

La generazione di valore pubblico attraverso lo sviluppo di reti sanitarie “spontanee”: opportunità e sfide nella prospettiva della progettazione dei sistemi di programmazione e controllo

Carminé Bianchi – Ordinario di Economia Aziendale nell’Università di Palermo

Astrid Pietrosi – Responsabile dall’unità “Programmazione & Controllo” - RCCS ISMETT
Palermo

Abstract

Il presente lavoro si propone di discutere il possibile ruolo dei sistemi di programmazione e controllo come meccanismo di facilitazione dei processi di apprendimento e di collaborazione, con particolare riferimento alle reti sanitarie “spontanee”.

A tal fine, il caso concreto dell’ISMETT (Istituto mediterraneo per i trapianti e terapie ad alta specializzazione) viene illustrato, analizzato e discusso nella seconda parte del lavoro, con l’obiettivo di delineare possibili modalità attraverso le quali i sistemi di P&C potrebbero contribuire a costituire e sviluppare delle reti sanitarie sostenibili nel tempo e in grado di generare valore a beneficio della collettività.

Parole-chiave: *Reti sanitarie, valore pubblico, sistemi di programmazione e controllo.*

1. Le motivazioni sottostanti alla costituzione di reti sanitarie: dalle reti direttamente promosse dai vertici dell'amministrazione pubblica regionale alle reti "spontanee".

Particolarmente nell'ultimo decennio, la continua contrazione delle risorse disponibili e investite nella sanità in Italia ha indotto la pubblica amministrazione in generale, e le aziende ospedaliere in particolare, a lavorare in ottica di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del sistema, così da perseguire una riduzione degli sprechi e un miglioramento negli standard qualitativi e di sicurezza delle prestazioni.

Se la normativa, da un lato, spinge le aziende a raggiungere elevati livelli di performance, di qualità e sicurezza, di trasparenza ed etica, dall'altro stimola il sistema sanitario all'identificazione e alla attuazione di strumenti – quali, ad es., la costituzione di reti – che possano accelerare il percorso di ricerca dell'efficienza e dell'efficacia, per la generazione di valore pubblico.

Le reti nel settore sanitario possono essere di due tipi: 1) quelle "spontanee", ovvero generate su iniziativa della singola struttura (con approccio di tipo *bottom-up*), e 2) quelle generate con approccio di tipo *top-down*, ovvero delineate, promosse e guidate dalle istituzioni pubbliche territoriali a livello regionale e nazionale (es. Assessorato, Ministero della Salute). Ogni rete è costituita e si sviluppa come risposta alla necessità o alla opportunità di influenzare il posizionamento aziendale su determinati fattori critici di successo, ai quali corrispondono degli *outcome* e dei *driver* di natura aziendale (cioè connessi alla performance della singola struttura, ad esempio in termini economico-finanziari o in funzione delle caratteristiche delle prestazioni erogate) e di natura inter-aziendale (cioè riferibili al sistema sanitario, ad esempio in funzione di specifici percorsi di cura di determinate patologie).

Esempi di tali fattori critici di successo possono essere:

- Qualità dei servizi erogati
- Sicurezza dei servizi erogati
- Efficienza, razionalizzazione e appropriatezza nell'utilizzo delle risorse
- Soddisfazione degli utenti.

In questo contesto, nel caso di costituzione di reti con approccio di tipo *top-down*, le aziende sanitarie sono scelte e guidate dai *policy-maker* a livello nazionale, e specialmente regionale. Tali reti nascono cioè su iniziativa degli organi di governo e sono oggetto di valutazione razionale e approfondita per la creazione di valore sul territorio attraverso il coordinamento e l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie.

Le reti "spontanee" sono, invece, perseguite su iniziativa delle aziende sanitarie che ne sono promotrici, al fine di conseguire in primo luogo miglioramenti nelle performance aziendali, con la possibilità che tali miglioramenti possano avere pure delle conseguenze positive sugli *outcome* complessivi di rete. In questo caso, la costituzione della rete parte su iniziativa delle aziende sanitarie che – facendo leva sulle proprie competenze, nonché sui livelli qualitativi e di sicurezza e capacità "produttiva" disponibili – perseguono un miglioramento della performance, identificando e costituendo reti di collaborazione "ad hoc" con altri attori del settore.

Il supporto di una istituzione governativa può essere determinante per rilevare ulteriori necessità o obiettivi, con riferimento ad una rete sanitaria costituita spontaneamente. L'intervento attivo dell'amministrazione regionale o nazionale come attore *super partes* è di ausilio per amplificare ed estendere al territorio la generazione del valore creato a livello aziendale.

Un esempio è la costituzione di reti tra strutture ospedaliere limitrofe al fine di ottimizzare servizi sanitari impiegati dalle medesime per garantirne il massimo utilizzo delle risorse, come nel caso dei servizi di radiologia nucleare o di sterilizzazione. Un altro esempio è la creazione di servizi integrati di diagnosi o cura che possano garantire al paziente il percorso ottimale per la cura della patologia e al contempo alle strutture il potenziamento nell'utilizzo della disponibilità dei posti letto.

Grazie all'utilizzo della tecnologia che ha ridotto enormemente i tempi di gestione del paziente, la collaborazione tra strutture ospedaliere dalla diagnosi all'identificazione della cura è fondamentale per la generazione di valore pubblico. Questo è, ad esempio, il caso della centralizzazione della cura delle patologie rare che consentirebbero da un lato (per la struttura ricevente) di incrementare i casi trattati, e dall'altro (la struttura che trasferisce il paziente) di fornire al paziente stesso un servizio completo, individuando la struttura adeguata per le patologie da curare all'esterno e riducendo i tempi di cura.

Una politica che incentivi la creazione delle reti tra le strutture per identificarne una di riferimento potrebbe essere volano per le stesse, per investire in modo focalizzato sul percorso di diagnosi e cura e per erogare un servizio di qualità e di sicurezza a favore del paziente. Mediante la costituzione di una rete sanitaria, l'Assessorato alla Salute può individuare determinati centri di riferimento per le patologie, così da garantire la funzionalità del sistema, migliorando l'allocazione delle risorse, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Le strutture più generaliste, entrando in rete come "fornitori di pazienti", potrebbero avere remore nel partecipare perché potrebbero percepire di "perdere" parte dei pazienti, e di conseguenza parte del budget ad esse assegnato per la cura degli stessi. In realtà, invece, esse trarrebbero vantaggio dall'opportunità di maggiore disponibilità dei posti letto e dalla riduzione delle liste di attesa per l'erogazione di prestazioni appropriate.

