

La sanità italiana tra Reengineering e Project Finance

Autore: Sabetta Sergio Benedetto

In: Medicina e Diritto

È stato da più parti sottolineato che nell'avviare le necessarie misure sul contenimento dei costi sanitari si devono evitare distorsioni di mercato o creare situazioni di "dipendenza" del sistema da interessi privati, anche quale risultanza di un distorto partenariato nell'attività pubblica.

In generale, in un'analisi qualitativa svolta da Brusoni e Vecchi è emersa una serie di gap della P.A.:

- Gap di strategia, dovuti a progetti di breve termine con una esasperazione localistica;
- Gap di selezione, difficoltà nella concentrazione delle risorse finanziarie e degli interventi in poche iniziative strategiche;
- Gap di governance, incapacità di coordinamento;
- Gap di collaborazione e integrazione, iniziative parcellizzate con difficoltà di metterle a sistema;

•

Gap di conoscenza e comunicazione, forti asimmetrie informative con scarsa capacità di progettare interventi, circostanza che conduce a soddisfare più la visibilità che le priorità con approcci relativi alla sola spesa piuttosto che agli investimenti e forte esposizione ad azioni di lobbying.

Tutti gli elementi sopra descritti hanno quale ulteriore conclusione indesiderata, ma propria di una incapacità collaborativa, quella di un esasperato individualismo amministrativo che impedisce la possibilità di fare sistema e di guadagnare la fiducia nella azione pubblica, elemento che viene ad inficiare un costruttivo decentramento dei poteri.

Come affermano Waits, Kahalley e Heffernon, non occorre pensare solo agli incentivi ma agli elementi fondamentali (Building Blocks) e non solo alla quantità ma anche alla accountability e quindi agli impatti, circostanza che porta a ridefinire i confini amministrativi in termini di aree socio-economiche.

Tra le attività pubbliche che in questi decenni hanno subito incrementi di spesa maggiori vi è senz'altro il servizio sanitario che dal 7,1% del PIL nel 1995 è passato al 9% nel 2006 con una crescita certa ulteriore, sia per il sempre crescente aumento della popolazione che per la continua innovazione tecnologica e scientifica (Bergamaschi - Lecci - Morelli).

La compressione dei costi a seguito dell'introduzione dei tetti di spesa è tuttavia limitata dall'autonomia professionale necessaria all'attività e dalla specificità delle prestazioni erogate con la conseguente difficile standardizzabilità dei processi, necessita pertanto concentrarsi anche sugli elementi no - core che sono meno evidenti non investendo direttamente l'utente finale, per questo è tuttavia necessario coinvolgere le "burocrazie professionali" (Mintzberg) superando le diffidenze iniziali.

In letteratura si insiste sulle cause determinanti dei costi piuttosto che sulla loro semplice compressione e per fare questo occorre individuare esattamente le cause (cost-driver), le quali sono raggruppate dalla dottrina in cause strutturali ed esecutive (Shank-Govindarajan), le prime si possono classificare in :

- Economie di scala;

- Economie di raggio d'azione;

- Economie di apprendimento;

- Tecnologie di produzione lungo la catena del valore;

- Complessità di linee produttive;

Le seconde in :

- Gestione della qualità;
- Utilizzo della capacità produttiva;
- Efficienza del layout degli impianti;
- Configurazione di prodotto;
- Legami con clienti e fornitori;
- Coinvolgimento della forza lavoro nel miglioramento continuo.

L'agire sulle cause strutturali, ossia costruire strutture di costo coerenti con la strategia, ha come orizzonte un medio/lungo periodo, per interventi a breve l'ottica è esecutiva con l'introduzione di misure

di performance di costo su benchmarking, dobbiamo comunque sempre valutare il reciproco influsso delle varie cause di costo.

Le attività non-core di volta in volta individuate possono raggrupparsi nelle attività di base a supporto dei servizi sanitari, ossia in tutte le iniziative volte al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia aziendale, nella gestione dei rischi insiti nell'attività, nonché in tutte quelle funzioni necessarie per la strategia aziendale (Lee- Corell).

