

L'EVOLUZIONE DELLE MISSIONI DELLE AUSL: QUALE FOCUS EMERGE DAI LORO SISTEMI DI CONTROLLO DIREZIONALE?

UNA SURVEY SU UN CAMPIONE DI 11 AZIENDE

di Francesco Longo¹, Domenico Salvatore², Stefano Tasselli¹

¹ CERGAS - Università Bocconi

² Università degli studi di Napoli "Parthenope" e CERGAS - Università Bocconi

ABSTRACT

Le aziende USL sono le istituzioni sanitarie pubbliche che più hanno visto modificare la loro missione dal processo di riforma. Esse hanno la finalità istituzionale di tutela della salute dei residenti e possono interpretarla attraverso una missione prevalentemente orientata alla produzione, alla gestione integrata dell'assistenza per i propri residenti indipendentemente dall'erogatore delle prestazioni o al bilanciamento delle due funzioni. Le loro nuove missioni sono in parte determinate dai quadri legislativi regionali, in parte dalla concreta geografia dei consumi sanitari dei loro residenti. Le AUSL sono consapevoli delle loro rinnovate missioni e si orientano in questa direzione? Il focus dei sistemi di controllo direzionale può essere una buona proxy dell'orientamento intenzionale delle aziende: l'abbiamo analizzato attraverso uno studio etnografico di un'iniziativa nazionale che ha coinvolto attivamente gli staff della direzioni generali di undici Aziende USL. Le evidenze raccolte indicano che un'AUSL tende a dimostrare un focus strategico sulla gestione dell'assistenza per i residenti solo se ha una bassa quota di produzione diretta dei servizi e che la qualità dei dati di cui le aziende dispongono per ciascun ambito diminuisce all'aumentare della produzione esterna dei servizi. Complessivamente, non si osserva un orientamento allo sviluppo della funzione di gestione integrata dell'assistenza per i propri residenti: problema strutturale o contingente nei sistemi sanitari?

1. EVOLUZIONE DELLE MISSIONI DELLE AZIENDE TRA COMMITTENZA E PRODUZIONE

Le aziende USL rappresentano le istituzioni sanitarie pubbliche che più hanno visto modificare i propri finalismi istituzionali nei processi di riforma degli ultimi 15 anni. Le aziende ospedaliere, gli IRCCS e i Policlinici universitari hanno visto modificare la loro natura giuridica e le loro strutture di governance, mantenendo però sostanzialmente invariate le proprie missioni di aziende di produzione specializzate in cura e ricerca (Ferrera, 1995).

Molte AUSL, invece, hanno perso una quota significativa delle loro strutture specialistiche (soprattutto ospedaliere), hanno registrato un aumento esponenziale dei consumi in strutture residenziali, semiresidenziali e diurne per pazienti fragili, soprattutto anziani, di norma gestite da soggetti esterni, e si sono confrontate con un'accresciuta quota di mercato dei produttori privati

accreditati. Questo ha spinto alcune regioni a formalizzare per le AUSL il ruolo di committenti dei sistemi locali, ovvero programmatori e controllori dei consumi sanitari per i propri residenti, dotate di qualche leva per l'esercizio di prerogative di governo nei confronti dei produttori pubblici e privati (Jommi C., Cantù E. and Anessi Pessina E, 2001). Le formulazioni linguistiche delle regioni che indicano un ruolo di committenza sono varie: ASL PAC (programmazione, acquisto e controllo) in Lombardia, distretto della committenza in Emilia-Romagna, Società della Salute che contratta con i produttori in Toscana, ecc. Ma, indipendentemente dal ruolo di committenza, cioè dalla responsabilità di interfacciarsi direttamente con gli altri produttori per programmare ed acquistare prestazioni, le AUSL di qualsiasi regione hanno per loro natura il ruolo di gestire l'assistenza sanitaria per i propri residenti e dovrebbero nei sistemi a servizio sanitario nazionale essere l'istituto il cui fine ultimo non è il produrre prestazioni ma, al contrario, contribuire al miglioramento dello stato di salute dei residenti attraverso la prevenzione ed il coordinamento delle prestazioni.

La rimodulazione delle *mission* aziendali delle AUSL è stata ufficializzata in molte delle architetture formali dei sistemi sanitari regionali, ma la finalità istituzionale ultima rimane invariata in tutto il SSN: la tutela complessiva della salute dei cittadini, con un particolare mandato sui residenti del territorio dell'AUSL. Le missioni, invece, vengono declinate in maniera distinta nei diversi contesti regionali. In alcuni casi si prevede una missione quasi esclusivamente orientata alla committenza (es. in Lombardia), in altri un orientamento alla produzione diretta dei servizi (es. Liguria e Puglia), in altre ancora una finalità bilanciata (Emilia-Romagna, Toscana attraverso le Società della Salute).

