza di implementare un sistema di controllo sull'operato di Azienda Zero. Alla luce di quanto detto, il caso del Veneto emerge come modello di straordinario interesse.

I due casi studio, scelti per la loro diversità e significatività, sono utilizzati per far emergere come il sistema delle procedure della GSA proposto fornisca una risposta, applicabile e valida in contesti differenti, alle problematiche della GSA. Ai fini dello studio, è stata impiegata un'analisi documentale dei processi amministrativi e delle procedure realizzate per la GSA in Lombardia e per Azienda Zero in Veneto. Va precisato che, in entrambi i casi, le procedure sono nate nell'ambito dei Percorsi Attuativi della Certificabilità⁴, con l'intento di map-

⁴ Il D.M. 17 settembre 2012, recante "Disposizioni in materia di certificabilità dei bilanci degli enti del Servizio sanitario nazionale", dà attuazione al Patto per la Salute 2010-2012 e introduce operativamente il concetto di certificabilità all'interno del SSN, "modificando l'intero sistema dei controlli del settore e introducendo la revisione contabile come strumento di riferimento per la verifica dei dati e dei bilanci" (Persiani, 2012, p. 33).

pare da un punto di vista amministrativo-contabile i flussi di risorse afferenti al fabbisogno sanitario regionale. In Veneto sono state identificate e redatte nove procedure integrate principalmente riconducibili alla gestione dei finanziamenti FSR indistinto e vincolato, dei finanziamenti per investimenti, dei finanziamenti a garanzia dell'equilibrio del SSR, nonché dei finanziamenti dell'area sociale. Sono, inoltre, state predisposte la procedura di riconciliazione tra contabilità finanziaria e contabilità economica e la procedura di redazione e approvazione del bilancio consolidato. In Lombardia, invece, il processo è ancora in corso e, a oggi, sono state predisposte la procedura di gestione dei finanziamenti FSR indistinto e vincolato, la procedura su accantonamenti e utilizzi e la procedura di redazione e approvazione del bilancio consolidato.

L'analisi documentale è stata integrata con le conoscenze acquisite dai ricercatori nel corso di un'estesa attività di osservazione partecipativa nell'ambito dei Percorsi Attuativi della Certificabilità di entrambe le Regioni. La ricerca risulta, quindi, condotta con un approccio di tipo "partecipativo" (Jönsson e Lukka, 2005; 2006). Tale approccio, nonostante gli evidenti limiti in termini di legittimità e validità

(Baard, 2010), permette di accedere ai fenomeni oggetto di analisi durante il loro concreto svolgimento (Suomala *et al.*, 2010), riducendo, così, il rischio che il ricercatore diventi un mero "turista" (Jönsson e Lukka, 2005, p. 5) e osservatore di una "sanitised tour guide version of events" (Dumay, 2010, p. 55). Più specificamente, gli autori hanno offerto un supporto metodologico nell'ambito dell'attuazione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità e hanno partecipato a diverse riunioni con i funzionari regionali e a innumerevoli incontri con gruppi di lavoro interaziendali.

Nel prosieguo del lavoro viene esaminato l'impianto complessivo delle procedure. Tra queste viene identificata e analizzata nel dettaglio, a titolo di esempio, la procedura sul finanziamento indistinto FSR.

4. Il caso Regione Lombardia

In sede di completamento del Percorso Attuativo della Certificabilità, l'Unità Organizzativa Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo ha elaborato le procedure amministrativo-contabili relative alle risorse gestite dalla GSA. Tali procedure sono state condivise, per gli aspetti di competenza, con l'Unità Organizzativa Gestione Finanziaria e Autorità di Certificazione Fondi Comunitari, afferente anch'essa alla Direzione Centrale Bilancio e Finanza.

Le procedure mappano i processi trasversali di gestione dei flussi di risorse afferenti al SSR. Sono state predisposte in forma matriciale. Nello specifico, le fasi sono riportate sulle righe, mentre gli attori coinvolti nel processo (con i corrispondenti livelli di responsabilità) sono indicati sulle colonne. Per ciascuna fase viene presentata una

Tra le altre cose, il decreto stabilisce la predisposizione da parte di ogni Regione del cosiddetto PAC (Percorso Attuativo della Certificabilità), un piano d'azione triennale "finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci" sia aziendali sia consolidati. Al fine di consentire alle Regioni di attuare il D.M. 17 settembre 2012, viene emanato il D.M. 1° marzo 2013 ("Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità") che fornisce indicazioni e linee guida per le fasi di predisposizione, presentazione, approvazione e verifica dell'attuazione dei PAC. Il decreto stabilisce quali siano i requisiti comuni (standard organizzativi, contabili e procedurali, schematizzati per cicli contabili e aree di bilancio, e riferiti ai tre livelli aziende, GSA e consolidato) per garantire la qualità dell'informativa contabile.

descrizione che esplicita attività, livelli di responsabilità, tempistiche e modalità di rilevazione e rendicontazione. Gli attori che intervengono nel processo travalicano i confini della Struttura Gestione Sanitaria Accentrata e raccordi finanziari e ricomprendono anche i vari uffici regionali competenti e le aziende del SSR.

A titolo esemplificativo, viene di seguito presentata la procedura relativa al Finanziamento indistinto FSR (Tab. 1).

La procedura si articola in dieci macrofasi.

La prima macrofase corrisponde alla predisposizione e all'approvazione degli stanziamenti relativi al FSR nel bilancio di previsione regionale. La proposta di ripartizione degli stanziamenti FSR viene formulata dall'Unità Organizzativa Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo e condivisa con l'Unità Organizzativa Gestione finanziaria e la Struttura Centrale Bilancio. Prima dell'approvazione del bilancio di previsione da parte del Consiglio Regionale, la Direzione Generale Welfare in accordo con la Direzione Centrale Bilancio e Finanza propone una DGR contenente il Piano attuativo delle politiche regionali per l'anno successivo in ordine alla gestione del SSR. L'Unità Organizzativa Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo verifica la coerenza di tale piano dal punto finanziario, assicurando il coordinamento con gli stanziamenti del bilancio di previsione. La procedura mappa, inoltre, i passaggi istituzionali di approvazione del Bilancio di Previsione regionale e del Piano attuativo delle politiche regionali, nonché la trasmissione di quest'ultimo alle aziende sanitarie.

La seconda macrofase corrisponde alla predisposizione e all'approvazione del decreto di assegnazioni economiche alle aziende. L'Unità Organizzativa Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo, di concerto con gli uffici competenti della Direzione Generale Welfare, la Direzione Centrale Bilancio e Finanza e le aziende sanitarie, predispone una proposta di decreto di assegnazione di parte corrente del FSR per l'esercizio in corso. La procedura esplicita i passaggi istituzionali di approvazione del decreto e disciplina la registrazione delle scritture in contabilità finanziaria. Con riferimento alle scritture contabili della GSA, la procedura prevede che la Struttura Bilanci della Unità Organizzativa Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo rediga una scheda di raccordo economico-finanziario, che viene resa disponibile alla Struttura Gestione Sanitaria Accentrata e raccordi finanziari (e alle aziende), contestualmente al decreto contenente le assegnazioni.

La terza macrofase riguarda la gestione degli incassi delle mensilità per il finanziamento del SSR, fino all'approvazione del riparto del FSN. L'Unità Organizzativa Gestione Finanziaria dispone i decreti di accertamento (o modifica incrementativa di accertamento) per ciascuna voce di finanziamento sanitario corrente indistinto, sulla base degli incassi mensili affluiti sul conto di tesoreria della GSA. La procedura disciplina, inoltre, responsabilità, modalità e tempistiche per le scritture in contabilità finanziaria ed economico-patrimoniale.

La quarta macrofase descrive l'erogazione degli acconti mensili alle aziende sanitarie nel caso in cui non fossero

Tab. 1 – Schema della procedura “Finanziamento indistinto FSR” della Regione Lombardia

Fasi	Direzione Centrale Bilancio e Finanza															
	Giunta Regionale	Consiglio Regionale	Direzione Generale	Welfare	Direttore Centrale	Struttura Centrale	UO Gestione finanziaria			UO Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo						
							Dirigente	Struttura	Ragioneria	Dirigente	Struttura	Bilanci	Struttura	GSA e raccordi finanziari	Referente per la CO.FI.	
FASE A1 – Richiesta predisposizione stanziamenti relativi al F.S.R.					R	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I	
FASE A2 – Proposta di ripartizione stanziamenti relativi al F.S.R.						C	C	C	R							C
FASE A3 – Inserimento proposta in applicativo						C	I	C								R
FASE A4 – Approvazione PDL bilancio regionale	R	C			C	C	I	C	I	I	I	I	I	I	I	
FASE A5 – Predisposizione Piano Attuativo delle politiche regionali (“regole SSR”)			R	C												
FASE A6 – Approvazione Piano Attuativo delle politiche regionali			R		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	
FASE A7 – Approvazione Bilancio di Previsione Regionale			R		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	
FASE A8 – Trasmissione alle aziende DGR Piano Attuativo delle politiche regionali			R													C
FASE B1 – Predisposizione proposta decreto di assegnazioni economiche alle aziende			C		I	I										C
FASE B1a – Redazione delle scritture di CO.FI.						C										C
FASE B2 – Adozione Decreto delle assegnazioni economiche alle aziende			I		R											C
FASE B2a – Verifica e registrazione impegni di spesa										R	I	I	I	I	I	C
FASE B2b – Predisposizione e pubblicazione della scheda di raccordo economico-finanziario											R	C	I	I	I	C
FASE B2c – Comunicazione alla Struttura GSA dei riferimenti CO.FI. relativi alle assegnazioni											I	I	C			R
FASE B2d – Trasmissione del decreto alla Struttura GSA											I	R	C			C
FASE B3 – Registrosi Contabili in GSA											C	I	R			C
FASE C1 – Predisposizione dei decreti di accertamento delle mensilità per il finanziamento del SSR											I	R	C	I	I	I
FASE C2 – Incasso delle mensilità per il finanziamento del SSR											I	I	R	I	I	I

(segue)

Fasi	Direzione Centrale Bilancio e Finanza												
	Giunta Regionale	Consiglio Regionale	Direzione Generale del Welfare	Direttore Centrale	Struttura Centrale Bilancio	UO Gestione finanziaria		UO Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo					
						Dirigente UO Gestione finanziaria	Struttura Ragioneria	Dirigente UO Bilanci	Struttura Bilanci	Struttura GSA e raccordi finanziari	Referente per la CO.FI.	Aziende sanitarie	
FASE C3 – Sistemazioni contabili delle entrate per il finanziamento del SSR					I	R	C	I	I	I	I		
FASE C4 – Invio degli indirizzi delle scritture economico-patrimoniali relative delle entrate del FSR indistinto				I	R			I	I	I	I		
FASE C5 – RegISTRAZIONI contabili in GSA delle entrate del FSR indistinto				I	C			I	R				
FASE D1 – Predisposizione del decreto erogazione acconti								R	C	I	C		
FASE D1a – RegISTRAZIONI contabili assegnazioni provvisorie di cassa alle aziende sanitarie								C	C		R		
FASE D1b – Impegni, liquidazioni e pagamenti							R	I	I;	C	I	I; C	
FASE D1c – Predisposizione e pubblicazione della scheda di raccordo economico-finanziario								C	R	I	I	C	
FASE D1d – Trasmissione dei dati relativi agli acconti erogati alle aziende alla Struttura GSA						R		I	I	C	I		
FASE D1e – RegISTRAZIONI Contabili in GSA degli acconti erogati alle aziende								I	R		C		
FASE E1 – Trasmissione dei bilanci preventivi delle Aziende sanitarie alla Regione				I				C	C		R		
FASE E2 – Controllo sui bilanci preventivi			C					R	C				
FASE E3 – Approvazione bilanci preventivi delle aziende		R	C	C				C	C	I	I		
FASE F1 – Erogazione rimesse mensili dopo l'approvazione dei bilanci preventivi aziendali							C	R	C	I	C	C	
FASE F2 – Aggiornamento contestuale della scheda di raccordo								I	R	I	I	C	
FASE F3 – Incassi e pagamenti infrannuali della GSA						C		I		R		C	
FASE G1 – Comunicazione Riparto Nazionale SSN			R					C	I	I		C	
FASE G2 – Proposta di adeguamento bilancio di previsione regionale			C					R	I	I		C	

(segue)

Fasi	Direzione Centrale Bilancio e Finanza											
	Giunta Regionale	Consiglio Regionale	Direzione Generale Welfare	Direttore Centrale	Struttura Centrale	UO Gestione finanziaria		UO Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo				Aziende sanitarie
						Dirigente	Struttura finanziaria	Dirigente	Struttura Bilanci	Struttura GSA e raccordi finanziari	Referente per la CO.FI.	
FASE G3 – Proposta di DGR di recepimento Riparto Nazionale SSN					C	R	I	I	I	I		
FASE G4 – Approvazione della Giunta della DGR di variazione del bilancio regionale	R					I	I	I	I	I		
FASE G5 – Decreto di adeguamento accertamenti di entrata			I			R	I	I	I	I		
FASE H1 – Decreto di impegno risorse stanziato ma non ancora assegnate			I			I	I	R	I	I		C
Fase H1a – Registrazione degli impegni di massima						I	R					C
FASE I1 – Predisposizione proposta decreto di assegnazioni definitive alle aziende		C	I			I	R	C	I	C		C
FASE I2 – Adozione Decreto assegnazioni definitive alle aziende			I	R		I	C	I	C	C		C
FASE I2a – Trasmissione decreto contenente le assegnazioni						R	C	C	I	C		C
FASE I3 – Predisposizione e adozione del decreto di rimodulazione degli impegni per allineamento alle assegnazioni della fase I1						R	I	I	I			C
FASE I3a – Registrazione degli impegni rimodulati						R	I	I	I	I		C
FASE I3b – Registrazioni Contabili in GSA							C	I	R	C		C
FASE J1 – Erogazione saldi						R	I	I	I	C		C
FASE J2 – Aggiornamento contestuale della scheda di raccordo								R		C		C
FASE J3 – Registrazioni Contabili in GSA dei saldi erogati alle aziende							I	R		C		C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

stati adottati i bilanci preventivi delle aziende entro il 31 dicembre. La procedura disciplina, inoltre, responsabilità, modalità e tempistiche per la redazione delle scritture in contabilità finanziaria ed economico-patrimoniale (sia della GSA sia delle aziende sanitarie), nonché per la riconciliazione di eventuali disallineamenti.

La quinta macrofase disciplina l'approvazione dei bilanci preventivi delle aziende sanitarie. In particolare, le aziende sanitarie approvano il proprio bilancio preventivo e lo trasmettono alla Struttura Bilanci dell'Unità Organizzativa Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo. Quest'ultima, di concerto con la Direzione Generale Welfare, effettua il controllo sui bilanci preventivi delle aziende e redige la proposta di DGR per l'approvazione degli stessi da parte della Giunta. Inoltre, la procedura esplicita i passaggi istituzionali di approvazione dei bilanci preventivi delle aziende.

La sesta macrofase descrive l'erogazione degli acconti mensili alle aziende sanitarie dopo l'approvazione dei bilanci preventivi aziendali. La procedura disciplina responsabilità, modalità e tempistiche per la redazione delle scritture in contabilità finanziaria ed economico-patrimoniale (sia della GSA sia delle aziende sanitarie), nonché per la riconciliazione di eventuali disallineamenti.

La settima macrofase coincide con la comunicazione del riparto del FSN. L'Unità Organizzativa Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo predispone entro il 30 novembre di ciascun anno una proposta di adeguamento del bilancio di previsione. L'Unità Organizzativa Gestione finanziaria redige una proposta di variazione al bilancio, ade-

guando gli stanziamenti di entrata e di spesa regionali ai dati del riparto nazionale. La procedura esplicita, inoltre, i passaggi istituzionali di approvazione della variazione di bilancio. Infine, la procedura prevede che l'Unità Organizzativa Gestione finanziaria predisponga il decreto di adeguamento degli accertamenti di entrata, comprensivo delle relative scritture di contabilità finanziaria ed economico-patrimoniale.

L'ottava macrofase disciplina l'impegno delle risorse stanziato ma non ancora erogate.

La nona macrofase corrisponde alla predisposizione e all'approvazione del decreto di assegnazioni definitive alle aziende sanitarie. Nello specifico, la procedura prevede che l'Unità Organizzativa Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo predisponga la proposta di decreto delle assegnazioni definitive alle aziende sanitarie. Entro la medesima data, il Direttore Centrale Bilancio e Finanza adotta il decreto sulla base del quale vengono registrati gli impegni di spesa in contabilità finanziaria e appostati i correlati ricavi da parte delle aziende sanitarie. Il referente per la contabilità finanziaria dell'Unità Organizzativa Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo rimodula gli impegni assunti in sede di bilancio preventivo delle aziende. Tali impegni vengono, poi, verificati e resi definitivi dalla Ragioneria Generale. La procedura disciplina, inoltre, le registrazioni contabili della GSA relative sia agli accantonamenti sia alle registrazioni di debito verso le aziende corrispondenti agli impegni rimodulati in contabilità finanziaria, nonché la riconciliazione di eventuali disallineamenti.

La decima e ultima macrofase descrive l'erogazione dei saldi delle assegnazioni definitive alle aziende sanitarie. La procedura disciplina l'aggiornamento della scheda di raccordo economico-finanziario, la comunicazione alle aziende, le registrazioni contabili della GSA e le riconciliazioni di eventuali disallineamenti.

5. Il caso Azienda Zero – Regione Veneto

A completamento del Percorso Attuativo della Certificabilità della Regione Veneto, Azienda Zero ha redatto il proprio manuale delle procedure amministrativo-contabili, approvato di concerto con la Regione.

Vista la portata innovativa del modello organizzativo e contabile di Azienda Zero, il manuale delle procedure sviluppato non poteva non riflettere il complesso sistema di relazioni esistenti nel sistema sanitario regionale. In particolare, nel manuale sono state definite e mappate le procedure relative a quei processi che, trasversalmente, impegnano i diversi soggetti del sistema e che fanno perno sullo specifico ruolo di Azienda Zero come titolare della GSA. Lo scopo delle procedure è quello di definire le modalità di gestione delle risorse finanziarie destinate al funzionamento del SSR, individuando attività, responsabilità e controlli.

A titolo esemplificativo, e specularmente al caso lombardo, viene di seguito presentata la procedura relativa al Finanziamento indistinto FSR (Tab. 2).

Come per la GSA lombarda, la procedura inizia dalla predisposizione della proposta di riparto del FSR. Spetta alla Direzione Generale di Azienda Zero predisporre la proposta tecnica

di riparto per il biennio successivo per le aziende del SSR e inviarla all'Unità Operativa Procedure contabili, bilancio consolidato, tavolo adempimenti afferente all'Area Sanità e Sociale della Regione. Quest'ultima predispone una proposta di delibera di giunta contenente le previsioni di riparto per il biennio successivo. La procedura esplicita, inoltre, i passaggi istituzionali di approvazione del riparto.

La procedura disciplina, poi, la predisposizione e l'approvazione dei bilanci preventivi delle aziende, di Azienda Zero e del consolidato.

Successivamente, l'Unità Organizzativa Procedure contabili, bilancio consolidato, tavolo adempimenti è responsabile di ricevere la comunicazione delle anticipazioni provvisorie da parte del Ministero, di trasmetterla ad Azienda Zero e di redigere le scritture relative all'accertamento delle anticipazioni, all'impegno di queste ultime, all'incasso e al mandato di pagamento a favore di Azienda Zero. Inoltre, mediante apposito allegato, la procedura disciplina le scritture in contabilità economico-patrimoniale del conto sanità della Regione e di Azienda Zero con particolare riferimento a: rilevazione dell'acconto assegnato alla Regione, incasso dell'acconto nel conto di tesoreria della sanità, assegnazione e pagamento dell'acconto ad Azienda Zero-conto trasferimenti, assegnazione e pagamento dell'acconto da Azienda Zero-conto trasferimenti ad Azienda Zero-conto gestione e alle aziende sanitarie.

Al momento del ricevimento della comunicazione del riparto definitivo, l'Unità Organizzativa Procedure contabili, bilancio consolidato, tavolo adempimenti comunica ad Azienda Zero l'avvenuta Intesa Stato-Regioni e

Tab. 2 – Schema della “Procedura Gestione Sanitaria Accentrata n. 1 Finanziamento indistinto” di Azienda Zero

Fasi	Regione				Azienda Zero				Aziende		
	Giunta Regionale	Direttore	Area Sanità e Sociale		Direzione Generale	UO Contabilità conto trasferimenti	UO Contabilità conto gestione	UO Bilancio e conto sanità	Controllo di gestione	Direzione Aziendale	Servizio economico-finanziario
			UO Procedure contabili, bilancio consolidato, tavolo adempimenti								
1 – Proposta di riparto			I	R	R	I	I	C			
2 – DGR di riparto			R								
3 – Approvazione della Giunta	R	I	I	I	I	I	I	I	I	I	
4A – Bilanci Economici Preventivi Aziende					C					R	C
4B – Bilancio Economico Preventivo Azienda Zero						C			R		
5 – Bilancio Economico Preventivo Consolidato	I		C		C	C			R		
6 – Delibera di approvazione dei bilanci economici preventivi e del consolidato	R		C								
7 – Comunicazione anticipazioni provvisorie da parte del Ministero		C	R								
8 – Comunicazione anticipazioni provvisorie ad Azienda Zero			R	I	I	I					
9 – Accertamento v/ministero e impegno a favore di Azienda Zero			R				I				
10A – Incasso da parte della regione e mandato di pagamento a favore di Azienda Zero		C	R				C				
10B – Registrazione credito v/stato e debito v/azienda zero			C				R				
11 – Registrazione credito v/regione e debito v/azienda							R				
12A – Registrazione credito v/azienda zero										R	
12B – Registrazione credito di conto gestione verso conto trasferimenti							R				
13 – Comunicazione riparto definitivo FSN											
14 – Proposta di delibera di riparto definitivo FSR		R	C	I	I	I	C	C	I		
15 – Delibera di riparto definitivo FSR	R		C		C	C	C	C	C		
16 – Proposta di DGR di fine esercizio (c.d. “spazzola”)			R		R	C	C	C	C		
17 – Delibera di giunta			R								
18 – Trasmissione circolare di bilancio						C	C	R	C	C	
19 – Alimentazione sistema SCRIBA								R		C	
20A – Registrazioni contabili conseguenti										R	
20B – Registrazioni contabili conseguenti						R					
21 – Bilanci consuntivi							C		R	C	

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

la relativa delibera CIPE. Sulla base di tali informazioni e coerentemente con i conseguenti allineamenti delle partite in contabilità finanziaria, l'Unità Operativa Bilancio consolidato e conto sanità di Azienda Zero provvede a movimentare i crediti verso lo Stato relativi al finanziamento del SSR, stornando la quota versata in acconto e rilevando in contropartita i fondi da distribuire. Parallelamente, l'Unità Organizzativa Procedure contabili, bilancio consolidato, tavolo adempimenti predispone, sulla base di una proposta tecnica di Azienda Zero, una bozza di delibera per il riparto definitivo per l'esercizio per le aziende del SSR. La procedura descrive, inoltre, i passaggi istituzionali di approvazione di suddetta delibera.

Prima della chiusura dei bilanci definitivi, in base ai dati del pre-consuntivo, l'Area Sanità e Sociale della Regione predispone una delibera (c.d. "spazzola") contenente l'adeguamento al riparto definitivo e tutte le eventuali ulteriori variazioni dell'assestamento deliberato, sulla base di una proposta tecnica di Azienda Zero. La procedura prevede, inoltre, i passaggi istituzionali di approvazione di suddetta delibera.

L'Unità Operativa Bilancio e conto sanità di Azienda Zero predispone e trasmette alle aziende sanitarie una circolare di bilancio contenente la situazione riepilogativa sia delle assegnazioni sia dei crediti e debiti necessari per la predisposizione dei bilanci. La procedura disciplina le scritture contabili conseguenti al riparto definitivo per il conto sanità della Regione, Azienda Zero e le aziende sanitarie.

L'ultima fase, che rinvia in realtà ad apposita procedura, prevede l'adozione dei bilanci consuntivi da parte delle aziende sanitarie e l'invio ad Azienda

Zero per gli opportuni controlli volti alla predisposizione del bilancio consolidato.

6. Discussione

Dall'analisi condotta è emerso che la medesima impostazione delle procedure della GSA risulta valida e applicabile in due contesti differenti e caratterizzati da diverse problematiche di controllo. In entrambi i casi si adotta, infatti, una logica sistemica e integrata, che mappa i flussi di risorse afferenti al fabbisogno sanitario, travalicando i confini organizzativi della GSA e abbracciando l'intero SSR.

Nei casi analizzati, le procedure disciplinano la gestione del flusso relativo al finanziamento FSR indistinto e descrivono le responsabilità di uffici regionali, GSA/Azienda Zero e aziende sanitarie coinvolti nelle varie fasi. In linea di principio il processo si articola nello stesso modo: la proposta di riparto del finanziamento FSR indistinto ne costituisce l'incipit, vengono poi disciplinate l'approvazione dei bilanci preventivi, la gestione delle anticipazioni provvisorie, l'adeguamento al riparto e le assegnazioni definitive. Le differenze in tal senso sono marginali e sono frutto del livello di complessità dei SSR⁵.

Il vero elemento che distingue tra loro le procedure analizzate è dato dal fatto che esse riflettono modelli organizzativi e contabili totalmente diversi. La Lombardia adotta un modello organizzativo e contabile della GSA in linea con le previsioni dell'art. 22 del D.Lgs. n. 118/2011. In Veneto, invece, la creazione di Azienda Zero, quale

⁵ Quella forse più evidente riguarda la previsione, in Lombardia, dell'eventualità di una mancata adozione dei bilanci preventivi delle aziende entro la scadenza del 31 dicembre.

holding del SSR con personalità giuridica propria, segna la nascita di un nuovo paradigma di *governance* del gruppo sanitario. Come più volte sottolineato, questo ha, inevitabilmente, comportato la strutturazione di un nuovo modello contabile e di rendicontazione. Nonostante le diversità illustrate, le procedure presentate ben si adattano a entrambi i modelli, riuscendo a coglierne e a valorizzarne le peculiarità organizzative e contabili.

Per meglio comprendere e apprezzare i vantaggi derivanti da tale impostazione integrata e sistemica, le procedure della GSA sono state analizzate utilizzando il framework sui ruoli dell'accounting introdotto da Miller e Power (2013). Lo schema di analisi e di confronto dei due casi studio è presentato nella Tab. 3.

In primo luogo, le procedure identificano quale "oggetto contabile" (i.e. *territorializing*) i macroprocessi che attraversano il SSR nel suo complesso⁶. La definizione di tale "oggetto contabile" è lampante nel caso del Veneto che lo circoscrive nel "flusso di risorse finanziarie afferenti al fabbisogno sanitario regionale di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 che confluiscono negli appositi conti di tesoreria intestati alla sanità" ("Procedura di gestione del processo Gestione Risorse finanziarie del SSR"). Per questo motivo, le procedure descrivono trasversalmente le attività della Regione, di Azienda Zero e delle aziende sanitarie. A titolo esemplificativo, il campo di applicazione della

⁶ Questo è confermato anche dal fatto che, in entrambe le Regioni, il sistema delle procedure amministrativo-contabili della GSA comprende anche una procedura relativa alla redazione e all'approvazione del bilancio consolidato del SSR.

"Procedura Gestione Sanitaria Accentrata n. 1 Finanziamento indistinto" esaminata nel caso veneto recita: "la procedura descrive le attività dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto, di Azienda Zero e delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale". La situazione risulta analoga in Lombardia.

Come anche evidenziato in studi precedenti (es. Heald e Hodges, 2015), il *territorializing* risulta essere funzionale allo sviluppo degli altri ruoli (*mediating*, *adjudicating* e *subjectivizing*). Come, infatti, esplicitato in Veneto, le procedure integrate Regione-Azienda Zero-Aziende Sanitarie sono mirate a "tracciare il flusso delle risorse, le relative scritture contabili e i controlli nell'intero SSR" ("Procedura di gestione del processo Gestione Risorse finanziarie del SSR").

La perimetrazione di macroprocessi trasversali al SSR fa sì che le procedure diventino, inevitabilmente, un'occasione di mediazione (i.e. *mediating*) tra le esigenze della Regione e della GSA/Azienda Zero. Le procedure disciplinano, infatti, le responsabilità di tutti gli attori coinvolti nel processo di gestione delle risorse afferenti al fabbisogno sanitario regionale. In entrambi i casi le procedure sono state, sì, predisposte a cura della GSA (le cui funzioni sono state affidate ad Azienda Zero in Veneto), ma sono state anche condivise con gli uffici regionali corresponsabili e coinvolti prima dell'approvazione. Per esempio, nelle procedure della GSA lombarda si legge: "le matrici, allegate alla presente nota, sono state elaborate dalla UO Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario della DC Bilancio e Finanza e condivise, per gli aspetti di competenza, con la UO Gestione Finanziaria e Autorità di Cer-

Tab. 3 – Schema di analisi e di confronto dei due casi

	Regione Lombardia	Regione Veneto
<i>Modello organizzativo</i>	Secondo quanto previsto dall'art. 22 D.Lgs. n. 118/2011: Struttura Gestione Sanitaria Accentrata e raccordi finanziari in seno all'Unità Organizzativa Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo	Secondo quanto previsto dall'art. 23 D.Lgs. n. 118/2011: esclusione della tenuta della GSA, le cui funzioni vengono, però, riaffidate, in via volontaria, ad Azienda Zero (<i>holding</i> sanitaria con funzioni di GSA, programmazione e controllo)
<i>Controllo</i>	Direttore Centrale Bilancio e Finanza (Terzo Certificatore)	Collegio Sindacale di Azienda Zero
<i>Territorializing</i>	<p>Flusso del Finanziamento indistinto FSR Macrofasì (cfr. Tab. 1):</p> <ol style="list-style-type: none"> Proposta di ripartizione del FSR e approvazione Bilancio di Previsione Regionale Predisposizione e approvazione del decreto di assegnazioni economiche alle aziende del SSR Gestione degli incassi delle mensilità per il Finanziamento indistinto SSR Erogazione acconti mensili alle aziende del SSR (nel caso in cui non fossero stati adottati i bilanci preventivi delle aziende del SSR entro il 31/12) Approvazione dei bilanci preventivi delle aziende del SSR Erogazione acconti mensili alle aziende del SSR (dopo l'approvazione dei bilanci preventivi delle aziende del SSR) Comunicazione del riparto definitivo del FSN e proposta di adeguamento del Bilancio di Previsione Impegno delle risorse stanziare ma non ancora erogate Predisposizione e approvazione del decreto di assegnazioni definitive alle aziende del SSR Erogazione dei saldi delle assegnazioni definitive alle aziende del SSR <p>La procedura descrive trasversalmente le attività delle varie articolazioni organizzative regionali, compresa la GSA, e delle aziende del SSR (per un dettaglio si vedano le intestazioni di colonna della Tab. 1)</p>	<p>Flusso del Finanziamento indistinto FSR Macrofasì (cfr. Tab. 2):</p> <ol style="list-style-type: none"> Proposta di riparto del FSR (fasì 1-3) Predisposizione e approvazione dei bilanci preventivi delle aziende, di Azienda Zero e del consolidato (fasì 4-6) Gestione delle anticipazioni provvisorie dal Ministero (fasì 7-12) Comunicazione del riparto definitivo del FSN (fasì 13-15) Delibera contenente l'adeguamento al riparto definitivo (fasì 16-17) Circolare di bilancio contenente la situazione riepilogativa sia delle assegnazioni che dei crediti e debiti necessari per la predisposizione dei bilanci (fasì 18-20) Bilanci consuntivi delle aziende del SSR (fase 21) <p>La procedura descrive trasversalmente le attività della Regione, di Azienda Zero (in tutte le sue articolazioni organizzative) e delle aziende del SSR (per un dettaglio si vedano le intestazioni di colonna della Tab. 2)</p>
<i>Mediating</i>	<ul style="list-style-type: none"> Struttura matriciale che identifica e mappa per ciascuna fase del processo gli attori coinvolti e i rapporti tra essi Sistema di procedure integrate predisposto a cura dell'Unità Organizzativa Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo e condiviso con gli uffici regionali competenti prima dell'approvazione Integrazione ed eventuale riconciliazione dei sistemi di contabilità finanziaria e contabilità economica: schede di raccordo economico-finanziario e momenti dedicati alla risoluzione di eventuali errori o incoerenze (macrofasì: B, C, D, F, G, I, J) 	<ul style="list-style-type: none"> Struttura matriciale che identifica e mappa per ciascuna fase del processo gli attori coinvolti e i rapporti tra essi Sistema di procedure integrate predisposto a cura di Azienda Zero e condiviso con la Regione Veneto prima dell'approvazione Integrazione ed eventuale riconciliazione dei sistemi di contabilità finanziaria e contabilità economica: esplicitazione delle scritture contabili per il conto sanità della Regione e per il conto gestione e il conto trasferimenti di Azienda Zero (macrofasì: 3, 4, 6) Predisposizione di una procedura <i>ad hoc</i> di Riconciliazione CO.FI.-CO.GE.