Settori interessati al riordino sono stati in alcuni casi l'approvvigionamento e la logistica dei dispositivi medici e dei presidi clinici, che hanno portato all'esternalizzazione del magazzino dei dispositivi medici a basso valore in modo centralizzato presso un distributore farmaceutico privato, questo unito al metodo della gestione in conto deposito presso i reparti dei presidi clinici a valore elevato, con una logica just in time utile in presenza di un alto tasso di obsolescenza tecnologica, pluralità di formati, urgenza nell'approvvigionamento misto ad altri costi.

Altro settore coinvolto frequentemente nella ristrutturazione è stata la logistica del farmaco attraverso la prescrizione medica informatica che, indirizzata e validata dalla Farmacia Ospedaliera, ha permesso la compressione delle quantità disperse nei reparti e la loro tracciabilità, con una raccolta puntuale delle necessità riducendo il flusso cartaceo e la sua lavorazione, ma introducendo anche la possibilità di una personalizzazione del farmaco con una riduzione significativa degli errori di gestione. Si è quindi passati da una dimensione puramente economica ad una clinica, coinvolgendo le professionalità sanitarie senza più limitarsi alle sole esternalizzazioni amministrative o dei più semplici servizi di pulizia (Bergamaschi-Lecci-Morelli).

I processi di reingegnerizzazione a cui si dà vita non possono basarsi né su dinamiche di breve periodo, né tanto meno su soli obiettivi economici, distinguendosi per questo dall'approccio privato in cui prevale esclusivamente l'efficienza economica impostata prevalentemente su un recupero nel breve (Bof -Previtali -Tonti).

Nel Public Organization Reengineering (POR), a differenza del Business Process Reengineering (BPR), non vi è discontinuità né cambiamenti repentini e radicali ma si procede con gradualità sia in termini micro, nelle razionalizzazioni, che macro, nelle ristrutturazioni o riprogettazioni, con un cambiamento sistemico che prende in considerazione tutti i fattori esterni ed interni sia istituzionali che economici.

Questo comporta la necessità della creazione di un clima organizzativo propenso alla collaborazione e che coinvolga tutti i responsabili ed il personale ai vari livelli in modo da incrociare gli approcci top-down, propri del BPR, al bottom - up, più vicini al POR, si che tutti gli attori organizzativi vengano coinvolti cercando di superare le inevitabili resistenze e mantenendo una continuità di azione nei servizi ad alto contenuto professionale.

Si sono più volte lamentate le criticità che si creano con obiettivi legati solo alle necessità di budget, ossia con urgenze di breve periodo slegate dalle necessità sistemiche, a cui si aggiungono numerosi progetti di interventi slegati dalla graduale realtà ma legati da interventi e interessi propri dei conflitti politici.

I rischi che si presentano riguardano, pertanto:

- La mancata consapevolezza di azioni graduali, questo per obiettivi politici non sensibili alle necessità della gestione, applicazione brutale delle normative di riforma a cui si aggiungono deleghe di progetto verso risorse prive della competenza organizzativa necessaria;
- Il mancato realismo sulla quantificazione delle risorse umane necessarie, sui tempi dell'azione e le difficoltà che si presenteranno nella fase implementativa, questo per le difficoltà di rilevamento dei fabbisogni, la mancanza di strumenti di rilevazione gestionali, con la conseguente difficoltà di

individuare obiettivi definiti e monitorabili nonché le relative risorse necessarie;

•

Carenza di individuazione dei soggetti coinvolti nella reingegnerizzazione dei processi per scarsa comunicazione e integrazione tra professionalità diverse, che entrano in conflitto anziché collaborare;

•

Mancato investimento nelle precondizioni organizzative limitandosi al ripensamento dei processi.

(Bof, Previtali, Tosi).

È stato osservato che attualmente vi è una difficoltà di effettuare strategie programmate nel tempo a causa delle dinamiche ambientali, si che prevale una strategia emergenziale su tempi brevi (Canova, Il tesoro e il segreto, E & M, 125 Etas, 3/2006), se questo è pur vero in ambienti ad alta competitività non può essere schermo sui servizi pubblici dove la capacità regolamentativa del settore è maggiore anche per la presenza oligopolistica del pubblico stesso.