Le missioni assegnate dalle architetture formali dei sistemi regionali sono però spesso scavalcate dal reale posizionamento delle aziende nei loro contesti locali. In tutte le grandi aree metropolitane vi è una rilevante concentrazione di ospedali autonomi: aziende ospedaliere, IRCCS e Policlinici cui si somma, in quasi tutte le grandi città, anche la più alta concentrazione di strutture private. Pertanto, a prescindere dalle missioni dichiarate dalle leggi di riforma regionale, le AUSL metropolitane osservano ovunque una quota prevalente di risorse allocate per finanziare i consumi dei residenti presso produttori esterni al loro sistema aziendale. Altrettanto succede nei territori di confine con le grandi aree metropolitane che esercitano una rilevante attrazione determinando significative mobilità dei pazienti, soprattutto per le prestazioni più complesse. Analoghi fenomeni vi sono nelle regioni in cui, a prescindere dalle architetture istituzionali, la distribuzione delle infrastrutture e delle grandi tecnologie è eterogenea con grandi concentrazioni in alcune città.

In questi casi, una quota rilevante delle risorse potenzialmente riservate alle AUSL attraverso il criterio di riparto prevalente della quota capitaria per abitante, sono allocate presso altri produttori,

di norma pagati con modelli *fee for service*. Nella maggior parte dei sistemi regionali, anche quando formalmente a centralità AUSL, queste risorse non sono assegnate ai produttori esterni da decisioni aziendali ma sono direttamente assegnate ai produttori a livello regionale. In questi casi, il ruolo di committenza delle prestazioni non è esercitabile dall'azienda, ma ciò non implica che il ruolo delle AUSL si limiti a quello di produzione dei servizi che gli sono assegnati dalla regione, poiché il fatto di essere responsabile di tutti i residenti di un'area geografica, la competenza sulla prevenzione e sanità pubblica che permane in ogni sistema regionale ed il pagamento a quota capitaria rendono evidente che in tutto il SSN il ruolo delle AUSL è quello di lavorare per la tutela complessiva della salute dei cittadini.

L'autonomia, la frammentazione e gli obiettivi divergenti dei produttori rendono difficile coordinare le interdipendenze esistenti nei sistemi sanitari locali, pur rimanendo la responsabilità complessiva sulla tutela della salute in capo all'AUSL. In questi contesti risulta difficile costruire molte delle politiche capaci di ottimizzare il rapporto costo/benefici e di evitare inapproprietezze come ad esempio lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali integrati di rete, governare l'ambito di cura, o costruire interfacce uniche per l'accesso dei pazienti (Tedeschi e Tozzi, 2004).

La capacità di gestire in modo integrato l'assistenza per i propri residenti indipendentemente dall'erogatore delle prestazioni dipende da processi classificabili in due distinti ambiti di analisi:

- il quadro istituzionale formale (es. chi firma i contratti con i privati o con i produttori pubblici gestisce i finanziamenti o la cassa, accredita nuove specialità: l'AUSL o la regione?);
- il sistema di relazioni e di competenze disponibili che rende un'istituzione capace di esercitare con autorevolezza un ruolo di governance clinica di sistema, orientando le missioni dei singoli produttori, monitorando e valutando l'appropriatezza dei consumi esercitando un efficace ruolo di *moral persuasion*.

Individuare la missione realmente attuata dai sistemi aziendali è, però, particolarmente complesso perché questo è un caso in cui le missioni aziendali formali (attribuite dalle architetture regionali o dalle dichiarazioni aziendali) non necessariamente coincidono con le missioni intenzionali o emergenti ¹.

Inoltre, l'esercizio della committenza (eventualmente attribuita alle AUSL dal quadro istituzionale formale) è una funzione complessa e ritenuta da qualche autore (Del vecchio, 2002) impossibile, per la nota forza dei produttori in sanità, dotati di asimmetria informativa, di capacità di indurre la

¹ Mintzberg (1985) distingue tra strategia *dichiarata* formalmente dall'azienda, strategia *intenzionale* (che corrisponde alla reale volontà) e strategia *emergente* (quella di fatto attuata, più o meno consapevolmente).

domanda e di una certa forza giuridica in sistemi universalistici che garantiscono il diritto della salute, teoricamente al massimo delle possibilità cliniche disponibili. Pertanto potrebbe esserci uno scostamento tra le missioni intenzionali e quelle di fatto attuate, ovvero le aziende potrebbero cercare di interpretare attivamente anche il ruolo di committente ma per mancanza di competenze, di necessarie prerogative di governo o per le difficoltà strutturali del settore sanità non essere in grado di implementarlo.

L'osservazione partecipata ad un processo di confronto inter-aziendale sul governo del territorio promosso da un'associazione di aziende ha permesso di raccogliere i dati, quantitativi e qualitativi, sull'orientamento delle AUSL verso la missione di tutela complessiva della salute.

Le evidenze quantitative riguardano la disponibilità e precisione dei dati circa i costi e le attività dei servizi sanitari tipicamente erogati ai residenti di una AUSL. L'utilizzo di questi dati assume che un'AUSL abbia un maggiore focus strategico sulla tutela complessiva della salute rispetto ad un'altra se dispone di più dati sul consumo effettivo dei propri residenti (e, quindi non solo sulle prestazioni che produce direttamente).

Le evidenze qualitative provengono dall'osservazione da parte dei tre autori dei partecipanti all'iniziativa di confronto inter-aziendale che hanno discusso durante quattro giornate prima degli indicatori da raccogliere e poi su come interpretare i dati raccolti.