(segue)

	Regione Lombardia	Regione Veneto
<i>Adjudicating</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema di procedure integrate redatto in sede di completamento del Percorso Attuativo della Certificabilità - Esplicitazione delle responsabilità degli attori coinvolti nella gestione del flusso del Finanziamento indistinto FSR - La perimetrazione delle risorse relative al flusso del Finanziamento indistinto FSR e la formalizzazione di una procedura sono finalizzate a garantire la gestione ottimale dei dati contabili e la formazione delle voci di bilancio 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema di procedure integrate redatto nell'ambito di un percorso di certificazione del bilancio di Azienda Zero e dei flussi finanziari Regione-Azienda Zero-aziende sanitarie - Esplicitazione delle responsabilità degli attori coinvolti nella gestione del flusso del Finanziamento indistinto FSR - La perimetrazione delle risorse relative al flusso del Finanziamento indistinto FSR e la formalizzazione di una procedura sono finalizzate a garantire la gestione ottimale dei dati contabili e la formazione delle voci di bilancio
<i>Subjectivizing</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Ruolo centrale dell'Unità Organizzativa Risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario lombardo: <ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione schede di raccordo economico-finanziario (es. fase B2c, B2c, B2d, D1c, F2, J2 Tab. 1) • Controllo sui bilanci preventivi aziendali (fase E2 Tab. 1) - Le procedure agevolano le condizioni per il controllo del Terzo Certificatore 	<ul style="list-style-type: none"> - Ruolo centrale di Azienda Zero: <ul style="list-style-type: none"> • RegISTRAZIONI contabili definite da Azienda Zero (es. fasi 12A e 20A Tab. 2) • Controllo sui bilanci preventivi e consuntivi delle aziende • Richiesta di revisionare i manuali delle procedure amministrativo-contabili delle aziende per renderli coerenti con le fasi e i controlli previsti nel manuale di Azienda Zero. - Le procedure agevolano le condizioni per il controllo del Collegio Sindacale - Le procedure agevolano le condizioni per il controllo dell'operato di Azienda Zero da parte della Regione Veneto

tificazione Fondi Comunitari della medesima Direzione" (nota protocollare A1.2019.0388408 del 23/12/2019). Questo ruolo di contemperamento degli interessi dei vari attori coinvolti risulta funzionale a rispondere a una delle problematiche sollevate dalla letteratura: la carenza strutturale di integrazione tra sistemi di contabilità finanziaria regionale ed economico-patrimoniale della GSA, spesso fonte di forte conflittualità. Il processo di condivisione e di formalizzazione delle procedure rappresenta l'occasione per far chiarezza su responsabilità, momenti di rilevazione, metodi di rilevazione, modalità autorizzative e operative della gestione delle risorse afferenti al fabbisogno sanitario regionale. A riprova di ciò, entram-

bi i casi analizzati affrontano la spinosa questione della riconciliazione dei disallineamenti tra la contabilità finanziaria ed economico-patrimoniale. In Lombardia la procedura analizzata esplicita le responsabilità collegate alla predisposizione di apposite schede di raccordo economico-finanziario; disciplina, inoltre, appositi momenti dedicati alla risoluzione di eventuali errori o incoerenze. In Veneto la procedura esplicita le scritture contabili per il conto sanità della Regione e per il conto gestione e il conto trasferimenti di Azienda Zero. In aggiunta, è opportuno sottolineare che Azienda Zero ha predisposto una procedura *ad hoc* con "l'obiettivo di fornire tutti gli elementi concettuali e operativi al fine della predisposizione

del modello di riconciliazione CO.FI.-CO.GE.” (“Procedura Gestione Sanitaria Accentrata n. 8 Riconciliazione CO.FI.-CO.GE.”).

È interessante notare, inoltre, che entrambe le esperienze presentate si sono sviluppate nell’ambito dei Percorsi Attuativi della Certificabilità. In Lombardia, infatti, il sistema delle procedure della GSA è stato redatto in sede di completamento del Percorso Attuativo della Certificabilità. Analogamente, in Veneto il sistema delle procedure che mappa trasversalmente i flussi delle risorse destinate al SSR è stato predisposto durante un percorso di certificazione del bilancio di Azienda Zero e dei flussi finanziari tra Regione, Azienda Zero e aziende sanitarie. Pertanto, le procedure presentate in questo studio nascono per garantire la gestione ottimale dei dati contabili e la formazione delle voci di bilancio. Esse responsabilizzano gli attori coinvolti nella gestione dei flussi di risorse afferenti al fabbisogno sanitario (i.e. *adjudicating*). Rappresentano, quindi, una proficua occasione per riflettere sui dubbi circa la natura da attribuire al bilancio della GSA e alle sue regole contabili.

Quanto al *subjectivizing*, questo ruolo si manifesta *in primis* nel rapporto tra GSA/Azienda Zero e aziende sanitarie. È interessante notare che in entrambi i casi analizzati vengono mappati i rapporti tra GSA e aziende sanitarie e disciplinato il ruolo di queste ultime con particolare riferimento a flussi di comunicazione, obblighi informativi e scritture contabili. Il modello proposto di procedure sistemiche del SSR risponde, quindi, alla criticità, riscontrata in letteratura, di una scarsa integrazione tra GSA e aziende sanitarie. Sia il

caso lombardo sia quello veneto mostrano una chiara riduzione degli spazi di autonomia decisionale delle aziende e un aumento del controllo da parte della GSA/Azienda Zero. A titolo esemplificativo, le procedure di Azienda Zero recitano: “le aziende, sulla base della circolare di bilancio, effettuano le conseguenti registrazioni contabili (per maggiori dettagli si rimanda all’allegato ‘scritture contabili’); o ancora “le aziende adottano i [propri] bilanci [consuntivi] e li inviano ad Azienda Zero per gli opportuni controlli volti alla predisposizione del Bilancio consolidato” (“Procedura Gestione Sanitaria Accentrata n. 1 Finanziamento indistinto”). Un altro esempio lampante è costituito dalla richiesta di revisionare i manuali delle procedure amministrativo-contabili delle aziende per renderli coerenti con le fasi e i controlli previsti nel manuale di Azienda Zero. Previsioni analoghe sono contenute anche nelle procedure della GSA lombarda (eccetto che per la richiesta di aggiornamento dei manuali aziendali). Si capisce bene, quindi, come le procedure integrate e sistemiche rappresentino uno strumento funzionale al controllo di un gruppo di aziende sanitarie.

Sempre in un’ottica di tipo *subjectivizing*, le procedure della GSA offrono una prima risposta ai problemi sollevati in tema di controllo interno. La mappatura dei processi di gestione dei flussi delle risorse afferenti al fabbisogno sanitario definisce regole precise in termini di responsabilità, tempistiche, modalità di rilevazione e rendicontazione, agevolando così le condizioni per il controllo del terzo certificatore (i.e. Collegio Sindacale nel caso di Azienda Zero). Con particolare

riferimento al caso veneto, inoltre, le procedure costituiscono un indubbio strumento a supporto delle esigenze di controllo della Regione.

7. Considerazioni conclusive

Il presente studio ha inteso offrire un contributo teorico e pratico in tema di GSA. La letteratura in materia è piuttosto scarsa ed evidenzia alcune criticità generate con l'istituzione della GSA. Sono, infatti, sorti dubbi in merito all'estensione alla GSA della normativa contabile relativa alle aziende, acuiti dalla mancata approvazione della casistica applicativa per la GSA. Non meno problematica risulta la gestione dei flussi informativi e finanziari nella filiera Regione-GSA-aziende sanitarie, aggravata da carenze strutturali di integrazione tra GSA e Regione, da una parte, e tra GSA e aziende sanitarie, dall'altra. Critico si è rivelato anche il sistema di controllo interno e di gruppo ideato. Il presente lavoro propone uno strumento innovativo: la redazione di un sistema di procedure per la GSA costruito in base a una logica integrata. Suddette procedure sono, infatti, in grado di mappare da un punto di vista amministrativo-contabile i flussi di risorse afferenti al fabbisogno sanitario regionale, travalicando i confini organizzativi della GSA e integrando tutti gli attori del SSR. Lo studio applica il framework teorico introdotto da Miller e Power (2013) per evidenziare i punti di forza di tale impostazione.

La metodologia di ricerca impiegata è quella del case study. Attraverso un'analisi documentale, sono stati messi a confronto i processi amministrativi e le procedure sviluppate per la GSA in Lombardia e in Veneto.

I due casi sono stati scelti sia per la loro rilevanza sia per la loro diversità. Per entrambi è stato analizzato l'impianto complessivo delle procedure ed è stata presentata nel dettaglio una procedura a titolo esemplificativo. Dalla discussione dei risultati è emerso che le procedure sistemiche e integrate della GSA sono utilmente applicabili in contesti diversi. Oltre a cogliere e valorizzare le peculiarità organizzative e contabili, le procedure presentate sono di particolare pregio in quanto costituiscono un valido strumento di risposta alle principali problematiche teoriche e pratiche emerse con la creazione della GSA. L'applicazione del framework di Miller e Power (2013) ha messo in evidenza la formulazione di un sistema di procedure della GSA che, travalicando i confini organizzativi della GSA stessa e abbracciando una logica integrata di sistema del SSR, consente di identificare e perimetrare degli "oggetti contabili" (i.e. *territorializing*) trasversali all'intero SSR. Questo tipo di prospettiva è particolarmente funzionale in quanto consente di focalizzare l'attenzione sull'intero SSR, rispondendo così all'esigenza di meglio gestire i flussi finanziari, ma anche informativi, tra Regione, GSA e aziende sanitarie. I risultati dello studio mostrano l'importanza del *territorializing*, quale ruolo che crea i presupposti per lo sviluppo di *mediating*, *adjudicating* e *subjectivizing*. La definizione di procedure che mappano i macroprocessi del SSR in una logica sistemica diventa, inevitabilmente, occasione di mediazione (i.e. *mediating*) tra gli attori coinvolti, sia in fase di definizione sia di esecuzione delle procedure stesse. Questo risulta particolarmente evidente nei

rapporti Regione-GSA ed emblematiche sono, a tale riguardo, le criticità in tema di riconciliazione dei sistemi di contabilità finanziaria con quelli di tipo economico-patrimoniale. La definizione di suddette procedure, inoltre, consente di responsabilizzare gli attori coinvolti per garantire una gestione ottimale dei dati contabili e della formazione dei dati di bilancio (i.e. *adjudicating*). Questo aspetto risulta particolarmente rilevante se si considera che le procedure della GSA sono nate nell'ambito dei Percorsi Attuativi della Certificabilità. Infine, le procedure analizzate conferiscono un ruolo di centrale importanza alla GSA (rispettivamente all'Unità Organizzativa regionale in seno a cui si trova la GSA, in Lombardia, e ad Azienda Zero, nel caso Veneto) a discapito degli spazi di autonomia decisionale delle aziende del SSR (i.e. *subjectivizing*). Sempre in un'ottica di tipo *subjectivizing*, le procedure della GSA offrono una prima risposta ai problemi sollevati in tema di controllo interno e di gruppo.

I limiti del presente lavoro sono principalmente legati alla metodologia impiegata e sono da ravvisarsi, in primo luogo, nell'impossibilità di generalizzare i risultati. I case study sono, infatti, per definizione, casi particolarmente emblematici e significativi, ma non per questo rappresentativi dell'intero universo di riferimento. In particolare, i risultati di questo studio potrebbero essere rilevanti soltanto per sistemi sanitari regionali di grandi dimensioni, come quelli analizzati. In secondo luogo, può sollevare qualche perplessità l'adozione di un approccio di tipo "partecipativo". L'analisi documentale condotta è stata integrata e arricchita dall'esperienza sul campo

dei ricercatori; questo ha, però, inevitabilmente condizionato l'oggettività nell'interpretazione dei dati.

Nonostante la presenza di alcune limitazioni, lo studio propone dei risultati innovativi, contribuisce all'avanzamento della conoscenza e arricchisce la scarsa letteratura esistente in tema di GSA descrivendo e analizzando il modello delle procedure sistemiche e integrate della GSA attraverso le lenti del framework di Miller e Power (2013). La letteratura presenta tale framework come un valido strumento di analisi dei processi di evoluzione delle amministrazioni pubbliche (Heald e Hodges, 2015; Steccolini *et al.*, 2020). I risultati dello studio lo confermano e dimostrano l'utilità di applicarlo anche alle procedure amministrativo-contabili della GSA. Il framework, infatti, permette di comprendere e apprezzare i vantaggi derivanti dalla loro adozione anche in due contesti organizzativi diversi, quali quello lombardo e veneto. Come già evidenziato in studi precedenti (es. Heald e Hodges, 2015), il *territorializing* emerge come precondizione necessaria per lo sviluppo degli altri ruoli. L'identificazione e la perimetrazione dei macroprocessi trasversali al SSR costituiscono, infatti, l'elemento di maggiore innovazione nei casi studio presentati, da cui inevitabilmente discendono il temperamento degli interessi degli attori coinvolti (*mediating*), la responsabilizzazione su determinati risultati di processo (*adjudicating*) e l'imposizione di regole e controlli previsti dalle procedure (*subjectivizing*).

La ricerca offre anche interessanti e attuali implicazioni pratiche. In primo luogo, le procedure rispondono all'esigenza di governare i flussi informativi e finanziari tra Regione, GSA e azien-

de sanitarie e di colmare le carenze strutturali di integrazione tra gli attori del sistema. Con particolare riferimento alla problematicità dei rapporti tra la Regione, quale ente territoriale nel suo complesso, e la GSA, quale centro di responsabilità e di rilevazione contabile dei fatti che afferiscono al SSR, le procedure analizzate rappresentano un indubbio strumento di mediazione e contemperamento degli interessi. Sono un'occasione di confronto, condivisione e formalizzazione che consente di far chiarezza su alcuni aspetti critici e non del tutto disciplinati, quali per esempio i problemi legati alla riconciliazione della contabilità finanziaria ed economico-patrimoniale. Di notevole rilevanza risulta anche la capacità delle procedure di disciplinare i rapporti tra GSA e aziende sanitarie, che altrimenti difficilmente verrebbero mappati. In questo modo, sono funzionali anche a esercitare un maggiore controllo, in generale, sull'operato delle aziende sanitarie e, nello specifico, sull'attendibilità dei dati contabili. La gestione ottimale dei

dati contabili è garantita anche grazie alla responsabilizzazione degli attori coinvolti sulle specifiche fasi del processo. Inoltre, con riferimento ai dubbi circa la natura da attribuire al bilancio della GSA e alle sue regole contabili, anche alla luce della mancata adozione della casistica applicativa della GSA da parte della Conferenza Stato-Regioni, va detto che la formulazione stessa delle procedure della GSA è un'ottima occasione per riflettere sul tema. Da ultimo, come conseguenza di tutte queste considerazioni, appare verosimile che le procedure possano incidere positivamente sul sistema di controllo interno e di gruppo. Una chiara mappatura dei processi e delle relative scritture contabili, unita alla segregazione delle responsabilità e alla contrapposizione di funzioni, presenta il duplice vantaggio di agevolare le condizioni per il controllo del terzo certificatore (o del Collegio Sindacale, nel caso di soggetti con personalità giuridica propria) e creare le precondizioni per un sistema di controllo interno e di gruppo certificabile.

BIBLIOGRAFIA

- Anessi Pessina E., Cantù E., Persiani N. (2011). Armonizzazione contabile e revisione dei bilanci nelle aziende sanitarie pubbliche. In: Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di). *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2011*. Milano: Egea.
- Anessi Pessina E. (2012). L'esperienza della contabilità economico-patrimoniale nella sanità. In: Capalbo F. (a cura di). *L'applicazione della contabilità economica nel settore pubblico: aspettative, risultati e criticità*. Torino: Giappichelli Editore.
- Anessi Pessina E., Cantù E. (2018). Armonizzazione contabile e riaccantonamento istituzionale nel Servizio Sanitario Nazionale. In: Anessi Pessina E. (a cura di). *L'armonizzazione contabile nel settore pubblico italiano. Implicazioni per le regioni e per i servizi sanitari regionali*. Milano: FrancoAngeli.
- Baard V. (2010). A critical review of interventionist research. *Qualitative Research in Accounting and Management*, 7(1): 13-45. DOI: 10.1108/11766091011034262.
- Berry A.J., Otley D.T. (2004). Case-based research in accounting. In: Humphrey C., Lee B. (a cura di). *The Real Life Guide to Accounting Research, a Behind-The-Scenes View of Using Qualitative Research Methods*. Amsterdam: Elsevier.
- Burns J., Scapens R.W. (2000). Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. *Management Accounting Research*, 11(1): 3-25. DOI: 10.1006/mare.1999.0119.
- Cantù E. (2014). *Il bilancio delle Aziende di Servizi Sanitari*. Milano: Egea.
- Carter C., Spence C., McKinlay A. (2020). Strategic change, leadership and accounting: A triptych of organizational reform. *Public Administration*, 89(1):62-91. DOI: 10.1111/padm.12550.
- Chiucchi M.S. (2012). *Il metodo dello studio di caso nel management accounting*. Torino: Giappichelli Editore.
- Chiucchi M.S. (2014). Il gap tra teoria e prassi nel Management Accounting: il contributo della field-based research. *Management Control*, 3: 5-9. DOI:10.3280/MACO2014-003001.
- Dumay J.C. (2010). A critical reflective discourse of an interventionist research project. *Qualitative Research in Accounting and Management*, 7(1): 46-70. DOI: 10.1108/11766091011034271.
- Eisenhardt K.M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14(4): 532-550. DOI: 10.5465/amr.1989.4308385.
- Ellwood S., Newberry S. (2007). Public sector accrual accounting: institutionalizing neo-liberal principles?. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 20(4): 549-573. DOI: 10.1108/09513570710762584.
- Guthrie J. (1998). Application of accrual accounting in the Australian public sector: rhetoric or reality?. *Financial Accountability and Management*, 14(1): 1-19. DOI: 10.1111/1468-0408.00047.
- Heald D., Hodges R. (2015). Will "austerity" be a critical juncture in European public sector financial reporting? *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 28(6):993-1015. DOI: 10.1108/AAAJ-04-2014-1661.
- Hopwood A.G. (1985). The tale of a committee that never reported: Disagreements on intertwining accounting with the social. *Accounting, Organizations and Society*, 10(3): 361-377. DOI: 10.1016/0361-3682(85)90025-X.
- ISTAT (2020). Popolazione residente. – Disponibile al sito: <http://demo.istat.it/popres/index.php?anno=2020&lingua=ita>.
- Jeacle I. (2012). Accounting and popular culture: framing a research agenda. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 25(4): 580-601. DOI: 10.1108/09513571211225051.
- Jönsson S., Lukka K. (2005). *Doing interventionist research in management accounting*. Gothenburg Research Institute – Rapport 2005: 6.
- Jönsson S., Lukka K. (2006). There and back again: Doing interventionist research in management accounting. In: Chapman C.S., Hopwood A.G., Shields M.S. (a cura di). *Handbook of Management Accounting Research*. Oxford: Elsevier.
- Liguori M., Steccolini I. (2014). Accounting, innovation and public-sector change Translating reforms into change?. *Critical Perspectives on Accounting*, 25(4-5): 319-323. DOI: 10.1016/j.cpa.2013.05.001.
- Lounsbury M. (2008). Institutional rationality and practice variation: New directions in the institutional analysis of practice. *Accounting Organizations and Society*, 33(4-5): 349-361. DOI: 10.1016/j.aos.2007.04.001.
- Martinelli M. (2017). *L'impostazione di un sistema integrato di contabilità economico-patrimoniale nella Gestione Sanitaria Accentrata Regionale*. Torino: Giappichelli Editore.

- Miller P. (2001). Governing by numbers: Why Calculative Practices Matter. *Social Research*, 68(2): 379-396.
- Miller P., Power M. (2013). Accounting, organizing, and economizing: Connecting accounting research and organization theory. *The Academy of Management Annals*, 7(1): 557-605. DOI: 10.5465/19416520.2013.783668.
- Ministero del Tesoro (2011). *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese*. Roma.
- Modell S. (2014). The societal relevance of management accounting: an introduction to the special issue. *Accounting and Business Research*, 44(2): 83-103. DOI: 10.1080/00014788.2014.882741.
- Parker L.D. (2012). Qualitative management accounting research: assessing deliverables and relevance. *Critical Perspectives on Accounting*, 23(1): 54-70. DOI: 10.1016/j.cpa.2011.06.002.
- Persiani N., Bonin M (2018). La gestione della spesa sanitaria accentrata tramite *holding*: il caso veneto di Azienda Zero. In: Anessi Pessina E. (a cura di). *L'armonizzazione contabile nel settore pubblico italiano. Implicazioni per le regioni e per i servizi sanitari regionali*. Milano: FrancoAngeli.
- Persiani N. (2007). *Principi contabili e di controllo interno per le aziende sanitarie ed ospedaliere*. Milano: FrancoAngeli.
- Persiani N. (2011). *Il bilancio consolidato nelle aziende del Servizio Sanitario Nazionale. In Scritti in onore di Sergio Terzani*. Milano: FrancoAngeli.
- Persiani N. (2012). Il controllo contabile del bilancio degli enti del S.s.n.: verso la certificabilità dei dati e dei bilanci. *Ragiusan*, 344: 28-36.
- Puntillo P. (2009). Il federalismo sanitario e la contabilizzazione della spesa sanitaria nei bilanci regionali. Risultati di un'analisi empirica. *Mecosan*, 72: 159-173.
- Ragioneria Generale dello Stato (2017). *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 4*. Roma.
- Rossi F. (2012). La gestione sanitaria accentrata. *Ragiusan*, 344: 100-109.
- Ryan B., Scapens R.W., Theobald M. (a cura di) (2002). *Research method and methodology in finance and accounting* (2nd Ed.). London: Thomson Learning.
- Steccolini I., Saliterer I., Guthrie J. (2020). The role(s) of accounting and performance measurement systems in contemporary public administration. *Public Administration*, 98(1): 3-13. DOI: 10.1111/padm.12642.
- Suomala P., Lahikainen T., Lyly-Yrjänäinen J., Paranko, J. (2010). Open book accounting in practice – exploring the faces of openness. *Qualitative Research in Accounting and Management*, 7(1): 71-96. DOI: 10.1108/11766091011034280.
- Vosselman E. (2014). The 'performativity thesis' and its critics: towards a relational ontology of management accounting. *Accounting and Business Research*, 44(2): 181-203. DOI: 10.1080/00014788.2013.856748.
- Yin R.K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd Ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Yin R.K. (2012). *Applications of case study research* (3rd Ed.). Washington D.C.: Sage.

Il contributo del management alla definizione della strategia di decentramento del Servizio Sanitario: il caso del Sistema Sanitario tunisino

Niccolò Persiani, Martina Giusti, Maria Jose Caldes, Afef Hagi*

Il decentramento in ambito sanitario è da tempo considerato uno dei principali strumenti per far progredire i sistemi sanitari e per rispondere alle esigenze di equità di accesso alle cure. La dottrina ha identificato in questo trasferimento del potere decisionale “da pochi a molti” il presupposto della valorizzazione del ruolo del management, in questo caso, massimamente responsabilizzato nella risposta agli utenti.

Per tale ragione nella definizione di una strategia di decentramento appare centrale il coinvolgimento proprio del management allo scopo di definire preventivamente il suo possibile contributo.

Obiettivo del presente lavoro è, pertanto, l’analisi del contributo del management nella definizione di una strategia di decentramento del SSN.

* Niccolò Persiani, Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Professore Ordinario di Economia Aziendale. Corresponding author, e-mail: niccolo.persiani@unifi.it.

Martina Giusti, Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Dottoranda in ricerca. E-mail: martina.giusti@unifi.it.

Maria Jose Caldes, Centro di Salute Globale AOU Meyer Regione Toscana. E-mail: mj.caldes@meyer.it.

Afef Hagi, Pontes – Ricerca e Interventi ONG. E-mail: afef.hagi@gmail.com.

L’articolo approfondisce il caso della Repubblica di Tunisia come esempio significativo di Paese a medio-basso reddito.

Parole chiave: decentramento, management, strategia, servizio sanitario, Tunisia, Paesi a medio-basso reddito.

The contribution of management to the definition of the strategy of health government decentralization: The case of the Tunisian healthcare system

Decentralization in healthcare has long been considered one of the main tools for advancing healthcare systems and responding to the need for equity in access to care.

The doctrine has identified in this transfer of decision-making power “from a few to many” the premise of the enhancement of the role of management, in this case, maximized in responding to users.

For this reason, in the definition of a strategy of decentralization become central the involvement of the management in order to define preventively its possible contribution.

Objective of the present work is, the analysis of the contribution of the manage-

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. L’analisi della letteratura e il framework teorico di riferimento
3. Metodologia di ricerca
4. Il contributo del management al processo di decentramento del Sistema Sanitario tunisino
5. Discussione
6. Considerazioni conclusive

ment in the definition of a strategy of decentralization of the NHS.

The article examines the case of the Republic of Tunisia as a significant example of a low-middle income country.

Keywords: decentralization, management, strategy, healthcare, Tunisia, low-middle income country.

Articolo sottomesso: 22/03/2021,
accettato: 06/12/2021

1. Introduzione

Dalla rivoluzione del 2011, la Tunisia ha compiuto rilevanti passi per trasferire il potere al nuovo Governo centrale democratico e, in un progressivo percorso di democratizzazione, dall'esecutivo al Parlamento, mantenendo un modello di governo comunque fortemente accentrato.

Il mantenimento di un sistema accentrato era stato, infatti, considerato una priorità del regime di Ben Ali finalizzato, com'era, a garantire l'unitarietà dello Stato a fronte di un sistema storicamente tribale. Per quanto, infatti, fossero state realizzate forme di governo locale, esse erano prevalentemente simboliche e prive di effettivi poteri (Baccouche, 2016).

Anche nella fase immediatamente successiva alla rivoluzione, il mantenimento di un sistema accentrato è stato considerato un passo necessario per consolidare il cambiamento in atto.

Oggi, invece, la Tunisia deve affrontare il compito cruciale di trasferire il potere dal livello nazionale a quello locale, così come richiesto dalla propria Costituzione e da numerose istanze territoriali.

Questa decentralizzazione del sistema si ritiene abbia il potenziale per affron-

tare questioni di vecchia data quali la disparità regionale, estremamente significativa in moltissimi settori quali sanità, istruzione, nonché favorire un riequilibrio nei livelli di povertà e di infrastrutture dei territori.

Il decentramento in Tunisia viene, oggi, perseguito avendo riguardo a quattro obiettivi (Yerkes & Muasher, 2018):

- a) consentire agli attori locali di prendere decisioni sui territori periferici, che portino a cambiamenti reali per i loro elettori;
- b) introdurre una nuova classe politica, che sia al di fuori dei partiti politici tradizionalmente dominanti del Paese e possa fornire maggiori opportunità alle donne e ai giovani di entrare in politica;
- c) migliorare la fornitura di servizi a livello locale, dove questa sia inefficiente e di scarsa qualità;
- d) consolidare il giovane processo democratico.

In tale dibattito non fa eccezione il Servizio Sanitario del Paese che, dopo un lungo periodo di forte accentrato, sta aprendosi oggi alla riflessione su possibili forme di decentramento.

Lo sviluppo del Sistema Sanitario tunisino ha, infatti, nel tempo ricalcato l'impostazione del sistema governativo nazionale attraversando diverse fasi dall'indipendenza a oggi.

Durante gli anni Sessanta e Settanta, il governo ha dato la priorità alla costruzione di ospedali più grandi nelle principali città costiere (Tunisi, Sousse e Sfax), prima di riorientare (tra il 1982 e il 1986) la spesa pubblica verso la costruzione di strutture nelle aree più remote. All'inizio degli anni Ottanta, il Sistema Sanitario tunisino si è infatti svi-

luppato attraverso un processo dinamico su due fronti: in primo luogo, la proliferazione di strutture di assistenza primaria e ospedali distrettuali, che hanno favorito un migliore accesso all'assistenza sanitaria di base nelle aree svantaggiate nonostante non avessero un vero e proprio ruolo nella programmazione, e, in secondo luogo, la creazione di istituti, centri specializzati e ospedali universitari (Centre Hospitalier Universitaire, CHU), che ha portato allo sviluppo di cure mediche all'avanguardia nelle principali città della Tunisia. Contestualmente nel Paese si sono diffusi numerosi ambulatori e cliniche private.

A seguito della recente rivoluzione, la nuova Costituzione del 2014, con la proclamazione della salute come diritto (art. 38), ha sottolineato l'obbligo dello Stato di garantire servizi sanitari preventivi e curativi. È stato strutturato pertanto un modello di servizio sanitario fortemente ispirato al modello francese, di tipo assicurativo. Fin dall'inizio, poi, si è quindi aperto un forte dibattito sul potenziamento della rete periferica e di una maggiore autonomia amministrativa e gestionale nelle aree svantaggiate, che ha accompagnato il più ampio dibattito sul decentramento nazionale.

Il Sistema Sanitario tunisino oggi comprende numerosi ospedali orientati su tre livelli di assistenza (Ministero della Salute tunisino, 2019; WHO, 2018):

- primaria, con una rete di 2.157 centri sanitari di base (CSB), 108 ospedali di circoscrizione (HC), 42 centri di emodialisi e 28 raggruppamenti di salute di base (GSB);
- secondaria, con 31 ospedali regionali (HR);

- terziaria, con 27 istituzioni pubbliche di sanità (EPS; 4 HR) e 9 centri specialistici.

Esistono, poi, 6 policlinici dipendenti dalla CNSS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale) e 7 centri di emodialisi.

Se oggi il sistema pubblico gestisce l'87% dei posti letto ospedalieri, è forte la presenza di una realtà ospedaliera privata (98 cliniche private, 117 centri di emodialisi, 510 poliambulatori e 2.037 farmacie), prevalentemente concentrata nelle grandi città.

La proliferazione di strutture periferiche pubbliche o private non è stata, tuttavia, accompagnata da un effettivo passaggio di competenze e dal riconoscimento di autonomia.

La nomina delle figure con ruoli dirigenziali (sia direttori di servizi sia membri delle direzioni strategiche aziendali), la pianificazione degli investimenti, la gestione del personale ma soprattutto l'analisi dei bisogni, la pianificazione degli obiettivi e la determinazione dei servizi da erogare sono rimaste di competenza delle strutture centrali quali il Ministero della Salute (Ministère de la Santé, MS), il Laboratorio Nazionale di controllo dei Farmaci (Le laboratoire national de contrôle des médicaments) e lo CNAM (Caisse National di Assurance Maladie – Istituto di Assicurazione Nazionale).

Questo ha penalizzato particolarmente le aree interne desertiche e del Sud, più povere e meno strutturate, a favore di quelle della capitale e sulla costa, dove operano i grandi centri universitari e le principali strutture private (Arfa & Elgazzar, 2013).

Il processo di decentramento intende, invece, offrire alle strutture periferiche un ruolo complementare rispetto ai

soggetti centrali della governance sanitaria, simbolo sino a oggi del governo centrale della sanità.

In Tunisia la progettazione di un sistema decentrato e il progressivo trasferimento di funzioni hanno prodotto, sin dalle loro prime fasi, l'effetto proprio di ogni percorso verso il decentramento, ovvero la rivalutazione e responsabilizzazione dei ruoli manageriali locali rispetto a quelli politici centrali (Vrangbæk, 2007).

Il trasferimento delle competenze, anche se ancora *in itinere*, si accompagna, da subito, a un trasferimento di responsabilità, così come la maggiore autonomia gestionale rende indispensabile una più concreta valutazione dei risultati prodotti in termini di efficienza, efficacia ed economicità con il superamento del modello burocratico tradizionale.

Tuttavia, a differenza dalla maggior parte dei Paesi che in precedenza si sono avviati su questa strada e che, nelle varie fasi della discussione, hanno coinvolto come stakeholder la cittadinanza (Mockford *et al.*, 2012; Foley *et al.*, 2017) piuttosto che le comunità locali (Rifkin, 2014) o gli utenti dei servizi (Dalton *et al.*, 2016), il Governo tunisino, anche su proposta delle istituzioni internazionali (WHO) e dei partner della cooperazione internazionale (in particolare la cooperazione italiana), ha coinvolto sin dalle prime fasi il management ospedaliero, nel convincimento dell'importante aiuto che questo avrebbe potuto fornire a delineare una concreta ed efficace strategia di riforma.

L'avvicinamento del sistema decisionale ai bisogni espressi dalla popolazione, la definizione di modelli amministrativi più vicini ai territori e il processo di aziendalizzazione delle realtà sanitarie

locali hanno reso indispensabile valorizzare l'esperienza di chi, all'interno e alla guida delle strutture sanitarie, giornalmente affronta tali problematiche confrontandosi con le difficoltà di un Paese così differenziato (Belhedi, 2017) e di un modello amministrativo fortemente verticistico.

Obiettivo del presente lavoro è pertanto lo studio e l'analisi del contributo del management alla definizione di una strategia di decentramento di un Servizio Sanitario Nazionale, con particolare riferimento ai Paesi a medio-basso reddito.

Oggetto dell'indagine è l'esperienza maturata nella definizione della strategia di decentramento del Sistema Sanitario tunisino che, per le ragioni suesposte, ha particolarmente investito proprio nel coinvolgimento dello stesso management.

L'esperienza del Sistema Sanitario tunisino appare di rilievo non solo perché è una delle più recenti e sicuramente, in prospettiva, uno dei riferimenti per tutti i Paesi dell'area, ma soprattutto per la sintesi che la Tunisia ha maturato negli anni tra le diverse esperienze e tra i diversi modelli di riferimento (Francia, Spagna, Italia) che hanno ispirato il suo Servizio Sanitario, e che la rendono un interessante laboratorio di studio sui modelli sanitari dei Paesi a medio-basso reddito.

2. L'analisi della letteratura e il framework teorico di riferimento

Il processo di decentramento può essere sostanzialmente definito come il trasferimento di autorità e responsabilità nella pianificazione, gestione e processo decisionale pubblico dal livello di governo nazionale, o supe-

riore, a livelli subnazionali, o inferiori (Bardhan, 2002; Schneider, 2003; Faguet, 2014; Mookherjee, 2006), applicato a una o più componenti dello Stato.