La presenza attiva dell'istituzione governativa nella realizzazione delle reti potrebbe, quindi, stimolare un cambiamento culturale nella gestione delle aziende sanitarie, spingendole ad abbattere la visione "perimetrale" verso una visione "sistemica".

Il presente lavoro prenderà spunto dalle esperienze sulla costituzione e sull'amministrazione di reti sanitarie "spontanee" maturate da ISMETT (Istituto mediterraneo per i trapianti e terapie ad alta specializzazione), struttura ospedaliera istituita in Sicilia nel 1988 per l'erogazione di prestazioni di cura ad elevata complessità, atte a supportare il territorio nella "presa in carico" di pazienti in condizioni di salute che necessitino livelli intensivi di assistenza.

Ci si propone di utilizzare il "caso ISMETT" come base di discussione delle opportunità e delle sfide che la costituzione di reti sanitarie – e in particolare di quelle c.d. "spontanee" – oggi pone per i sistemi di programmazione e controllo (P&C) delle strutture ospedaliere. L'analisi del caso sarà contestualizzata in funzione del più ampio tema della "governance collaborativa" per la generazione di valore pubblico in un territorio, a beneficio della comunità. Ci si interrogherà in sostanza, alla

luce del caso ISMETT, sul ruolo che i sistemi di P&C possono assumere per supportare processi di aggregazione collaborativa tali da generare in modo sostenibile valore sociale ed economico, non soltanto a beneficio del singolo paziente per una determinata patologia, o della singola struttura, quanto in funzione del contributo che un razionale governo del bene comune “salute” possa fornire per il miglioramento della qualità della vita a beneficio della comunità di un territorio.

2. La costituzione di reti “spontanee” nell’esperienza di ISMETT

ISMETT è un istituto di ricerca e cura a carattere scientifico (IRCCS) che nasce dalla partnership fra Regione Siciliana (tramite l'ospedale Civico e l'ospedale Cervello di Palermo) e UPMC (*University of Pittsburgh Medical Center*). Ha una dotazione di 78 posti letto di ricovero ordinario, con 16 posti letto di terapia intensiva e 62 a monitoraggio continuo. Eroga attività cliniche chirurgiche per circa il 65% dei casi (anno 2017) e registra una complessità delle prestazioni erogate e della casistica trattata, identificata dal peso medio DRG, superiore al 3,8 (anno 2017), la più alta tra le strutture ospedaliere italiane (fonte: FLUSSO SDO ISMETT 2017).

La realizzazione e il potenziamento delle attività assistenziali erogate dalla struttura rientrano in un percorso di sviluppo di rete sanitaria assistenziale e di integrazione principalmente con il territorio a livello locale, regionale e interregionale (specie con riferimento all’Italia meridionale). Il percorso di sviluppo intrapreso da ISMETT è stato da sempre coerente con la natura di questa struttura, che fu avviata nei primi mesi di attività all’interno di un altro ospedale e che, per la rilevanza delle patologie trattate, ha nel tempo sviluppato un percorso relazionale e di formazione con i medici del territorio per la gestione dei pazienti che presentano disfunzionalità o che abbiano subito trapianti in determinati organi. Basti pensare che solo il 50% dei pazienti afferisce alla provincia di Palermo e l’8% proviene da altre regioni italiane o da altri Paesi, anche grazie alla costituzione di reti sviluppate attraverso apposite convenzioni.

Concentrando in una singola struttura attività sanitarie ed erogazione di cure altamente complesse, da un lato si garantiscono elevati livelli qualitativi – grazie anche alla numerosità dei casi trattati – e dall’altro si consente di ottimizzare investimenti e allocazione di risorse che altrimenti dovrebbero essere replicate senza poter conseguire un pieno utilizzo della capacità “produttiva”.

L’attività di integrazione e di costituzione delle reti sanitarie parte, quindi, dalla consapevolezza della natura delle prestazioni erogate dalle strutture ospedaliere, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e dell’appropriatezza delle cure erogate.

ISMETT presenta molteplici evidenze di integrazione con il territorio, sia con iniziative realizzate in autonomia, sia in seguito alla realizzazione di specifiche politiche sostenute e guidate dalla Regione Sicilia, nel rispetto di una visione di miglioramento della performance e di integrazione su un territorio più ampio della singola provincia.

Alla base di qualsiasi proposta di costituzione di una rete, ISMETT pone l’analisi dei fabbisogni e l’individuazione degli obiettivi da perseguire e da raggiungere attraverso la *partnership*. L’identificazione del partner adeguato è essenziale per l’efficacia della rete stessa, e la negoziazione permette di pervenire ad un equilibrio tra le parti nel raggiungimento degli obiettivi di ciascuno. Elemento dirimente nel raggiungimento degli accordi interaziendali è, oltre alla rilevazione dei

benefici comuni, anche una cultura che riconosca l'integrazione come opportunità per generare valore, e non invece come una minaccia esterna per le dimensioni strutturali, e per la numerosità e casistica di pazienti trattati da ciascuna struttura.

Il sistema di programmazione e controllo (P&C) di gestione ha una funzione di guida nell'identificazione dei fabbisogni e degli obiettivi da raggiungere attraverso la rete e supporta i decisori nelle analisi di valutazione della performance generata dalla collaborazione, oltre che nella valutazione (ove possibile) dei benefici che ne possano derivare per la Regione (es. mobilità attiva).

ISMETT comunica periodicamente all'assessorato regionale alla sanità i dati relativi alla sua capacità di attrazione dei pazienti provenienti da altre regioni (FLUSSO SDO) e fornisce dettagli anche attraverso le comunicazioni istituzionali, ad esempio in sede di approvazione del budget, del piano triennale, e del bilancio.