2. DATI E METODI

I dati utilizzati sono frutto dell'osservazione partecipata dei tre autori durante un'iniziativa della FIASO, la Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, che ha promosso un Laboratorio di Ricerca sul Governo del Territorio al quale hanno aderito undici aziende sanitarie locali². Lo scopo del laboratorio è valutare e sviluppare la capacità delle aziende USL di governare l'assistenza territoriale, attraverso un progetto della durata di circa due anni in cui le aziende si confrontano sulle modalità di gestione di questa significativa parte dei loro servizi.

Le undici aziende partecipanti sono aziende sanitarie locali, iscritte alla FIASO (cui partecipano circa la metà delle aziende sanitarie pubbliche italiane) che hanno risposto all'invito della federazione a partecipare al laboratorio. Sono rappresentate dieci regioni di tutte le aree di Italia, sebbene il Sud del paese sia meno rappresentato rispetto al Centro-Nord. Ciascuna azienda ha nominato tre rappresentanti: di norma il controller, il dirigente delle cure primarie/distrettuali e un rappresentante della direzione strategica.

² Gli autori ringraziano i Dott. Ripa di Meana (Presidente Fiaso e Direttore generale AUSL di Piacenza) e il Dott. Belloli (Direttore generale ASL di Cremona e referente FIASO del progetto) per la fiducia concessaci e per l'attiva e pregnante committenza di progetto esercitata da FIASO

Durante la prima fase del laboratorio, della durata di sei mesi, le attività dei partecipanti sono state dirette alla raccolta di indicatori di consumo dei residenti, di attività e di disponibilità di fattori produttivi controllati direttamente dall'azienda. Tutti i rappresentanti delle aziende si sono incontrati due volte per due workshop di due giornate ciascuno per discutere della raccolta dati e della gestione delle attività territoriali e ciascun gruppo di lavoro aziendale ha svolto una rilevante attività di raccolta dati nel periodo tra i due workshop stimabile in media in dieci giornate di lavoro all'interno di ciascuna azienda.

In questo articolo si analizzano non i dati raccolti dalle aziende all'interno del laboratorio ma, piuttosto, le evidenze emerse dal processo di raccolta dei dati e durante i workshop di confronto tra i rappresentanti delle undici aziende.

I tre autori hanno partecipato ed osservato i partecipanti durante tutti gli incontri del gruppo di lavoro; inoltre hanno interagito a distanza con essi in quanto incaricati dalla FIASO del processo di raccolta ed elaborazione dei dati. Il metodo etnografico permette la raccolta di descrizioni qualitative in grado di descrivere le realtà aziendali ed il sistema di significati attribuiti dai partecipanti all'oggetto di studio (Fattore, 2005). I dati qualitativi raccolti sono frutto degli appunti presi indipendentemente dai tre autori durante o immediatamente dopo ciascuna giornata di incontro del laboratorio oppure dalla analisi dei dati inviati dalle aziende per il processo di ricerca previsto dal laboratorio. L'utilizzo dei dati quantitativi descrittivi permette di approfondire la ricchezza della descrizione etnografica e di supportare con una maggiore quantità di evidenza le riflessioni proposte.

I dati quantitativi raccolti per le attività proprie del Laboratorio sul Governo del Territorio sono stati elaborati all'interno di questa analisi per ottenere indicazione sulla disponibilità di dati sul consumo dei residenti nelle aziende partecipanti e sulla precisione dei dati raccolti nei diversi ambiti assistenziali.

2.1. La disponibilità di dati sul consumo dei residenti nelle aziende partecipanti

Come già accennato nel primo paragrafo, l'analisi dei dati quantitativi qui riportata assume che un'AUSL sia tanto più focalizzata sulla missione di tutela complessiva della salute quanto più è stata in grado di rilevare durante le attività richieste dalla propria partecipazione al Laboratorio sul Governo del Territorio i dati sul consumo effettivo dei propri residenti (e, quindi, non solo sulle prestazioni che produce direttamente). Infatti, un'AUSL interessata a tutelare la salute dei residenti nel suo complesso avrà investito nella creazione di sistemi di rilevazione che forniscano informazioni sull'assistito indipendentemente dall'azienda nella quale egli entra in contatto con il SSN. Un'azienda che focalizza il proprio focus strategico sulla attività di produzione di prestazioni

avrà investito in sistemi di rilevazione che diano informazioni dettagliate su quanto le unità produttive della azienda erogano.

L'analisi sulla disponibilità dei dati di consumo dei residenti si è focalizzata su quattro degli ambiti di attività della ricerca: ricoveri ospedalieri, prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, ricoveri per anziani, e pronto soccorso. Questi ambiti sono scelti perché particolarmente rilevanti in termini di risorse assorbite e perché presentano una sufficiente variabilità inter-aziendale nel rapporto tra prestazioni prodotte direttamente dalle AUSL rispetto al totale delle prestazioni consumate dai residenti.