Tra queste componenti, il decentramento dei servizi sanitari ha avuto un ruolo centrale nel dibattito internazionale ed è stato oggetto di numerosi studi per la molteplicità di declinazioni che può assumere in termini di accrescimento del potere decisionale delle comunità del territorio, di risposta ai suoi bisogni (Mockford *et al.*, 2012; Foley *et al.*, 2017; Rifkin, 2014; Dalton *et al.*, 2016), di innalzamento della qualità dei servizi (Mitchell & Bossert, 2010), di una migliore gestione delle risorse disponibili (Mills *et al.*, 1990; Daniels *et al.*, 2000). L'interesse riservato al decentramento sanitario è dovuto, in particolare, alla sua diffusa applicazione in tutto il mondo per l'efficacia attribuita nella riduzione delle disuguaglianze (parità di utilizzo e fornitura di servizi sanitari alle persone idonee) e nel miglioramento delle prestazioni (ottimizzazione della gestione delle risorse allocate e allargamento del processo decisionale) (Bankauskaite & Saltman, 2007; Kaarbøe & Østergren, 2001; Gaynor & Wilson, 2020) sebbene in letteratura non vi sia concordanza di risultati. Un grado di decentramento troppo spinto può infatti portare a maggiori rischi di corruzione (Wu *et al.*, 2017), a un minore controllo della spesa sanitaria (Alves *et al.*, 2013), come a non riuscire a compensare eventuali differenze tra i diversi territori (Sumah *et al.*, 2016). Le stesse criticità sono state altresì riscontrate trasversalmente in tutti i servizi pubblici in cui è stato avviato un processo di decentramento del governo (Cepiku & Mastrodascio, 2021).

Pur non essendo presente in letteratura una definizione univoca di decentramento del sistema sanitario, per la sua autorevolezza, possiamo aderire a quella presentata da Vrangbæk, che riprende e approfondisce quelle presentate precedentemente da Cheema e Rondinelli (1983) e Bossert (Bossert, 1998). Per l'autore il decentramento sanitario è "il trasferimento formale di responsabilità e potere di prendere decisioni riguardo al management, la produzione, l'allocazione delle risorse e il finanziamento e i servizi sanitari, solitamente da un gruppo più ristretto a un gruppo più ampio di attori separati geograficamente o organizzativamente" (Vrangbæk, 2007).

Per l'autore tale definizione comporta sostanzialmente quattro modalità di attuazione del processo:

- 1) la devoluzione (*devolution*) ovvero il trasferimento di potere decisionale dei livelli istituzionali centrali a livelli istituzionali locali;
- 2) la burocratizzazione (*bureaucratization*) ovvero il trasferimento di potere decisionale dei livelli politici centrali a livelli amministrativi;
- 3) la autonomizzazione (*autonomization*) ovvero il trasferimento di potere decisionale a istituzioni autonome periferiche;
- 4) la privatizzazione (*privatization*) ovvero il trasferimento di potere decisionale a istituzioni autonome private o semiprivato.

Si deve sottolineare come tale definizione, in tutte le sue modalità applicative, ponga l'enfasi sul passaggio da pochi a molti attori diversamente dislocati del processo decisionale.

Pertanto, la caratteristica della definizione riportata, rispetto alle autorevoli precedenti, è il porre l'enfasi sul processo di delega dalla dimensione politica alla dimensione aziendale (Vrangbæk, 2007; Anselmi, 2014), con la conseguente progressiva valorizzazione della componente manageriale e organizzativa (Persiani, 2002).

Il decentramento, quindi, costituisce, nella sua attuazione, un vero e proprio passaggio di testimone dalla sfera politico-gerarchica a quella manageriale.

Non è un caso che la distinzione e il passaggio da gerarchia amministrativa a logica manageriale sia alla base di gran parte dei processi di riforma dei sistemi sanitari in senso decentrato (Nuzzo *et al.*, 2018).

Si ritiene, infatti, che proprio il management abbia le competenze tecniche per adattare le azioni e i principi della riforma alle realtà specifiche (Marchal *et al.*, 2010; Bloom *et al.*, 2010): questo può intervenire direttamente sui processi aziendali e sull'erogazione dei servizi sanitari, ottenendo una reale efficacia e un forte impatto del processo sul territorio.

Si deve segnalare che, però, nessuno dei citati studi si è soffermato approfonditamente sulla problematica del coinvolgimento preventivo del management nella definizione dei possibili percorsi e delle modalità di decentramento.

La riforma dei sistemi sanitari in senso decentrato è stata inizialmente studiata nei Paesi ad alto reddito (Jiménez-Rubio *et al.*, 2008), in particolare in Europa (Saltman & Bankauskaite, 2006; Simonet, 2010). Più recentemente, l'attenzione è stata dedicata sui Paesi a reddito medio-basso come America Latina (Bossert *et al.*, 2000) e Oriente (per Nepal, Regmi *et al.*, 2010; per India,

Panda e Thakur, 2016; per Pakistan, Bossert *et al.*, 2015), per la cronica debolezza dei loro sistemi istituzionali amministrativi centrali e per la mancanza di adeguate competenze tecniche disponibili (Muñoz *et al.*, 2017).

Il decentramento dell'assistenza sanitaria è adottato e studiato significativamente anche nel contesto africano, in particolare nei Paesi della regione subsahariana (per Uganda, Muriisa, 2008; per Tanzania, Maluka *et al.*, 2011; per Kenya, Tsofa *et al.*, 2017; per Ghana, Sumah *et al.*, 2014; per Burkina Faso, Zon *et al.*, 2020). Solo di recente si sta aprendo il dibattito anche per i Paesi del Nord Africa, dell'area del Maghreb e Medio Oriente, dove le riforme del decentramento sanitario sono in procinto di essere avviate.

3. Metodologia di ricerca

La metodologia di ricerca impiegata nel presente lavoro è quella del case study (Eisenhardt, 1989; Yin, 2004). Il ricorso a tale metodologia risulta particolarmente appropriato quando l'oggetto d'analisi è complesso e si vuole condurre un'analisi approfondita del fenomeno all'interno del suo contesto di riferimento (Yin, 2012; Berry & Otley, 2004). Il case study offre, infatti, una molteplicità di tecniche di raccolta e analisi dei dati che consentono una profonda comprensione dei fenomeni indagati (Parker *et al.*, 2014). Inoltre, uno dei suoi principali punti di forza sta nella capacità che offre di indagare i fenomeni sotto un profilo pratico, andando così a colmare uno dei punti più dibattuti nella letteratura aziendale, ossia il gap esistente tra teoria e prassi (Chiocchi *et al.*, 2014; Ryan *et al.*, 2002). La metodologia del case study è poi indicata nell'analisi dei sistemi Paese, con

particolare riferimento ai Paesi a medio-basso reddito data la capacità della medesima di coglierne le specificità estendendole, ove possibile, a contesti consimili (Gerring, 2006).

La Tunisia è stata identificata come un significativo caso di studio perché è la prima democrazia del Maghreb in procinto di avviare una riforma strutturale di decentramento del sistema statale, prevista peraltro nella sua Costituzione.

Tale riforma, come detto in precedenza, interessa anche il settore sanitario, ambito strategico per questo Paese per una sua maggiore rispondenza ai livelli di qualità ed efficacia della vicina Europa.

Dopo la review della letteratura finalizzata a definire il framework teorico di riferimento e l'identificazione dei gap conoscitivi sulla materia d'interesse, lo studio delle norme e della principale documentazione amministrativa in materia, il gruppo di ricerca ha deciso di somministrare una survey strutturata (Appendice 1) ai direttori generali degli ospedali regionali per il ruolo di primo piano che questi saranno chiamati ad assumere con la ridistribuzione del governo sanitario a livello locale.

Il questionario somministrato è stato organizzato in cinque sezioni (38 domande).

La prima sezione raccoglie i dati personali e le informazioni relative agli ospedali che gestiscono i direttori generali a cui è stata sottoposta la survey. Le tre successive sono incentrate sul decentramento istituzionale (*devolution*), organizzativo (*bureaucratization*), finanziario (*autonomization*), tenendo conto delle diverse modalità identificate da Vrangbæk e innanzi descritte (Vrangbæk, 2007).

La quinta è invece dedicata ai sistemi di valutazione e controllo. Non è stata inserita una specifica sezione del questionario sulla privatizzazione (*privatization*) dal momento che tale modalità è esplicitamente esclusa dai modelli di decentramento pianificati nel Paese.

Il questionario, realizzato su Google Moduli al fine di ottimizzarne e semplificarne la fruizione da tutti i possibili device, è stato somministrato tra luglio e agosto 2020 lasciando una finestra temporale di tre settimane per la sua compilazione. Dalle risposte alle domande presenti nel questionario è stato possibile raccogliere:

- i dati sui territori serviti e sugli ospedali di riferimento;
- i pareri e le motivazioni addotti dal management a supporto del decentramento;
- le opinioni su punti di forza e di debolezza, opportunità e minacce delle varie possibili modalità di decentramento del Sistema Sanitario tunisino.

I dati raccolti sono stati elaborati con l'utilizzo di validati metodi statistici.

Le opinioni espresse sono state, invece, elaborate attraverso SWOT analysis, metodologia ormai consolidata in letteratura per l'elaborazione di simili raccolte dati (Çınar *et al.*, 2013).

La SWOT analysis ha infatti consentito di costruire sulle diverse tematiche oggetto di intervista una mappatura dei punti di forza e dei punti di debolezza, delle opportunità e delle possibili minacce delle diverse opzioni di riforma, così come percepita dal management. Tale mappatura si è ritenuto potesse efficacemente, da una parte, supportare il processo di riforme.

ma in atto e, dall'altra, costituire una puntuale rappresentazione dell'effettivo contributo del management al dibattito in materia di decentramento sanitario.

Hanno risposto al questionario 25 direttori generali, ovvero il management di tutti i governatorati tunisini. Il campione è quindi da ritenersi significativo e rappresentativo dell'intera popolazione in studio.

4. Il contributo del management al processo di decentramento del Sistema Sanitario tunisino

Le informazioni che emergono dalle risposte al questionario e dalle SWOT analysis sono numerose ed estremamente interessanti e per questo sono state messe a disposizione del Ministero della Sanità tunisino per l'elaborazione del suo piano strategico sul decentramento.

Tra queste riteniamo particolarmente rilevanti, ai fini del presente lavoro, tutti quei contributi che, per loro natura e specializzazione, possiamo considerare come propri del management e che difficilmente sarebbero potuti scaturire da una simile indagine rivolta a pubblici differenti.

Possiamo in particolare enuclearne tre:

- 1) l'indicazione delle necessità di un decentramento differenziato;
- 2) la valorizzazione delle leve manageriali;
- 3) l'enfasi sull'importanza di introdurre adeguati meccanismi di valutazione e controllo.

Il primo aspetto indicato, ovvero la necessità di un decentramento differenziato, è evidente in gran parte delle

risposte. Emerge in particolare un Paese diviso in tre macroaree (costa, entroterra, sud) che corrispondono, peraltro, alle medesime partizioni in cui si riscontrano le più significative differenze di reddito e di sviluppo (Ministero della Salute tunisino, 2019; Belhedi, 2017).

Nelle tre aree identificate vi è una marcata istanza di decentramento, quale intervento in grado sia di diminuire i divari presenti tra i diversi territori (Costa 82%; Entroterra 86%; Sud 86%) sia di rendere più facile l'accesso ai servizi sanitari in tutto il Paese (Costa 82%; Entroterra 100%; Sud 86%) e di esprimere i bisogni locali (Costa 91%; Entroterra 100%; Sud 86%).

Di fronte a un'affermazione convinta si osserva, tuttavia, un diverso atteggiamento delle aree considerate rispetto alla capacità effettiva del nuovo modello amministrativo di poter, in un prossimo futuro, rappresentare la popolazione presso gli organi centrali (Costa 100%; Entroterra 71%; Sud 57%).

È evidente, inoltre, come esistano significative differenze sulla valutazione della capacità dello stesso di standardizzare a livello nazionale l'erogazione dei servizi (Costa 63%; Entroterra 100%; Sud 86%) o garantire un'effettiva equità e parità di accesso (Costa 72%; Entroterra 100%; Sud 57%).

Queste differenze pongono l'accento, in particolare, sulla forte richiesta di decentramento proveniente dalle zone dell'entroterra, da sempre, come visto, trascurate a favore delle aree costiere. Appaiono invece più esitanti le zone desertiche nel Sud, timorose di un'autonomia che difficilmente saranno in grado di gestire in una prima fase.

La proposta del management è, in questo caso, lo studio di un meccanismo di decentramento differenziato, che proce-

da con tempi diversi nelle diverse aree, attraverso la progressiva implementazione degli strumenti e di adeguati percorsi formativi per il loro utilizzo.

Un percorso che, nel giro di un determinato spazio temporale, porti i diversi territori a colmare le proprie differenze anche attraverso l'utilizzo differenziato di leve manageriali, quali l'autonoma gestione del budget (82%) e dei fattori produttivi (74%).

Questa differenziazione dovrà passare da un diverso grado di autonomia finanziaria, con particolare riferimento sia alla programmazione degli investimenti (85%) sia all'implementazione di un sistema di valutazione nazionale della performance degli ospedali (88%).

Una menzione a parte merita la richiesta di maggiore e differenziata autonomia nella contrattualistica del personale oggi fortemente disincentivato a trasferirsi al Sud (82%).

Per alcuni territori viene addirittura proposta l'istituzione di specifiche Local Authorities finalizzate a garantire i cittadini delle fasce più deboli (79%) e frenare la mobilità attraverso una programmazione sanitaria, con le comunità locali, che tenga conto dei bisogni locali (94%).

Il secondo aspetto, che emerge dall'analisi, è quello relativo alla valorizzazione di alcune leve decisionali di carattere manageriale nell'ambito del processo di decentramento. Proprio il confronto diretto con la dimensione manageriale sottolinea come tra i principali ostacoli a un futuro compiuto decentramento vengano visti aspetti quali un'eccessiva centralizzazione dei sistemi amministrativi (56%), la carenza di un efficace sistema informativo diffuso (82%), così come la mancanza di un'adeguata formazione manageriale (79%).

Analogamente viene ampiamente sottolineata l'attuale scarsa autonomia concessa al management ospedaliero nella gestione del personale (62%), nei fondi dedicati agli investimenti (62%) così come l'assenza di entrate, tariffarie o fiscali, dedicate a livello locale (62%).

Proprio a fronte di tali difficoltà vengono presentate specifiche richieste di potenziamento degli strumenti manageriali quali i sistemi di contabilità direzionale (71%), i sistemi budgetari (71%).

Analogamente forti sono le istanze per maggiore autonomia e capacità concorrenziale ottenibili attraverso la revisione autonoma e locale dei contratti assicurativi (76%), come nella definizione della propria offerta di servizi (47%).

Il terzo aspetto, infine, riguarda i meccanismi di valutazione e controllo. Il messaggio, che perviene dalla popolazione intervistata, è di grande attenzione non solo agli strumenti con cui la periferia potrà governare il sistema dei servizi ma anche alle modalità con cui il livello centrale si porrà nei confronti dei livelli periferici.

Vengono viste come punti di debolezza/minacce dell'attuale sistema in prospettiva di un futuro decentramento l'inefficacia degli attuali sistemi di controllo (88%), l'elevata politicizzazione (68%), la scarsa cultura del controllo a livello centrale (76%) e la corruzione (82%), un problema comune in tanti giovani governi democratici difficile da eradicare.

È per questo che la popolazione intervistata richiede con forza un ufficio di audit nazionale (91%) per il controllo della spesa, un sistema nazionale di valutazione della performance (79%) che consenta una valutazione compara-

ta dei risultati prodotti tra le varie aree e dalle varie strutture ospedaliere (74%), il potenziamento del sistema informativo sanitario nazionale (71%).

5. Discussione

La ricchezza delle risposte fornite dalla popolazione intervistata dà completa risposta all'obiettivo di ricerca alla base del presente lavoro.

La sua composizione (i manager degli ospedali regionali) e la sua diffusione nei diversi territori del Paese (tutti i 24 governatorati rappresentati) garantiscono infatti la piena rappresentazione dei diversi punti di vista di tutto il management tunisino.

Analogamente la metodologia utilizzata, ovvero l'erogazione di un questionario, permette l'emergere dei punti di vista scaturenti dalla prospettiva manageriale su tutte le modalità di decentramento identificate dalla dottrina, su cui sono stati chiamati a esprimersi.

In aggiunta la conduzione di una SWOT analysis ha consentito, facendo emergere le singole preoccupazioni o gli svariati punti di forza collegabili alla conduzione manageriale di un sistema decentrato, la proposta di alcune linee di indirizzo per l'elaborazione del progetto nazionale per il decentramento del Sistema Sanitario tunisino.

I risultati emersi dall'indagine assumono pertanto le seguenti caratteristiche:

- 1) provenendo da una compagine esclusivamente manageriale e significativamente rappresentativa del territorio, rappresentano adeguatamente il punto di vista del management nel percorso di decentramento del Servizio Sanitario;
- 2) per le metodologie utilizzate le risposte si concentrano su temati-

che proprie del management e dell'organizzazione;

- 3) la natura degli argomenti trattati esclude di per sé la possibilità di ottenere il medesimo contributo propositivo da altri stakeholder coinvolti nel processo e più frequentemente, come visto, interpellati in sede di progettazione del percorso.

Le risposte consentono quindi di enucleare alcuni specifici contributi meritevoli di attenzione.

Il primo riguarda la problematica delle differenze territoriali emerse dall'indagine, comune alla Tunisia e alla maggior parte dei Paesi in cui si avviano processi di decentramento.

Il decentramento di un servizio sanitario, infatti, per sua natura ha come obiettivo, tra gli altri, il raggiungimento di un maggiore livello di equità e, attraverso la concessione di maggiore autonomia ai territori, la riduzione delle diseguaglianze (Daniels *et al.*, 2000; Alves *et al.*, 2013).

Rispetto alla gestione della problematica o piuttosto alla proposta di strategie per il suo superamento, il contributo ottenibile dal management è quello dell'esplicita indicazione degli strumenti da attivare per rendere concreta e adeguata alle caratteristiche di ciascun territorio la risposta ai bisogni (nel nostro caso autonomia nella programmazione, organizzazione e gestione dei fabbisogni degli investimenti e del personale), e degli ambiti di autonomia da riconoscere agli stessi (potestà contrattuale e tariffaria).

Il secondo contributo evidenziato dalla nostra analisi è quello che deriva dal fatto che il management pone al centro del percorso di riforma la valorizzazione del processo di aziendal-

zazione delle strutture sanitarie erogative dei servizi.

La strutturazione degli enti ospedalieri in forma aziendale e la dotazione delle direzioni delle competenze e degli strumenti tipicamente manageriali, con tutta evidenza, vengono presentate come la via affinché il Sistema Sanitario tunisino sia in grado di rispondere prontamente ed efficientemente a quel processo che Vrangbæk definisce di managerializzazione (Vrangbæk, 2007). Terzo contributo è, infine, la richiesta esplicita di un articolato meccanismo di *check and balance* tra poteri centrali e locali, garantito da sistemi di controllo e valutazione sull'operato delle strutture decentrate da parte del livello nazionale ma allo stesso tempo in grado anche di valorizzarne le specificità e le eccellenze. Questo aspetto appare come particolarmente significativo nella realtà tunisina e rappresentativo di molte realtà dell'area del Maghreb.

L'uscita da un rigido sistema centralizzato non democratico a favore di un sistema democratico decentrato ha reso, infatti, inefficaci i tradizionali sistemi decisionali verticistici e inapplicabili i rigidi meccanismi di controllo burocratico. Il nuovo sistema ha richiesto pertanto il ripensamento di tali sistemi di bilanciamento che, per la natura stessa della riforma, dovranno fondarsi più propriamente sulla logica manageriale.

6. Considerazioni conclusive

Il contributo del management ospedaliero del Sistema Sanitario tunisino costituisce un presupposto essenziale al processo di riforma che, troppe volte, i sistemi sanitari si sono trovati ad affrontare con anni di ritardo rispetto alle riforme.

Ci si riferisce in particolare al ruolo che può avere un corretto processo di aziendalizzazione che, come visto, è sempre conseguenza inevitabile del processo di decentramento.

Il passaggio del sistema decisionale dal centro alla periferia, dalla dimensione politica alla dimensione aziendale porta, infatti, con sé la valorizzazione dei complessi erogativi dei servizi e delle professionalità coinvolte nella risposta ai bisogni dell'utenza.

Il processo di aziendalizzazione, però, oltretutto un fatto culturale è necessariamente anche un tema di dati e strumenti a supporto del suo complesso sistema di management.

La chiara identificazione degli strumenti, operata dal management degli ospedali regionali tunisini, la sensibilità espressa verso una progressiva, ma differenziata introduzione in tutto il contesto nazionale, la creazione contestuale di solidi strumenti di controllo per il governo centrale costituiscono allora un esempio di indubbio interesse per gli altri Paesi a medio-basso reddito interessati ad avviare il medesimo percorso.

Ricordiamo in conclusione del lavoro come le analisi condotte si riferiscano a un sistema sanitario basato su un modello assicurativo pubblico fortemente improntato sul modello francese.

Riteniamo che questo possa essere considerato un limite della ricerca e un suo possibile punto di sviluppo.

Se analoghe, infatti, fossero, probabilmente, le sollecitazioni a una pronta aziendalizzazione in fase di primo decentramento se applicate a un servizio sanitario su modello Beveridge, diversa sarebbe sicuramente la risposta sulle strumentazioni necessarie e sulle modalità di programmazione e controllo conseguenti.

Un possibile sviluppo della presente ricerca può essere, invece, considerato la somministrazione del medesimo questionario ai manager del sistema sanitario di uno o più Paesi dell'area

del Maghreb come in Paesi a medio-basso reddito con un assetto governativo e organizzativo simile a quello della Tunisia e con analoghe caratteristiche sociali ed economiche.

BIBLIOGRAFIA

- Alves J., Peralta S., & Perelman J. (2013). Efficiency and equity consequences of decentralization in health: an economic perspective. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1): 74-83.
- Andrews R., Beynon M.J., & McDermott A. (2019). Configurations of New Public Management reforms and the efficiency, effectiveness and equity of public healthcare systems: a fuzzy-set Qualitative Comparative Analysis. *Public management review*, 21(8): 1236-1260.
- Anselmi L. (2014). *Percorsi aziendali per le pubbliche amministrazioni: Edizione rivista ed ampliata*. Torino: Giappichelli Editore.
- Arfa C., & Elgazzar H. (2013). *Consolidation and transparency: Transforming Tunisia's health care for the Poor*. UNICO Studies Series 4. Washington DC: The World Bank.
- Baccouche N. (2016). Decentralization in Tunisia: challenges and prospects. *Federalism – a success story*, 1.
- Bankauskaite V., & Saltman R.B. (2007). Central issues in the decentralization debate. *Decentralization in health care*, 9.
- Bardhan P. (2002). Decentralization of governance and development. *Journal of Economic perspectives*, 16(4): 185-205.
- Belhedi A. (2017). *Disparités régionales en Tunisie. Défis et enjeux. Communication à l'Académie des Sciences, des Lettres & des Arts, BeitAl-Hikma*, 7.
- Berry A.J., & Otley D.T. (2004). Case-Based Research in Accounting. In: Humphrey C., Lee B. (Eds.). *The Real Life Guide to Accounting Research*, pp. 231-255. Amsterdam: Elsevier.
- Bloom N., & Van Reenen J. (2010). Why do management practices differ across firms and countries?. *Journal of economic perspectives*, 24(1): 203-224.
- Borgonovi E. (2005). *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. Milano: Egea.
- Bossert T. (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social science & medicine*, 47(10): 1513-1527.
- Bossert T., Larrañaga O., & Ruiz Meir F. (2000). Decentralization of health systems in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8: 84-92.
- Bossert T.J., Mitchell A.D., & Janjua M.A. (2015). Improving health system performance in a decentralized health system: capacity building in Pakistan. *Health Systems & Reform*, 1(4): 276-284.
- Cepiku D., & Mastrodascio M. (2021). Equity in public services: a systematic literature review. *Public Administration Review*, 81(6): 1019-1032. © 2021 by The American Society for Public Administration. DOI: 10.1111/puar.13402.
- Cheema G.S., & Rondinelli D.A. (1983). *Decentralization and development: Policy implementation in developing countries*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Chiucchi M.S., Giuliani M., & Marasca S. (2014). The design, implementation and use of intellectual capital measurements: a case study. *Management Control*, 2: 143-168.
- Çınar F., Eren E., & Mendeş H. (2013). Decentralization in health services and its impacts: SWOT Analysis of Current Applications in Turkey. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 99: 711-718.
- Dalton J., Chambers D., Harden M., Street A., Parker G., & Eastwood A. (2016). Service user engagement in health service reconfiguration: a rapid

- evidence synthesis. *Journal of health services research & policy*, 21(3): 195-205.
- Daniels N., Bryant J., Castano R.A., Dantes O.G., Khan K.S., & Pannarunothai S. (2000). Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 740-750.
- Eisenhardt K.M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of management review*, 14(4): 532-550.
- Faguet J.P. (2014). Decentralization and governance. *World Development*, 53: 2-13.
- Foley C., Droog E., Healy O., McHugh S., Buckley C., & Browne J.P. (2017). Understanding perspectives on major system change: a comparative case study of public engagement and the implementation of urgent and emergency care system reconfiguration. *Health Policy*, 121(7): 800-808.
- Gaynor T.S., & Wilson M.E. (2020). Social Vulnerability and Equity: The Disproportionate Impact of COVID-19. *Public Administration Review*, 80(5): 832-838. DOI: 10.1111/puar.13264.
- Gerring J. (2006). *Case study research: Principles and practices*. New York: Cambridge University Press.
- Hood C. (1995). The "new public management" in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, organizations and society*, 20(2-3): 93-109.
- Jiménez-Rubio D., Smith P.C., & Van Doorslaer E. (2008). Equity in health and health care in a decentralised context: evidence from Canada. *Health economics*, 17(3): 377-392.
- Kaarbøe O., & Østergren K. (2001). Erfaringer fra ledelses-og organisasjonsreformer i den svenske helsesektoren på 1990-tallet. *Helse, økonomi og politikk: Utfordringer for det norske helsevesenet*. Oslo: Cappelen.
- Maluka S.O., Hurtig A.K., Sebastián M.S., Shayo E., Byskov J., & Kamuzora P. (2011). Decentralization and health care prioritization process in Tanzania: from national rhetoric to local reality. *The International journal of health planning and management*, 26(2): e102-e120.
- Marchal B., Dedzo M., & Kegels G. (2010). A realist evaluation of the management of a well-performing regional hospital in Ghana. *BMC health services research*, 10(1): 1-14.
- Mills A., Vaughan J.P., Smith D.L., Tabibzadeh I., & World Health Organization (1990). *Health system decentralization: concepts, issues and country experience*. World Health Organization.
- Ministero della Salute tunisino (2019). *Santé Tunisie en chiffres 2017*. Marzo 2019, Repubblica tunisina, Ministero della Salute, Direzione studi e pianificazioni, S/Direzione di statistica.
- Mitchell A., & Bossert T.J. (2010). Decentralisation, governance and health-system performance: 'Where you stand depends on where you sit'. *Development Policy Review*, 28(6): 669-691.
- Mockford C., Staniszewska S., Griffiths F., & Heron-Marx S. (2012). The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review. *International journal for quality in health care*, 24(1): 28-38.
- Mookherjee D. (2006). Decentralization, hierarchies, and incentives: A mechanism design perspective. *Journal of Economic Literature*, 44(2): 367-390.
- Muñoz D.C., Amador P.M., Llamas L.M., Hernandez D.M., & Sancho J.M.S. (2017). Decentralization of health systems in low- and middle-income countries: a systematic review. *International journal of public health*, 62(2): 219-229.
- Muriisa R.K. (2008). Decentralisation in Uganda: prospects for improved service delivery. *Africa Development*, 33(4).
- Nuzzo A., Carle F., & Pessina E.A. (2018). Processo di decentramento del SSN ed evoluzione dell'equità interregionale nell'assistenza sanitaria nel periodo 2001-2012. *Mecosan*, 108: 9-34.
- Panda B., & Thakur H.P. (2016). Decentralization and health system performance – a focused review of dimensions, difficulties, and derivatives in India. *BMC health services research*, 16(6): 1-14.
- Parker R.I., & Vannest K.J. (Eds.) (2014). Non-overlap analysis for single-case research. In: Kratochwill T.R., & Levin J.R. (Eds.). *Single-case intervention research: Methodological and statistical advances*, pp. 127-151. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14376-005>.
- Persiani N. (2002). *Modelli di programmazione e sistemi di controllo interno nella pubblica amministrazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Pollitt C., & Bouckaert G. (2003). *Evaluating public management reforms: an international perspective*. *Evaluation in Public-Sector Reform. Concepts and Practice in International Perspective*, pp. 12-35. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Regmi K., Naidoo J., Pilkington P.A., & Greer A. (2010). Decentralization and district health services in Nepal: understanding the views of service users and service providers. *Journal of Public Health*, 32(3): 406-417.
- Rifkin S.B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health policy and planning*, 29(suppl_2): ii98-ii106.
- Ryan B., Scapens R.W., & Theobald M. (2002). *Research method and methodology in finance and accounting*. Lincoln, UK: Cengage Learning EMEA.

- Saltman R.B., & Bankauskaite V. (2006). Conceptualizing decentralization in European health systems: a functional perspective. *Health Econ. Pol'y & L.*, 1: 127.
- Schneider A. (2003). Decentralization: Conceptualization and measurement. *Studies in comparative international development*, 38(3): 32-56.
- Simonet D. (2010). Healthcare reforms and cost reduction strategies in Europe. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(5): 470-488.
- Sumah A.M., Baatiema L., & Abimbola S. (2016). The impacts of decentralisation on health-related equity: A systematic review of the evidence. *Health Policy*, 120(10): 1183-1192.
- Sumah A.M., Bowan P.A., & Insah B. (2014). Decentralization in the Ghana Health Service: A Study of the Upper West Region. *Developing Country Studies*, 4(12): 45-52.
- Tsofa B., Molyneux S., Gilson L., & Goodman C. (2017). How does decentralisation affect health sector planning and financial management? A case study of early effects of devolution in Kilifi County, Kenya. *International journal for equity in health*, 16(1): 1-12.
- Vrangbæk K. (2007). Towards a typology for decentralization in health care. In: Saltman R.B., Bankauskaite V., & Vrangbæk K. (eds.). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*, pp. 44-60. Shoppenhangers Road, Maidenhead, Berkshire, England: McGrawHill Open University Press.
- WHO (2018). *Tunisia: Health System Profile, Regional Office for the eastern Mediterranean*. Region Office for the Eastern Mediterranean. Joint developed by: Department of Health System Development (HSD) and Department of Information, Evidence and Research (IER) <https://rho.emro.who.int/sites/default/files/Profiles-briefs-files/TUN-Health-System-Profiles-2018.pdf>.
- Wu W., Ma L., & Yu W. (2017). Government Transparency and Perceived Social Equity: Assessing the Moderating Effect of Citizen Trust in China. *Administration & Society* 49(6): 882-906. DOI: 10.1177/0095399716685799.
- Yerkes S., & Muasher M. (2018). *Decentralization in Tunisia: Empowering Towns, Engaging People*. Carnegie Endowment for International Peace. Washington, DC: Carnegie Endowment for International Peace Publications.
- Yin R.K. (2004). *The case study anthology*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Yin R.K. (2012). Case study methods. In: Cooper H., Camic P.M., Long D.L., Panter A.T., Rindskopf D., & Sher K.J. (Eds.). *APA handbook of research methods in psychology*, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological, pp. 141-155. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-009>.
- Zon H., Pavlova M., & Groot W. (2020). Regional health disparities in Burkina Faso during the period of health care decentralization. Results of a macro-level analysis. *The International journal of health planning and management*, 35(4): 939-959.

Appendice 1 – Il questionario somministrato



Sezioni	Domande
Dati personali e del contesto di lavoro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nome e Cognome 2. Titolo di studio conseguito: <ul style="list-style-type: none"> • Licenza elementare • Licenza media • Licenza superiore • Laurea • Laurea Magistrale • Specializzazione • Dottorato di ricerca 3. Esperienza di studio all'estero? <ul style="list-style-type: none"> • Sì Dove? _____ • No 4. Direttore dell'ospedale di: _____ 5. Qual è la Regione di afferenza dell'ospedale da Lei diretto? 6. Da quanto tempo è direttore nell'ospedale in cui opera? 7. È stato direttore in altro/i ospedale/i? <ul style="list-style-type: none"> • Sì • No 8. In riferimento all'ospedale di cui si occupa attualmente, può indicarci indicativamente: <ul style="list-style-type: none"> • n. posti letto • n. dipendenti • n. medici • n. infermieri • tipologia di ospedale (universitaria, di ricerca, locale ecc.) • bacino d'utenza (n. pazienti nel territorio di afferenza) 9. Sono presenti i seguenti servizi presso il suo ospedale (sbarrare le unità operative presenti): <ul style="list-style-type: none"> • pronto soccorso • laboratorio • cardiologia • punto nascita • radiologia • reumatologia • traumatologia – ortopedia • rianimazione – terapia intensiva • pneumologia • blocco operatorio • pediatria • malattie infettive • oncologia medica • psichiatria • chirurgia generale • ginecologia e ostetricia



- geriatria
- chirurgia specialistica

10. Quanto ritiene utile partecipare a un'attività di formazione professionale e/o di *job shadowing* all'estero ai fini di approfondire il tema del decentramento secondo una scala da 1 a 5?

11. Tra i Paesi di seguito riportati, che si caratterizzano per declinazioni diverse del decentramento, di quale preferirebbe approfondirne la conoscenza?