Ovviamente, un sistema di P&C permette di rilevare solo i benefici diretti che la singola struttura è in grado di conseguire mediante la costituzione e lo sviluppo di una rete "spontanea", escludendo dalle valutazioni i benefici di sistema che il servizio sanitario territoriale può conseguire dalla rete.

ISMETT fa parte di numerose reti (regionali, nazionali e internazionali) che rientrano nell'area della formazione, della ricerca e dell'attività clinica. Sono circa un centinaio le reti che, attraverso apposite convenzioni, legano la struttura al sistema sanitario nelle sue tre espressioni (formazione, ricerca, attività clinica). Alcuni esempi sono riportati in figura che segue.



Ogni rete ha un proprio percorso specifico di costituzione. Alcune derivano dalla richiesta da parte delle istituzioni affinché ISMETT possa costituire un punto di riferimento per la cura di alcune patologie o prestazioni di alta specializzazione per il territorio, altre derivano da un coinvolgimento richiesto dalle associazioni di professionisti. Altre derivano da iniziative dirette dell'Istituto, con l'intento di ottimizzare percorsi di cura o di rispondere ad esigenze emergenti da parte dei pazienti e

dalle associazioni di pazienti. Altre ancora sono connesse alla opportunità di sfruttare le capacità di professionisti specializzati e riconosciuti come qualificati nel settore.

Dal momento della proposta, le reti e la definizione dei rapporti tra le strutture, sono gestiti dalla Direzione di Istituto, di concerto con la Direzione sanitaria e ove necessario, con parere aggiuntivo del controllo di gestione nella valorizzazione dei benefici per la struttura derivanti dalla costituzione della rete.

Il controllo di gestione di ISMETT, grazie al sistema di contabilità analitica evoluta (realizzato attraverso l'utilizzo di un sistema di *Business Intelligence* e la cartella clinica elettronica), consente di avere una accurata stima dei benefici che l'azienda trae dalla partecipazione alle reti sanitarie.

I benefici possono essere generalmente espressi in termini di:

- Incremento della complessità gestita e identificata dal peso DRG
- riduzione dei costi operativi
- riduzione dell'incidenza dei costi generali sui volumi di attività
- incremento di produttività
- riduzione dei tempi di attesa
- aumento dell'indice di rotazione dei posti letto.

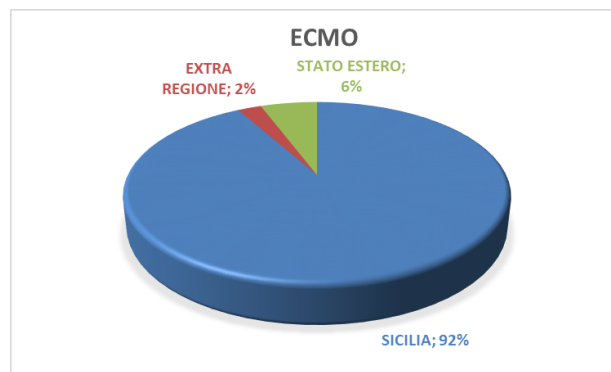
Diversi indicatori di performance sono rilevati periodicamente (alcuni anche giornalmente), e costituiscono parte del c.d. *cruscotto aziendale*, creato appositamente per monitorare l'andamento delle attività e dei relativi riflessi economici, operativi e di qualità. Il "cruscotto" è personalizzato per ogni servizio erogato dalla struttura e fornisce informazioni su tutti gli indicatori dell'area di riferimento. Medici, manager, coordinatori e altri operatori hanno accesso ai dati necessari per gestire al meglio le proprie attività. Il controllo di gestione, oltre a fornire supporto nella interpretazione dei *report*, fornisce pure delle analisi di dettaglio sugli scostamenti e su eventuali fenomeni oggetto di interesse.

Ogni indicatore rilevato a consuntivo ha anche un valore previsionale determinato in sede di budget o di pianificazione infrannuale. Anche le reti sanitarie che hanno un impatto sull'organizzazione, valutabile economicamente, e rientrano nelle valutazioni in sede di budget (es. nelle analisi della capacità disponibile per l'attività interna e l'attività di rete) e nelle valutazioni periodiche del controllo di gestione. Tutte le reti sanitarie alle quali aderisce la struttura sono considerate all'interno dei budget delle unità e dei servizi coinvolti.

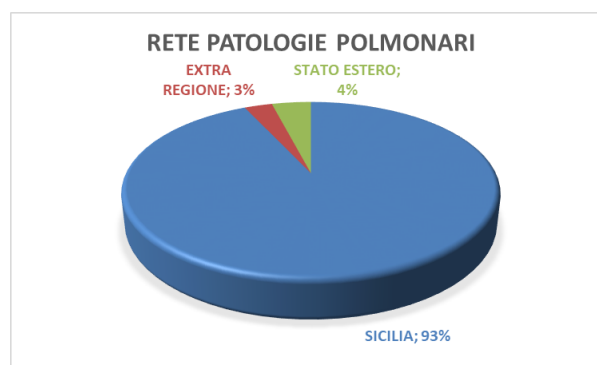
Tra le reti sanitarie più importanti, per *expertise* e disponibilità tecnologica, dove ISMETT opera vi è la rete ECMO (*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*). ECMO è una tecnica di circolazione extracorporea utilizzata in ambito di rianimazione per trattare pazienti con insufficienza cardiaca e/o respiratoria acuta grave, potenzialmente reversibile ma refrattaria al trattamento farmacologico e medico convenzionale massimale. Tale rete nasce dalla collaborazione tra strutture ospedaliere con il patrocinio della Regione al fine di erogare prestazioni altamente complesse per una categoria di pazienti che hanno insufficienza respiratoria grave (causata, ad es., da virus AH1N1). Considerando gli anni 2016 e 2017, per tale rete, è possibile esprimere il valore generato attraverso stime economiche puntali dei servizi erogati per i pazienti. In particolare, è possibile evidenziare che solo questa rete nei due anni indicati, ha permesso all'istituto di erogare servizi per

un valore complessivo di oltre 12 milioni di euro, di cui quasi un milione di euro a favore di pazienti provenienti da altre regioni italiane e dall'estero, permettendo di incrementare l'attività relativamente all'ECMO dell'8%. Tali benefici non si sarebbero generati senza la costituzione della rete sanitaria.