Per ogni azienda del campione, per i quattro ambiti di attività prescelti, è stato richiesto a ciascuna azienda, successivamente alla prima consegna dei dati aziendali per le attività del laboratorio, quale sia stata la disponibilità effettiva di dati, sulla base di tre possibili scenari per singola categoria di dato:

- assenza di disponibilità di dato (nella tabella 1 indicato con la dizione “No dato”);
- presenza del solo dato di produzione, ovvero del dato relativo al numero ed al costo delle prestazioni erogate per via diretta dalla ASL, e perciò non depurato della mobilità attiva e non incrementato della mobilità passiva (nella tabella 1 indicato con la dizione “Prod.”);
- presenza del dato di consumo dei propri residenti, esemplificativo della presenza di un sistema informativo disegnato con l'intenzione di consentire all'azienda di esercitare la propria funzione di tutela complessiva della salute dei residenti (nella tabella 1 indicato con la dizione “Cons”).

La mappatura della disponibilità di dati per ambito, per singola azienda del campione, è illustrata dalla tabella 1.

Tabella 1: La capacità di rilevare dati di consumo dei residenti delle singole aziende in quattro diversi ambiti..

	Az.1	Az.2	Az.3	Az.4	Az.5	Az.6	Az.7	Az.8	Az. 9	Az. 10	Az. 11	Totale dati consumo
Ricoveri ospedalieri	Prod	No dato	Prod	Cons	Cons	Cons	Prod	Cons	Prod	Cons	Cons	6/11
Specialistica	Prod	No dato	Prod	Prod	Cons	Cons	Prod	Prod	Prod	Cons	Prod	3/11
Anziani	Prod	No dato	Prod	Cons	Prod	Prod	Cons	Prod	Prod	Cons	Prod	3/11
Pronto Soccorso	Prod	No dato	Prod	Prod	Cons	Prod	Prod	No dato	Prod	Prod	Cons	2/11
Totale dati consumo	0/4	0/4	0/4	2/4	3/4	2/4	1/4	1/4	0/4	3/4	2/4	

2.2. La precisione dei dati raccolti per il Laboratorio nei diversi ambiti assistenziali

Sugli indicatori di costo per residente di tutti gli ambiti di attività per cui era prevista una raccolta dati è stata calcolata la deviazione standard relativa, il rapporto tra la deviazione standard e la media.³ Questo indicatore rende comparabili le deviazioni standard, e quindi le variabilità, di ambiti dalle dimensioni diverse. La maggiore variabilità di un ambito assistenziale rispetto ad un altro può essere determinata da due diverse fonti:

1. la variabilità nei consumi dei residenti delle aziende dovuta a quadri epidemiologici o a tipologie di organizzazione dell'offerta differente tra un'azienda e le altre;
2. ad un alto livello di imprecisione dei dati per l'ambito in oggetto perché le aziende non hanno sviluppato sistemi di misurazioni affidabili o perché misurano solo le prestazioni prodotte da alcune tipologie di produttori e non hanno incluso nei dati tutte le prestazioni consumate dai propri residenti non avendo la disponibilità dei dati su alcuni produttori.

La prima fonte di variabilità è sicuramente elevata poiché le AUSL sono irriducibilmente diverse per la popolazione che vi risiede, la loro geografia e la loro storia. Ma in questo lavoro la deviazione standard relativa è utilizzata come un indicatore *proxy* della qualità dei dati raccolti, soprattutto

³ La *percent relative standard deviation* (%RSD) è calcolata partendo dalla deviazione standard s e dalla media x tramite la seguente formula: $\%RSD = 100 * s/x$, (Lewis e Evans, 2006).

perché in sede di interpretazione dei dati i rappresentanti aziendali hanno attribuito questa motivazione alla maggior parte dei valori di deviazioni standard molto alti, che non potevano essere ragionevolmente spiegati con una reale varietà dei fenomeni analizzati.

Si riportano ora nella Tabella 2, per singolo ambito di attività, il valore della deviazione standard relativa dei valori riportati dalle singole aziende nell'ambito del laboratorio⁴.

Tabella 2: Deviazione standard relativa per ambito di attività

<i>Ambito di attività</i>	<i>Deviazione standard relativa</i>
Specialistica	117%
Medicina Generale	80%
Pediatria di Libera Scelta	37%
Continuità Assistenziale	86%
Assistenza Domiciliare	111%
Screening	62%
Materno Infantile	91%
Anziani	134%
Riabilitazione e lungodegenza	99%
Pronto Soccorso	75%
Prevenzione e Sanità pubblica	54%
Ricoveri ospedalieri	41%

3. IL RAPPORTO TRA FOCUS STRATEGICO E QUOTA DEI SERVIZI PER RESIDENTI PRODOTTI DIRETTAMENTE DALL'AZIENDA

Leggendo l'ultima riga della tabella 1, in modo da poter analizzare le differenze tra le undici aziende, si nota che nessuna delle AUSL del campione presenta disponibilità di dati di consumo per residente nei quattro ambiti analizzati; soltanto due su undici presentano dati di consumo per 3 ambiti su 4; tre aziende hanno disponibilità di dati di consumo per 2 ambiti su 4; due aziende hanno dati di consumo per un solo ambito; ben tre aziende invece non dispongono di dati di consumo e un'azienda non dispone di dati di consumo né di produzione.