- Italia
- Francia
- Svizzera
- USA
- Altro: _____

Decentramento istituzionale (devolution)

La riorganizzazione del Sistema Sanitario tunisino, per rendere fattivo il decentramento, parte dall'attuazione del decentramento istituzionale, ovvero la delega del governo centrale di parte del potere decisionale alle realtà nel territorio.

1. In relazione a una prossima attuazione del decentramento del Sistema Sanitario tunisino, quanto reputa importante il ruolo delle comunità diffuse nel territorio nella programmazione sanitaria secondo una scala da 1 a 5?
2. Quanto ritiene utile il possibile decentramento istituzionale per garantire equità e parità di accesso al sistema sanitario nazionale da 1 a 5?
3. Che importanza attribuisce alla possibilità di integrare il contributo delle realtà del territorio nel sistema di nomine dei vertici degli ospedali in una scala da 1 a 5?
4. Il decentramento istituzionale quanto può contribuire a standardizzare l'erogazione dei servizi sanitari in tutto il Paese secondo una scala da 1 a 5?
5. Il gruppo di lavoro in aula ha avanzato le seguenti proposte per l'eventuale decentramento istituzionale. Come valuta il loro contributo al funzionamento del sistema da 1 a 5?
 - Nomina dei CdA di presidio congiuntamente tra livello centrale e locale
 - Nomina congiunta del Direttore Generale da parte del territorio e del governo centrale
 - Aumento della incisività del ruolo dei decisori locali sul finanziamento ospedaliero
 - Maggiore autonomia dei territori nelle convenzioni con il settore privato
6. Nella tabella che segue può indicare punti di forza/punti di debolezza e opportunità/minacce che deriverebbero dall'adozione di una maggiore istituzionale della sanità tunisina?

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
OPPORTUNITÀ	MINACCE

7. Avete altre proposte da presentare?

Decentramento organizzativo (bureaucratization)

Al decentramento istituzionale si affiancherà necessariamente quello organizzativo, il quale si concretizza nell'attribuzione di un certo grado di autonomia gestionale ai territori.

1. Quanto reputa importante una maggiore autonomia organizzativa e gestionale dei presidi ospedalieri territoriali da 1 a 5?
2. Come considera l'opportunità di rendere a breve autonoma la gestione del budget alle realtà ospedaliere regionali secondo una scala da 1 a 5?
3. Quanto può essere il vantaggio di una gestione autonoma dei fattori produttivi da parte delle realtà ospedaliere territoriali in un prossimo futuro impiegando una scala da 1 a 5?
4. Quanta importanza attribuisce all'integrazione ospedale-territorio con una scala da 1 a 5?
5. Il gruppo di lavoro in aula ha avanzato le seguenti proposte per il decentramento organizzativo. Come valuta il loro contributo al funzionamento del sistema con una scala da 1 a 5?
 - Implementazione di un efficace controllo di gestione aziendale
 - Maggiore autonomia nella gestione delle risorse e investimenti
 - Creazione di una Scuola pubblica di sanità
 - Concessione di autonomia nella gestione del personale: assunzione, promozione e mobilità
6. Nella tabella che segue può indicare punti di forza/punti di debolezza e opportunità/minacce che deriverebbero dall'attribuzione di più ampia autonomia alle realtà territoriali sanitarie?

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
OPPORTUNITÀ	MINACCE

7. Avete altre proposte da presentare?

Decentramento finanziario (autonomization)

Il decentramento istituzionale e quello organizzativo si potranno pienamente concretizzare se affiancati al decentramento finanziario, ovvero a un sistema di pagamento di prestazioni basato su un DRG (Diagnosis Related Group) riconosciuto e assoggettato a una specifica patologia.

1. Quanto reputa importante un eventuale decentramento finanziario nell'ottica della riduzione delle differenze nella distribuzione delle risorse sui territori secondo una scala da 1 a 5?
2. Quanto ritiene opportuno, con una prossima attuazione del decentramento, l'istituzione di Local Authorities incaricate di programmare i bisogni e definire le tariffe da 1 a 5?
3. Quanto può essere vantaggioso per le realtà territoriali un prossimo decentramento del sistema di programmazione degli investimenti su una scala da 1 a 5?
4. Quanto è rilevante il decentramento del sistema di decisione delle tariffe a livello territoriale in una scala da 1 a 5?
5. Il gruppo di lavoro in aula ha avanzato le seguenti proposte. Come valuta il loro supporto al decentramento finanziario in una scala da 1 a 5?





- Definizione congiunta del Budget tra Ministeri e realtà locali
 - Contrattazione tra Ministero e Comitati Locali sui tetti alla fatturazione distinti per specifica prestazione
 - Apertura a fondi privati, out of pocket e co-payment
 - Creazione di un fondo di finanziamento per gli indigenti
 - Maggiore autonomia nella gestione degli investimenti
 - Maggiore autonomia nell'acquisto delle risorse
6. Nella tabella che segue può indicare punti di forza/punti di debolezza e opportunità/minacce che deriverebbero dall'adozione di una maggiore autonomia nei sistemi di finanziamento?

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
OPPORTUNITÀ	MINACCE

7. Avete altre proposte da presentare?

Sistema di valutazione e controllo

Decentramento istituzionale, organizzativo e finanziario prevedono obbligatoriamente la realizzazione di un sofisticato sistema di valutazione e controllo, il quale garantisce l'aderenza alle normative e il rispetto dei vincoli imposti".

1. In ottica di decentramento quanto reputa importante la costituzione di un sistema di controlli audit a livello nazionale secondo una scala da 1 a 5?
2. Per l'avvio e un efficace decentramento come valuta la possibilità di sviluppare un sistema di valutazione nazionale delle performance degli ospedali da 1 a 5?
3. Come valuta la possibilità di sviluppare, nell'ambito del decentramento del Sistema Sanitario tunisino che si potrà realizzare, un controllo della qualità delle prestazioni a livello nazionale in una scala da 1 a 5?
4. Il gruppo di lavoro in aula ha avanzato le seguenti proposte. Secondo lei quanto sono efficaci per lo sviluppo di un sistema di valutazione e controllo integrato tra livello centrale e territoriale in una scala da 1 a 5?
 - Rafforzare il ruolo di INEAS per potenziare l'accreditamento come strumento di valutazione esterna e sviluppare indagini di soddisfazione
 - Creare comitati regionali e locali di monitoraggio
 - Valutazione dell'accreditamento
 - Normativa specifica di settore per gli acquisti in sanità
 - Normativa specifica di settore per i Partenariati Pubblico-Privato (PPP) in sanità
 - Sistema di valutazione dei direttori generali e dei CdA nazionale
 - Costruire un sistema di monitoraggio e regolazione nell'ottica di futuro decentramento della spesa sanitaria a livello territoriale

5. Nella tabella che segue può indicare punti di forza/punti di debolezza e opportunità/minacce che deriverebbero dall'adozione di un sistema di controlli e di valutazioni?

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
OPPORTUNITÀ	MINACCE

6. Avete altre proposte da presentare?



Un framework per la digitalizzazione del territorio

Francesco Longo, Paola Roberta Boscolo, Claudio Buongiorno Sottoriva*

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha previsto lo stanziamento di 191,5 miliardi di euro per l'Italia. Se da un lato si innovano le infrastrutture fisiche, "l'hardware logistico", dall'altro si dovrebbe investire nel ridisegno dei servizi per gli utenti, nella reingegnerizzazione dei processi di lavoro e nel rafforzare e modificare competenze e ruoli professionali, "il software organizzativo". La parte *hard* è stata ampiamente affrontata con un preciso processo di *project management top-down* che coinvolge l'intera filiera istituzionale, dal Ministero alle Regioni, e da queste alle aziende sanitarie pubbliche. La dimensione che riguarda la seconda variabile, ovvero la riprogettazione dei servizi, la reingegnerizzazione dei processi e delle competenze di lavoro è stata di fatto delegata alla piena autonomia delle regioni o, qualora queste siano altrettanto silenti, delle aziende sanitarie pubbliche.

Il presente articolo presenta al proposito un framework di innovazione *disruptive* dei servizi territoriali, con un particolare focus sui processi di prevenzione, sui pazienti cronici e fragili e sulle

nuove modalità di accesso e fruizione per tutti i pazienti occasionali. In particolare, si ritiene che i macroprocessi che più debbano essere sottoposti a un ridisegno siano i seguenti:

- le modalità di accesso e di reclutamento dei pazienti ai servizi e ai programmi di prevenzione;
- i modelli di presa in carico e di *case management*;
- i modelli di programmazione e prenotazione delle prestazioni e dei setting di cura;
- le modalità di dialogo e scambio di informazioni tra cittadino e SSN.

Parole chiave: cronicità, digitalizzazione, SSN, territorio, PNRR Sanità, fragilità.

A digital transformation framework for out of hospital care

The Italian National Recovery and Resilience Plan (PNRR) provided Italy with 191.5 billion euros. For the Italian NHS, physical infrastructures and "logistic hardware" will certainly undergo profound changes, it is also necessary to invest in the redesign of services for users and processes, as well as in strengthening skills of healthcare professionals. The former has been extensively addressed, while the latter has been delegated to the full autonomy of the regions

S O M M A R I O

1. Un framework per l'assistenza territoriale digitale: ridisegno dei servizi o informatizzazione dell'esistente?
2. Logiche di gestione della cronicità, tra digitale, sanità di iniziativa e CRM
3. I metodi dello studio
4. I cronici e i fragili: quantificazione del fenomeno
5. Conclusioni

* Francesco Longo, Università Commerciale Luigi Bocconi, Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali. E-mail: francesco.longo@unibocconi.it.

Paola Roberta Boscolo, CeRGAS SDA Bocconi School of Management. E-mail: paola.boscolo@unibocconi.it.

Claudio Buongiorno Sottoriva, Università Commerciale Luigi Bocconi. E-mail: claudio.buongiorno@unibocconi.it.

or, in their absence, of Local Health Authorities.

This article presents a disruptive innovation framework for health and social services, with a particular focus on proactive medicine, chronic and frail patients, and new methods of access and use for all patients. In particular, the authors believe that the macro-processes that most need to be redesigned are the following:

- *The methods of accessing and recruiting patients to preventive services and programs;*
- *Models of taking charge and case management;*
- *Models for planning and booking services;*
- *The channels of communication between citizens and NHS.*

Keywords: Chronic care, eHealth, Italian NHS, INRRP (Italian National Recovery and Resilience Plan), social care, healthcare.

Articolo sottomesso: 22/08/2022, accettato: 11/10/2022

1. Un framework per l'assistenza territoriale digitale: ridisegno dei servizi o informatizzazione dell'esistente?

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha previsto lo stanziamento di 191,5 miliardi di euro per l'Italia. La missione 6, dedicata alla Salute, ha previsto due obiettivi principali: il miglioramento dell'assistenza di prossimità, nell'ambito delle cure primarie e intermedie, e l'ammodernamento tecnologico e digitale (Anessi Pessina *et al.*, 2021). Nell'ambito del primo obiettivo, è stato approvato il

decreto ministeriale n. 77/2022 del Ministero della Salute, spesso indicato come "D.M. n. 71". Il PNRR e il D.M. n. 77/2022 propongono una "matrice di innovazione": se da un lato si innovano le infrastrutture fisiche, "l'*hardware* logistico", dall'altro si dovrebbe investire nel ridisegno dei servizi per gli utenti, nella reingegnerizzazione dei processi di lavoro e nel rafforzare e modificare competenze e ruoli professionali, "il *software* organizzativo". La parte *hard* è stata ampiamente affrontata con un preciso processo di *project management top-down* che coinvolge l'intera filiera istituzionale, dal Ministero alle Regioni, e da queste alle aziende sanitarie pubbliche. Sono stati definiti tempi, procedure e step attuativi per la costruzione o il rinnovo di Case della Comunità e Ospedali di Comunità, così come per la sostituzione delle grandi apparecchiature e per l'ammodernamento dell'infrastruttura tecnologica. Sono stati definiti sistemi di monitoraggio *ad hoc*, con *key performance indicator* per ogni step attuativo, a cui è legata l'effettiva erogazione dei finanziamenti.

La dimensione che riguarda la seconda variabile, ovvero la riprogettazione dei servizi, la reingegnerizzazione dei processi e delle competenze di lavoro è stata di fatto delegata alla piena autonomia delle regioni o, qualora queste siano altrettanto silenti, delle aziende sanitarie pubbliche. Questa può essere vista come una buona notizia, poiché:

- a) l'innovazione organizzativa sostanziale non può che avvenire dal basso e in modo sperimentale, in concreti contesti aziendali, anche perché deve essere contestualizzata ai fabbisogni, alle storie, alle competenze e alle disponibilità locali e solo

- ex post* viene di norma concettualizzata e sistematicamente diffusa;
- b) la probabilità di insuccesso attuativo è tanto più alta quanto più l'innovazione di servizio cerca di essere profonda. Un certo grado di opacità insita nelle riforme rende istituzionalmente più facile assumere i rischi di un'innovazione realmente *disruptive*;
- c) l'assetto dei servizi, le competenze disponibili e il potenziale di innovazione nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono troppo diversificati tra territori per poter definire dei modelli medi di riferimento, che risulterebbero relativamente poco sfidanti per i contesti più avanzati quanto impossibili per quelli più deboli;
- d) una reale trasformazione dei servizi e delle competenze richiede per lo meno il medio periodo, con tempi non sempre coerenti alle ragioni della politica e alla narrazione di un continuo e costante successo attuativo che necessita il PNRR.

In sintesi, l'innovazione dei servizi, dei processi di lavoro e delle competenze professionali è un'area di lavoro che permette una maggiore libertà d'azione alle autonomie locali e valorizzazione della loro reale volontà di cambiamento, che è variamente distribuita. A questo proposito le regioni e le aziende sanitarie possono valutare se e quanto intendono essere profonde nell'innovazione, in quale perimetro di servizi e se intendono definire obiettivi di programmazione e misurazione del cambiamento espliciti, puntualmente definiti ed estesi. Il presente articolo presenta al proposito un framework di innovazione dei servizi territoriali, con un particolare focus sui processi di prevenzione, sui pazienti cro-

nici e fragili e sulle nuove modalità di accesso e fruizione per tutti i pazienti occasionali. In particolare, si ritiene che i momenti di interazione tra pazienti e SSN che più debbano essere sottoposti a un ridisegno siano i seguenti:

- l'accesso e di reclutamento dei pazienti ai servizi e ai programmi di prevenzione;
- la presa in carico e il *case management*;
- la programmazione e prenotazione delle prestazioni e dei setting di cura;
- il dialogo e lo scambio di informazioni tra cittadino e SSN.

L'agenda di innovazione non si articola dunque per patologie o per setting assistenziali, ma per processi di fruizione, di erogazione e comunicazione, con e per il cittadino o paziente, al fine di proporre uno sguardo di analisi e di progettazione diverso dall'esistente, spesso per silos e con scarse velleità integrative, e maggiormente capace di innovazioni profonde, ad alto valore aggiunto sociale e professionale, in grado di migliorare gli esiti. L'occasione della digitalizzazione dei servizi, con la creazione di software che rispondano alle reali esigenze del territorio, deve evitare una mera informatizzazione dei processi erogativi esistenti, magari con un limitato miglioramento al margine. La visione storicamente stratificata per silos, con logiche prestazionali, monoprofessionali, dove le agende dei servizi sono più facilmente raggiungibili dagli utenti più competenti, senza logiche ricompositive o di sostegno all'aderenza alle terapie e ai corretti stili di vita, deve lasciare il posto a una revisione complessiva dei processi e dei modelli di cura, in cui la digitalizzazione diventi strumento di

reale cambiamento. Secondo Rijken e colleghi (2018), i modelli di assistenza per malati cronici che siano aspecifici rispetto alla patologia sono, infatti, maggiormente integrati nei percorsi di cura e sostengono un migliore coinvolgimento del paziente.

Questo contributo, dunque, si propone di offrire un framework per l'organizzazione dei servizi territoriali, in una logica ricompositiva, che permetta al sistema di integrare i numerosi setting e attori del territorio e ai pazienti di vivere un'esperienza di cura più efficiente ed efficace. A questo scopo il presente articolo prima introduce le logiche contemporanee di gestione della cronicità e di *customer relation management* (CRM) nonché di comunicazione bidirezionale tra utente e piattaforma erogativa. Successivamente, presenta il metodo di lavoro seguito dai ricercatori per elaborare un framework organico e sistematico per il ridisegno dei servizi territoriali, che viene quindi illustrato in modo esaustivo e dettagliato, in ogni sua funzionalità, ed esemplificato sui possibili casi d'uso, così come clusterizzati dal D.M. n. 77. Le conclusioni discutono le criticità attuative, per proporre uno sguardo manageriale consapevole di opportunità e ostacoli e della complessità nel gestire processi di reale e profondo cambiamento.

2. Logiche di gestione della cronicità, tra digitale, sanità di iniziativa e CRM

La gestione della cronicità richiede diverse forme di collaborazione da parte dei pazienti, delle loro famiglie, dei professionisti sanitari e della comunità. Questa collaborazione è il tema centrale del Chronic Care Model (CCM), che dagli anni Novanta rap-

presenta il modello di riferimento per la gestione della cronicità (Wagner *et al.*, 1996). Il CCM, nella formulazione originaria del professor Wagner e dei suoi colleghi del McColl Institute for Healthcare Innovation, in California, suggeriva un approccio proattivo del personale sanitario e anche dei pazienti, che venivano descritti come parte centrale del processo assistenziale, tracciando le linee di quella che anche in Italia è stata poi chiamata "sanità di iniziativa". I pilastri del CCM sono il self-management dei pazienti, il *decision support*, ovvero i sistemi di supporto decisionale per i professionisti, i team multiprofessionali, il service design per la (ri)progettazione attenta del modello di offerta e infine i sistemi informativi clinici. Secondo gli autori del modello, il collegamento e l'azione congiunta di questi pilastri dovrebbero assicurare migliori risultati in termini di processo e di outcome, oltreché una riduzione dei costi e degli accessi inappropriati ai servizi (Bodenheimer *et al.*, 2002; Wagner, 1997).

Più recentemente sono nati i modelli della casa della salute (per es. Coulter *et al.*, 2013), della co-production (Batalden *et al.*, 2016; Palumbo, 2016) e una visione rafforzata della patient centeredness (Bertakis & Azari, 2011; Holmström & Röing, 2010), dove la centralità del paziente dalla prevenzione alla cura viene sorretta dagli strumenti digitali disponibili. Tutti questi modelli propongono di fatto una formalizzazione delle relazioni tra persone e setting assistenziali, abilitate e potenziate dall'uso della tecnologia (Fjeldstad *et al.*, 2020). Nonostante l'idea del CCM e i valori culturali sottostanti siano chiarissimi e largamente condivisi, in oltre vent'anni, la sanità risulta ancora prevalentemente orien-

tata alla medicina di attesa, alle acuzie e a logiche prestazionali, senza un modello organizzativo efficace e diffuso per il territorio e la gestione delle cronicità e fragilità.

L'eHealth, o sanità digitale, intesa come l'integrazione di una molteplicità di strumenti digitali, può supportare le persone nella cura di sé e facilitare l'interazione e la collaborazione con gli operatori sanitari, creando dei canali di comunicazione più efficaci e soprattutto raccogliendo dati clinici e amministrativi by design (Eysenbach, 2001). Al proposito è stato concettualizzato l'eHealth enhanced Chronic Care Model (eCCM), un CCM potenziato dalla tecnologia, dove i dati personali raccolti dal paziente sono a disposizione del medico e viceversa, pertanto il paziente si sente più coinvolto nei processi decisionali, l'organizzazione dei servizi è trasparente, sostenendo e migliorando anche la literacy degli utenti (Granström *et al.*, 2020; Holmström & Röing, 2010), aspetto che non era contemplato nel CCM originale. Si ritiene che il digitale rappresenti quindi una leva strategica per l'attuazione dei modelli di presa in carico e gestione della cronicità e della fragilità, potendo contribuire a innovare e migliorare sensibilmente la qualità dei servizi sanitari territoriali. Il digitale può facilitare la raccolta, sistematizzazione e storage dei dati, attraverso sistemi di Internet of Things (IoT), repository e piattaforme, come può supportare la riprogettazione di processi e servizi, l'arricchimento delle competenze dei professionisti sanitari e una migliore attribuzione dei ruoli professionali. Inoltre, grazie all'utilizzo dei dati clinici raccolti, è possibile elaborare una stratificazione della popolazione e identificare le

priorità di intervento, o verificare i dati amministrativi per monitorare la compliance dei pazienti ai loro piani assistenziali.

In Italia, nell'ambito delle cure territoriali, che peraltro dovrà omologarsi agli standard fissati dal D.M. n. 77, la componente digitale non rappresenta quindi soltanto un utile *addendum* o un modo per migliorare al margine il servizio offerto al paziente, ma piuttosto una leva strategica per promuovere l'integrazione da tanto invocata tra ospedale e territorio e tra i diversi setting delle cure territoriali. Dal punto di vista del paziente, quindi, la digitalizzazione diventa l'elemento capace di garantire organicità al sistema, permettendo di ridurre le risorse dedicate al coordinamento, aumentando al contempo quelle dedicate alla cura del paziente, e migliorando l'esperienza del paziente nell'usufruire dei servizi a lui dedicati.

Nel riprogettare i servizi e adottare soluzioni digitali a supporto dei nuovi modelli organizzativi, non dobbiamo dimenticare di includere considerazioni fondanti relative alla gestione del rapporto con il paziente. In questo senso, la letteratura suggerisce il termine Social CRM o CRM 2.0, sottolineando la necessità di facilitare un'interazione continua e di pari livello tra il paziente e l'erogatore sanitario nonché tra il paziente e altri stakeholder (Anshari & Almunawar, 2011), in contrapposizione alle forme di comunicazione reattive, di domanda-risposta. Un tale approccio permette di ampliare i servizi erogati e migliorare l'esperienza di cura, aumentando la fiducia nel sistema e, potenzialmente, migliorando gli esiti. L'approccio non deve solo focalizzarsi sulla relazione con il paziente, ma deve anche dotare

il sistema degli strumenti e dei dati con i quali: a) avere una visione complessiva delle interazioni – anche in momenti solo informativi e non erogativi – tra il paziente e il sistema; b) fornire il sistema di strumenti adeguati che permettano una reale implementazione della sanità di iniziativa; c) dotare il paziente di piattaforme di supporto all'autocura, con cui conoscere obiettivi clinici ed esiti e monitorare il proprio percorso; d) generare un ecosistema di comunicazione tra paziente, eventuale caregiver familiare o informale, clinici e case manager.

È necessario come prerequisito di queste attività una strategia rispetto alla multicanalità. L'evoluzione delle tecnologie degli ultimi anni ha generato infatti una proliferazione di canali a disposizione dell'utenza, sia fisici sia virtuali, con la conseguenza di rendere estremamente più complicate le *customer journey* (Gao *et al.*, 2020). L'aspettativa dell'utenza è di riscontrare un'esperienza simile a prescindere dal punto e dal canale di accesso.

3. I metodi dello studio

Secondo Whittemore, Chase e Mandile (2001) i processi di ricerca qualitativa devono incorporare sia il rigore scientifico sia la soggettività e la creatività del ricercatore. Il presente articolo propone uno schema di organizzazione e funzionamento del sistema di cure territoriali, alla luce degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), e grazie a osservazioni dirette sul campo, oltre che al confronto con i principali attori incaricati, da un lato, di promuovere la digitalizzazione e, dall'altro, di governare il territorio. Il PNRR non suggerisce approfonditi modelli intra- o interorganizzativi e neppure indica standard

assistenziali particolarmente stringenti. In questo senso, stante l'indeterminatezza delle indicazioni di politica sanitaria sul tema, per questo studio è risultato necessario non tanto trasportare uno schema definito a livello nazionale in un contesto regionale, quanto piuttosto rielaborare le indicazioni, identificando una possibile combinazione di setting e processi per strutturare l'assistenza territoriale in Regione Lombardia.

Il framework proposto è dunque frutto di una ricerca articolata in diverse fasi¹.

- 1) Innanzitutto, si è provveduto ad approfondire lo stato attuale delle cure territoriali in Regione Lombardia tramite una *desk research* che ha incluso sia pubblicazioni scientifiche sia letteratura grigia.
- 2) Sono stati raccolti e analizzati i documenti nazionali prodotti nell'ambito del PNRR e, in particolare, il D.M. n. 77/2022 e relative linee guida o manuali operativi.
- 3) Sulla base delle informazioni raccolte, è stata delineata una prima bozza di framework che rappresentasse i processi di presa in carico nell'ambito delle cure territoriali, combinando quanto già esistente in Regione Lombardia con i nuovi *setting e modelli organizzativi previsti* a livello nazionale.
- 4) Il framework è stato poi sottoposto a un esteso processo di validazione che ha coinvolto gli stakeholder del territorio in numerosi focus group, secondo quanto riportato in Tab. 1, che ha permesso di consolidare lo

¹ Il framework è stato elaborato in prima battuta per la Regione Lombardia in seno all'ATI per la trasformazione digitale del SSN (KPMG, SDA Bocconi, Politecnico di Milano, EY, McKinsey).

schema nella sua forma riportata in Fig. 2. Questo passaggio aveva l'obiettivo non solo di consolidare il framework nella sua forma, ma anche di aumentarne la rilevanza e la potenzialità di generalizzazione rispetto al sistema di cure territoriali dell'intera Regione Lombardia, raccogliendo e interpretando le opinioni e riflessioni da parte degli attori chiave per l'attuazione e implementazione del modello.

Durante i focus group, gli autori di questo articolo hanno dapprima esposto il framework nella sua interezza, per poi approfondire le sue singole parti. I partecipanti hanno potuto esprimere il proprio accordo o disaccordo rispetto allo schema di fondo e le singole parti. Alla ricerca sul campo sono state poi associate anche analisi quantitative che hanno permesso una triangolazione dei dati (Almalki, 2016) per suffragare il framework e i meccanismi sottostanti. In particolare, l'analisi quantitativa ha permesso di approfondire aspetti relativi alla platea

di destinatari del sistema di gestione digitale del territorio (i cronici e i fragili) nonché di comprendere l'estensione corrente della presa in carico già attiva in Regione Lombardia.

Nell'ambito di questo studio il framework è stato condiviso con la quasi totalità dei Direttori Generali e Direttori Socio-Sanitari delle ASST lombarde, che saranno responsabili dei percorsi di cura dei pazienti fragili e cronici, nonché con la dirigenza regionale responsabile della loro attuazione. Ciononostante, sarà necessario studiarne la reale implementazione, per evitare di incorrere negli errori che Onwuegbuzie e Leech (2007) definiscono validità voluttuosa e pregiudizio del ricercatore, ovvero che l'interpretazione del ricercatore travalichi la realtà osservata o influenzi i comportamenti degli osservati. Resta, inoltre, da verificare la validità esterna, in contesti diversi da Regione Lombardia, sia in Italia sia all'estero. Nel secondo caso, occorre sottolineare anche la distanza in termini di politica sanitaria che caratterizza altri Paesi occidentali.

Tab. 1 – Figure professionali coinvolte nella validazione pubblica del framework

Figura professionale	Numero di partecipanti ad almeno uno degli incontri e numero di incontri
Dirigenti della Direzione Welfare – Regione Lombardia	10 partecipanti per incontri settimanali nell'arco di 2 mesi
Programmatori del Software per le cure territoriali	5 partecipanti per incontri settimanali nell'arco di 2 mesi
Direttori Generali e altre figure apicali delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali lombarde	20 partecipanti per 3 incontri
Direttori Socio-Sanitari delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali lombarde	20 partecipanti per 3 incontri
Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)	15 partecipanti per 5 incontri
Infermieri di Famiglia e Comunità e altre figure infermieristiche responsabili dei setting di assistenza territoriale	20 partecipanti per 5 incontri

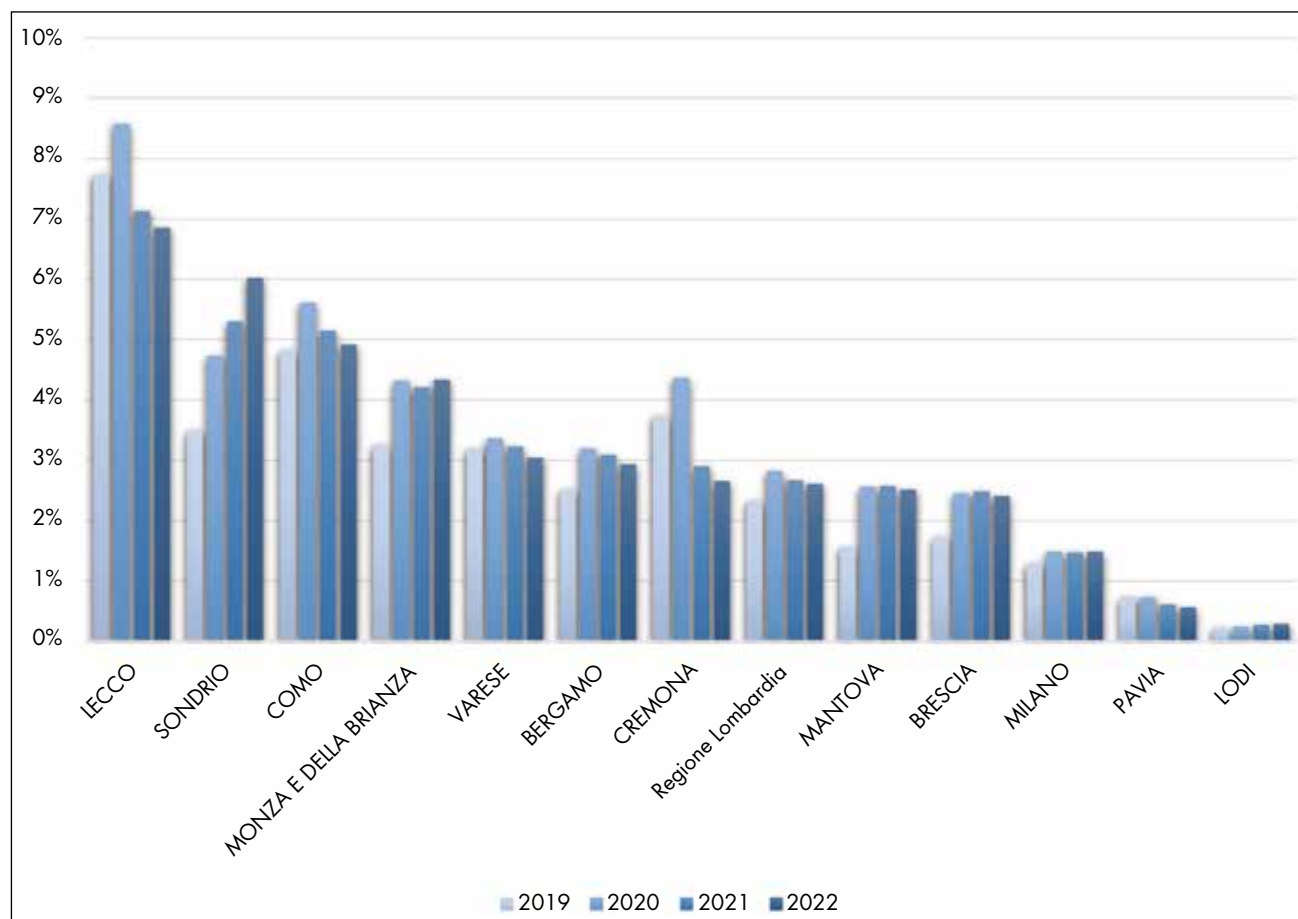
4. I cronici e i fragili: quantificazione del fenomeno

L'Italia è un Paese demograficamente in crisi: le nascite diminuiscono mentre aumenta l'aspettativa di vita – al netto dell'impatto della pandemia Covid-19 – a fronte di un'aspettativa di vita in buona salute di gran lunga inferiore (Urbani *et al.*, 2021). La conseguenza di queste tendenze demografiche è l'aumento dei bisogni assistenziali dei cittadini, con particolare riguardo per i bisogni di cura legati alle patologie croniche. I pazienti cronici in Italia rappresentano oggi il 40,9% della popolazione (Urbani *et al.*, 2021), a fronte di un valore del 38% nel 2016 (Ministero della Salute, 2016). La metà dei cronici soffre di più di una patologia (20,8%) (Urbani *et al.*, 2021). Secondo il manuale curato dall'Osservatorio Cronicità, “viviamo nell'età della fragilità, dell'invecchiamento e delle diseguaglianze crescenti, emersa dall'interazione sinergica (sindemia) delle patologie cronicodegenerative e delle sovrainfezioni” (Urbani *et al.*, 2021, p. 30). In questo scenario, le risorse a disposizione del sistema sono tuttavia di gran lunga inferiori al bisogno, con la conseguenza che il sistema riesce a soddisfare solo una parte di cittadini, soprattutto coloro che sono in grado di orientarsi nel sistema in maniera agile, tempestiva e autonoma. Si tratta di un sistema iniquo, che favorisce chi ha più strumenti cognitivi, economico-sociali e relazionali, e non necessariamente chi ha un bisogno clinico-assistenziale più urgente. Anche tra i pazienti fragili, con bisogni socio-sanitari prevalenti e non solo clinici, la situazione è paragonabile.

Come hanno mostrato Zazzera e Longo

(2019), “la capacità attuale di risorse del personale nel sistema è in generale insufficiente” se si considerano congiuntamente una copertura universalistica e un'assistenza secondo standard clinici di appropriatezza. Secondo il Ministero della Salute, la cronicità è caratterizzata da continuità e gradualità nella progressione della malattia, con cause non sempre identificabili e la necessità di cura continua, e tipicamente senza prospettiva di guarigione (2016). Date queste caratteristiche, l'obiettivo diventa una migliore qualità di vita per il paziente. Allo stesso tempo, il sistema sanitario deve affrontare una sistematica scarsità di risorse: i pazienti cronici assorbono sempre più risorse e una loro presa in carico integrale non troverebbe facile corrispondenza con i fondi assegnati alla spesa sanitaria pubblica, che pure sono destinati anche alla cura dell'acuzie.