La misurazione di tale valore tende anche a considerare misure non monetarie, quali ad esempio quelle che attengono all'impatto della rete sanitaria sulla sicurezza, sulla qualità e – più in generale – sulla ricaduta della collaborazione sul territorio.



Altro esempio di rete sanitaria è la rete delle patologie polmonari, quali la fibrosi polmonare idiopatica e l'ipertensione polmonare, che hanno generato un valore complessivo di prestazioni pari a oltre 8 milioni di euro. Grazie alla valenza nazionale di tale rete, ISMETT è stata capace di attrarre pazienti da fuori regione e da fuori Italia, incrementando dell'8 % il valore complessivo delle prestazioni.



A quanto detto, si aggiunge che l'attività erogata per pazienti residenti in una regione diversa dalla Regione Sicilia costituisce quella che si chiama "mobilità attiva", attività che viene erogata dalla Regione Sicilia (per il tramite di ISMETT, grazie alla rete sanitaria) a favore di pazienti residenti fuori regione per i quali vi sarà un trasferimento di fondi da parte della regione di residenza verso la Sicilia, contribuendo quindi a compensare quanto invece la regione Sicilia eroga a favore delle altre regioni per l'esecuzione di prestazioni sanitarie a pazienti residenti in Sicilia (mobilità passiva) che vale circa 250 milioni di euro all'anno.

Altro esempio di creazione di rete sanitaria sono le collaborazioni per integrare l'offerta sanitaria erogata dalla struttura (es. in caso di prestazioni occasionali o comunque non erogate con una previsione di volumi necessari per garantire i livelli di attività) o per utilizzare eventuale capacità

produttiva disponibile o ancora per acquisire prestazioni come *back-up*, eliminando qualsiasi rischio di inadempienza (es. per fermo tecnico) nei confronti di un percorso di cura già attivato.

ISMETT ha costituito una rete con le strutture sanitarie di Palermo e provincia che le permette di utilizzare l'eventuale capacità produttiva disponibile a favore di altre strutture che per vari motivi non possono fornire le necessarie prestazioni. Questa particolare rete è valorizzata in oltre 200 mila euro l'anno per prestazioni ambulatoriali, prevalentemente di diagnostica e di visite specialistiche.

Alle reti sanitarie per prestazioni cliniche si aggiungono anche quelle per prestazioni formative. ISMETT, grazie alla rete di collaborazione costituita con le strutture del territorio, ha erogato eventi formativi a favore di personale esterno, che permettono la diffusione del *know how* acquisito e di accrescere il valore professionale delle categorie sanitarie. Nel 2017 sono stati organizzati circa 100 eventi aperti all'esterno, il cui valore è stimabile da ISMETT solo parzialmente, considerando il contributo diretto alla formazione (valorizzabile in oltre 200 mila euro), ma che avrà un impatto sull'incremento della qualità delle prestazioni erogate dagli operatori partecipanti agli eventi formativi con contestuale riduzione dei costi per la regione Sicilia.

Eventi formativi

Anno	N. eventi formativi (n. edizioni)	Dettaglio eventi aperti all'esterno	N. partecipanti	N. ore formazione	Eventi ECM	Crediti ECM erogati
2015	690	66	6.734	1.706	2	1.701
2016	557	47	5.874	1.485	6	1.492
2017	733	98	5.406	2.621	56	≥ 4.722 (*)

(*) dato aggiornato al 31/10/2017.

Stesse considerazioni possono essere estese ai corsi di simulazione pratica che ISMETT realizza attraverso il centro "Fiandaca", che ha l'obiettivo di potenziare e migliorare la rete di emergenza e di primo soccorso della Regione Sicilia.

Dettaglio Corsi di Simulazione

Anno	N. corsi	N. complessivo partecipanti	N. partecipanti esterni
2015	66	639	274
2016	76	610	212
2017	99	860	213

Il sistema di programmazione e controllo (P&C), se da un lato è lo strumento aziendale che consente di valorizzare i benefici delle reti che fanno capo a ISMETT, dall'altro non ha gli elementi per poter valutare tutti i benefici che ricadono sul territorio grazie alle sue attività in rete con altre strutture, e che si potrebbero valorizzare se tutte le strutture avessero un sistema tra loro integrato.

3. Il possibile ruolo dei sistemi di programmazione e controllo per lo sviluppo delle reti sanitarie ai fini della generazione di “valore pubblico”.

Il caso ISMETT presenta interessanti elementi di riflessione in ordine alle peculiarità e ai fattori specifici di complessità delle reti sanitarie (con particolare riferimento a quelle “spontanee”), nonché alle sfide e alle opportunità che si pongono per i sistemi di P&C, con riferimento al tema in oggetto.

Il quesito dal quale è opportuno partire, ai fini di questa analisi appare il seguente: per quali motivi la costituzione e lo sviluppo di una rete sanitaria può concorrere al miglioramento dell'amministrazione pubblica?

Una risposta immediata a questa domanda sembra potersi ricavare dalla prospettiva adottata dalla normativa italiana (e, in particolare, dal D.Lgs. n. 70/15) su questo tema. I termini ricorrenti in tale contesto fanno riferimento al recupero di efficienza – sia a livello di singola struttura che di sistema sanitario regionale (e segnatamente al costo medio per posto-letto) – e al rispetto di determinati standard (qualitativi, strutturali e tecnologici) nella erogazione dei servizi sanitari. Questo focus sottende, indubbiamente, rilevanti motivazioni che connotano la ricerca di un miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nella erogazione dei servizi sanitari. Attraverso la costituzione di una rete sanitaria, il perseguimento di una riduzione del costo medio per posto-letto è in grado non soltanto di diminuire i fabbisogni finanziari che gravano sui bilanci degli enti pubblici (riflettendosi, in tal modo, sulla pressione fiscale e sul debito pubblico), ma anche sui tempi di attesa del paziente. Infatti, il conseguimento di una maggiore saturazione della capacità di servizio (sia a livello di singola struttura, che di rete e di sistema regionale) può costituire un indicatore segnaletico di un miglioramento nella capacità di utilizzo delle risorse disponibili. In tal senso, gli eccessi di capacità *pro tempore* registrati da una determinata struttura potrebbero servire per ridurre i tempi di attesa del paziente registrato presso una corrispondente struttura in rete. Così, il recupero di efficienza a livello aziendale (misurato da una riduzione del costo medio per posto-letto) può essere considerato un indicatore segnaletico di un possibile miglioramento dell'efficacia a livello di rete (misurato da una riduzione dei tempi di attesa). Tale miglioramento può, peraltro, concorrere all'incremento nella qualità delle prestazioni erogate. Infatti, il sistematico ricorso a determinate strutture in rete, specializzate per l'erogazione di particolari servizi di supporto o di cura (anche per le fasi post-operatorie), può avere dei riflessi su determinate grandezze (come, ad esempio, il livello di assistenza percepito o i tempi di sopravvivenza) che attengono all'impatto dei servizi sanitari erogati.