⁴ Si precisa che all'interno del laboratorio sono in atto alcune revisioni dei dati allo scopo di incrementare la qualità dei dati ed uniformare il contenuto degli ambiti tra le singole aziende.

Le AUSL 5 e 10 sono quelle in grado di rilevare più dati sui consumi dei residenti e sono anche due tra le aziende che, a causa di situazioni di contesto molto differenti, producono una percentuale molto bassa dei servizi per i propri residenti. Un referente di una di queste aziende spiega: *“Siamo obbligati a ragionare in ottica di consumi perché non gestiamo direttamente l’Ospedale. La nostra condizione, definita dal modello istituzionale regionale, ci ha portato a potenziare gli investimenti nei Sistemi Informativi”*. Nell’altra azienda, invece, il modello istituzionale regionale non obbliga a nessuna separazione tra ospedale e territorio ma la piccola quota di prestazioni prodotte direttamente rispetto al totale di quelle consumate dai propri residenti dipende dalla collocazione geografica all’interno di un contesto metropolitano *“A livello di AUSL gestiamo soltanto due piccoli presidi ospedalieri, e siamo collocati in un territorio dove insistono Policlinici di grandissime dimensioni. Viviamo perciò in un contesto di forte mobilità passiva. Riceviamo i dati di consumo dei nostri residenti dalla Regione. Ci piacerebbe comunque sviluppare un sistema per conoscere i dati di produzione complessiva relativi a tutti gli erogatori, pubblici e privati, che operano sul nostro territorio”*. *“Per poter governare il territorio sarebbe necessario conoscere non solo l’attività dei produttori esterni, come oggi facciamo, ma anche conoscere la loro allocazione dei fattori produttivi per influenzare la loro capacità di offerta”*. L’AUSL 5 si è affidata ai dati del sistema centrale regionale, ma paradossalmente non conosce i dati di produzione del proprio territorio.

L’AUSL 8, invece, benché anche essa produca solo una piccola percentuale dei servizi sanitari per i propri residenti, dispone di dati di consumo soltanto per 1 ambito su 4 (Ricoveri ospedalieri), avendo a disposizione i soli dati di produzione per altri due ambiti (Specialistica ed Anziani) e dichiarando assenza di dati per il Pronto Soccorso. Questa situazione sembrerebbe derivare dal fatto che nella storia dell’azienda non si sia mai percepita l’esigenza di ragionare in termini di consumi: *“Per la nostra particolare collocazione geografica, ci siamo sempre sentiti isolati dall’esterno, e non abbiamo mai ragionato in termini di mobilità”*. Il tema della mobilità passiva, infatti, è stato ricorrente nelle interpretazioni che queste tre aziende hanno riportato per spiegare la loro capacità (o difficoltà) nell’ottenere i dati sui consumi dei residenti piuttosto che esclusivamente sulle prestazioni direttamente prodotte e che sistemi informativi in grado di rilevare dati di consumo siano inizialmente posti in essere per questo motivo, più che per rispondere ad una esigenza di tutela complessiva della salute dei residenti.

Tra le aziende caratterizzate da una scarsa disponibilità di dati di consumo per residente, un referente dell’AUSL 2 riferisce: *“Per la prima volta ragioniamo sui tetti da imporre ai produttori privati”*, dichiarazione che potrebbe indicare che tale azienda finora non ha mai ragionato in termini di governo del sistema territoriale di produzione, ma si limiti a produrre prestazioni che le sono

richieste o a pagare quelle prodotte da fornitori esterni. Posizione analoga quella dell'AUSL 3, la cui referente dice: *“Abbiamo finora ragionato sempre in termini di prestazioni prodotte e non di prestazioni consumate”*. La referente dell'AUSL 9 sostiene: *“La nostra posizione geografica ha contribuito a non farci ragionare prima d'ora sui dati di consumo, che vengono invece rilevati, seppur in maniera parziale, dalla Regione. Ora stiamo iniziando ad integrarci con le banche dati regionali e puntiamo a rilevare per il futuro i dati di consumo per residente nei diversi ambiti di attività”*.

In queste realtà aziendali, dunque, è presente la percezione dell'inadeguatezza dei dati di attività e di costo ad oggi disponibili e dei correlati sistemi informativi; si inizia a comprendere l'utilità informativa e strategica che i dati di consumo dei residenti possono rivestire in ottica decisionale; si tentano di individuare le cause storiche e contestuali del grave ritardo nella rilevazione di tali categorie di dati; manca però una chiara comprensione delle modalità di utilizzo di tali categorie di dati per l'esercizio della funzione di committenza, e parimenti manca una definizione di priorità per la dotazione di sistemi informativi in grado di rilevare i consumi.