Regione Lombardia, nell'ultimo decennio, ha perseguito la strada di una presa in carico integrata dei pazienti cronici, tramite l'esperienza dapprima dei Chronic Related Group (CREG) (Amaducci *et al.*, 2013; Fait *et al.*, 2016), poi della Presa in Carico della Cronicità (PIC). In quest'ultima esperienza, il cittadino che soffre di una patologia cronica può scegliere un Gestore con cui sottoscrivere un Patto di Cura, che è alla base della predisposizione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI), che raccoglie tutte le prescrizioni necessarie per le patologie in cura, includendo sia farmaci sia prestazioni diagnostiche. È il gestore a supportare il paziente nel percorso terapeutico, che quindi non si riduce a un mero susseguirsi di prestazioni. I PAI attivi in Regione Lombardia al 1° gennaio 2022 erano 185.241, contro un numero di cronici che nel



2019 – ultimo anno disponibile – era quantificato in 3.436.674, per un tasso di copertura della popolazione cronica del 5,39%. La distribuzione dei Patti di Cura sul territorio regionale non è stata uniforme, come è possibile evincere in Fig. 1. La differenza nel grado di implementazione della PIC tra i territori lombardi mostra la necessità di un modello che integri ancora di più l'esperienza della PIC con l'intero sistema delle cure territoriali.

4.1. Un framework per la digitalizzazione delle cure territoriali

Il framework di seguito esposto rappresenta i principali touchpoint delle

cure territoriali, rappresentando insieme sia i processi amministrativi sia quelli erogativi, sia in *front-office* sia in *back-office*. Si tratta di nove diversi momenti, o touchpoint, che, nel loro insieme, sono potenzialmente rappresentativi della totalità dei processi territoriali di cura, sia che si assuma la prospettiva degli operatori (medici, infermieri e staff), sia che si assuma quella degli utenti (cittadini e pazienti).

Il framework distingue due differenti fasi: da un lato, si riconosce il momento dell'accesso al percorso di cura, che può essere spontaneo o tramite modelli di sanità di iniziativa; dall'al-

Fig. 1

Numerosità dei Patti di Cura per provincia rispetto alla popolazione (2019-2022)

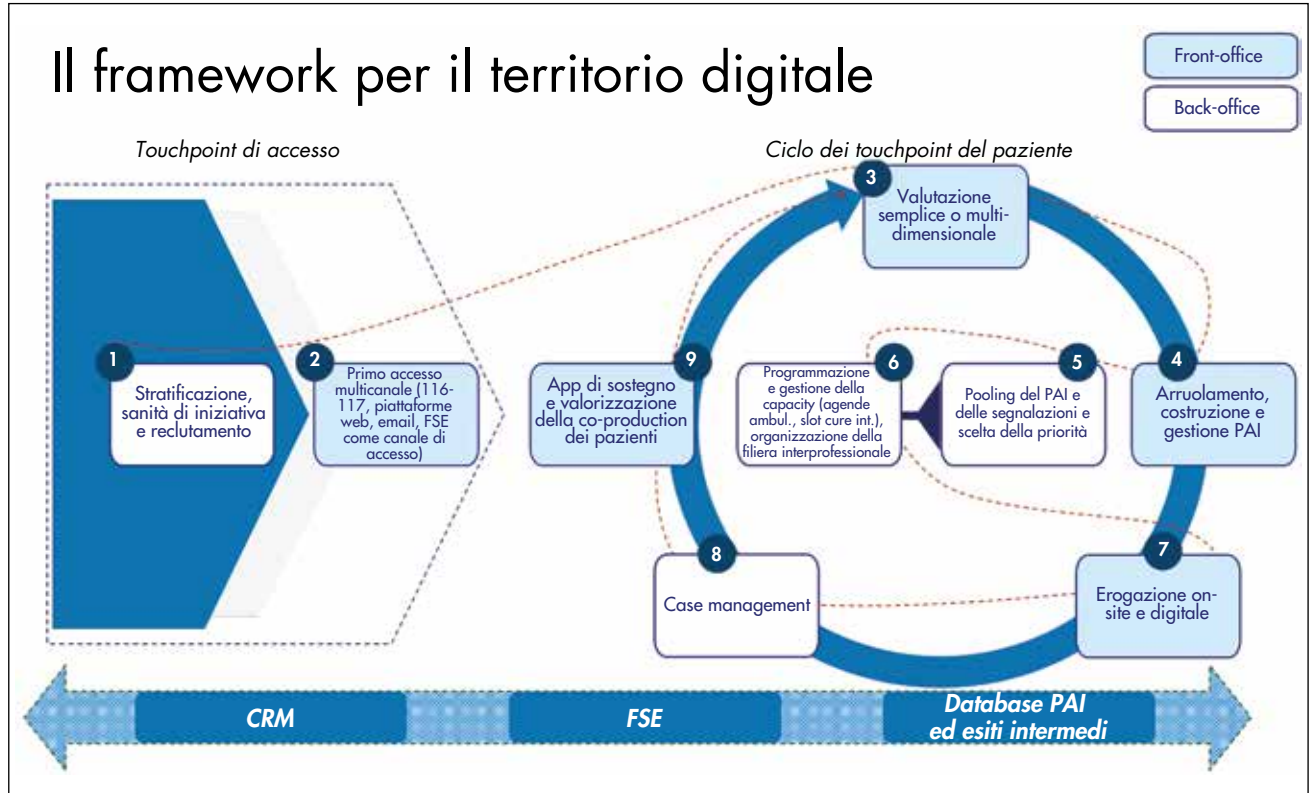


Fig. 2
Il framework
a cura degli autori

tro, il percorso di cura in senso stretto descritto come una circonferenza senza soluzione di continuità, data la ripetitività e inevitabilità dell'assistenza in caso di patologia cronica. Il ciclo dei touchpoint così descritto ricomprende le fasi di valutazione, erogazione e monitoraggio delle cure. Le due fasi, accesso e cura, sono sostenute da una collezione di dati del CRM, del Fascicolo Sanitario Elettronico e del database dei PAI, che, se resi interoperabili, permettono una visione olistica e in tempo reale dello status del paziente. In aggiunta, il framework è basato anche sulle fasi indicate come 5 e 6 nella Fig. 2: il *pooling* della domanda (possibilmente raccolta e sistemata nei PAI) e la sua correlazione con la programmazione della capacità

erogativa (gestione delle agende di prestazioni di specialistica ambulatoriale per i cronici, posti letto di cure intermedie ed RSA, slot di ADI e centri diurni per i fragili). Il *trait d'union* che collega questi due momenti, che possono avvenire in back-office, si sostanzia nella necessità di definire le priorità di cura, con cui qualsiasi algoritmo di prenotazione dovrà poi confrontarsi.

L'accesso (1-2)

Come già sottolineato, nella fase di accesso coesistono un accesso guidato dal sistema (1), detto di sanità d'iniziativa, e uno spontaneo (2). Per quanto riguarda il primo, questo promuove un approccio proattivo all'identificazione dei bisogni di salu-

te. Esso ricomprende innanzitutto un sistema che permetta la stratificazione nominativa della popolazione, che fornirebbe agli attori preposti, come dipartimento di sanità pubblica o MMG o CdC, un elenco dei cittadini target, per la prevenzione o per la presa in carico. Inoltre, tale modalità di accesso richiede anche che esistano modelli di sanità di iniziativa e reclutamento, che associno i pazienti ai giusti responsabili. Un paziente cronico monopatologico di bassa complessità potrebbe dunque essere segnalato al MMG, un paziente in salute in età da screening potrebbe essere segnalato ai Dipartimenti di Igiene Pubblica e Prevenzione, mentre un paziente cronico complesso a uno specialista ambulatoriale o ospedaliero. Un tale processo richiede un lavoro organizzativo di microprogettazione delle allocazioni dei ruoli professionali, capace di correlare stadi e tipologie di patologie al professionista ritenuto appropriato e più costo-efficace. Pur associando i pazienti ai professionisti adeguati, è ancora necessario dotare questi ultimi di strumenti di comunicazione che permettano un contatto diretto, rapido e personalizzato con i pazienti assegnati, nonché metodi di monitoraggio e raccolta feedback al fine di facilitare il reclutamento proattivo e la compliance di diversi cluster di pazienti. Un sistema di reclutamento con queste tre funzionalità doterebbe il SSN di una proattività di reclutamento, con la prospettiva di posporre nel tempo eventuali aggravamenti della patologia cronica. La seconda modalità d'accesso è quella spontanea. Molteplici sono le innovazioni che hanno caratterizzato le modalità di comunicazione tra il siste-

ma e i cittadini, arricchendo sempre più il portafoglio multicanale, ma purtroppo spesso in modalità non coordinate tra loro. Coesistono, infatti, i siti istituzionali di regioni e aziende sanitarie, numeri unici e numeri di aziende o singoli uffici, così come altre forme di contatto, come app e indirizzi email. Un accesso che sia multicanale e integrato necessita innanzitutto di un sistema di *knowledge management* che permetta di progettare i canali, i loro contenuti e linguaggi in modo da garantire ai diversi cluster di utenza di conoscere il catalogo di offerta, le modalità e i requisiti per ottenere un determinato servizio nonché la capacità disponibile, con la garanzia che le informazioni siano sempre precise e aggiornate. L'accesso dunque avverrebbe tramite canali diversi (sito web, piattaforme come l'FSE, app, numero unico 116117, email, accesso fisico e Punto Unico di Accesso – PUA). Una funzionalità di monitoraggio degli accessi permette di comprendere e valutare l'efficacia dell'informazione e dell'orientamento del sistema, nonché di prevedere con anticipo, seppur con un grado di incertezza, potenziali variazioni dei bisogni assistenziali della popolazione, sulla base delle loro ricerche e richieste di informazioni nel sistema. Nel complesso, l'accesso deve essere nativamente interoperabile, coerente e organico, ovvero capace di garantire risposte uguali in tempi simili tra canali diversi, pur sapendo che la natura dei canali influenza e seleziona i tipi di target che a essi si rivolgono principalmente; deve altresì essere adottato un approccio di CRM 2.0, come già sottolineato nei precedenti paragrafi, per una comunicazione costante, articolata e bidirezionale tra sistema e paziente.

Il touchpoint del paziente e la presa in carico (3-9)

La parte circolare del modello, che collega i touchpoint dal terzo al nono, rappresenta la sequenza di momenti del percorso assistenziale, con il coinvolgimento proattivo del paziente, per esempio nelle esperienze di automonitoraggio tramite device personali. È bene ricordare che in Italia la prevalenza della cronicità è circa del 55% per la popolazione a 55 anni, per poi raggiungere dopo i 75 anni l'85,4% della popolazione (ISTAT, 2020, pp. 152-153), e, inoltre, che la speranza di vita media è di circa 83 anni (EUROSTAT, 2022). I cronici consumano inoltre circa i tre quarti delle risorse del SSN. Pertanto il cronico medio rimane in un processo assistenziale permanente per 27 anni: periodo lungo il quale il SSN continuamente raccoglie dati sul paziente, lo valuta e rivaluta in un processo senza soluzione di continuità. La valutazione per nuovi pazienti (3), o rivalutazione per pazienti già inseriti in un piano assistenziale, rappresenta un primo momento che permette di indirizzare l'utente nel setting più appropriato. I pazienti possono essere anche segnalati in back-office; anche in questo caso l'équipe responsabile conduce una prima valutazione, semplice o multidimensionale, utilizzando scale e sistemi di valutazione clinica già validati, ma potenzialmente incorporati in una soluzione tecnologia che fa sintesi di diversi strumenti, esistenti e nuovi. Durante la valutazione vengono consultati il FSE ed eventuali dati aggiuntivi sul paziente, per decidere se inviare il paziente "in back-office" a un centro servizi, o COT (Centrale Operativa Territoriale), o a un MMG o a uno specialista per la formulazione del piano assistenziale.

Compreso il fabbisogno clinico e sociale, il professionista redige un PAI (4), che a seconda dei casi può prevedere sia prestazioni sanitarie sia servizi socio-sanitari e della rete delle cure intermedie. Dal PAI, che racchiude quindi un insieme di servizi a prevalenza sanitaria per i pazienti cronici, o delle cure intermedie e socio-sanitarie per pazienti fragili e non-autosufficienti, discende poi l'attività di programmazione delle prestazioni e delle transizioni dei pazienti tra diversi setting. Per la progettazione e redazione del PAI potrebbero essere sviluppati degli algoritmi a supporto del clinical manager (cioè chi è responsabile della definizione del PAI), che, considerati i dati disponibili sul singolo caso e su coorti di pazienti comparabili, possono fornire delle indicazioni rilevanti rispetto a quale tipologia e frequenza di prestazioni inserire nel PAI. Dalla redazione del PAI dovrebbe poi attivarsi una dashboard di controllo dello stesso, consultabile sia dal clinical manager, sia dal case manager che è responsabile del monitoraggio dei PAI, come potrebbero essere gli infermieri di famiglia o comunità (IFoC) per i pazienti cronici e fragili sufficientemente stabili. Il case management (8) è inteso infatti come la verifica e il monitoraggio dell'aderenza terapeutica, delle prestazioni effettuate e da effettuare, e degli esiti clinici o sociali, a cui si aggiunge il supporto alla literacy del paziente e al sostegno psicologico alla propria condizione. Per il case management si evince la necessità di mettere a disposizione strumenti di monitoraggio coerenti con la sanità di iniziativa che permettono quindi a infermieri e medici di controllare da remoto i pazienti e intervenire in caso di esiti difformi dallo standard clinico

previsto, o in caso di mancata aderenza al piano o di scorretto stile di vita del paziente rispetto alle sue condizioni, oppure di intervenire in soggetti potenzialmente a rischio, ma non ancora intercettati dal sistema. I PAI costituiscono così il presupposto per l'erogazione (7), con la prenotazione di posti letto delle cure intermedie, di prestazioni ambulatoriali e di ricettazione automatica e digitale, possibilmente con la consegna a domicilio dei farmaci.

Le tappe descritte finora raccontano il percorso ideale, in assenza di vincoli e limitazioni alle risorse. Tuttavia, considerato il gap tra domanda e offerta nel SSN, la definizione di priorità di accesso diventa imprescindibile per garantire un accesso equo e appropriato ai servizi. Nel framework disegnato, il perno del percorso è dato dai processi di programmazione e prioritizzazione dell'offerta rispetto ai volumi e all'intensità assistenziale richiesta dalla sommatoria dei PAI prescritti, alla luce della capacità produttiva disponibile. Sono necessari in particolare meccanismi di gestione delle agende ambulatoriali (destinate in prevalenza a pazienti cronici) e per i posti letto – o le altre unità di misura – per cure intermedie e servizi socio-sanitari (destinati ai pazienti fragili). Se per i consumi ambulatoriali il SSN è in grado di rispondere al 75,1% dei consumi, nell'ambito dell'assistenza sociale la capacità del sistema è molto più ridotta, pari al 27,3% (CERVED, 2022, p. 32). Prima della programmazione delle prestazioni e della capacità (6), la domanda è quindi raccolta e aggregata nel database dei PAI (5), la cui analisi e gestione permette di definire le priorità e meglio indirizzare gli utenti nel sistema di

offerta. Tale screening della domanda per la selezione dei pazienti che per primi devono trovare risposta nel sistema delle cure territoriali potrebbe essere gradualmente automatizzato e gestito attraverso algoritmi e sistemi a supporto delle decisioni, a patto che i dati clinici e amministrativi dei PAI siano digitalizzati, condivisi e fruibili. Questa è l'attività assegnata alle Centrali Operative Territoriali (COT), ai centri servizi della cronicità e dispositivi organizzativi simili. Definite le priorità cliniche, occorre poi verificare la capacity disponibile e prenotare le prestazioni incluse nei PAI, nei setting, nei tempi e nelle forme appropriati. A questo fine, sarebbe auspicabile avere una dashboard per il monitoraggio della capacità libera o occupata, come anche strumenti per la gestione dei tempi di permanenza nelle strutture intermedie e riabilitative, e anche per la gestione dei volumi di attività ambulatoriale con la possibilità di consultare e tenere sotto controllo le liste di attesa. Anche la microprogettazione e programmazione della filiera interprofessionale da ingaggiare, a cui assegnare le distinte tipologie di pazienti, avviene, secondo il modello, in base ai livelli di severità della cronicità, o della fragilità, con il coinvolgimento di IFeC, MMG, sumai o specialisti ospedalieri.

L'integrazione in back-office tra processi di presa in carico, prescrizione e prenotazione può far sì che alcune agende ambulatoriali siano dedicate *ex ante* alle prestazioni erogate all'interno di un PAI, o comunque per determinati target di pazienti. COT, centri servizi, ma anche gli stessi Centri Unici di Prenotazione (CUP) intermediano quindi domanda e offerta guidando l'utente verso i setting di

erogazione disponibili, siano essi spazi fisici o slot di televisite o teleconsulti. Per il clinical manager potrebbe essere infine molto utile disporre di una dashboard unitaria di tutti i loro PAI attivi, per ricevere informazioni di ritorno dai case manager e da altri professionisti che intercettano i loro casi. A queste informazioni si potrebbero aggiungere le evidenze, professionalmente utili, mutate dalla totalità dei PAI di un territorio: per esempio quali target di utenti sono a maggiore rischio di scarsa aderenza alle terapie o sono sottodiagnosticati.

L'ultimo step del modello è legato all'utilizzo codificato e riconosciuto di app e soluzioni IoT per la raccolta e il monitoraggio di parametri clinici del paziente, con l'obiettivo di interagire sempre più con gli utenti in una logica di co-production, ma anche di raccogliere da loro dati circa il loro stato di salute e malattia e informare scelte future dei loro clinical manager. Tali dati potrebbero quindi arricchire il patrimonio informativo sanitario a disposizione dei clinical e case manager. Le informazioni di ritorno dal case o clinical manager al paziente, frutto della rielaborazione dei suoi dati in interazione con il PAI programmato, contribuiscono a un dialogo bidirezionale tra SSN e paziente, sostenendo l'aderenza alla terapia e alimentando la percezione di essere presi in carico. Questo dialogo genera un ecosistema di comunicazione con il paziente, in cui sono coinvolti almeno il paziente e il suo eventuale *care giver*, il *case manager* e il *clinical manager*. Nell'ecosistema di dialogo gli oggetti di comunicazione riguardano la diagnosi e il PAI, il sostegno psicologico alle condizioni di fragilità o cronicità, il controllo dei comporta-

menti e degli stili di vita, il sostegno alla compliance e alla literacy, l'invio stabile di messaggi di rinforzo.

La descrizione analitica di ogni singolo touchpoint del framework per la digitalizzazione del territorio non deve offuscare la considerazione che solo un approccio sistemico, organico e integrato rende utile le singole parti, che si rafforzano e si alimentano nell'interazione l'una con l'altra, mentre una loro esistenza autonoma, scarsamente interoperativa, le indebolisce, fino al pericolo di una loro irrilevanza. A titolo d'esempio, la funzione di case management senza un PAI da sostenere e controllare risulta sprovvista del vettore indispensabile di funzionamento. Allo stesso modo il database di CRM trova significato qualora si volesse valorizzare, specializzare e rendere prioritaria la logica multicanale di accesso ai servizi.

5. Conclusioni

La radicale trasformazione dei processi erogativi e produttivi dei servizi territoriali, sia preventivi, sia di presa in carico di cronicità e fragilità, rappresenta un'agenda di lavoro pluriennale. Essa costituisce un'agenda di innovazioni inevitabile e incompressibile, alla luce della nostra epidemiologia, che vede oggi, con il 24% della popolazione anziana e il 40% di italiani cronici, già il 75% delle risorse del SSN destinate a questi target. Nei prossimi quindici anni, la quota di popolazione anziana aumenterà sensibilmente rendendo lo scenario ancora peggiore.

La prospettiva di lavoro è vincolante e di lungo periodo, per cui occorre temperare una visione generale e organica, come proponiamo con il nostro framework sulla digitalizzazione del

territorio, con un'agenda di priorità. Da questo punto di vista i nove touchpoint previsti per la digitalizzazione del territorio possono essere implementati progressivamente nel tempo, pur consapevoli che solo la loro contemporanea e contestuale presenza ne garantisce la piena efficacia complessiva. Questo può comportare un orizzonte di sviluppo compreso tra i 3 e i 5 anni, digitalizzando progressivamente i touchpoint indicati, con priorità eventualmente diverse nei singoli contesti aziendali o regionali. L'importante è da subito aver presente il disegno complessivo, in modo che le singole componenti siano da subito progettate in una visione coerente a livello generale, interoperabile e internamente organica.

Ogni singolo touchpoint da reingegnerizzare costituisce un ambito di trasformazione profondo che contempera aspetti di riprogettazione delle caratteristiche del servizio, di cambiamento delle procedure professionali e operative, di acquisizione di nuove competenze. Si pensi, a titolo d'esempio, alla definizione dei PAI per i pazienti cronici e fragili. Questa richiede di:

- definire chi siano i professionisti responsabili dei PAI per stadi di patologia lungo la filiera professionale MMG-specialisti convenzionati-ospedalieri spoke-ospedalieri HUB (microprogettazione dei ruoli professionali);
- concordare gli standard clinici dei PAI (PDPA di riferimento);
- convincere progressivamente i professionisti a convergere sull'uso dello strumento PAI;
- aumentare progressivamente il numero dei PAI prescritti per avvicinarsi nel tempo alla totalità dei pazienti target;

- costruire sistemi di clinical support system per supportare digitalmente la compilazione dei PAI;
- strutturare un sistema di monitoraggio dei PAI per comprendere quali professionisti siano maggiormente aderenti allo schema e alla qualità dei PAI prescritti, per alimentare le necessarie azioni di governo clinico.

Come si osserva, si tratta di un processo complesso, che richiede tempo, energie e ferma convinzione sull'efficacia potenziale del dispositivo organizzativo.

Questo esempio costituisce solo uno dei nove ambiti di lavoro, gli altri sono altrettanto imponenti e rilevanti: si pensi a spostare le prenotazioni delle prestazioni da front a back-office, ad attivare una funzione proattiva di case management o una di reclutamento attivo dei pazienti oppure a interfacciare di comunicazione continua tra paziente e SSN rispetto ai suoi comportamenti per la patologia cronica. Siamo quindi davanti a un framework nel quale la leva digitale diventa strumento per una trasformazione radicale della natura dei servizi e dei ruoli professionali, dove la qualità e profondità della riprogettazione dei servizi e dei processi erogativi determina le possibilità per un ripensamento efficace delle interfacce digitali.

La questione cruciale è chi sia responsabile e leader di una serie di innovazioni così rilevanti, radicali e di lungo periodo. Occorre guardare alle strutture di responsabilità già esistenti (responsabili dei sistemi informativi aziendali, direttori del territorio, dei distretti, direttori cure primarie, direttori igiene e sanità pubblica), competenti e dotate delle necessarie relazioni con tutti gli stakeholder ma spesso

sopraffatte già dalla routine, oppure occorre dedicare risorse aziendali o regionali che si occupino in via esclusiva dell'innovazione, avendo tempo e risorse dedicate, ma con una conoscenza e un sistema di relazioni tutta da costruire? E ancora, occorre creare diverse task force dedicate ai singoli touchpoint oppure è preferibile una struttura unitaria? Ovviamente ogni soluzione di *project management* dell'innovazione è plausibile, l'importante è che sia assunta in modo consapevole e convinto.

Allo stesso modo è rilevante decidere quali siano le priorità del processo di change management: iniziare da alcuni distretti aziendali, da alcune patologie oppure dai pazienti a più alto rischio di *under-treatment* (bassa compliance o literacy). Ogni opzione di change management valorizza alcuni elementi di fattibilità spesso in contrasto con considerazioni di priorità di policy. Tipicamente i territori più forti e le discipline mediche più strutturate garantiscono maggiore facilità attuativa, ma più modesti margini di miglioramento, garantendo di norma performance già adeguate. All'opposto, territori aziendali deprivati e popolazioni a grande rischio di marginalità rappresentano priorità sociali e di policy, ma dove le difficoltà attuative crescono significativamente. In ogni caso, nel prossimo lustro occorre innovare la maggior parte dei processi territoriali e quindi si tratta solo di definire la successione dei momenti attuativi a livello aziendale o regionale.

Processi di innovazione dei servizi, dei protocolli di erogazione professionale e di upgrading delle competenze possono essere misurati nei loro impatti e nel loro grado di intensità attuativa? Se l'asse verticale

dell'innovazione PNRR (strutture fisiche e tecnologie) ha metriche, obiettivi, cronoprogrammi, premi o sanzioni chiari e definiti, rimane da inventare il tensore che presidi la reale attuazione delle innovazioni dei servizi, dei processi di lavoro e lo sviluppo di competenze.

Anche il framework proposto ci permette di suggerire alcuni precisi indicatori di sintesi, ovvero delle *milestones* con cui misurare se e quanto sono stati innovati i processi erogativi e produttivi:

- quota di popolazione che è stata stratificata e invitata nei servizi per un tentativo di arruolamento proattivo (crescita annuale da un anno all'altro nei prossimi 5 anni);
- quota di cronici con un PAI coerente a PDTA di riferimento e conseguente percentuale di riduzione della variabilità prescrittiva e di consumo sanitario per pazienti omogenei;
- quota di PAI che hanno determinato un miglioramento degli esiti (minori consumi inappropriati, miglioramento degli esiti di salute intermedi);
- percentuali di pazienti che hanno ottenuto un sostegno alla compliance, una facilitazione nell'accesso delle prestazioni, un supporto di case management;
- tasso di convergenza inter-temporale tra la capacità produttiva installata (agende ambulatoriali e delle cure intermedie) e bisogni così come rilevati dal database dei PAI e dalla stratificazione della popolazione.

Questi indicatori possono essere efficacemente utilizzati per processi di *benchlearning* tra regioni o tra aziende sanitarie; per processi di programmazione e monitoraggio; per definire il

quadro delle competenze da diffondere e il loro grado di efficacia. Tutto quello che rimane sempre e solo implicito difficilmente sarà all'apice dell'attenzione dell'organizzazione. L'oggettiva complessità della trasformazione dei servizi e dei modelli erogativi territoriali, soprattutto se com-

parata con la costruzione di infrastrutture logistiche, rende l'attuale facoltività di monitorare il processo di trasformazione digitale un'opportunità per policy maker e manager animati da "public motivation" per allestire spazi di lavoro protetti per innovazioni e generatività.

BIBLIOGRAFIA

Almalki S. (2016). Integrating Quantitative and Qualitative Data in Mixed Methods Research – Challenges and Benefits. *Journal of Education and Learning*, 5(3): 288. DOI: 10.5539/jel.v5n3p288.

Amaducci S., Longo F., Nunziata F., & Tasselli S. (2013). Innovative models of chronic care management: The case of Regione Lombardia. *Shortness of Breath*, 2(3): 131-137.

Anessi Pessina E., Cicchetti A., Spandonaro F., Polistena B., D'Angela D., Masella C., Costa G., Nuti S., Vola F., Vainieri M., Compagni A., Fattore G., Longo F., Bobini M., Meda F., & Buongiorno Sottoriva C. (2021). Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: Governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni. *Mecosan*, 119: 89-117. DOI: 10.3280/MESA2021-119005.

Anshari M., & Almunawar M.N. (2011). Evaluating CRM Implementation in Healthcare Organization. *Proceedings of 2011 International Conference on Economics and Business Information*, 5.

Batalden M., Batalden P., Margolis P., Seid M., Armstrong G., Opipari-Arrigan L., & Hartung H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, 25(7): 509-517. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004315.

Bertakis K.D., & Azari R. (2011). Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3): 229-239. DOI: 10.3122/jabfm.2011.03.100170.

Bodenheimer T., Wagner E.H., & Grumbach K. (2002). Improving Primary Care for Patients With

Chronic Illness. *Jama*, 288(14): 1775-1779. DOI: 10.1001/jama.288.14.1775.

CERVED (2022). *Bilancio di welfare delle famiglie italiane*.

Coulter A., Roberts S., & Dixon A. (2013). Delivering better services for people with long-term conditions. In: *Building the house of care*, pp. 1-28. London: The King's Fund.

EUROSTAT (2022). *Life expectancy by age and sex*. -- https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec/default/table?lang=en.

Eysenbach G. (2001). What is e-health?. *Journal of Medical Internet Research*, 3(2): e20. DOI: 10.2196/jmir.3.2.e20.

Fait A., Agnello M., Sciré C., & Bergamaschi W. (2016). The CreG (Chronic Related Group) model to prompt integrated chronic care management: The experience of Lombardy Region. *International Journal of Integrated Care*, 16(6): 364. DOI: 10.5334/ijic.2912.

Fjeldstad Ø.D., Johnson J.K., Margolis P.A., Seid M., Höglund P., & Batalden P.B. (2020). Networked health care: Rethinking value creation in learning health care systems. *Learning Health Systems*, 4(2). DOI: 10.1002/lrh2.10212.

Gao L. (Xuehui), Melero I., & Sese F.J. (2020). Multichannel integration along the customer journey: A systematic review and research agenda. *The Service Industries Journal*, 40(15-16): 1087-1118. DOI: 10.1080/02642069.2019.1652600.

Granström E., Wannheden C., Brommels M., Hvitfeldt H., & Nyström M.E. (2020). Digital tools as pro-

- moters for person-centered care practices in chronic care? Healthcare professionals' experiences from rheumatology care. *BMC Health Services Research*, 20(1): 1108. DOI: 10.1186/s12913-020-05945-5.
- Holmström I., & Röing M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2): 167-172. DOI: 10.1016/j.pec.2009.08.008.
- ISTAT (2020). *Annuario Statistico Italiano 2020*.
- Ministero della Salute (2016). *Piano nazionale della cronicità*.
- Onwuegbuzie A.J., & Leech N.L. (2007). Validity and Qualitative Research: An Oxymoron?. *Quality & Quantity*, 41(2): 233-249. DOI: 10.1007/s11135-006-9000-3.
- Palumbo R. (2016). Contextualizing co-production of health care: A systematic literature review. *International Journal of Public Sector Management*, 29(1): 72-90. DOI: 10.1108/IJPSM-07-2015-0125.
- Rijken M., Hujala A., van Ginneken E., Melchiorre M.G., Groenewegen P., & Schellevis F. (2018). Managing multimorbidity: Profiles of integrated care approaches targeting people with multiple chronic conditions in Europe. *Health Policy*, 122(1): 44-52. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.10.002.
- Urbani A., Mantoan D., Enrichens F., Lega F., Longo F., Nube G., & Scibetta D. (2021). *Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità* (p. 128). Osservatorio Cronicità.
- Wagner E.H. (1997). Managed care and chronic illness: Health services research needs. *Health Services Research*, 32(5): 702-714.
- Wagner E.H., Austin B.T., & Korff M.V. (1996). Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *The Milbank Quarterly*, 74(4): 511. DOI: 10.2307/3350391.
- Whittemore R., Chase S.K., & Mandle C.L. (2001). Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 11(4): 522-537.
- Zazzera A., & Longo F. (2019). Operations management delle cure primarie: Quali standard di servizio per servire l'intera popolazione cronica?. *Mecosan*, 108: 55-73. DOI: 10.3280/MESA2018-108004.

Migliorare la performance nelle aziende sanitarie pubbliche: il contributo dei professionisti-manager

Simone Fanelli, Chiara Carolina Donelli, Fiorella Pia Salvatore, Antonello Zangrandi*

Le aziende sanitarie pubbliche sono da sempre impegnate nell'identificare soluzioni organizzative e manageriali che permettano di rispondere con successo alle molteplici pressioni a cui sono sottoposte. In questo scenario, fondamentale è il ruolo dei professionisti. L'obiettivo del presente lavoro è quello di indagare quali strategie possono essere adottate dalle aziende per valorizzare e supportare i professionisti al fine di migliorarne la performance. I risultati della ricerca evidenziano che le aziende sanitarie devono supportare il "professionista-manager" in grado di generare un clima collaborativo nella sua organizzazione; di comunicare a livello interpersonale; di definire obiettivi coerenti con le risorse disponibili; di fare valutazioni di efficienza, efficacia e qualità; di conoscere la propria organizzazione.

* Simone Fanelli, Università di Parma, Ph.D., Ricercatore, Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali. E-mail: simone.fanelli@unipr.it.

Chiara Carolina Donelli, Università di Parma, Ph.D., Borsista Post-Doc di Ricerca, Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali. Corresponding author, e-mail: chiaracarolina.donelli@unipr.it.

Fiorella Pia Salvatore, Università di Foggia, Ph.D., Ricercatore, Dipartimento di Economia. E-mail: fiorellapia.salvatore@unifg.it.

Antonello Zangrandi, Università di Parma, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali. E-mail: antonello.zangrandi@unipr.it.

Parole chiave: aziende sanitarie, performance, competenze manageriali, strumenti manageriali, clinico-manager.

Improving the performance of healthcare organizations: The contribution manager-clinician

Public healthcare organization have always been committed to identifying organizational and managerial solutions to reply to the multiple pressures they are subjected to. In this scenario crucial is the role played by professionals. The aim of this study is to investigate what strategies organization can adopt to enhance and support professionals in order to improve performance. The results highlight that healthcare organizations should support the professional manager to be able to create a collaborative climate in the organization; facilitate interpersonal communication; define consistent objectives with the available resources and evaluate efficiency, effectiveness and quality.

Keywords: healthcare organization, performance, managerial skill, managerial tools, manager-clinician.