Con riferimento alla qualità dei servizi, l'attenzione prevalente della normativa appare posta anzitutto sui fattori (ovvero sulle risorse) che potrebbero abilitare un miglioramento dei livelli di efficacia, come ad esempio nel caso delle competenze accumulate dalle strutture ospedaliere, dai livelli tecnologici delle apparecchiature disponibili, o più in generale dall'adeguatezza delle risorse, rispetto al tipo e al mix di prestazioni da erogare.

Specialmente con riferimento alle politiche di costituzione e sviluppo di reti sanitarie disposte (o promosse) e guidate da istituzioni pubbliche territoriali, la prospettiva qui delineata ha, indubbiamente, costituito un fondamentale punto di riferimento e un incentivo per migliorare la configurazione dei sistemi di P&C nelle strutture ospedaliere, così da rispondere a standard di

reporting richiesti dalle amministrazioni pubbliche, specialmente a livello regionale. In tal senso, l'esigenza di adempiere a determinate regole – ai fini del “reporting esterno” – ha spesso costituito nel nostro Paese (non soltanto nel settore sanitario), al contempo un fattore di stimolo e un potenziale limite (Bianchi & Rivenbark, 2013; Bianchi & Xavier, 2017) per lo sviluppo di sistemi di P&C atti a supportare i decisori con riferimento a fattispecie caratterizzate da particolare complessità e dinamismo, come nel caso qui analizzato.

I sistemi di P&C possono, invece, assumere un ruolo fondamentale specialmente per supportare processi di aggregazione collaborativa atti a generare in modo sostenibile valore sociale ed economico, non soltanto a beneficio del singolo paziente e di una singola struttura, ma anche per la generazione di un importante bene comune quale la “salute” e, quindi, per il miglioramento della qualità della vita di una comunità (Booth, 2006; Nuti-Noto-Vola-Vainieri, 2018).

Questo principio è ancor più rilevante per lo sviluppo delle reti sanitarie di tipo “spontaneo”, come illustrato nel caso ISMETT. Particolarmente in questa prospettiva, la progettazione e l'utilizzo dei sistemi di P&C dovrebbero essere orientati a una logica di responsabilità attiva, piuttosto che soltanto di adempimento a schemi e disposizioni normative e regolamentari di provenienza esogena, rispetto alla singola azienda (Anselmi, 1995; Borgonovi, 1992, 1996; Mussari, 2011, p. 253-256). Ciò richiede, anzitutto, un mutamento di prospettiva culturale dalla logica dell'adempimento a quella del valore (Moore, 1995; Porter, 2010). Questo concetto di valore, connesso al bene “salute”, travalica sia la dimensione istituzionale delle singole aziende preposte all'erogazione di servizi sanitari (alla quale è possibile, anzitutto, ricondurre la ricerca di un equilibrio economico e finanziario), sia la dimensione medico-professionale della specifica patologia da curare, sia la dimensione individuale del paziente e del nucleo familiare al quale lo stesso appartiene. Benché queste tre tradizionali dimensioni costituiscano un presupposto fondamentale per la generazione di valore sociale e per la sostenibilità dello sviluppo delle singole aziende, esse non sono sufficienti a esprimerne l'essenza. Infatti, sia una dimensione inter-istituzionale (quella della “rete”, spesso associata a un territorio), sia la dimensione sociale (quella della comunità, anch'essa associata a un territorio) rappresentano due imprescindibili prospettive complementari alle tre dimensioni tradizionalmente considerate (Bianchi, 2016, p. 55-57).

L'affiancamento e il collegamento a sistema dei concetti di “rete”, “comunità” e “territorio” a quelli di “azienda”, “patologia” e “paziente” possono consentire di esplicitare le risorse strategiche *comuni* (ovvero condivise dalle diverse istituzioni in un'area geografica), che i *policy-makers* dovrebbero insieme concorrere a sviluppare e coordinare a sistema con le risorse aziendali (Bianchi – Bovaird – Loeffler, 2017), così da perseguire uno sviluppo sostenibile nel lungo andare di reti sanitarie atte ad influenzare il livello di salute e benessere della comunità. Tra queste risorse strategiche condivise, strumentali alle politiche di rete, vi sono ad esempio: il capitale umano; il capitale “sociale”¹; la fiducia reciproca; le conoscenze e le informazioni condivise tra diverse istituzioni, la funzionalità degli stili di vita e delle abitudini della popolazione rispetto alla tutela del bene “salute”, il numero, l'ampiezza e la rilevanza delle esperienze consolidate di collaborazione in

¹ Il capitale “sociale” è un concetto che fa riferimento all'intensità e qualità nei nessi intercorrenti in un territorio tra individui e tra enti, nonché alle norme (spesso implicite) di reciprocità e fiducia che risultano sottostanti a tali connessioni (Putnam, 2000). Il capitale “sociale” non corrisponde ad una mera somma di istituzioni pertinenti ad una società. Esso esprime, piuttosto, il legame che avvince tali istituzioni e gli individui e gruppi ad esse appartenenti.

rete, l'attrattività del territorio per insediamenti aziendali (inclusi quelli relativi al settore "non-profit" e le famiglie) che siano suscettibili di ampliare il bacino delle collaborazioni in rete per tutelare il bene "salute", a favore della comunità.