Circa l'utilizzo sul mercato italiano dello strumento del project finance nel settore sanitario, per sostituire la scarsità di fondi pubblici disponibili (art. 20 L. 67/88), è avvenuto con poca attenzione agli effetti generali sulle aziende sanitarie e la relativa spesa (Amatucci-Germani-Vecchi), senza tenere conto delle differenti conseguenze tra le imprese private che operano sul mercato e gli enti pubblici legati da regole formali e di trasparenza (Borgonovi).

Il concepire il project finance come parte della legge quadro sui lavori pubblici (D. Lgs 156/2006 - Codice degli appalti), concentrando l'attenzione esclusivamente sulla correttezza formale delle procedure, conduce a sottovalutare l'impatto sul vincolo di economicità dell'azienda, favorendo per mancanza di professionalità interne lo spostamento dell'onere di progettazione, compresa la formulazione del piano economico-finanziario, dal pubblico al privato, senza tuttavia poterne controllare le caratteristiche con uno spostamento di oneri e rischi oltre al dovuto dal privato al pubblico.

Si evidenziano due elementi di criticità (Barretta):

- Asimmetria informativa a favore del privato che prepara il progetto e conosce esattamente la dimensione economico/finanziaria.
- Debole potere negoziale del pubblico per mancanza di professionalità specifiche nella funzione Finanza, a cui si aggiunge una scarsa capacità di programmazione sia tecnica che economica dell'investimento relativamente alla gara di assegnazione.

Vengono a prevalere, quindi in ultima analisi, i poteri di lobbyng sui vertici aziendali e regionali rispetto alle reali capacità degli operatori privati.

Anche l'uso improprio delle risorse di cui alla L. 67/88, mediante contributi a fondo perduto che vengono a coprire una media del 48% del valore dell'investimento, ha distorto il mercato inducendo gli operatori privati a ritenere tale contributo premessa obbligatoria senza valutarne la distorsione a favore degli stessi

in termini di rischi e costi e quindi di utili, favorendo inoltre l'ulteriore azione di lobbying.

Gli strumenti finanziari sotto "vesti giuridiche ineccepibili" possono nascondere, oltre che criticità economiche, anche operazioni di finanziamento non ammissibili che vengono a superare i limiti di spesa imposti dalla legge con conseguenze economiche a medio - lungo termine disastrose per gli enti pubblici (Vecchi), che in ultima analisi vengono a ricadere sulla stessa capacità operativa del servizio sanitario e quindi sui cittadini.

Bibliografia

- M. Brusoni - V. Vecchi, I Gap che ostacolano la competitività, in F. Pezzani, Il patto di lucidità, Egea 2008;
- Focus>Forum, Competitività, innovazione e imprenditorialità nelle pubbliche amministrazioni, E & M - SDA Bocconi, 11, Etas, 6/2010;
- Focus>Forum, Promuovere la competitività: quale ruolo per la P.A.?, E & M - SDA Bocconi, 17, Etas, 1/2007;

- M. J. Waits - K. Kahalley - R. Heffernon, Organizing for Economic Development: New Realities Call for New Rules, Public Administration Review, 52-6/1992;
- M. Bergamaschi - F. Lecci - M. Morelli, Il cost management delle attività no-core nelle aziende sanitarie, E & M- SDA Bocconi, 99, Etas, 3/2010;
- F. Bof - P. Previtali - A. Tonti, Innovazione organizzativa nelle aziende sanitarie: dai processi alle persone, E & M - SDA Bocconi, 101, Etas, 2/2010;
- F. Amatucci - A. Germani - V. Vecchi, Il project finance in sanità: una analisi delle caratteristiche economico-finanziario, in Anessi Pessina - Cantù (a cura di) L'aziendalizzazione della Sanità in Italia: rapporto OASI 2007, Egea;
- V. Vecchi, Project finance e investimenti sanitari: chi guadagna?, E & M -SDA Bocconi, 83, Etas, 5/2008;
- E. Borgonovi, Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, Egea 2005;

- A. Barretta, Valutazione preventiva delle iniziative di project financing in sanità e salvaguardia degli interessi collettivi, 125, *Mecosan*, 56, 2005.

<https://www.diritto.it/la-sanita-italiana-tra-reengineering-e-project-finance/>