In alcuni casi la volontà di rilevare dati più completi sull'assistenza che il sistema nel complesso offre ai residenti dell'AUSL si scontra con relazioni inter-aziendali non collaborative: *“Al momento non parliamo con l'Azienda Ospedaliera. Di conseguenza non abbiamo i dati di consumo su Ricoveri ospedalieri e Specialistica. Questa ricerca è stata uno stimolo per tentare di migliorare la qualità dei nostri dati e per sviluppare l'integrazione dei Sistemi Informativi”* (referente dell'AUSL 7). In generale, nonostante sia percepita l'esigenza di disporre di dati che permettano un ragionamento sul complesso dei servizi offerti ed erogati ad i cittadini, le aziende impegnate significativamente nella produzione di servizi non sono ancora in grado di rilevare i dati di consumo per i residenti. *“Siamo la AUSL di una provincia che attrae molti anziani nelle proprie strutture di ricovero. Dovremo calcolare i flussi di mobilità per tale settore”* (Referente dell'AUSL 11). Un esempio che dimostra come, in molte circostanze, pur in presenza di situazioni oggettive che impongono l'utilizzo ai fini decisionali di dati di consumo, tali categorie di dati non siano disponibili.

Una possibile interpretazione di questa evidenza potrebbe essere ricondotta al fatto che anche una piccola quota di produzione interna crea problematiche operative e politiche tali da assorbire tutte le risorse manageriali disponibili. Infatti, poiché l'attenzione dei managements è limitata (Cyert e March, 1963; March e Simon, 1958), e poiché le organizzazioni sanitarie sono altamente complesse (Anderson e McDaniel, 2000; Longo, 2007), all'aumentare delle attività di produzione dei servizi la quantità di attenzione manageriale richiesta aumenta più che proporzionalmente a discapito dell'attenzione manageriale rivolta alla missione di tutela complessiva della salute dei residenti.

4. I DATI DISPONIBILI PER CIASCUN AMBITO E PRODUZIONE ESTERNA DEI SERVIZI

Leggendo l'ultima colonna della tabella 1, in modo da poter analizzare le differenze, i quattro ambiti di attività mostrano come soltanto con riferimento ai dati di ricovero ospedaliero la maggior parte delle AUSL del campione abbia a disposizione dati di consumo dei propri residenti (6 aziende su 11). Per quanto concerne gli altri ambiti di attività, invece, la disponibilità di dati di consumo si riduce drasticamente: soltanto 3 aziende su 11 dispongono, infatti, di dati di consumo relativi all'ambito della Specialistica, sempre 3 su 11 relativi agli Anziani, ed appena 2 su 11 per il Pronto Soccorso.

Questo può confermare la diffusa percezione di una maggiore maturità dei sistemi di misurazione dell'attività ospedaliera ma anche una maggiore attenzione verso i flussi informativi relativi ai ricoveri ospedalieri dei residenti rispetto all'attenzione verso informazioni per gestire prestazioni in altri ambiti quali il Pronto Soccorso, la Specialistica o i ricoveri per Anziani in apposite strutture.

Un comportamento, quello delle AUSL, che da un lato è senza dubbio motivato dal fatto che il costo per l'assistenza ospedaliera è una variabile chiave nella comprensione dei livelli di consumo dei residenti, ma che dall'altro pone le stesse aziende di fronte a due rischi: il primo rischio è quello di considerare i ricoveri e l'attività ospedalieri come l'unica variabile di consumo in grado di determinare i costi dei residenti, limitando al solo ambito ospedaliero ogni tipo di riflessione strategica relativa al livello di costo e non presidiando così l'insieme delle altre variabili, nel loro complesso più rilevanti della sola assistenza ospedaliera nella composizione del totale dei costi per residente. Il secondo rischio, strettamente correlato, è quello di non riuscire a definire una visione d'insieme sul mix di consumi dei propri residenti, unico strumento in grado di dotare le AUSL del patrimonio informativo basilare per l'esercizio di una funzione consapevole di committenza. Non soltanto tramite il possesso dei dati di consumo per ambito, ma anche e soprattutto attraverso l'uso correlato degli stessi, infatti, si possono orientare i mix di consumi coerenti con la propria mission intenzionale. A tale proposito uno dei referenti delle AUSL ha commentato durante il secondo workshop *“Perché dovrei rilevare tutta una serie di dati non semplici da rilevare se poi, non avendo strumenti per governare i consumi dei residenti, non ho il modo di utilizzare le informazioni raccolte?”*.

I dati quantitativi raccolti sono stati inoltre utilizzati per evidenziare una possibile relazione, per singolo ambito di attività, tra il livello di produzione diretta di prestazioni da parte di strutture di offerta organizzativamente afferenti alle AUSL, e qualità dei dati raccolti all'interno del campione di aziende utilizzando la deviazione standard relativa come variabile proxy per l'affidabilità dei dati

che le aziende sono state in grado di rilevare (con le cautele discusse nel paragrafo 2.2.). L'ipotesi di ricerca formulata è che all'aumentare, nei diversi ambiti di attività, del peso delle prestazioni erogate da soggetti pubblici e privati esterni al perimetro di AUSL, diminuisca la qualità dei dati raccolti nelle diverse aziende del campione, in virtù della minore capacità da parte delle AUSL stesse, come evidenziato nella prima dimensione di analisi, di presidiare e governare la raccolta dei dati stessi.