La capacità di diverse istituzioni di collaborare in questa prospettiva è fortemente condizionata dalla qualità dei processi di *governance collaborativa*² promossi e adottati dalle amministrazioni pubbliche, specialmente a livello nazionale e regionale, il cui ruolo è determinante nella guida delle politiche di rete o nel supporto alle stesse. Questi processi richiedono una visione sistemica atta a coinvolgere diverse amministrazioni pubbliche e private³, dalle cui sinergie possano scaturire miglioramenti nella prevenzione, nel trattamento e nell'assistenza domiciliare. Da qui deriva non soltanto l'importanza del coinvolgimento delle aziende direttamente operanti nel settore sanitario, ma anche di quelle ubicate "a monte" e "a valle" rispetto allo stesso, in funzione della filiera sottostante alla generazione del bene "salute". Esempi al riguardo sono costituiti dalle istituzioni scolastiche e sportive (che possono significativamente influenzare gli stili di vita e le abitudini della popolazione), da quelle preposte all'assistenza sociale (la cui rilevanza è in crescita costante, in considerazione ad esempio dell'aumento dell'età media della popolazione e dei livelli crescenti di immigrazione da Paesi affetti da gravi problemi sociali), e dalle imprese. Un approccio non meccanicistico per l'adozione di efficaci meccanismi di *governance collaborativa*, ai fini della generazione di valore pubblico, impone che l'azione dell'ente pubblico non sia soltanto rivolta al sistema istituzionale (ovvero alle regole, procedure e meccanismi premianti sottostanti alla collaborazione tra diversi "attori"), ma consideri anche il sistema politico, culturale e comportamentale, nonché il sistema aziendale, ovvero le condizioni sottostanti alla ricerca dell'economicità e della funzionalità delle amministrazioni preposte con ruoli diversi al soddisfacimento di bisogni connessi al bene "salute" (Borgonovi, 1996, p. 38-39).

Nel contesto delineato, le sfide e le opportunità che si pongono innanzi alla progettazione e all'utilizzo dei sistemi di P&C sono connesse, anzitutto, alla possibilità di "gettare un ponte" tra politica e amministrazione (Borgonovi E., 2002) e tra diverse istituzioni operanti nel territorio a tutela della salute. Questo implica lo sviluppo di una capacità degli "attori" di acquisire una comune chiave interpretativa dei problemi complessi e dinamici sottostanti al fenomeno "salute". Ciò richiede, in particolare, che l'avvio di una collaborazione possa avvalersi dell'apporto di un gruppo di esperti che – combinando competenze di performance management in una prospettiva di *governance* (Bouckaert & Halligan, 2008) con competenze di *modeling* e di facilitazione dei processi di comunicazione e apprendimento condiviso (Bianchi, 2016) – possano supportare i promotori (cioè i *leader*) della rete, per sviluppare con i futuri partner una fiducia reciproca, una condivisione di conoscenze e di informazioni, un medesimo linguaggio professionale, e una comune consapevolezza delle logiche causali sottostanti ai processi di generazione del valore. In altri termini la complessità, il dinamismo e l'ampiezza dei problemi, nonché la multi-razionalità decisionale sottostanti alla costituzione di una rete sanitaria, implicano che uno sviluppo sostenibile della stessa rischi di non essere perseguibile soltanto attraverso la stipula di protocolli formali e

² Sull'argomento si consultino: (Bovaird & Löffler 2003, p. 316; Bryson; Crosby-Middleton Stone, 2006; Crosby & Bryson, 2010; Emerson – Nabatchi – Balogh, 2011; Osborne, 2010).

³ Sulla *governance* delle reti sanitarie si vedano: Barretta A. (2009); Cepiku - Ferrari D. - Greco, 2006; Cristofoli - Markovic – Meneguzzo (2014); Jones L. - Schedler K. – Mussari (2004); Gori E. (2004, p. 87); Mascia (2009); Meneguzzo (2000; 2003).

l'avvio di isolate (ancorché sistematiche) collaborazioni protese, ad esempio, a saturare e utilizzare al meglio le risorse o a ridurre il costo degli approvvigionamenti. Una prospettiva del genere rischia quantomeno di sortire degli effetti limitati alla sfera aziendale, e quindi solo in parte potenzialmente idonei a influenzare la generazione del bene “salute” per la comunità di un territorio.

Da ciò deriva, dunque, l'importanza anche per le reti sanitarie “spontanee” del coinvolgimento attivo dell'amministrazione pubblica territoriale, e in particolare dell'Assessorato regionale preposto alle politiche sanitarie. Per quanto detto, nel disegno (o almeno nello sviluppo successivo) della “rete” è anche auspicabile il coinvolgimento di altre aziende pubbliche e private operanti “a monte” e “a valle”, rispetto alle strutture ospedaliere che presiedono una limitata porzione dei processi di generazione del valore pubblico.

Ai fini della misurazione delle componenti di tale valore e delle loro determinanti causali, ci si trova innanzi ad una serie di specifiche sfide e opportunità professionali per i soggetti preposti alla progettazione e all'utilizzo dei sistemi di P&C. Si procederà di seguito ad una breve disamina a tal riguardo.