Articolo sottomesso: 02/05/2021, accettato: 08/06/2022

1. Introduzione

Le aziende sanitarie pubbliche, in Italia come in altri Paesi nel mondo, sono

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Analisi della letteratura
3. Metodo
4. Risultati
5. Discussione e conclusione

da sempre impegnate nell'identificare soluzioni organizzative e manageriali che permettano di rispondere con successo alle molteplici pressioni a cui sono sottoposte. L'invecchiamento della popolazione, il progresso tecnologico, la necessità di ridurre la spesa pubblica sono solo alcuni dei fattori che spingono le aziende sanitarie a ricercare maggiore efficienza ed efficacia nelle proprie azioni (Townsend e Wilkinson, 2010). L'attuale emergenza sanitaria legata alla diffusione del virus pandemico Covid-19 ha aumentato in maniera significativa la pressione su diverse entità aziendali e, in particolare, su alcune realtà sanitarie come gli ospedali, spinti a dover riorganizzare in maniera sostanziale le proprie attività e i propri servizi (Elarabi e Johari, 2014; Zangrandi *et al.*, 2020). Data la complessità delle attività che caratterizzano le aziende sanitarie e lo scenario di profondo cambiamento che stanno vivendo, fondamentale è il contributo dei professionisti sanitari per rispondere efficacemente a tali pressioni e generare un impatto positivo sulla performance (Elarabi e Johari, 2014; Zangrandi *et al.*, 2020).

Alla luce di questa così alta dinamicità che contraddistingue il contesto, è dei vertici strategici aziendali la responsabilità di valorizzare e, quindi, supportare i professionisti. Difatti, considerando che l'organizzazione e la gestione delle risorse nell'azienda sanitaria sono aspetti cruciali per l'ottenimento di buone performance, in tale pianificazione, i professionisti sanitari sono ritenuti gli attori principali. Queste professionalità svolgono un ruolo determinante nel supportare il raggiungimento di elevati standard aziendali in quanto impegnate

in differenti attività: cliniche e non (Fanelli *et al.*, 2019). Molti di loro hanno incarichi manageriali assumendo quindi elevati livelli di responsabilità organizzativa. Di conseguenza, le tradizionali pratiche di gestione delle risorse umane nel settore pubblico, caratterizzate da una forte burocratizzazione dei processi, devono essere messe in discussione, per favorire invece modelli gestionali orientati a supportare e valorizzare i professionisti nel loro ruolo manageriale (Brown, 2004; Fanelli *et al.*, 2020). In altre parole, occorre promuovere competenze trasversali, che siano non solo di tipo tecnico-specialistico, ma anche di tipo manageriale. In questo scenario, diventa strategico per le aziende sanitarie pubbliche: riconoscere le competenze manageriali chiave, aiutare i professionisti a sviluppare tali competenze, e fornirgli adeguati strumenti manageriali per svolgere al meglio il loro ruolo di "clinico-manager". Questi tre aspetti (competenze, formazione, strumenti) sono tra loro fortemente connessi e contribuiscono in maniera interdipendente a definire la figura di un "buon manager".

Considerando le proposizioni alla base di questo studio, la principale domanda di ricerca a cui si vuol dare risposta è: quali strategie le aziende sanitarie pubbliche possono adottare per valorizzare e supportare il ruolo manageriale dei professionisti al fine di migliorare la performance?

Nello specifico, il paper individua tre aree utili ad analizzare il ruolo dei professionisti sanitari in relazione alla performance aziendale:

- 1) le competenze più rilevanti che il professionista con ruolo manageriale

- riale dovrebbe possedere in una azienda sanitaria;
- 2) il fabbisogno formativo avvertito dai “clinici-manager” per assolvere efficacemente alla loro missione;
 - 3) la conoscenza e l'utilizzo degli strumenti manageriali propri delle aziende sanitarie.

Complessivamente, i risultati della ricerca vorranno fungere da guideline per le aziende sanitarie fornendo precise indicazioni relativamente alle strategie che i manager potranno adottare per generare migliori performance.

2. Analisi della letteratura

In ambito manageriale le principali aree di intervento su cui le aziende sanitarie possono agire per sviluppare strategie e promuovere una cultura aziendale capace di innescare il miglioramento della performance sono identificate nel tema della competenza, della formazione e degli strumenti.

2.1. Competenze manageriali

Il tema delle competenze manageriali in sanità è ampiamente discusso in letteratura. Nel caso delle aziende sanitarie, la questione risulta particolarmente articolata poiché la continua ricerca di un management efficiente ed efficace ha portato all'evoluzione da un modello burocratico-professionale (Bode e Maerker, 2014), caratterizzato dai professionisti al di fuori della gerarchia decisionale, a un modello in cui ai professionisti vengono richieste sempre più competenze di tipo manageriale (Aini, 2018). In letteratura, il concetto di “competenza chiave” per il clinico chiamato a svolgere anche la funzione di manager è stato oggetto di diversi studi ma, a oggi, non vi è ancora un'unica visione

sul tema (Liang *et al.*, 2013). Per esempio, uno studio americano della Healthcare Leadership Alliance identifica cinque aree di competenze (Stefl, 2008): la capacità di comunicazione, sia interna sia esterna rispetto all'organizzazione per facilitare le interazioni con individui e gruppi; la capacità di leadership, per una visione condivisa in modo da raggiungere performance di successo e finalità strategiche; la professionalità, intesa come la capacità di allineare la condotta personale ai valori etici e che includono l'orientamento al servizio e al paziente; la conoscenza e comprensione del sistema sanitario, per gestire le relazioni con l'ambiente in cui il servizio stesso è erogato; e la capacità legata alle business skill, per una gestione efficace delle risorse.

Lo studio di Neufeld *et al.* (1998), invece, illustra sette specifici ruoli che la figura del medico può assumere: medico esperto, comunicatore, collaboratore, sostenitore della salute, discente, manager e studioso. Anche l'American College of Preventive Medicine ha fatto un tentativo di definizione delle competenze di gestione manageriale considerate cruciali per i clinici. Queste sono state individuate in quattro caratteristiche principali: fornitura di assistenza sanitaria, gestione finanziaria, gestione organizzativa e conoscenza etica e legale (Lane, 1998). In sintesi, il dibattito sul tema delle competenze manageriali per i professionisti sanitari è ancora aperto. È comunque idea condivisa che le competenze chiave possono variare in base al livello manageriale e al contesto locale (Liang *et al.*, 2013). Il primo passo per le aziende sanitarie è, dunque, quello di capire quali competenze sono ritenute più rilevanti dai propri

professionisti al fine di definire strategie che siano in grado di valorizzarle e supportarle.

2.2. Formazione manageriale

Il “clinico-manager” è considerato una figura cruciale in quanto contribuisce alla produzione di performance migliori nelle aziende sanitarie dei principali Paesi industrializzati (Kippist e Fitzgerald, 2009). Questo impone alle aziende di investire nello sviluppo di tali competenze, rispondendo a specifici fabbisogni formativi e sanando le lacune educative. Allo stato attuale, le competenze di tipo manageriale risultano spesso carenti nella formazione dei clinici (Kuhlmann e von Knorring, 2014; Pihlainen *et al.*, 2016) ed esistono studi che evidenziano il fatto che gli stessi operatori sanitari non si sentono adeguatamente preparati a ricoprire il ruolo di manager (Ringsted *et al.*, 2006; Busari, 2012; Berkenbosch *et al.*, 2013). La responsabilità si può attribuire alla cultura della scuola medica che non ha incoraggiato i temi della formazione aziendale all'interno dei propri curricula (Irerì *et al.*, 2017). Inoltre, anche quando l'area aziendale è annoverata nei piani di studio, gli studenti di medicina si concentrano esclusivamente sullo sviluppo delle competenze cliniche, tralasciandone gli opportuni approfondimenti (Irerì *et al.*, 2017). Per questo motivo, in molti Paesi, i programmi di formazione medica post-laurea hanno subito una sostanziale riforma con la finalità di riprogettare la figura del medico-manager (Busari, 2012; Wanke *et al.*, 2015; Watson *et al.*, 2018).

A livello internazionale sono stati avviati una serie di programmi di formazione rivolti ai professionisti sani-

tari per migliorare e accrescere le loro conoscenze e competenze manageriali attraverso, per esempio, corsi di breve durata svolti all'interno delle aziende e/o di certificazione esterna (Hewison e Griffiths, 2004; Mintzberg, 2004). In particolare, negli Stati Uniti e nel Regno Unito, sono stati sviluppati dei programmi che mirano non solo a migliorare le capacità dei leader sanitari (Batcheller, 2011), ma anche a inserire all'interno dei percorsi di studio dei medici in formazione, dei corsi che consentono di sviluppare tali competenze, dando la possibilità agli studenti di includere il management tra le loro attività di studio (Atun, 2003; Crosson, 2003; Ackerly *et al.*, 2011; Pihlainen *et al.*, 2016). In Australia, gran parte della formazione manageriale è fornita attraverso corsi di formazione svolti all'interno delle organizzazioni sanitarie, e che, quindi, sono posti successivamente al periodo dedicato alla formazione medica (Kippist e Fitzgerald, 2009). Infine, in Italia, l'esigenza di sviluppare tali competenze per le figure sanitarie si è realizzata con l'emanazione del D.Lgs. n. 502/1992, con il quale si è chiesto alle Regioni di organizzare e attivare corsi di formazione manageriale necessari per ricoprire le posizioni di direzione sanitaria aziendale e di direzione delle strutture complesse (Spinsanti, 1997).

2.3. Strumenti manageriali

Per svolgere al meglio il ruolo di manager all'interno di un'azienda ospedaliera, le competenze manageriali e il loro sviluppo, seppur rilevanti, non sono sufficienti. Un manager deve poter contare su strumenti adeguati che possano supportarlo nello svolgere al meglio il proprio ruolo (Berwick

et al., 2003). A tal fine, di particolare rilievo sono gli strumenti che permettono al professionista sanitario di migliorare la sua funzione di “leader”. In altri termini, s’intende garantire che quanto da lui predisposto e ordinato sia tradotto in un’azione reale e positiva che possa assicurare il raggiungimento di elevati livelli di performance (Fanelli et al., 2017). Pertanto, il manager sanitario che sia “leader” dell’azienda sanitaria deve poter chiaramente definire gli obiettivi e valutare i risultati in un’ottica aziendale d’insieme (de Korne et al., 2012; van Veen-Berkx et al., 2016).

L’orientamento al risultato, che caratterizza le attività del management, ha portato allo sviluppo e all’implementazione di sistemi di misurazione e valutazione delle performance sempre più sofisticati e precisi. Sono stati, pertanto, identificati e sviluppati approcci complessi per valutare le prestazioni delle aziende sanitarie, così da poter considerare, in maniera sempre più accurata, la natura multidimensionale delle prestazioni aziendali. Si ricordano, a titolo di esempio, la *balanced scorecard* (Kaplan e Norton, 1992); il *Competing Values Framework* (Quinn e Rohrbaugh, 1981); il *Performance pyramid system* (Lynch e Cross, 1991) e il *Performance Prism* (Neely et al., 2001). Nello specifico, le tecniche suddette supportano il comparto manageriale degli ospedali nel valutare le differenti dimensioni della performance, quali: l’efficacia clinica, la sicurezza, il rischio, la centralità del paziente, la governance, l’orientamento del personale e l’efficienza (Veillard et al., 2005). Le aziende sanitarie, dal loro canto, risultano le responsabili per generare quelle condizioni atte a sviluppare e trasferire sul campo la

leadership insita nella figura del clinico-manager, sviluppando da un lato i criteri per l’esatta definizione e assegnazione degli obiettivi e, dall’altro, gli strumenti per la valutazione e misurazione delle performance ospedaliere (de Jong e Den Hartog, 2007; Bloom et al., 2009).

3. Metodo

Al fine di rispondere alla domanda di ricerca, sono stati considerati i risultati ottenuti negli studi di Fanelli et al. (2017; 2020; 2021). I risultati di questi lavori sono stati dunque rielaborati e interpretati al fine di poter identificare un framework generico di risposta all’obiettivo principale del presente studio.

In ciascun lavoro è stato utilizzato un questionario specifico in quanto indirizzato alle differenti figure di professionisti impiegate nelle aziende sanitarie. Più precisamente, il primo questionario (1), volto a indagare le competenze manageriali, è stato somministrato solo ai professionisti sanitari che non ricoprono un ruolo manageriale. Il secondo questionario (2), volto a investigare il tema della formazione manageriale, è stato indirizzato ai professionisti sanitari che ricoprono un ruolo manageriale (figure intervistate: direttori di struttura semplice, direttori di struttura complessa, direttori di dipartimento, coordinatori ecc.). Per il terzo questionario (3), il cui focus era sugli strumenti manageriali, si è prevista la somministrazione a tutti i professionisti, indipendentemente dal ruolo manageriale.

La principale motivazione relativa ai diversi campioni selezionati è rinvenuta nella volontà di poter classificare e investigare in modo chiaro e indistinto i punti di vista e le intuizioni dei singoli

gruppi di rispondenti. Attraverso, quindi, la tecnica di campionamento settoriale, è stato possibile collezionare i dati “clusterizzandoli” per singolo gruppo professionale. Per verificare la comprensibilità delle domande, tutti i questionari sono stati sottoposti a un *pilot test* costituito da un campione ristretto di rispondenti. È stata utilizzata una piattaforma elettronica per somministrare i questionari e catalogare le relative risposte. I risultati sono stati, infine, analizzati con il software statistico SPSS Statistics©.

Di seguito si descrivono brevemente i contenuti dei tre questionari.

(1) Attraverso un’analisi sistematica della letteratura svolta sul tema delle competenze manageriali in sanità, sono state individuate otto aree principali: leadership, valutazioni economiche, analisi, comunicazione, gestione delle risorse umane, progettazione organizzativa, programmazione, qualità. Per ciascuna area, attraverso un focus group di esperti di management sanitario, sono state definite le competenze specifiche (*item*). Ai rispondenti al questionario è stato chiesto di identificare tra gli item di ogni area quello ritenuto più rilevante per colui che è chiamato a ricoprire un ruolo manageriale.

(2) Il secondo questionario (il cui focus era la formazione manageriale), riprendendo le otto aree di competenze sopra identificate, ha chiesto ai professionisti che ricoprono ruoli manageriali come valutano le proprie competenze manageriali utilizzando una scala Likert da 1 a 10 (1 = competenze scarse; 10 = competenze ottime). Inoltre, è stato chiesto quanto ritenessero necessario potenziare queste aree manageriali nella propria organizzazione. Anche in questo caso, per espri-

mere la propria valutazione, è stata utilizzata una scala Likert con punteggio da 1 a 10 (1 = poco da potenziare; 10 = molto da potenziare).

(3) Il terzo questionario ha indagato due aree principali. La prima area fa riferimento alla modalità che gli ospedali utilizzano per la misurazione della performance, focalizzandosi sui metodi e sugli strumenti utilizzati (es. indicatori, report, rilevazioni non formali, audit formalizzati ecc.). L’obiettivo di questa prima area è capire quali aspetti della performance sono di solito misurati e quali strumenti sono usati per tale misurazione. La seconda area riguarda invece il tema degli obiettivi, ossia come questi vengono definiti e assegnati. In questo caso, l’obiettivo era comprendere come l’ospedale segue l’applicazione delle policy e come le strategie vengono implementate.

4. Risultati

I risultati sono di seguito presentati nelle tre aree oggetto di studio: le competenze manageriali; la formazione manageriale; gli strumenti manageriali.

4.1. Le competenze manageriali

Al questionario n. 1 hanno risposto 287 professionisti sanitari, i quali non ricoprivano un ruolo manageriale. La Tab. 1 mostra per ciascuna area le specifiche competenze manageriali percepite come più importanti per ricoprire il ruolo di manager e quelle invece ritenute meno rilevanti. Per i criteri utilizzati per reclutare i rispondenti, così come per i criteri di esclusione, si rimanda a Fanelli *et al.* (2020).

Le competenze manageriali che risultano essere più rilevanti, raggiungendo oltre il 50% dei consensi dei rispondenti, sono: 1) Fare valutazioni eco-

Tab. 1 – Le competenze manageriali espresse in termini percentuali di rilevanza

Area	Item	Rilevanza
Leadership	– Generare un clima organizzativo collaborativo (le condizioni favorevoli affinché i propri collaboratori sviluppino team)	62,72%
	– Capacità di negoziare	5,23%
Valutazioni economiche	– Fare valutazioni economiche considerando efficienza, efficacia e qualità	68,99%
	– Interpretare un bilancio economico-patrimoniale	7,32%
Analisi	– Comprendere i fenomeni complessi utilizzando più indicatori (analizzare dati e trend)	34,49%
	– Utilizzare i flussi informativi	4,18%
Comunicazione	– Comunicare a livello interpersonale	58,19%
	– Comunicare con gli organi di stampa	7,32%
Gestione delle risorse umane	– Definire il fabbisogno di competenze professionali della propria area di riferimento	35,89%
	– Contribuire alla realizzazione di un sistema premiante di compensi e benefit	6,27%
Progettazione organizzativa	– Definire obiettivi in coerenza con le risorse disponibili	51,92%
	– Scrivere procedure	4,53%
Programmazione	– Analizzare l'organizzazione e i processi aziendali, i punti di forza e di debolezza	49,48%
	– Analizzare e progettare la logistica dei beni nei settori specifici e nelle aree territoriali	1,39%
Qualità	– Valutare gli outcome clinici, sanitari, assistenziali	30,66%
	– Valutare la soddisfazione dei collaboratori	8,01%

nomiche considerando efficienza, efficacia e qualità (68,99%); 2) Generare un clima organizzativo collaborativo (le condizioni favorevoli affinché i propri collaboratori sviluppino team) (62,72%); 3) Comunicare a livello interpersonale (58,19%); e 4) Definire obiettivi in coerenza con le risorse disponibili (51,92%).

Al contrario, le competenze ritenute meno importanti risultano essere (meno del 5% di preferenze): 1) Analizzare e progettare la logistica dei beni nei settori specifici e nelle aree territoriali (1,39%); 2) Utilizzare i flussi informativi (4,18%); e 3) Scrivere procedure (4,53%).

4.2. La formazione manageriale

Per quanto riguarda il questionario sul

tema della formazione manageriale, per le cui informazioni relative al reclutamento dei professionisti partecipanti si rimanda allo studio di Faneli *et al.* (2021), i rispondenti sono stati 366. Dai risultati emerge che coloro che ricoprono oggi un ruolo di manager in sanità si sentono sufficientemente competenti in tutte le aree analizzate (Tab. 2, Colonna A) ma, allo stesso tempo, ritengono necessario potenziare tali competenze nella propria azienda (Tab. 2, Colonna B).

È interessante notare come, tra tutte le aree, la necessità di potenziare le competenze manageriali nell'azienda sia ritenuta l'area con un valore superiore rispetto all'autovalutazione del livello di preparazione di quella competenza (si veda Colonna C, Tab. 2). Le aree

Tab. 2 – Le competenze dei manager

Area	A) Autovalutazione Media (Dev. St)	B) Formazione Media (Dev. St)	C) Differenza (B-A)	Ranking A/B
Programmazione	7,66 (1,24)	7,96 (2,10)	0,30	1/6
Qualità	7,38 (1,36)	8,07 (2,03)	0,69	2/3
Progettazione organizzativa	7,32 (1,18)	8,00 (2,08)	0,68	3/4
Leadership	7,28 (1,27)	7,99 (1,96)	0,71	4/5
Gestione del personale	7,22 (1,36)	8,08 (1,99)	0,86	5/2
Comunicazione	7,04 (1,39)	7,91 (1,98)	0,87	6/7
Analisi	7,03 (1,39)	8,19 (1,86)	1,16	7/1
Valutazioni economiche	6,75 (1,94)	7,59 (2,37)	0,84	8/8

dove questa differenza è maggiore sono: 1) Analisi (1,16); 2) Comunicazione (0,87); 4) Gestione del personale (0,86); 5) Valutazioni economiche (0,84).

4.3. Gli strumenti manageriali

L'ultima area di analisi riguarda gli strumenti manageriali in uso nelle aziende sanitarie (per un ulteriore approfondimento si rimanda all'articolo pubblicato da Fanelli *et al.* (2017)). Dalle risposte ottenute (N = 147) è emerso che per il monitoraggio della performance la maggior parte delle aziende utilizza alcuni indicatori che permettono di esprimere il grado di raggiungimento degli obiettivi (73,5%), seguito da report scritti (valutazioni dei dipartimenti delle UO, degli staff ecc.) sul raggiungimento degli obiettivi (59,9%), da rilevazioni non formali delle problematiche (55,1%) e da audit formalizzati sui comportamenti effettivamente praticati (42,9%). In generale, vi è la tendenza a utilizzare più di uno strumento; difatti, circa l'80% degli intervistati ha affermato che si utilizzano almeno 2 strumenti di quelli sopra evidenziati. Tra le principali aree le cui performance vengono monitorate vi sono: l'area

della qualità (64,71% dei rispondenti), delle prestazioni (37,29%) e del rischio (28,21%).

I processi di misurazione dei risultati si basano sulle policy seguite e sugli obiettivi identificati. Pare quindi altrettanto importante indagare come gli ospedali assegnino gli obiettivi. A questo proposito, è emerso che il 45,2% dei casi assegna obiettivi formalizzati su contenuti assistenziali e di rischio clinico; il 29,8% assegna obiettivi formalizzati solo su contenuti assistenziali; il 16,35% li assegna in maniera informale; e solo l'1% dichiara di non assegnare obiettivi. Tali obiettivi riguardano soprattutto il tema della riduzione del rischio (72%), seguito dagli obiettivi di efficacia delle cure (44%), di alta qualità delle cure (23%) e di standardizzazione dei processi (22%).

5. Discussione e conclusione

Il ruolo manageriale dei professionisti sanitari è determinato di fatto da un modello organizzativo che trova fondamento, in Italia, come in molti altri Paesi, nella legge. Questo porta a una prima riflessione su quale sia l'effettiva rilevanza del ruolo manageriale all'in-

terno dell'azienda. Pertanto, per comprendere realmente la figura del manager nel contesto ospedaliero, è necessario chiarire che cosa ci si attende da questo ruolo e quale portata organizzativa può avere. In questo senso, i risultati della presente ricerca possono aiutare a comprendere meglio questo aspetto.

Dallo studio sul tema delle competenze manageriali (si veda Tab. 1) emerge infatti che il clinico-manager deve innanzitutto: essere in grado di generare un clima collaborativo nella sua organizzazione; sapere comunicare a livello interpersonale; definire obiettivi coerenti con le risorse disponibili; fare valutazioni di efficienza, efficacia e qualità; conoscere la propria organizzazione. Allo stesso tempo, per il suo ruolo risulta meno rilevante: la capacità di negoziare, fare analisi; comprendere i fenomeni rilevanti a livello aziendale; partecipare a generare sistemi premianti; definire procedure; progettare percorsi per il trattamento dei pazienti.

Il profilo che emerge è, dunque, un management professionale fortemente centrato sulla singola unità organizzativa, e quindi meno concentrato sull'ospedale nella sua interezza e sugli aspetti che potrebbero determinare conseguenze sulla singola realtà. In altri termini, si tratta di un management focalizzato sulla sola realtà organizzativa, in cui l'attività professionale si esplicita nella presa di differenti responsabilità. Ciò trova spiegazione nel fatto che il management pubblico esprime forti orientamenti allo studio dei sistemi aziendali nel loro insieme o, in alternativa, come emerge nel presente studio, all'identità specialistica oggetto di osservazione (Andrews *et al.*, 2019).

Il forte orientamento sugli aspetti interpersonali e di conoscenza della singola realtà sottolinea un'idea di clinico-manager cui l'attività professionale è ancora il fondamento dell'attività organizzativa. Un buon manager sanitario, secondo i partecipanti all'indagine, deve essere concentrato sugli aspetti micro dell'organizzazione, esercitare una leadership partecipativa, porre attenzione ai processi di gestione, e gestire le relazioni in maniera informale. Le aziende sanitarie devono quindi supportare e promuovere queste competenze manageriali.

Se questo è l'orientamento di fondo, chi ricopre oggi tali ruoli manageriali nelle aziende sanitarie si sente preparato ad affrontarli. Interessante è considerare che, salvo il tema delle valutazioni economiche, gli attuali clinici-manager si sentono in grado di svolgere positivamente il loro ruolo. Come mostrato in Tab. 2, medie superiori al 7 con variazione standard inferiore a 2 esprimono sostanzialmente una autovalutazione positiva. Questa valutazione positiva deve essere però interpretata in modo prudente in relazione al dover "essere aziendale". Tutte le competenze, infatti, sono svolte con conoscenze e capacità minori rispetto all'atteso. Ciò vale sicuramente per lo svolgimento della valutazione economica all'interno dell'azienda sanitaria. Sul tema della programmazione, la distanza osservata tra i valori di media è modesta e questo probabilmente è dovuto alla variabile "esperienza sul campo". Difatti, chi può vantare una maggiore esperienza può sicuramente permettersi di padroneggiare azioni relative allo svolgimento della programmazione degli interventi chirurgici, delle attività ambulatoriali e

anche a generare condizioni di sostenibilità in presenza di situazioni complesse. Tuttavia, in assenza di esperienza e, quindi, padronanza della tematica oggetto di programmazione, il manager manifesta la propria incertezza ritenendo necessario un investimento maggiore da parte della propria istituzione aziendale al fine di colmare i gap esistenti.

Particolarmente significativa è la differenza osservata nell'area "Analisi" in cui si ritiene di dover apprendere in modo sostanziale. Quindi se da un lato si considera la preparazione manageriale solida, dall'altro si ha la piena consapevolezza di dover ancora investire in apprendimento. Da quest'analisi emerge una chiave interpretativa interessante: i responsabili riconoscono la necessità di competenze distinte per poter svolgere al meglio la propria attività e sono disponibili a sviluppare ulteriori skill, confermando di fatto la crucialità di queste competenze per un professionista-manager. In questo senso, le aziende sanitarie devono, a loro volta, investire tempo e risorse nelle aree considerate maggiormente critiche da parte dei loro professionisti.

Nell'ambito delle competenze manageriali per un professionista sanitario, appare sicuramente rilevante la capacità di garantire e promuovere la qualità dei servizi erogati (Liang *et al.*, 2018). Inoltre, i professionisti hanno indicato che, accanto alla competenza di valutazione degli outcome sanitari, è cruciale assumere competenze di natura manageriale che diano al professionista la capacità di produrre possibili valutazioni tecnico-gestionali. In quest'ambito, i risultati del presente studio mostrano che i clinici-manager considerano la propria competenza

manageriale sufficientemente elevata e, allo stesso tempo, reputano che tale skill sia tra quelle che manifestano un costante bisogno di formazione e sviluppo continuo.

Alla luce di queste valutazioni, ne deriva la definizione di una chiara esigenza: la capacità del professionista sanitario di saper valutare aspetti che vanno ben oltre gli elementi puramente clinico-assistenziali risulta essere una competenza chiave per il raggiungimento di alti livelli di performance aziendali (Toygar e Akbulut, 2013; Teo *et al.*, 2019). Tale è dimostrato anche dalla volontà del professionista di svolgere una continua attività formativa da dedicare allo sviluppo delle competenze manageriali; elemento determinante dell'agire professionale e vissuto come qualificante.

Anche dai risultati emersi dall'ultima area di indagine di questa ricerca, ossia gli strumenti manageriali, è possibile trarre alcune considerazioni interessanti. Tale area è fortemente connessa con quanto detto sul tema della valutazione della performance. I risultati, infatti, mettono in luce che in molte aziende sono utilizzati strumenti significativi per la valutazione della qualità delle performance, come indicatori, report di valutazione sullo stato di raggiungimento degli obiettivi e audit formalizzati. Pertanto, i clinici-manager, ponendo attenzione a questi aspetti cruciali, forniscono indicazioni ai vertici aziendali circa le necessità che manifesta il management professionale al fine di disporre di strumenti adeguati che favoriscono il corretto svolgimento di azioni di natura manageriale (Burlea-Schiopoiu e Ferhati, 2021).

In conclusione, queste analisi hanno evidenziato che, a oggi, vi è una piena

consapevolezza del ruolo manageriale dei professionisti sanitari sia da parte delle aziende sanitarie sia dei professionisti stessi. Le competenze presenti sono valutate minori del fabbisogno formativo e questo mostra l'esistenza di uno spazio per lo sviluppo dei contenuti manageriali. Gli strumenti per le valutazioni (con particolare riferimento a una competenza chiave come quella della qualità) sono disponibili e impiegati negli ospedali dando così alle competenze manageriali una base di azione.

Un quesito che, al termine della ricerca, è ancora irrisolto è quello relativo alla comprensione di come il ruolo manageriale ricoperto dal professionista sanitario possa esprimersi in modo significativo nell'ambiente di riferi-

mento (nell'ospedale e al di fuori di esso). Accanto a ciò, risulta auspicabile perfezionare degli strumenti che siano utili a valutare quale sia effettivamente lo sforzo e il tempo che i professionisti con funzioni manageriali devono impiegare per ricoprire questo ruolo. In altri termini, porre in valutazione standardizzabile quanto tempo l'attività manageriale sottrae all'attività clinica specialistica (Kumpusalo *et al.*, 2003). È, infine, sotteso che il tempo dedicato al coordinamento, alle funzioni manageriali e alle modalità di svolgimento di tali funzioni sia un fattore da approfondire al fine di comprendere appieno i vari modelli di management professionale. Questi aspetti potrebbero quindi costituire fondamentali filoni di ricerca futura.

BIBLIOGRAFIA

Aini Q. (2018). Management skill and leadership: a case study from hospital managers of charity business in health. *The Journal of Social Sciences Research*, 4(12): 478-482. DOI: 10.32861/jssr.412.478.482.

Andrews R., Beynon M.J., McDermott A. (2019). Configurations of New Public Management reforms and the efficiency, effectiveness and equity of public healthcare systems: a fuzzy-set *Qualitative Comparative Analysis*. *Public management review*, 21(8): 1236-1260.

Atun R.A. (2003). Doctors and managers need to speak a common language. *Bmj*, 326(7390): 655. DOI: 10.1136/bmj.326.7390.655.

Batcheller J.A. (2011). On-boarding and enculturation of new chief nursing officers. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 41(5): 235-239. DOI: 10.1097/NNA.0b013e3182171c6a.

Berkenbosch L., Bax M., Scherpbier A., Heyligers I., Muijtjens A.M.M., Busari J.O. (2013). How Dutch medical specialists perceive the competencies and training needs of medical residents in healthcare management. *Medical teacher*, 35(4): e1090-e1102. DOI: 10.3109/0142159X.2012.731544.

Berwick D.M., James B., Coye M.J. (2003). Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*, 41(1 Suppl): I30-I38. DOI: 10.1097/00005650-200301001-00004.

Ackerly D.C., Sangvai D.G., Udayakumar K., Shah B.R., Kalman N.S., Cho A.H., Schulman K.A., Fulkerson W.J. Jr, Dzau V.J. (2011). Training the next generation of physician-executives: an innovative residency pathway in management and leadership. *Academic Medicine*, 86(5): 575-579. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318212e51b.

Bloom N., Propper C., Seiler S., Van Reenen J.

- (2009). *Management practices inhospitals*. New York, NY: Health, Econometrics and Data Group.
- Bode L, Maerker M. (2014). Management in medicine or medics in management? The changing role of doctors in German hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, 27(5): 395-405. DOI: 10.1108/IJPSM-06-2012-0068.
- Brown K. (2004). Human resource management in the public sector. *Public management review*, 6(3): 303-309. DOI: 10.1080/1471903042000256501.
- Burlea-Schiopoiu A., Ferhati K. (2021, January). The managerial implications of the key performance indicators in healthcare sector: A cluster analysis. *Healthcare*, 9(1): 19.
- Busari J.O. (2012). Management and leadership development in healthcare and the challenges facing physician managers in clinical practice. *International journal of clinical leadership*, 17(4).
- Crosson F.J. (2003). Kaiser Permanente: a propensity for partnership. *Bmj*, 326(7390): 654. DOI: 10.1136/bmj.326.7390.654.
- De Jong J.P., Den Hartog D.N. (2007). How leaders influence employees' innovative behaviour. *European Journal of innovation management*, (10)1: 41-64. DOI: 10.1108/14601060710720546.
- De Korne D.F., Van Wijngaarden J.D., Sol K.J., Betz R., Thomas R.C., Schein O.D., Klazinga N.S. (2012). Hospital benchmarking: are US eye hospitals ready?. *Health care management review*, 37(2): 187-198. DOI: 10.1097/HMR.0b013e31822aa46d.
- Elarabi H.M., Johari F. (2014). The impact of human resources management on healthcare quality. *Asian journal of management sciences & education*, 3(1): 13-22. DOI: 10.5539/ass.v10n8p55.
- Fanelli S., Lanza G., Zangrandi A., Enna E. (2019). Innovare nei metodi di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche: quali variabili di successo?. *Azienda Pubblica*, 3: 237-254.
- Fanelli S., Lanza G., Enna C., Zangrandi A. (2020). Managerial competences in public organisations: the healthcare professionals' perspective. *BMC health services research*, 20: 1-9. DOI: 10.1186/s12913-020-05179-5.
- Fanelli S., Lanza G., Zangrandi A. (2017). Management tools for quality performance improvement in Italian hospitals. *International Journal of Public Administration*, 40(10): 808-819. DOI: 10.1080/01900692.2017.1280821.
- Fanelli S., Pratici L., Zangrandi A. (2021). Managing healthcare services: Are professionals ready to play the role of manager?. *Health Services Management Research*, 35(1): 16-26.
- Hewison A., Griffiths M. (2004). Leadership development in health care: a word of caution. *Journal of Health Organization and Management*, 18(6): 464-473. DOI: 10.1108/14777260410570018.
- Ileri S.K., Walshe K., Benson L., Mwanthi M. (2017). A comparison of experiences, competencies and development needs of doctor managers in Kenya and the United Kingdom (UK). *The International journal of health planning and management*, 32(4): 509-539. DOI: 10.1002/hpm.2357.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1992). The balanced scorecard: measures that drive performance. *Harvard business review*, 83(7): 71-79.
- Kippist L., Fitzgerald A. (2009). Organisational professional conflict and hybrid clinician managers: The effects of dual roles in Australian health care organisations. *Journal of Health Organization and Management*, 23(6):642-655. DOI:10.1108/14777260911001653.
- Kuhlmann E., von Knorring M. (2014). Management and medicine: why we need a new approach to the relationship. *Journal of health services research & policy*, 19(3): 189-191. DOI: 10.1177/1355819614524946.
- Kumpusalo E., Virjo I., Mattila K., Halila H. (2003). Managerial skills of principal physicians assessed by their colleagues: A lesson from Finland. *Journal of health organization and management*, 17(6): 457-462.
- Lane D.S. (1998). Defining competencies and performance indicators for physicians in medical management. *American journal of preventive medicine*, 14(3): 229-236. DOI: 10.1016/S0749-3797(97)00068-8.
- Liang Z., Howard P.F., Koh L.C., Leggat S. (2013). Competency requirements for middle and senior managers in community health services. *Australian Journal of Primary Health*, 19(3): 256-263. DOI: 10.1071/PY12041.
- Liang Z., Howard P.F., Leggat S., Bartram T. (2018). Development and validation of health service management competencies. *Journal of health organization and management*, 32(2): 157-175. DOI: 10.1108/JHOM-06-2017-0120.
- Lynch R.L., Cross K.F. (1991). *Measure up!: Yardsticks for continuous improvement*. Cambridge, MA: Basil Blackwell Inc.
- Mintzberg H. (2004). *Managers, not MBAs: A hard look at the soft practice of managing and management development*. Oakland, CA: Berrett-Koehler Publishers.
- Neely A., Adams C., Crowe P. (2001). The performance prism in practice. *Measuring business excellence*, 5(2): 6-13. DOI: 10.1108/13683040110385142.
- Neufeld V.R., Maudsley R.F., Pickering R.J., Turnbull J.M., Weston W.W., Brown M.G., Simpson J.C. (1998). Educating future physicians for Ontario.

- Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 73(11): 1133-1148. DOI: 10.1097/00001888-199811000-00010.
- Pihlainen V., Kivinen T., Lamintakanen J. (2016). Management and leadership competence in hospitals: a systematic literature review. *Leadership in Health Services*, 29(1): 95-110. DOI: 10.1108/LHS-11-2014-0072.
- Quinn R.E., Rohrbaugh J. (1981). A competing values approach to organizational effectiveness. *Public Productivity Review*, 5(2): 122-140. DOI: 10.2307/3380029.
- Ringsted C., Hansen T.L., Davis D., Scherpbier A. (2006). Are some of the challenging aspects of the CanMEDS roles valid outside Canada?. *Medical Education*, 40(8): 807-815. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02525.x.
- Spinsanti S. (1997). La Formazione del Personale delle Aziende Sanitarie. In: Trabucchi M. (a cura di), Fondazione Smith Kline. *Rapporto Sanità '97. I nodi del cambiamento*, pp. 235-259. Bologna: Società Editrice il Mulino.
- Stefl M.E. (2008). Common competencies for all healthcare managers: the healthcare leadership alliance model. *Journal of healthcare management*, 53(6).
- Teo W., Khoo H.S., Tang Y.L., Ng Y., Chew N., Jong M. (2019). Administrative and managerial skills for tomorrow's medical professionals: a needs assessment. *Journal of graduate medical education*, 11(4s): 200-202.
- Townsend K., Wilkinson A. (2010). Managing under pressure: HRM in hospitals. *Human Resource Management Journal*, 20(4): 332-338. DOI: 10.1111/j.1748-8583.2010.00145.x.
- Toygar S.A., Akbulut Y. (2013). Managerial Skills of hospital administrators: case study of Turkey. *Journal of Health Management*, 15(4): 579-594.
- van Veen-Berkx E., de Korne D.F., Olivier O.S., Bal R.A., Kazemier G. (2016). Benchmarking operating room departments in the Netherlands: evaluation of a benchmarking collaborative between eight university medical centres. *Benchmarking: An International Journal*, 23(5): 1171-1192.
- Veillard J., Champagne F., Klazinga N., Kazandjian V., Arah O.A., Guisset A.L. (2005). A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International journal for quality in Health Care*, 17(6): 487-496. DOI: 10.1093/intqhc/mzi072.
- Vinson C. (1994). Administrative knowledge and skills needed by physician executives. *Physician executive*, 20(6): 3-8. DOI: 10.17305/bjbms.2010.2734.
- Wanke T.R., McDevitt J.L., Jung M.J., Meyer M., Lalit Puri M.D.M.B.A., Gonzalez C.M., Saucedo J.M. (2015). Integrating business education in medical schools: a multicenter survey. *Physician leadership journal*, 2(6): 54.
- Watson A., MacDowell C., Khodorov G., Tartaglia J., Weber P. (2018). Assessing Entrepreneurial Characteristics of Healthcare Students Participating in an Entrepreneurial-Medicine Curriculum. *MedEdPublish*, 1.
- Zangrandi A., Fanelli S., Donelli C.C., Elefanti M. (2020). *Crisis management: la gestione di un ospedale durante una pandemia*. Milano: Egea.

Implementazione della metodologia Lean per l'ottimizzazione del punto tamponi: l'esperienza di Piove di Sacco

Gianmaria Gioga, Morena Crivellaro, Veronica Lazzaretto, Elena Debora Toffanello, Alessandro Villa, Lorenzo Cattelino, Andrea Segnalini*

La necessità di ottimizzare i processi di erogazione di servizio del SSN (sistema sanitario nazionale) italiano è cresciuta velocemente con la diffusione del SARS-CoV-2. In particolare modo, i processi di gestione dei centri tamponi hanno richiesto interventi di miglioramento al fine di ottimizzare i tempi e le modalità di esecuzione della procedura.

Mediante la metodologia del caso studio, il presente lavoro descrive l'esperienza di un centro per tamponi antigenici e molecolari della Regione

Veneto in cui sono stati utilizzati alcuni strumenti del toolbox della metodologia Lean per mappare i processi, raccogliere i dati e definire azioni efficaci di miglioramento dei flussi degli utenti. A seguito di questo intervento il tempo medio di transito utente nel centro tamponi è stato ridotto del 73% per i test molecolari e del 42% per i test rapidi antigenici. Ulteriori risultati ottenuti sono stati l'azzeramento degli errori in fase di accettazione e un contestuale aumento del livello di soddisfazione del personale.

L'importanza di saper rispondere alle sfide con agilità, l'efficacia di un approccio iterativo e della collaborazione trasversale rappresentano i principali insegnamenti emersi.

Parole chiave: Covid-19, test, tamponi, Lean, efficientamento, processi.

Implementation of the Lean methodology for the optimization of Covid-19 testing points: the experience of Piove di Sacco

During the outbreak of SARS-CoV-2 the need to optimize the operations inside the Italian NHS has rapidly grown. This

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Presentazione del caso studio
3. Metodologia del progetto di ottimizzazione flussi nel punto tamponi
4. Risultati
5. Discussione
6. Conclusione

* Gianmaria Gioga, Aulss 6 Euganea, Direttore Distretto Padova Piovese, <https://orcid.org/0000-0003-1716-4485>. E-mail: gianmaria.gioga@aulss6.veneto.it.

Morena Crivellaro, Aulss 6 Euganea, Distretto Padova Piovese, Infermiere coordinatore. <https://orcid.org/0000-0001-7247-3489>. E-mail: morena.crivellaro@aulss6.veneto.it.

Veronica Lazzaretto, Aulss 6 Euganea, Distretto Padova Piovese, Medico USCA. <https://orcid.org/0000-0002-5249-3834>. E-mail: veronica.lazzaretto@gmail.com.

Elena Debora Toffanello, Aulss 6 Euganea, UOC Cure Primarie Distretti 1, 2 e 3, Direttore. E-mail: elenadebora.toffanello@aulss6.veneto.it.

Alessandro Villa, Roche Diagnostics S.p.A. <https://orcid.org/0000-0001-8118-9738>. E-mail: alessandro.villa@roche.com.

Lorenzo Cattelino, Roche Diagnostics S.p.A. E-mail: lorenzo.cattelino@roche.com.

Andrea Segnalini, Roche Diagnostics S.p.A. E-mail: andrea.segnalini@roche.com.

issue was particularly significant for the management of swab testing hubs.

Some tools from the Lean methodology toolbox has been implemented in a Veneto region's swab testing hub to map the process, collect data and define effective actions for user flow improvement. Users' average transit time has been reduced by 73% for molecular tests and by 42% for antigen tests. In addition, errors during the check-in have been zeroed and staff satisfaction level has been increased.

The importance to meet challenges with agility, the effectiveness of an iterative approach and the relevance of the cross collaboration are the main learnings of this experience.

Keywords: Covid-19, testing, swabs, Lean, efficiency, operations.

Articolo sottomesso: 06/07/2021,
accettato: 25/04/2022

1. Introduzione

Nel novembre del 2020 il SSN (sistema sanitario nazionale) italiano si è trovato a dover affrontare la seconda ondata di Covid-19 (Coronavirus disease-19) (Ughi *et al.*, 2022). Per reggerne l'urto, le Regioni con le rispettive Aziende Sanitarie Locali hanno attivato sul territorio dei centri per tamponi al fine di mantenere un efficace monitoraggio della diffusione virale nella popolazione (*contact tracing*) e di testare le persone in massima sicurezza, senza sovraccaricare le strutture ospedaliere già saturate. A tal fine, in Regione Veneto sono stati creati dei punti tampone (*hot-spot*) e dei punti tampone accessibili in auto (*drive through*), riconvertendo strutture pubbliche. Sebbene sia i *drive through* sia gli *hot-spot* si siano rivelati necessari fin da subito, in buona

parte di questi sono emerse importanti sfide di natura organizzativa e gestionale (epicentro.iss.it; Marsilio, Rosa, 2020a). Queste sono state causate soprattutto dalla variabilità del flusso della domanda e, in particolare, dal flusso crescente di utenti. In queste circostanze, infatti, le operazioni di esecuzione dei tamponi hanno subito un rallentamento, prolungando i tempi di attesa, riducendo il grado di soddisfazione di utenti e operatori ma soprattutto aumentando il rischio di errore.

Per far fronte alle complessità del contesto descritto, alcuni enti hanno intrapreso percorsi di ottimizzazione improntati sulla metodologia Lean (Womack, Jones, 1997; Marsilio, Prestini, 2020b). Quest'ultima, attraverso interventi organizzativi, strutturali e gestionali integrati, mira all'eliminazione degli sprechi all'interno dei processi e alla diffusione di una cultura di miglioramento continuo che mette al centro il cliente e il suo valore. Guardando alla sanità come a un insieme di processi di cura intercorrelati, è possibile implementare la metodologia Lean anche in questo settore, il quale necessita di soluzioni alle sue sfide più recenti, rappresentate da un lato dai cambiamenti nella domanda e dall'altro da una contrazione delle risorse disponibili (Mahmoud *et al.*, 2021; Prado-Prado *et al.*, 2020; Rotter *et al.*, 2019). Con il Lean Healthcare, infatti, è possibile analizzare e ottimizzare i flussi degli utenti garantendo loro un servizio rapido, sicuro e di alta qualità, cioè generando valore (Tlapa *et al.*, 2020; Iannone, Rosa, 2021). Mediante l'applicazione del metodo Lean, l'obiettivo ultimo è quello di ridurre gli errori clinici e diagnostici, di ottimizzare le risorse e di produrre consistenti risparmi per i sistemi sanitari. L'otteni-

mento di questi benefici ha assunto maggiore rilievo in un periodo straordinario come quello della pandemia da SARS-CoV-2, durante il quale i punti deboli dei sistemi sanitari sono talvolta emersi accrescendo la necessità di raggiungere l'eccellenza organizzativa all'interno del settore. In Italia, in particolare, il SSN si è dimostrato vulnerabile a causa di una molteplicità di fattori quali, per esempio, le falle organizzative e strutturali, i lunghi tempi di attesa, percorsi diagnostici e terapeutici inappropriati e altre inefficienze. In questo contesto hanno quindi trovato applicazione i principali obiettivi di intervento della metodologia Lean, volti all'implementazione di un servizio rapido, sicuro e di alta qualità che sempre di più rappresenta una risposta per le sfide del SSN italiano.

Mediante la metodologia del caso studio il presente lavoro descrive l'esperienza di un centro per tamponi antigenici e molecolari della Regione Veneto, in cui sono stati utilizzati alcuni strumenti del toolbox della metodologia Lean per mappare i processi, raccogliere dati e definire azioni efficaci di miglioramento dei flussi degli utenti e, quindi, del servizio fornito. Nelle sezioni successive viene presentato il caso studio e sono presentati e discussi i risultati ottenuti dopo l'intervento riorganizzativo.

2. Presentazione del caso studio

A Piove di Sacco, all'interno del distretto 3 dell'ULSS 6 di Padova, all'inizio della seconda ondata di pandemia da SARS-CoV-2, una struttura adibita ad auditorium è stata convertita a punto tamponi per la rilevazione del virus. La cruciale importanza di questo punto prelievi in un momento

delicato della pandemia e il rapido incremento della domanda presso la struttura hanno portato la direzione del Distretto Sanitario a riconoscere l'esigenza di ottimizzare il percorso dell'utente. Questa, quindi, è stata identificata come un'opportunità di implementazione della metodologia Lean volta all'efficientamento dei processi, alla riduzione degli sprechi e alla creazione di valore per l'utente finale. L'intervento Lean è stato pensato per affrontare questioni chiave riguardanti tutti gli attori coinvolti nell'organizzazione del punto tamponi, perché mirato a diminuire i tempi di attesa degli utenti, rendendo gli spazi meno affollati e mitigando il rischio di contagio, e a ridurre il rischio di eventuali errori, per esempio, in sede di accettazione. Gli obiettivi del progetto, quindi, prevedevano l'ottimizzazione del processo organizzativo all'interno del punto tamponi e la riduzione del rischio di errore, aumentando la soddisfazione degli utenti e del personale e favorendo un miglioramento delle condizioni di lavoro.

2.1. Organizzazione del punto tamponi

Nel punto tamponi di Piove di Sacco venivano eseguiti tamponi molecolari e/o rapidi antigenici per la rilevazione del virus. Secondo le prime stime, il punto tamponi aveva una capacità massima di esecuzione giornaliera di 500 tamponi con un orario di erogazione delle prestazioni continuato dalle 7 alle 19 e massimo afflusso nelle prime ore della mattina. Gli utenti potevano entrare nel percorso diagnostico attraverso tre modalità:

- prenotazione via e-mail da parte del medico di medicina generale

(MMG) o del pediatra di libera scelta (PLS) curante o del servizio di Continuità Assistenziale o delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA);

- prenotazione SISP (Servizio Igiene e Sanità Pubblica) per verifica nella negativizzazione o screening a seguito di contatto con positivo;
- accesso diretto con impegnativa del medico ma senza prenotazione.

Giunto presso la struttura, l'utente seguiva la fila per accedere al luogo di accettazione (Supplemento, Fig. S1). Quest'ultimo presentava due o tre postazioni di erogazione della prestazione con cartellonistica ben evidente che invitava a mantenere il distanziamento interpersonale. L'accettazione aveva validità sia per le indagini molecolari (Supplemento, Fig. S1) sia per quelle antigeniche (Supplemento, Fig. S1). L'operatore deputato alla pratica di accettazione era generalmente un Operatore Socio-Sanitario o un impiegato amministrativo che doveva eseguire molti passaggi informatici per fornire al paziente, in funzione del test da eseguire, le seguenti etichette identificative:

- 2 etichette con destinazione specifica per le analisi di laboratorio in caso di tampone molecolare;
- 2 etichette senza destinazione specifica in caso di tampone rapido antigenico.

In seguito a questa prima fase di accettazione, il paziente, ripercorrendo una fila, entrava nel box di esecuzione tamponi, una struttura provvisoria ricavata da pannelli di plastica e legno. I box di esecuzione attivi presenti all'interno del centro tamponi variavano, a

seconda dell'afflusso, da due a tre e in ciascuno di essi vi era un medico o un infermiere deputato all'esecuzione della prestazione.

Il flusso dei campioni prelevati era il seguente:

- in caso di tampone molecolare: raccolta momentanea del campione in un rack e conservazione in frigorifero. Invio dei campioni due volte al giorno al laboratorio di Microbiologia;
- in caso di tampone rapido antigenico: posizionamento dei campioni sul banco del box di esecuzione tamponi per il tempo minimo necessario di reazione nel buffer (10-15 minuti, misurati con un timer, mentre il paziente aspettava in sala di attesa o nel giardino interno). Qualora il paziente fosse risultato positivo al tampone rapido, questi avrebbe dovuto mettersi nuovamente in coda per confermare la positività con l'analisi molecolare.

Nel flusso delle attività il medico referente (Supplemento, Fig. S1) svolgeva i seguenti compiti:

- raccolta e inserimento esiti nel sistema informatico;
- stampa degli esiti;
- firma degli esiti;
- consegna degli esiti al paziente.

3. Metodologia del progetto di ottimizzazione flussi nel punto tamponi

Al fine di ottimizzare i flussi nel punto tamponi di Piove di Sacco, è stato avviato un progetto di efficientamento Lean al quale hanno collaborato il personale sanitario e quello amministrativo del Distretto 3 di Padova Piovese dell'AULSS 6 Euganea, supportati da

un team di consulenti dell'azienda Roche Diagnostics S.p.A.

La metodologia applicata è stata quella del Rapid Improvement Event (RIE) che, a differenza dell'implementazione Lean sistemica o basata sul ciclo di Deming, si focalizza sulle attività che compongono i singoli processi per ottenere miglioramenti in un breve lasso temporale (Sankoff *et al.*, 2013). Per condurre le attività progettuali è stato costituito un team multidisciplinare di sette persone, che comprendeva personale sanitario e direzionale, consulenti Lean e consulenti di economia sanitaria.

A causa delle restrizioni su eventi di aggregazione, non è stato possibile condurre workshop in presenza, come solitamente richiesto per le attività di RIE. Il percorso di lavoro è stato quindi adattato in modo innovativo al lavoro da remoto tramite alcuni strumenti digitali di collaborazione. Gli incontri sono stati organizzati quindi in videocall, tramite Google Meet, mentre il lavoro collaborativo di mappatura dei processi e identificazione delle criticità è stato condotto con Jamboard, la lavagna virtuale di Google. Per un'efficiente condivisione dei documenti prodotti è stata creata una cartella condivisa in Google Drive. Inoltre, le osservazioni sul campo, note come *gemba walk*, sono state effettuate grazie al supporto di telecamere GoPro e immagini fotografiche da smartphone. Nello specifico, sono stati organizzati complessivamente otto incontri virtuali da 90 minuti con la frequenza di un incontro a settimana, tra inizio dicembre 2020 e fine gennaio 2021. Gli incontri sono stati intervallati da attività di osservazione sul campo, raccolta dati e analisi. Questo permetteva di bilanciare il bisogno di agire

con urgenza con l'effettiva disponibilità di tempo. I cambiamenti concordati erano introdotti di volta in volta, senza attendere la conclusione delle attività, al fine di monitorarne l'efficacia in tempo reale.

Gli step del percorso di ottimizzazione sono stati strutturati per seguire le principali fasi del formato RIE (Fig. 1). Nel contesto di questo caso studio, dopo la condivisione degli obiettivi dell'intervento Lean e la condivisione di informazioni preliminari di contesto nell'ambito di focus group preparatori, il team di lavoro ha mappato il processo del punto tamponi sia per il test molecolare sia per il test rapido antigenico. Sulla base di questa mappatura iniziale sono state definite alcune metriche quantitative e qualitative e sono state quindi condotte osservazioni sul campo e attività di raccolta dati in alcune giornate dedicate, sulla base delle metriche definite. Tale raccolta dati si è svolta tramite la somministrazione di questionari agli operatori sanitari coinvolti nel centro tamponi. Le informazioni ottenute dalle misurazioni hanno permesso di analizzare le criticità del processo e di prioritizzare quelle a maggior impatto, approfondendone le cause dalla radice. Sono state quindi definite le azioni di miglioramento efficaci e utili a generare un impatto misurabile in tempi brevi. L'intervento Lean nel punto tamponi è avvenuto tra gennaio e febbraio 2021. Il team multidisciplinare ha monitorato l'andamento del centro nel primo mese successivo all'intervento al fine di verificare l'efficacia degli interventi pianificati. Al termine del monitoraggio, il team multidisciplinare ha svolto una valutazione retrospettiva dell'intervento Lean.

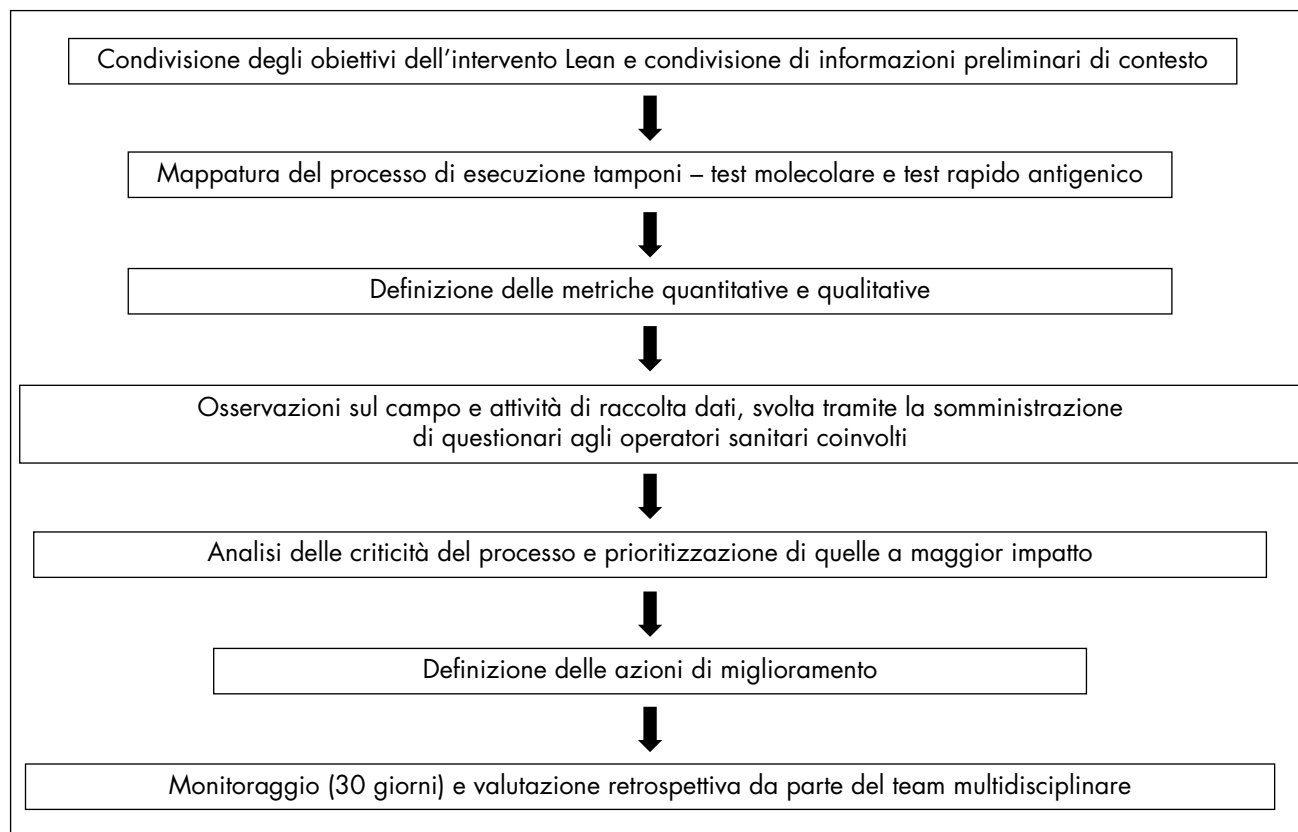


Fig. 1
Step del percorso di ottimizzazione flussi nel punto tamponi

4. Risultati

4.1. Definizione delle metriche quantitative e qualitative

In merito alla definizione delle problematiche di flusso (Supplemento, Fig. S1), il team multidisciplinare ha identificato le seguenti metriche quantitative:

- il tempo di transito di una persona all'interno del punto tamponi;
- gli errori di inserimento dei dati di accettazione;
- il numero di persone presenti negli spazi riservati all'attesa del risultato del test rapido antigenico;
- il numero di step a elevato rischio di contagio;
- i costi correlati al tempo medio di permanenza del paziente all'interno

del centro tamponi rapportato agli FTE (full time equivalent, equivalente a tempo pieno) degli operatori sanitari coinvolti nella procedura.

Le metriche qualitative individuate sono state la prioritizzazione dei campioni e la soddisfazione degli utenti e degli operatori sanitari. In relazione a quest'ultimo punto, il team multidisciplinare ha prodotto un questionario di gradimento somministrato agli operatori sanitari successivamente in 2 momenti: T0 (tempo pre-intervento Lean) e T1 (tempo successivo all'intervento Lean; 1-2 settimane dopo). Le 5 domande componenti il questionario, utilizzate in molteplici progetti svolti dal 2017 a oggi, rappresentano

uno standard per i progetti Lean supportati dai team di consulenti di Roche Diagnostics S.p.A. (Appendice 1).

4.2. Situazione iniziale nel punto tamponi (pre-intervento Lean)

Dopo una prima analisi delle metriche quantitative e qualitative, la situazione iniziale pre-intervento Lean nel punto tamponi era la seguente (Supplemento, Fig. S2).

Test molecolare:

- numero medio (\pm deviazione standard, DS) di tamponi eseguiti giornalmente: 30 ± 5 ;
- tempo medio (\pm DS) di permanenza dell'utente all'interno della struttura: $20 (\pm 22)$ minuti (Fig. 2).

Test rapido antigenico:

- numero medio (\pm DS) di tamponi eseguiti giornalmente: 110 ± 15 ;

- tempo medio (\pm DS) di permanenza dell'utente all'interno della struttura: $40 (\pm 28)$ minuti (Fig. 3).

Gli errori di inserimento dei dati durante la procedura di accettazione ammontavano a una media (\pm DS) di 2 ± 1 errori a settimana, su una media di 980 accettazioni settimanali.

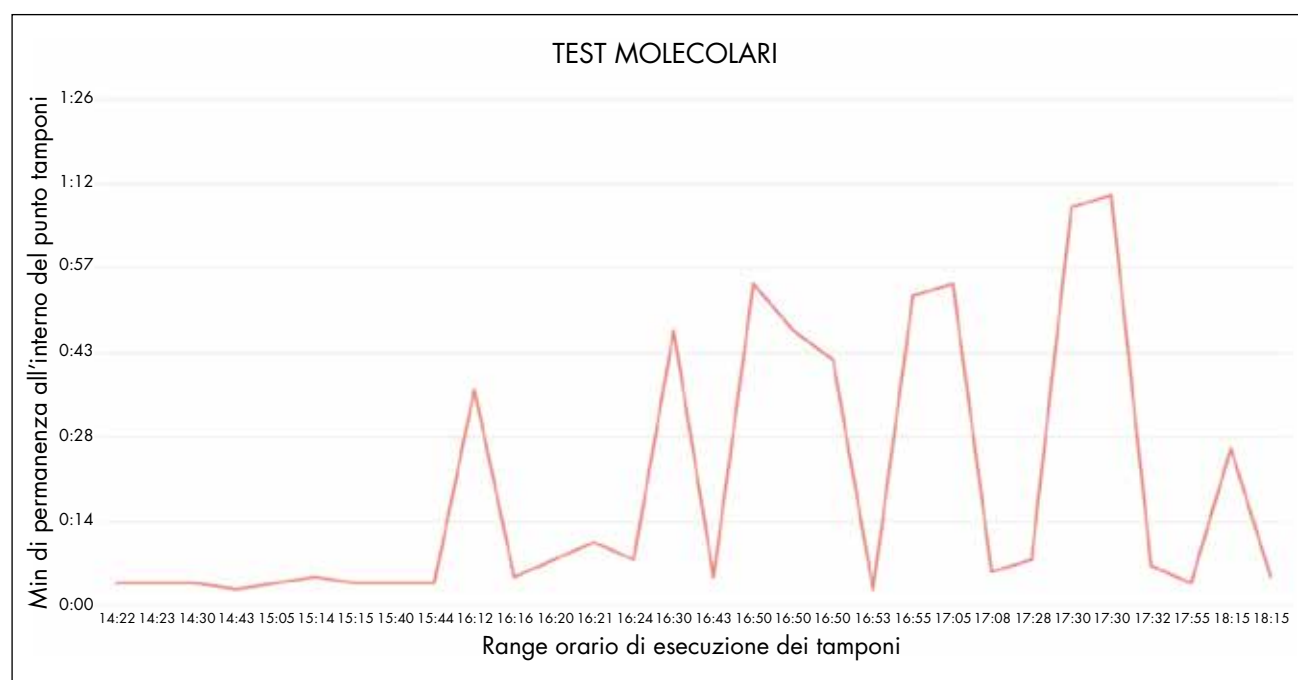
4.3. Azioni di miglioramento

Sulla base dei risultati ottenuti dalle misurazioni pre-intervento Lean, il team ha identificato i seguenti target (obiettivi raggiungibili) per il punto tamponi e per tutte le persone coinvolte nel processo:

- riduzione del 30% del tempo di permanenza dell'utente nella struttura;
- aumento del 20% del livello di soddisfazione del personale;
- riduzione del 35% del costo medio FTE del personale coinvolto in

Fig. 2

Misurazione pre-intervento Lean dei minuti di permanenza all'interno del punto tamponi a seconda dell'orario di accesso per gli utenti sottoposti a tampone molecolare



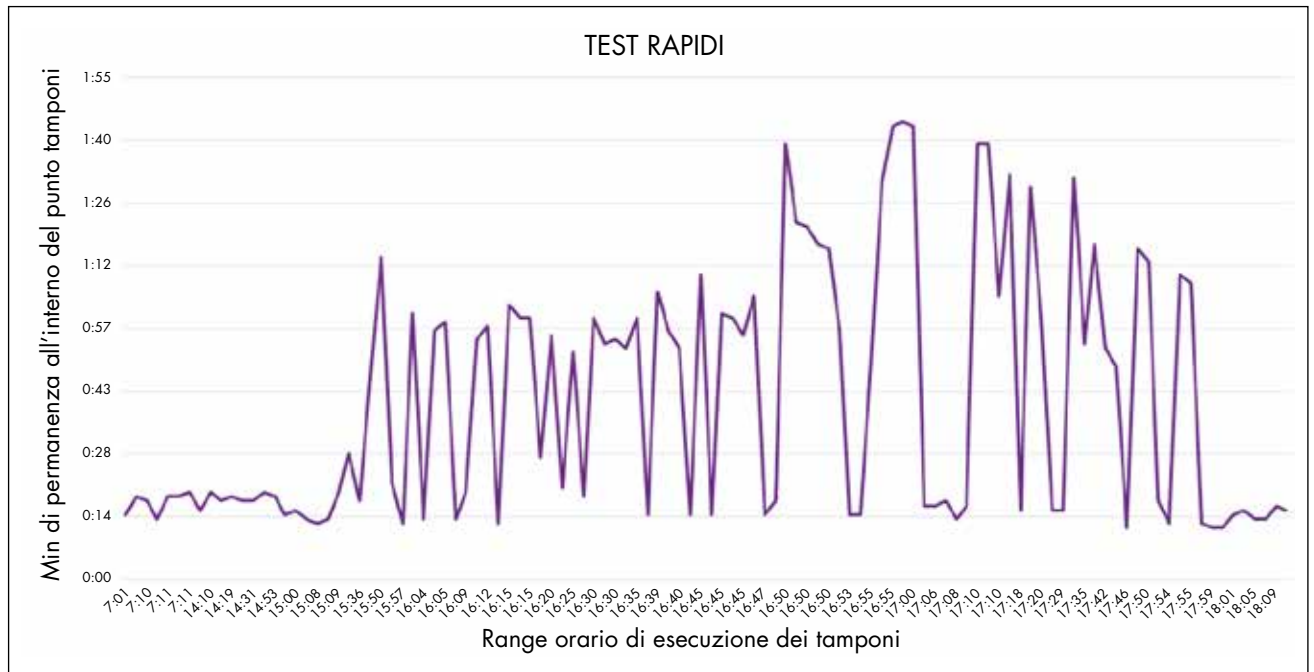


Fig. 3
Misurazione pre-intervento Lean dei minuti di permanenza all'interno del punto tamponi a seconda dell'orario di accesso per gli utenti sottoposti a tampone rapido antigenico

relazione alle tempistiche di permanenza;

- riduzione del 100% degli errori di inserimento dati durante la fase di accettazione.

4.4. Situazione nel punto tamponi post-intervento Lean

A seguito dell'intervento Lean (Supplemento, Fig. S3) sono stati ottenuti i seguenti risultati.

Test molecolare:

- numero medio (\pm DS) di tamponi eseguiti giornalmente: 63 ± 9 ;
- tempo medio (\pm DS) di permanenza dell'utente all'interno della struttura: $5 (\pm 2)$ minuti (Fig. 4).

Test rapido antigenico:

- numero medio (\pm DS) di tamponi eseguiti giornalmente: 76 ± 7 ;
- tempo medio (\pm DS) di permanenza

dell'utente all'interno della struttura: $23 (\pm 5)$ minuti (Fig. 5).