Tabella 4: Livello di produzione diretta per ambito di attività

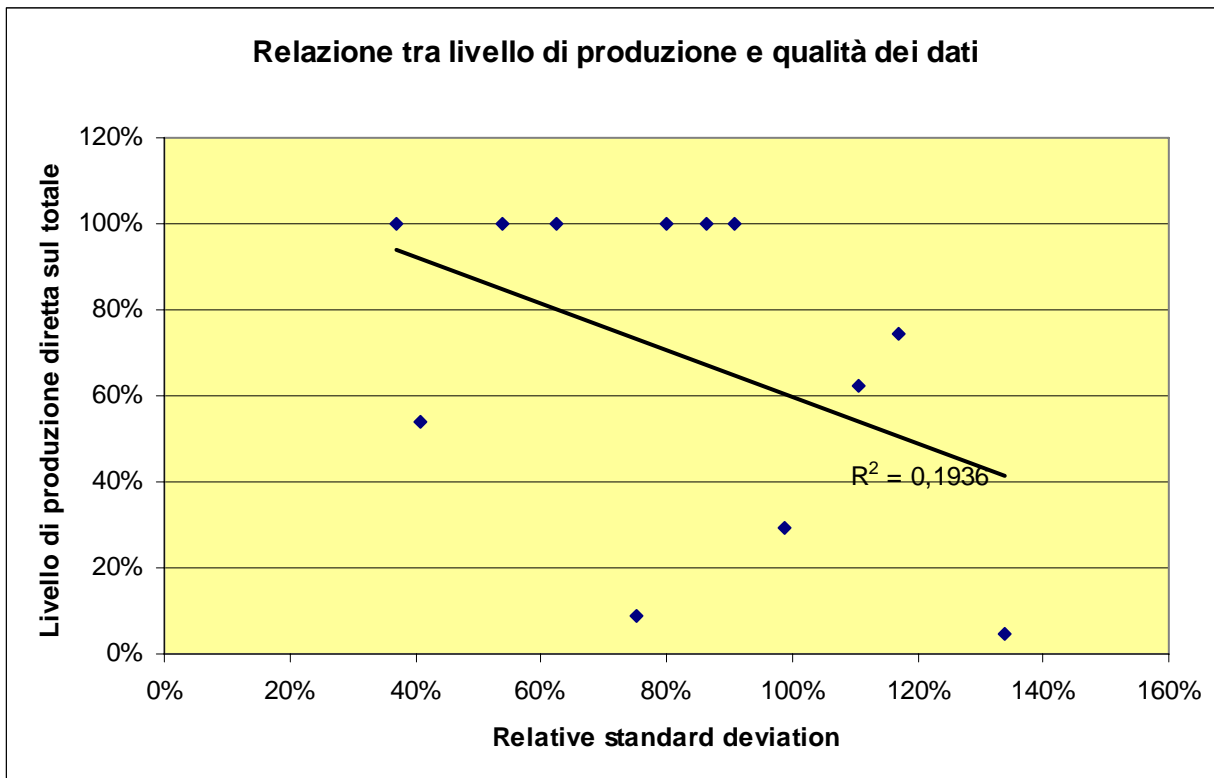
Ambito di attività	Livello di produzione diretta
Specialistica	75%
Medicina Generale	100%
Pediatria di Libera Scelta	100%
Continuità Assistenziale	100%
Assistenza Domiciliare	63%
Screening	100%
Materno Infantile	100%
Anziani	5%
Riabilitazione e lungodegenza	30%
Pronto Soccorso	9%
Prevenzione e Sanità pubblica	100%
Ricoveri ospedalieri	54%

L'esistenza di una relazione tra quanto le aziende producono direttamente e la qualità dei dati disponibili per singolo ambito di attività può essere esplorata, quindi, anche attraverso due indicatori quantitativi:

- il livello percentuale di produzione interna per ambito, che misura all'interno del campione, per singolo ambito di attività, il livello medio di prestazioni direttamente erogate dalle AUSL sul totale;
- la deviazione standard relativa dei valori che le aziende hanno inviato per l'ambito in analisi al primo invio dei dati del laboratorio.

Si tenta ora di esplorare l'esistenza di una correlazione tra le due dimensioni di analisi, tramite utilizzo di uno *scatter plot* o grafico a dispersione (Figura1).

Figura 1: Scatter plot relativo alla relazione tra livello di produzione diretta e qualità dei dati



Il grafico a dispersione è stato interpolato da una linea di regressione lineare, cui è stato associato un indice di correlazione. Il risultato mostra come, al diminuire del livello di produzione direttamente erogata dalle aziende, aumenti la deviazione standard relativa. Ciò significa che, all'aumentare del livello di committenza, diminuisce la qualità dei dati che le aziende hanno a disposizione, a conferma dell'ipotesi precedentemente enunciata.

Ragionando per singolo ambito di attività, il dato più significativo è quello relativo ai ricoveri per anziani: a fronte di una produzione direttamente gestita dalle AUSL molto bassa (9%), il livello della deviazione standard relativa è il più elevato tra quelli registrati (134%), confermando perciò l'ipotesi che le aziende dispongano di dati di qualità ridotta con riferimento a tale ambito, dove il loro ruolo di committenti è preponderante su quello minimo di produzione diretta.