Un primo fattore è costituito dalla necessità di una adeguata percezione della variabile “tempo”, ai fini della comprensione delle determinanti causali delle performance di rete (Bianchi, 2016). Ciò implica, anzitutto, la necessità di affiancare a indicatori d'impatto (*outcome*) a livello aziendale (ad es., i tempi di attesa o specifiche grandezze espressive della qualità delle prestazioni erogate) indicatori di impatto a livello inter-aziendale (ad es. i tempi di sopravvivenza dei pazienti o specifiche grandezze espressive della qualità della vita negli anni successivi ad un trattamento chirurgico) lungo un arco temporale più ampio. Ciò implica, inoltre, la necessità di acquisire una chiave interpretativa dei processi sottostanti alla generazione di tale valore, muovendo ad esempio l'analisi “a ritroso” dalle misure di impatto sul territorio derivanti dalla collaborazione in rete ai relativi risultati intermedi – sempre a livello inter-aziendale – come ad esempio quelli connessi a determinati attributi in grado di influenzare l'intensità, la qualità e l'ampiezza delle collaborazioni. Sotto questo profilo, le misure d'impatto relative al bene “salute” per una comunità possono considerarsi un effetto a lungo andare sia di specifici *outcome* aziendali (come, ad esempio, la variazione dei tempi di attesa del paziente), sia di risultati intermedi riconducibili alle collaborazioni in rete nell'ambito di un territorio (ad es., in funzione della intensità e qualità nella condivisione di informazioni tra i partner). Comprendere e misurare gli effetti connessi ai fenomeni che influenzano le performance di rete nel tempo, implica sia la necessità di tracciare delle relazioni di causa-effetto che plausibilmente possano fornire una chiave interpretativa dell'evoluzione temporale delle prestazioni conseguite, sia di individuare il peso e l'entità dei ritardi temporali sui risultati finali. Questa analisi può peraltro essere foriera di uno sviluppo della capacità dei *policy-makers* di rete di percepire i *segnali deboli* di cambiamento degli *outcome* di sistema, in funzione di cambiamenti accertati negli indicatori intermedi (ovvero nei *driver*) ad essi connessi. Tale percezione può così migliorare la qualità della diagnostica della performance e supportare meglio i decisori per le politiche di governo e gestione della rete.

Un secondo importante fattore, connesso al precedente, è costituito dalla necessità di allargare i confini del sistema analizzato, in relazione alle performance di rete. Come prima evidenziato, l'opportunità è quella di combinare la prospettiva aziendale con quella inter-aziendale, nonché la prospettiva del paziente e della patologia con quella comunità e del bene “salute”.

Un terzo fattore rilevante è riconducibile alla necessità di accettare (e gestire opportunamente) il possibile elevato grado di incertezza connesso ad una valutazione della performance estesa su diversi orizzonti temporali e rivolta ad ambiti che attengono non solo l'azienda, ma anche il territorio. A questa incertezza è associabile a quella connessa alla stima delle relazioni di causa-effetto e dei ritardi temporali, espressivi delle determinanti dei risultati di rete. Connesse a queste incertezze vi sono anche quelle relative all'opportunità di valutare l'entità e il peso di risorse strategiche di natura intangibile, il cui ruolo può essere comunque determinante rispetto al profilo degli *outcome* di rete (molti dei quali sono anch'essi difficilmente misurabili in modo oggettivo). In questa prospettiva, una importante implicazione per i sistemi di P&C è quella di poter fornire ai *policy-maker* delle chiavi interpretative intorno all'andamento temporale (piuttosto che al valore "puntuale", riferito ad una epoca specifica) del valore riconducibile alle variabili intangibili prese in esame.

Un quarto fattore, strettamente connesso al precedente, è quello relativo alla necessità di estendere l'oggetto della misurazione della performance a variabili non monetarie.

4. Considerazioni conclusive.

Dall'analisi precedentemente effettuata emerge un significativo tentativo da parte di ISMETT di elaborare e attuare delle politiche di sviluppo di reti sanitarie "spontanee" protese verso la generazione di *outcome* a beneficio del territorio, che tengano in considerazione la prospettiva inter-aziendale.

Una maggiore integrazione e partecipazione diretta a tali politiche da parte dell'amministrazione regionale potrebbe forse aumentare la capacità di ISMETT di valutare (e possibilmente influenzare) gli *outcome* finali connessi al bene comune "salute" e le loro determinanti causali. A tal riguardo, si è detto del ruolo che – anche con riferimento alle reti "spontanee" – le Regioni sono potenzialmente in grado di esercitare al fine di promuovere una cultura di rete (ad esempio, attraverso meccanismi di incentivo alla collaborazione) e di creare le condizioni strutturali volte ad agire sinergicamente sul contesto istituzionale e politico-culturale nel quale il sistema "aziendale" è collocato.

Nel caso in specie, peraltro, è possibile ipotizzare che le "leve" adottate per la generazione di valore pubblico attraverso reti "spontanee" siano prevalentemente ascrivibili alle competenze, alla cultura e alla reputazione della struttura *leader* (quale l'ISMETT⁴) e alla sua capacità di sviluppare un network tale da condividere ed estendere un bacino di risorse da rendere comuni (come, ad esempio, le competenze, i posti-letto, e i pazienti). La sfida significativa, ai fini dello sviluppo durevole di tali reti, è quella di rimuovere possibili predisposizioni alla sfiducia o alla percezione del rischio di perdere potere (come, ad esempio, nel caso del trasferimento di pazienti ad una struttura partner). Questo cambiamento culturale, come illustrato in precedenza, richiede un processo di apprendimento condiviso, al quale l'utilizzo di sistemi di P&C caratterizzati da un approccio orientato all'apprendimento strategico, alla comunicazione e all'allineamento di diversi "modelli mentali" riconducibili agli attori-chiave può significativamente dare un contributo.

⁴ ISMETT nei primi mesi di attività operò all'interno di un altro ospedale. Per la rilevanza delle patologie, l'Istituto ha nel tempo sviluppato un percorso relazionale e di formazione con i medici del territorio.

Come illustrato nel precedente paragrafo, i sistemi di P&C possono contribuire alla realizzazione di politiche di rete in sanità. In particolare, essi possono supportare i *policy-makers* ai fini della individuazione e valutazione dei possibili percorsi di sviluppo delle reti “spontanee”, in funzione della dinamica (in volume e qualità) delle performance conseguite dalla collaborazione. L’utilizzo di un approccio causale nella progettazione di sistemi di P&C orientati agli *outcome* di rete può consentire in tal modo di agire sulle leve in grado di influenzare i “motori di sviluppo quali/quantitativo” e di percepire tempestivamente e selettivamente i fattori di freno allo stesso e, quindi, le possibili fonti di crisi da fronteggiare.

Di qualche interesse risulta, peraltro, nel caso ISMETT la possibilità di misurare e valutare gli effetti di politiche volte a generare eventuali sinergie tra le tre “aree” di operatività delle reti (formazione, ricerca e attività clinica).