Si evince che i tempi di permanenza degli utenti all'interno del punto tamponi di Piove di Sacco sono stati ridotti per entrambe le tipologie di test e più precisamente del 73% nel caso dei test molecolari e del 42% nel caso dei test rapidi antigenici (come mostrato in Tab. 1).

Ottenuti questi risultati il team multidisciplinare si è concentrato sulla valorizzazione economica dell'efficientamento delle tempistiche prendendo in considerazione gli FTEs e la retribuzione lorda oraria del personale coinvolto nelle procedure del punto tamponi (vedi Tab. 2).

Integrando questi dati con quelli relativi alle riduzioni dei tempi di permanenza all'interno del punto tamponi, emerge la valorizzazione economica presentata nella Tab. 3.

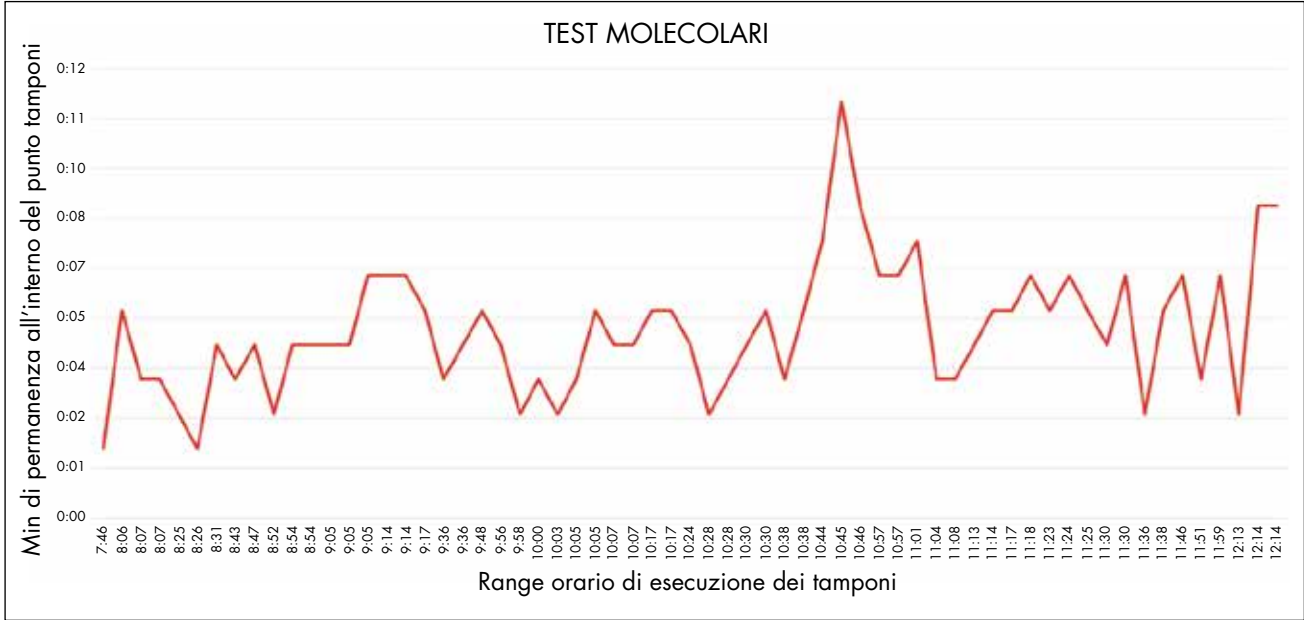


Fig. 4 Misurazione post-intervento Lean della media dei minuti di permanenza all'interno del punto tamponi a seconda dell'orario di accesso per gli utenti sottoposti a tampone molecolare

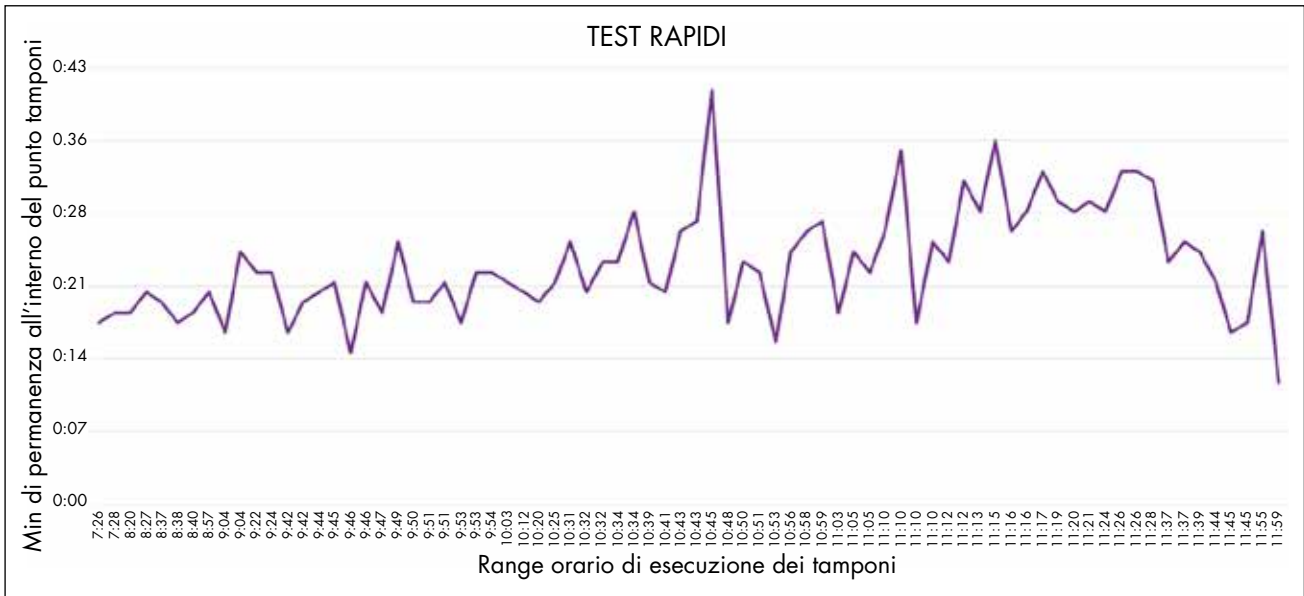


Fig. 5 Misurazione post-intervento Lean della media dei minuti di permanenza all'interno del punto tamponi a seconda dell'orario di accesso per gli utenti sottoposti a tampone rapido antigenico

Tab. 1 – Tempo medio di transito dell'utente nella struttura, espresso in valori assoluti

Media pre-intervento	Media post-intervento	Variazione	Tipologia di test
20 min	5 min	-15 min	Molecolare
40 min	23 min	-17 min	Rapido antigenico

Tab. 2 – Retribuzione lorda oraria per membro del personale sanitario

Personale sanitario	Retribuzione lorda oraria
Medico USCA refertatore	44,15 €
Infermiere tamponatore	24,87 €
OSS accettatore	20,89 €

Tab. 3 – Valorizzazione economica conseguente all'intervento Lean

Tipologia di test	Decremento nei tempi	Risparmio economico (scenario con 7 Operatori sanitari coinvolti)	Risparmio economico (scenario con 5 Operatori sanitari coinvolti)
Molecolare	-15 min	50,16 €	33,92 €
Rapido antigenico	-17 min	56,87 €	38,44 €

Relativamente agli errori di inserimento dei dati durante la procedura di accettazione, si è rilevato che nel periodo successivo all'intervento Lean questi sono scesi a 0.

4.5. Giudizio di gradimento

Sono stati compilati un totale di 22 questionari di gradimento da parte del personale sanitario. Sulla base delle risposte riportate, è stato rilevato un aumento del gradimento globale dopo l'intervento Lean, rispetto a quanto riportato a T0 (Fig. 6).

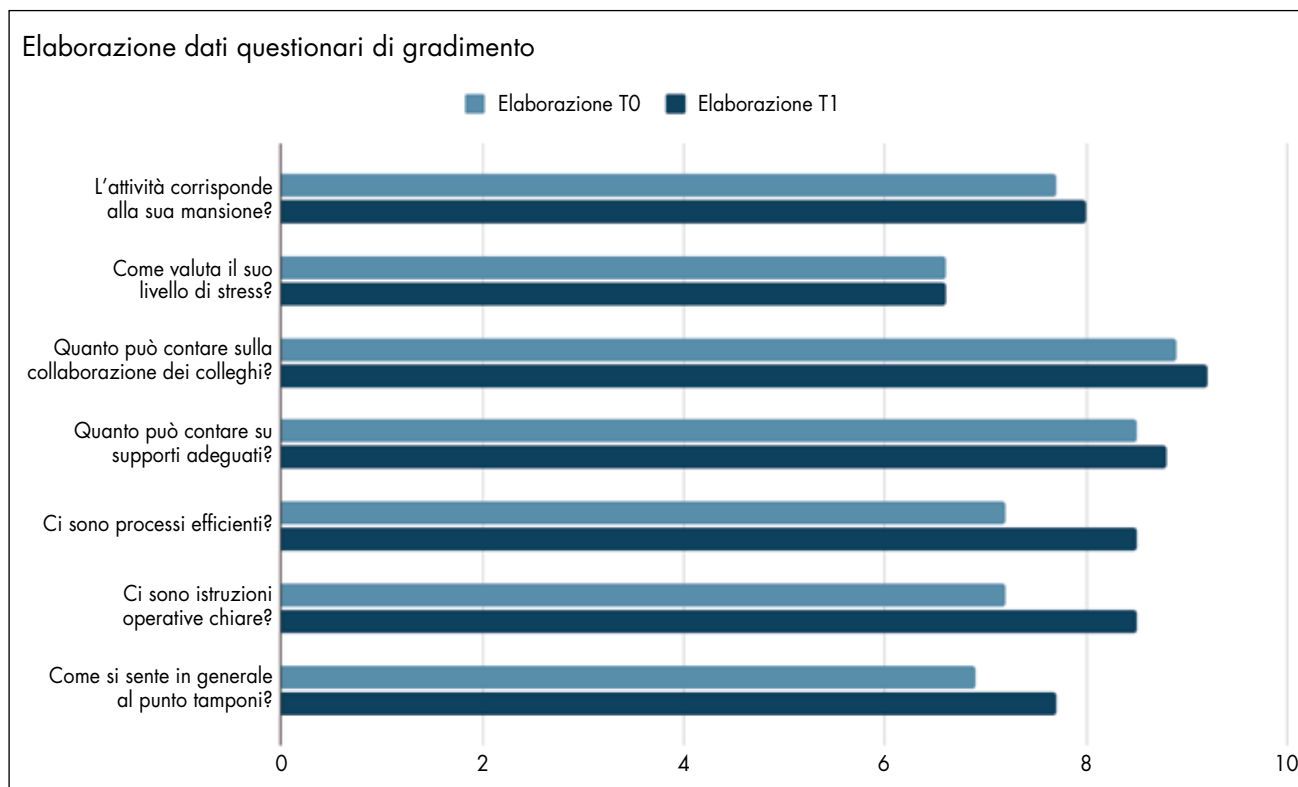
Il maggior incremento percentuale si è registrato relativamente alle domande sull'efficienza dei processi (punteggio medio da 7,2/10 al T0 a 8,5/10 al T1, con un incremento del 18,1%), sulla chiarezza delle procedure operative (punteggio medio da 7,2/10 al T0 a 8,5/10 al T1, con un incremento del 18,1%) e sulla soddisfazione generale ("Come si sente in generale al punto

tamponi?", con un punteggio medio che è passato da 6,9/10 a 7,7/10, con un incremento del 11,6%). In generale i risultati del lavoro effettuato sono stati molto apprezzati dagli operatori, anche se non pari alla soglia di incremento attesa, a causa della presenza di punteggi già elevati (media 7,6) al T0, nonostante il servizio fosse difficile e impegnativo.

4.6. Valutazione retrospettiva dell'intervento Lean

Dopo aver valutato i risultati sulle metriche prese in considerazione all'inizio dell'intervento, il team multidisciplinare ha svolto un'analisi retrospettiva del percorso metodologico che ha portato all'efficientamento del centro tamponi di Piove di Sacco.

I principali punti emersi da questa indagine retrospettiva hanno riguardato la soddisfazione del team nel raggiungimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi prefissati all'inizio del progetto, che sono stati centrati grazie alla passio-



ne con la quale il team ha lavorato rispettando tempistiche e scadenze. Un altro punto di forza segnalato dall'indagine si riferisce al lavoro generato da un coinvolgimento non solo top-down (gerarchico) degli attori coinvolti ma anche bottom-up, dove cioè il personale che lavora all'interno del punto tamponi è stato protagonista dell'azione. Infine, l'analisi retrospettiva ha messo in evidenza la sfida creata dalla gestione da remoto del progetto che ha impedito la presenza fisica dei consulenti nella struttura e anche l'opportunità di miglioramento che può nascere dall'integrazione di una maggiore quantità di dati.

5. Discussione

Tra novembre e dicembre 2020 la situazione all'interno del punto tamponi di

Piove di Sacco era emergenziale. L'afflusso di utenti era aumentato sensibilmente in breve tempo, comportando una serie di conseguenze tali per cui la Direzione Aziendale ha deciso di richiedere una consulenza esterna di Lean Management che potesse portare a un efficientamento dei processi.

La decisione di implementare la metodologia Lean nel contesto del punto tamponi ha portato a ottimi risultati in termini di organizzazione degli spazi, soddisfazione di utenti interni ed esterni ed efficienza dei flussi di azione. Contestualmente, da questo progetto sono emersi alcuni insegnamenti.

- **Importanza dell'agilità e del dinamismo nel rispondere alle sfide:** i sistemi sanitari e le aziende satellite sono intrinsecamente esposti a real-

Fig. 6

Risultati del questionario di gradimento somministrato al personale sanitario, elaborati a T0 (linea azzurra) e a T1 (linea blu). Ogni linea rappresenta il punteggio medio rilevato per ogni quesito, valutato su una scala da 0 (punteggio minimo) a 10 (punteggio massimo)

tà in continua evoluzione e, nel contempo, puntano a offrire agli utenti servizi efficaci e sicuri nei tempi corretti. Pertanto, in questo contesto è fondamentale che le situazioni di difficoltà siano riconosciute e affrontate tempestivamente. Ciò si è dimostrato ancor più vero nel periodo di pandemia, che ha richiesto agilità di reazione e flessibilità per adattare l'azione alle sfide del momento. Il caso studio esposto nel presente lavoro rappresenta un importante esempio di individuazione e gestione di una situazione critica in modo tempestivo e dinamico, in quanto si è sviluppato durante un periodo caldo di diffusione del virus ed è stato portato avanti attraverso l'utilizzo di metodologie in modalità virtuale, che ne hanno comunque garantito il successo.

- **Efficacia di un approccio iterativo:** un elemento chiave della metodologia Lean è la cultura di miglioramento continuo che si diffonde se correttamente introdotta all'interno del contesto di azione. In questo progetto, infatti, è risultato molto efficace concentrarsi su problematiche precise e tangibili e sviluppare interventi circoscritti per testare le capacità intrinseche di miglioramento dell'organizzazione. In seguito, l'analisi concreta delle performance raggiunte, da un lato, ha consentito di aumentare la fiducia nei confronti della metodologia e, dall'altro, restituisce un punto di partenza verso più ampi margini di efficientamento e verso obiettivi più grandi e complessi.
- **Collaborazione multidisciplinare per poter generare valore:** in un intervento di efficientamento Lean, la composizione più adatta del gruppo di lavoro risulta essere quella

multidisciplinare dove, come in questo caso specifico, sono comprese anche le principali competenze e professionalità coinvolte nel punto tamponi, per poter avere una visione d'insieme della struttura, dei processi e delle relative criticità. Per il successo del progetto è stata cruciale anche l'esperienza e il contributo dei consulenti esterni, sia per la loro approfondita conoscenza della metodologia Lean sia per la loro prospettiva imparziale, attraverso la quale è stato possibile guidare la trasformazione dall'interno. Questo caso studio è un esempio di come una collaborazione stimolante e produttiva faccia sì che le aziende dei settori *healthcare* e *life science* possano porsi come partner dell'ecosistema sanità: mettendo le loro peculiari competenze a disposizione per affrontare le sfide presenti e future, generando un impatto significativo sui sistemi sanitari e per la popolazione.

L'adozione della metodologia Lean in ambito sanitario comporta sicuramente un investimento in termini di tempo, richiesto da parte dell'ente sia per applicare la metodologia sia per massimizzarne i benefici. Il coinvolgimento di professionisti esterni risulta inoltre un aspetto fondamentale, utile per trasmettere il know-how nell'applicazione della metodologia e per creare delle best practice che consentano di aumentare la fiducia nella metodologia stessa. Nel contesto italiano, si è riscontrata una certa resistenza al coinvolgimento di professionisti esterni. In una recente pubblicazione è stata svolta un'analisi comparativa tra gli ospedali italiani e quelli statunitensi riguardo all'adozione, implementazione e valo-

rizzazione della metodologia Lean (Marsilio, Pisarra, 2021). Lo studio dimostra che gli ospedali statunitensi prediligono un approccio sistemico che prevede un ampio coinvolgimento di professionalità esterne, mentre gli ospedali italiani tendono ad avere un approccio settoriale alle progettualità, con scarso ricorso a consulenti esterni e coinvolgendo un numero limitato di dipartimenti e reparti (Marsilio, Pisarra, 2021). Questo porta, di conseguenza, a una minore implementazione e valorizzazione della metodologia Lean nel contesto sanitario italiano.

L'esperienza presentata in questo caso studio supporta ulteriormente l'importanza di aumentare l'ingaggio di consulenti esterni per abilitare l'uso della metodologia Lean nella prima fase di adozione e per accelerarne la diffusione. Questo avviene tramite un trasferimento delle conoscenze direttamente in un contesto applicato, secondo i principi del *learning-by-doing*. Se, da un lato, la formazione accademica dei principi Lean è una base imprescindibile per una diffusione di successo, le concrete esperienze positive risultano fondamentali per accelerare l'ingaggio tra gli operatori sanitari direttamente coinvolti nei processi. L'accesso alle competenze professionali esterne permette quindi di massimizzare i risultati delle esperienze progettuali, tramite la valorizzazione degli aspetti di formazione.

I benefici dell'adozione e implementazione della metodologia Lean in ambito sanitario si possono estendere a tutti i processi in cui si rendono necessarie la riduzione degli sprechi e l'ottimizzazione delle procedure e delle

attività attraverso un sistema di miglioramento continuo. Questo va al di là delle circostanze emergenziali, per esempio può essere valido per tutte le procedure sanitarie con un costante alto afflusso di pazienti, come per esempio le procedure di somministrazione dei vaccini. Utilizzando i principi Lean, tutti i membri dell'organizzazione, dai medici al personale amministrativo, sono chiamati a un impegno costante per identificare le aree di miglioramento ed eliminare tutto ciò che nel processo non aggiunge valore al servizio per i pazienti.

6. Conclusione

In un periodo storico in cui i sistemi sanitari di tutto il mondo si trovano sotto fortissima pressione, la capacità di gestire efficacemente i flussi dei pazienti ha acquisito ancor più rilevanza al fine di rendere disponibili e utilizzare risorse scarse nei tempi e nei modi giusti e garantire le migliori cure. Nel contempo, si è rivelato necessario anche prendere decisioni tempestive e flessibili per rispondere efficacemente all'andamento della pandemia. In questo contesto, si è rafforzata la necessità da parte dei sistemi sanitari di adottare strumenti metodologici in grado di riorganizzare ed efficientare i processi e i flussi seguendo una logica di miglioramento continuo, come accade nel Lean Management, e tenendo ben chiaro l'obiettivo di creare valore per l'intero percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente. La principale risorsa per raggiungere questo obiettivo è il personale sanitario coinvolto sin dal principio nelle attività come destinatario e ambasciatore del miglioramento.

BIBLIOGRAFIA

- Epicentro.ISS (2020). *Le nuove sfide nella gestione del COVID-19: l'esperienza dei Servizi di prevenzione*. – Text available at the website: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-esperienza-servizi-prevenzione>.
- Iannone R., Rosa A. (2021). *Lean Organization in sanità: valore e prospettive di un approccio innovativo*. – Text available at the website: <https://www.pphc.it/lean-organization-in-sanita/>.
- Mahmoud Z., Angelé-Halgand N., Churruca K., Ellis L.A., Braithwaite J. (2021). The impact of lean management on frontline healthcare professionals: a scoping review of the literature. *BMC Health Serv Res*, Apr 26, 21(1): 383. DOI: 10.1186/s12913-021-06344-0.
- Marsilio M., Prenestini A. (2020b). *Operations in tempo di crisi: le 10 lezioni apprese dalle Aziende sanitarie*. – Text available at the website: <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2020-05-20/coronavirusoperations-tempo-crisi-10-lezioni-apprese-aziende-sanitarie-101009.php?uuid=ADIsppR>.
- Marsilio M., Pisarra M. (2021). Lean management in health care: a review of reviews of socio-technical components for effective impact. *J Health Organ Manag*, 35(4): 475-491.
- Marsilio M., Rosa A. (2020a). *Il lean e value based management. Modelli e strumenti per la creazione di valore nelle aziende sanitarie*. Milano: FrancoAngeli.
- Prado-Prado J.C., García-Arca J., Fernández-González A.J., Mosteiro-Añón M. (2020). Increasing Competitiveness through the Implementation of Lean Management in Healthcare. *Int J Environ Res Public Health*, Jul 10, 17(14): 4981. DOI: 10.3390/ijerph17144981.
- Rotter T., Plishka C., Lawal A., Harrison L., Sari N., Goodridge D., Flynn R., Chan J., Fiander M., Pokinska B., Willoughby K., Kinsman L. (2019). What Is Lean Management in Health Care? Development of an Operational Definition for a Cochrane Systematic Review. *Eval Health Prof*, Sep, 42(3): 366-390. DOI: 10.1177/0163278718756992.
- Sankoff J., Taub J., Mintzer D. (2013). Accomplishing much in a short time: use of a rapid improvement event to redesign the assessment and treatment of patients with alcohol withdrawal. *Am J Med Qual*, Mar-Apr, 28(2): 95-102. DOI: 10.1177/1062860612448679.
- Tlapa D., Zepeda-Lugo C.A., Tortorella G.L., Baez-Lopez Y.A., Limon-Romero J., Alvarado-Iniesta A., Rodriguez-Borbon M.I. (2020). Effects of Lean Healthcare on Patient Flow: A Systematic Review. *Value Health*, Feb, 23(2): 260-273. DOI: 10.1016/j.jval.2019.11.002.
- Ughi N., Bernasconi DP, Del Gaudio F, Dicuonzo A., Maloberti A., Giannattasio C., Tarsia P., Puoti M., Scaglione F, Beltrami L., Colombo F, Bertuzzi M., Bellone A., Adinolfi A., Valsecchi MG., Epis OM., Rossetti C., Niguarda COVID Working Group (2022). Trends in all-cause mortality of hospitalized patients due to SARS-CoV-2 infection from a monocentric cohort in Milan (Lombardy, Italy). *Z Gesundh Wiss*, Jan 4:1-9. DOI: 10.1007/s10389-021-01675-y. Epub ahead of print.
- Womack J.P., Jones D.T. (1997). *Lean Thinking. Come creare valore e bandire gli sprechi*. Milano: Guerini Next.

Supplemento

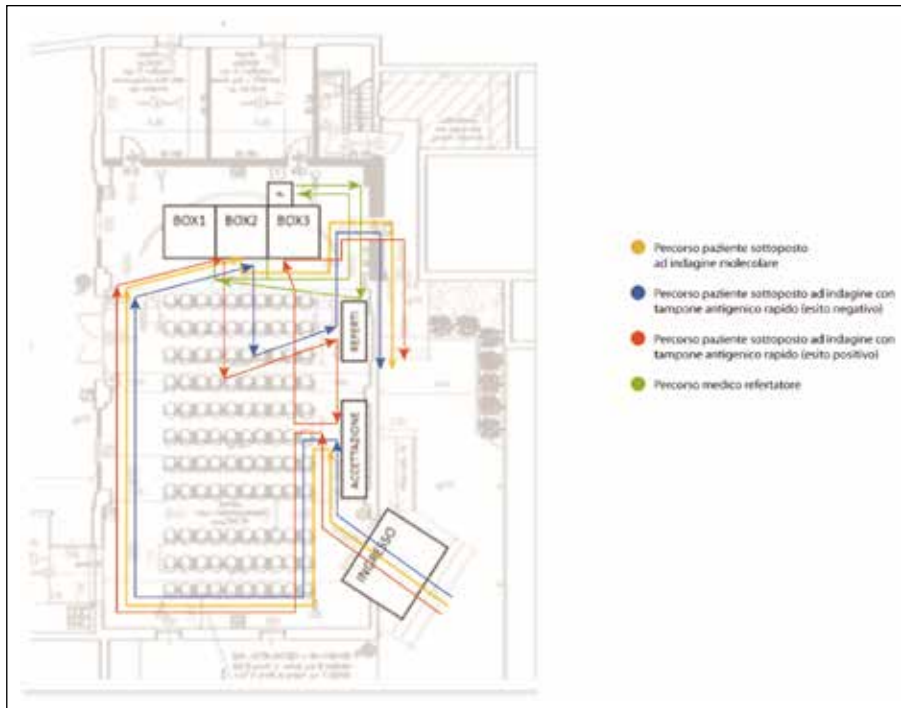


Fig. S1 – Organizzazione del centro tamponi con indicazione del percorso paziente sottoposto a indagine molecolare (percorso giallo), a indagine con tampone rapido antigenico a esito negativo (percorso blu), a indagine con tampone rapido antigenico a esito positivo (percorso rosso). Il percorso del medico refertatore è riportato in verde

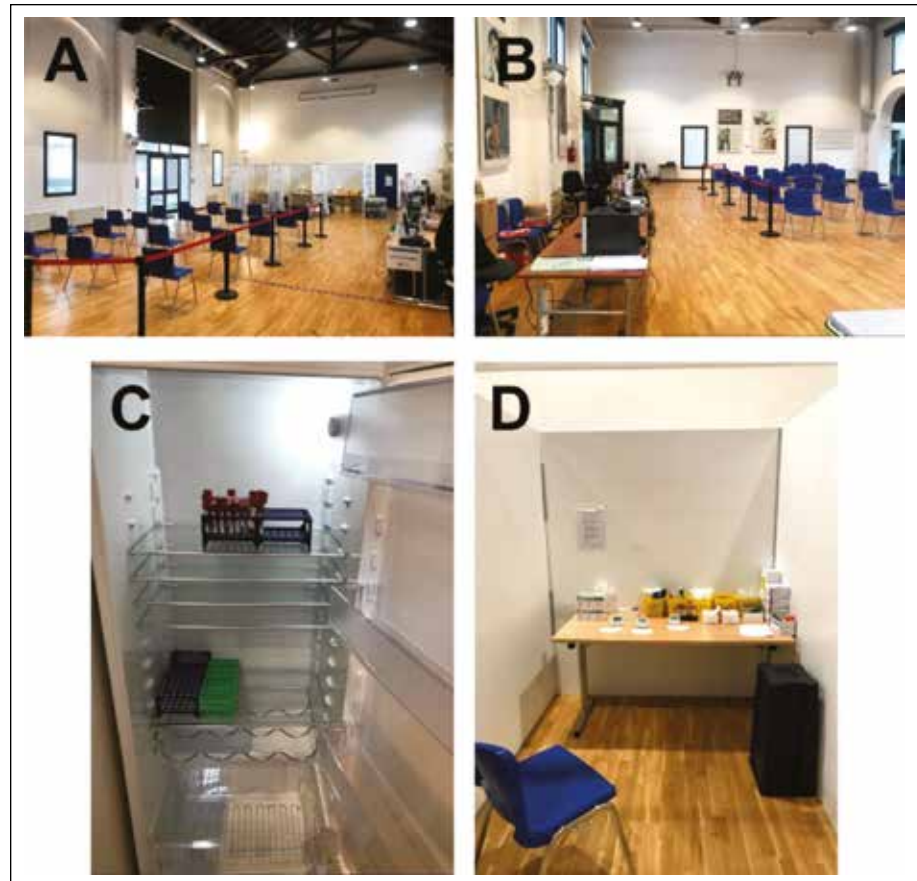


Fig. S2 – Situazione del punto tamponi pre-intervento Lean: A e B) luogo di accettazione; C) rack per la raccolta campioni per i tamponi molecolari e conservazione in frigorifero; D) banco del box di esecuzione tamponi rapidi antigenici



Fig. S3 – Situazione del punto tamponi post-intervento Lean: A e B) luogo di accettazione; C) rack per la raccolta campioni per i tamponi molecolari e conservazione in frigorifero; D) banco del box di esecuzione tamponi rapidi antigenici



Appendice 1



Regione del Veneto
AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA
www.aulss6.veneto.it –
P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it
Distretto 3 Padova-Piovese
Via San Rocco 8 – Piove di Sacco (PD)

Valutazione del grado di soddisfazione del personale nel punto tamponi di via Ortazzi a Piove di Sacco

Nell'ambito del progetto di valutazione dei processi interni, abbiamo già chiesto di conoscere la Vostra opinione riguardo ad alcuni aspetti relativi alle Vostre attività quotidiane presso il Punto Tamponi di via Ortazzi di Piove di Sacco.

Da allora, nell'ambito di un progetto di miglioramento dell'efficienza del punto tamponi, si sono messi in atto alcuni interventi migliorativi (separazione percorsi molecolari/rapidi; riorganizzazione dei box; revisione delle Istruzioni Operative). La Vostra opinione è quindi importante per cercare di verificare la qualità e l'efficienza organizzativa del servizio e valutare l'effetto dei percorsi di miglioramento realizzati.

Vi preghiamo di compilare nuovamente il questionario anonimo che segue facendo riferimento alla Vostra attività svolta da novembre dopo l'8 febbraio 2021 presso il punto tamponi di via Ortazzi a Piove di Sacco e depositarlo nella scatola predisposta in stanza 12, dove vengono prelevate e riconsegnate le chiavi di accesso alla sede. Il personale del punto tamponi può consegnarlo all'incaricato della chiusura della sede. Gli operatori della sede di Voltabarozzo possono consegnarlo al coordinatore infermieristico.

1. DA 1 A 10 QUANTO RITIENE CHE LA SUA ATTIVITÀ QUOTIDIANA NEL PUNTO TAMPONE:

1 (assolutamente no) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (assolutamente sì)

CORRISPONDA ALLA
SUA MANSIONE

In riferimento a questa domanda, che cosa in particolare non ritiene sia di sua competenza?

2. DA 1 A 10 COME VALUTA IL SUO LIVELLO DI STRESS NEL PUNTO TAMPONI NELLO:

1 (molto alto) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (molto basso)

SVOLGIMENTO
DELLA SUA ATTIVITÀ
QUOTIDIANA

Con riferimento a questa domanda, si chiede di specificare quali sono le due maggiori criticità che riscontra nella sua attività quotidiana

3. DA 1 A 10 NELLO SVOLGIMENTO DELLA SUA ATTIVITÀ NEL PUNTO TAMPONI PUÒ CONTARE SU:

1 (assolutamente no) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (assolutamente sì)

COLLABORAZIONE
DEI COLLEGHI
SUPPORTI ADEGUATI

Con riferimento all'ultima domanda, si chiede di specificare quali sono le maggiori criticità che riscontra nell'utilizzo della strumentazione in dotazione all'area





4. DA 1 A 10 LE SUE ATTIVITÀ QUOTIDIANE PRESSO IL PUNTO TAMPONI SONO CARATTERIZZATE DA:










	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PROCESSI EFFICIENTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ISTRUZIONI OPERATIVE CHIARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(assolutamente no)

(assolutamente sì)

Con riferimento a queste due domande, si chiede di specificare quali sono le maggiori criticità che riscontra

5. COME SI SENTE IN GENERALE RELATIVAMENTE ALLE SUE ATTIVITÀ QUOTIDIANE PRESSO IL PUNTO TAMPONI?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										

122
ANNO XXXI - 2022

MECOSAN

Punto di vista

La sostenibilità del SSN passa dalle aziende sanitarie
Elio Borgonovi, Giovanni Migliore

Saggi

Il vissuto degli operatori e l'emergenza Covid-19 nelle Residenze Sanitarie Assistenziali
Sara Barsanti, Virginia Sommati, Giulia Colombini

Le determinanti della trasparenza informativa nella sanità pubblica. Un'analisi empirica nelle strutture ospedaliere italiane

Angelo Rosa, Angela Rella, Filippo Vitolla, Nicola Raimo

Integrazione della catena logistica nel settore sanitario: quali strategie sono implementate?
Valeria Belvedere, Simone Laratro, Stefano Villa

Il sistema delle procedure amministrativo-contabili della GSA: il caso di Regione Lombardia e Regione Veneto

Cecilia Langella, Niccolò Persiani

Il contributo del management alla definizione della strategia di decentramento del Servizio Sanitario: il caso del Sistema Sanitario tunisino

Niccolò Persiani, Martina Giusti, Maria Jose Caldes, Afef Hagi

Un framework per la digitalizzazione del territorio

Francesco Longo, Paola Roberta Boscolo, Claudio Buongiorno Sottoriva

Materiali per la ricerca e l'approfondimento

Migliorare la performance nelle aziende sanitarie pubbliche: il contributo dei professionisti-manager
Simone Fanelli, Chiara Carolina Donelli, Fiorella Pia Salvatore, Antonello Zangrandi

Implementazione della metodologia Lean per l'ottimizzazione del punto tamponi: l'esperienza di Piove di Sacco

Gianmaria Gioga, Morena Crivellaro, Veronica Lazzaretto, Elena Debora Toffanello, Alessandro Villa, Lorenzo Cattelino, Andrea Segnalini



**Università Commerciale
Luigi Bocconi**

CERGAS

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale
www.cergas.unibocconi.it

In collaborazione con FIASO