In controtendenza invece il dato sui Ricoveri Ospedalieri: pur in presenza di livelli elevati di committenza (le aziende erogano direttamente il 54% del totale delle prestazioni), il livello della deviazione standard relativa è tra i più bassi (41%). Un ulteriore esempio che conferma l'attenzione preponderante che le aziende concentrano sulla produzione ospedaliera, come già argomentato.

5. CONCLUSIONI

Il contributo che questo articolo può apportare alla letteratura nell'ambito della strategia delle aziende sanitarie consiste nell'utilizzo di proxy rivelatrici delle scelte intenzionali dalle aziende come metodologia per rilevarne il focus strategico; nell'evidenziare la relazione tra quota di prestazioni prodotte direttamente e la capacità di concentrarsi sulla missione di tutela complessiva della salute dei residenti; e nell'evidenziare una relazione tra la qualità dei dati e la quota di prestazioni prodotta direttamente.

Nell'eterogeneità delle configurazioni regionali le AUSL possono assumere diverse missioni (Fattore e Longo, 2002): tutela della salute dei residenti, produzione di prestazioni e servizi, missioni bilanciate. La missione aziendale delle AUSL è formalmente definita dalle architetture dei sistema regionali, ma, alla luce della finalità di tutela della salute dei residenti, la missione è determinata anche dalla lettura della geografia dei consumi sanitari dei residenti (France e Taroni, 2005). In questo scenario le singole AUSL possono definire una loro strategia intenzionale che non necessariamente coincide con la strategia che realmente riescono poi ad attuare, dipendendo anche dalla loro forza istituzionale, dalle competenze organizzative disponibili e dalla capacità di governo. In questo paper abbiamo cercato di indagare gli scostamenti tra la geografia dei consumi e le missioni intenzionali, dedotte dal livello di consapevolezza sul posizionamento relativo dell'azienda nella geografia dei consumi dei propri residenti e dal focus del proprio sistema di indirizzo e controllo direzionale. La capacità di governo dei consumi complessivi sembrerebbe essere strettamente legata a quanto l'azienda produce direttamente perché l'attività di produzione, a causa della sua complessità e della rilevanza operativa e politica, tende ad assorbire gran parte delle risorse manageriali. Abbiamo osservato un livello di consapevolezza sui posizionamenti relativi basso e un focus dei sistemi direzionali ancora prevalentemente orientato al governo della produzione interna, anche laddove questi non costituiscono più la parte predominante dell'erogazione di servizi. Produrre una quota minima dei servizi sanitari dei propri residenti sembrerebbe essere una condizione necessaria ma non sufficiente perché le aziende modificano il proprio orientamento strategico interpretando il ruolo di coordinamento dei servizi sanitari alla persona o, dove previsto, di committenza.

Questa constatazione dovrebbe indurre a profonde riflessioni i policy maker che assegnano un ruolo decisivo alla committenza locale nelle loro architetture di sistema regionale. Se la committenza è assente dalle missioni intenzionali, probabilmente non viene esercitata o viene esercitata in modo poco incisivo. La nostra ricerca non è in grado di stabilire se la scarsa diffusione della consapevolezza ed orientamento alla committenza è dovuta ad un deficit di volontà, di compenso è la conferma della difficoltà strutturale ad esercitare questa funzione nel settore sanitario: questo è un

terreno di ricerca futura. Ciò che emerge con una certa forza dalla nostra indagine è l'insufficiente orientamento intenzionale delle aziende AUSL al presidio di questa funzione.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, R.A., & McDaniel, R.R. (2000). Managing Health Care Organizations: Where Professionalism Meets Complexity Science. *Health Care Management Review*, N. 25 (1), 83-93 .
- Cyert, R. M., & March, J. G. (1963). *A behavioral theory of the firm*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Del Vecchio M. (2002), La resistibile ascesa dei nemici dell'azienda pubblica, *Salute e società*, n. 1/2002
- Fattore G. and Longo F., I modelli emergenti nei sistemi sanitari regionali (titolo da controllare), in Anessi Pessina E. and Cantù E., Rapporto OASI 2002, L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Egea, Milano, 2002
- Fattore G., Metodi di ricerca in economia aziendale, Egea, Milano, 2005
- Ferrera M., The Rise and Fall of Democratic Universalism: Health Care Reform in Italy, 1978-1994, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 20, n. 2, summer 1995
- France G. and Taroni F., The Evolution of Health-policy Making in Italy, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, n.1-2, 2005
- Jommi C., Cantù E. and Anessi Pessina E., New funding arrangements in the Italian National Health Service, *International Journal of Health Planning and Management*, n. 16, p.347-368, 2001
- Longo F. (2007), Implementing managerial innovations in primary care: can we rank change drivers in complex adaptive organizations?, *Health Care Management Review*, , 32 (3).
- March, J. G., & Simon, H. A. (1958). *Organizations*. New York: Wiley.
- Lewis R., Evans, W. (2006), *Chemistry*, Palgrave Macmillan.
- Mintzberg H. (1985), Of Strategies: Deliberate and Emergent, *Strategic Management Journal*, n. 6.
- Tedeschi P. e Tozzi V. (2004) (a cura di), Il governo della domanda, Mc Graw Hill, Milano.