L’adozione di sistemi di P&C evoluti, “snelli”, selettivi e flessibili, orientati agli *outcome* e all’apprendimento strategico, può consentire di fronteggiare i rischi di obsolescenza di tali sistemi, che la letteratura ha identificato con riferimento ad una prospettiva definita “a silos” (Brusati-Fedele-Ianniello-Iacuzzi, 2018), cioè tale da trattare ciascuna unità in modo separato dalle altre, coinvolte nei medesimi processi di generazione di valore. Tale prospettiva è anche di breve periodo, in quanto caratterizzata da un orientamento al processo e agli output, e limitatamente agli *outcome* di singola azienda e assai poco agli *outcome* di sistema. La stessa prospettiva è anche limitata alle variabili economico-finanziarie, corredate da misurazioni statistiche su grandezze non monetarie, in genere poco connesse a sistema tra loro e con altre grandezze espresse in termini monetari.

Si è consapevoli che la strada da percorrere in funzione della direzione che si è tentato di delineare in questa sede è potenzialmente irta di difficoltà di diversa natura – non soltanto di tipo professionale, ma anche culturale e politico-istituzionale. Tuttavia, si ritiene che un graduale percorso evolutivo nella progettazione e nell’utilizzo dei sistemi di P&C che affronti le problematiche qui illustrate sia potenzialmente in grado di fornire un importante contributo per poter meglio connettere due ambiti che troppo spesso sono rimasti tra loro separati nell’amministrazione pubblica, cioè la politica e la gestione. In questa prospettiva, l’Università, attraverso la ricerca applicata e la formazione, potrà assumere un ruolo importante per supportare gli “addetti ai lavori” a cogliere le opportunità e le sfide qui tracciate.

Bibliografia

- Anselmi L. (1995). Il processo di trasformazione della pubblica amministrazione. Giappichelli, Torino.
- Barretta A. (2009), L’integrazione sociosanitaria. Ricerca scientifica ed esperienze operative a confronto, Il Mulino, Milano
- Bianchi C. (2016). Dynamic Performance Management, Springer, Zurich.

- Bianchi C. – Bovaird T. – Loeffler E. (2017). Applying a Dynamic Performance Management Framework to Wicked Issues: How Coproduction Helps to Transform Young People’s Services in Surrey County Council, UK, *International Journal of Public Administration*, 40, 10, p. 833-846.
- Bianchi C. – Rivenbark W. (2013). Alla ricerca dei fattori rilevanti nell’adozione dei sistemi di gestione della performance nelle amministrazioni pubbliche territoriali. L’analisi di due casi di studio, *Azienda Pubblica*, p. 35-59.
- Bianchi C. – Xavier J. (2017). The Design and Execution of Performance Management Systems at State Level: A Comparative Analysis of Italy and Malaysia, *International Journal of Public Administration*, 40, 9, p. 744-755.
- Booth A. (2006). Counting what counts: performance measurement and evidence based practice, *Performance Measurement and Metrics*, 7, 2, p. 63-74.
- Borgonovi E. (1992). Verso il governo regionale della sanità: i rischi di una politica sanitaria senza una strategia organizzativa, *Mecosan*, 2, pp. 6-12
- Borgonovi E. (1996). Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, Egea, Milano.
- Borgonovi E. (2002), Politici e dirigenti: un rapporto di fiducia da costruire, *Azienda Pubblica*, 15, 4/5, p. 367-370.
- Bouckaert, G. – Halligan, J. (2008). Managing performance: International comparisons, Routledge, New York.
- Bovaird T. – Loeffler E. (2003). Evaluating the Quality of Public Governance: Indicators, Models and Methodologies, *International Review of Administrative Sciences*, 69, 3, 313-328
- Brusati L. – Fedele P. – Ianniello M. – Iacuzzi S. (2018). Outcome-Based Performance Management in the Public Sector: What Role for Inter-organizational ICT Networks?, in: Borgonovi E. – Anessi Pessina E. – Bianchi C. (a cura di), Outcome-Based Performance Management in the Public Sector, Springer, Zurich, p. 161-177.
- Bryson, J. M. – Crosby B. C. & Middleton Stone M. (2006). The design and implementation of cross-sector collaborations: Propositions from the literature. *Public Administration Review*, 66, 44–55.
- Cepiku D. - Ferrari D. - Greco A. (2006). Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie, *Mecosan*, 57, p. 17-36
- Cristofoli D. - Markovic J. - Meneguzzo M. (2014). Governance, management and performance in public networks: How to be successful in shared-governance networks, *Journal of Management & Governance*, 18, p. 77–93

- Crosby B. – Bryson J. M. (2010). Integrative leadership and the creation and maintenance of cross-sector collaborations, *The Leadership Quarterly*, 21, 211-230.
- Emerson K. – Nabatchi T. – Balogh S. (2011). An Integrative Framework for Collaborative Governance, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22, 1, 1-29.
- Jones L. - Schedler K. - Mussari R. (a cura di) (2004), *Strategies for Public Management Reform*, Elsevier- JAI Press, Bingley.
- Gori E. (2004). La pianificazione e il controllo strategico nelle aziende ospedaliere pubbliche, F. Angeli, Milano.
- Mascia D. (2009). L'organizzazione delle reti in sanità, F. Angeli, Milano.
- Meneguzzo M. (2000). Il terreno della innovazione organizzativa: le reti sanitarie multiospedaliere e multiservizi. L'organizzazione delle aziende sanitarie, McGraw-Hill, Milano.
- Meneguzzo M. (2003), "Le reti sanitarie multiospedaliere e multiservizi: esperienze e prospettive di sviluppo nelle aree metropolitane", in: N. Dirindin, Cooperazione e competizione nel sistema sanitario, Il Mulino, Bologna.
- Moore M. (1995). Creating Public Value: Strategic Management in Government, Harvard University Press, Boston.
- Mussari R. (2011). Economia delle amministrazioni pubbliche, McGraw Hill Milano.
- Nuti S. - Noto G. - Vola F. - Vainieri M. (2018). Let's play the patients music: A new generation of performance measurement systems in healthcare, *Management Decision*, <https://doi.org/10.1108/MD-09-2017-0907>.
- Osborne, S. (a cura di). (2010). The New Public Governance: Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance, Routledge, London
- Porter M. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, 363, 26, p. 2477-2481.
- Putnam, R. (2000). Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. Simon and Schuster, New York.