

UNIVERSITÀ DI PISA

Dipartimento di Economia e Management

Corso di laurea magistrale in: Strategia, management e controllo

**ANALISI DIFFERENZIALE NEL PROCESSO DI  
MAKE OR BUY IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
ED ALTA DISINFEZIONE: IL CASO ASL 12  
VIAREGGIO**

*Candidato:*

Mirko Giuntini

*Relatore:*

Prof. Simone Lazzini

Anno Accademico 2014/2015

# INDICE

---

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>4</b>
<b>1. INQUADRAMENTO, NASCITA ED EVOLUZIONE DEL SSN: TRATTI SALIENTI .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 <i>Inquadramento dei sistemi sanitari</i>.....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 <i>Le origini italiane: un sistema mutualistico</i> .....</b>	<b>12</b>
<b>1.3 <i>La riforma del 1978</i>.....</b>	<b>15</b>
<b>1.4 <i>I D.lgs. del 1992 e 1993</i>.....</b>	<b>19</b>
<b>1.5 <i>La riforma Bindi</i> .....</b>	<b>27</b>
<b>1.6 <i>Il passaggio alla TUC</i> .....</b>	<b>31</b>
<b>2. LA GESTIONE DEL SISTEMA SANITARIO SECONDO IL MODELLO TOSCANO .....</b>	<b>32</b>
<b>2.1 <i>Il SS pre-riforma</i>.....</b>	<b>32</b>
<b>2.2 <i>Il riordino</i> .....</b>	<b>36</b>
<b>2.3 <i>La valutazione della performance nella sanità toscana</i>.....</b>	<b>43</b>
<b>2.4 <i>I punti critici del sistema</i> .....</b>	<b>53</b>
<b>2.5 <i>La performance della ASL 12 Viareggio</i> .....</b>	<b>54</b>
<b>3. IL PROCESSO DI MAKE OR BUY .....</b>	<b>56</b>
<b>3.1 <i>Scelte di convenienza economica: make or buy?</i>.....</b>	<b>56</b>
<b>3.2 <i>L'outsourcing nella sanità</i> .....</b>	<b>76</b>
<b>3.3 <i>Esperienze di outsourcing nei servizi sanitari</i>.....</b>	<b>81</b>
<b>3.4 <i>Come svolgere un'analisi di make or buy</i> .....</b>	<b>84</b>
<b>3.5 <i>Individuazione delle attività da esternalizzare</i>.....</b>	<b>88</b>
<b>3.6 <i>Fasi operative della strategia di outsourcing</i> .....</b>	<b>91</b>

<b>4. IL CASO ASL 12 VIAREGGIO .....</b>	<b>95</b>
4.1 <i>Inquadramento giuridico e clinico dell'attività di endoscopia digestiva.....</i>	95
4.2 <i>L'alta disinfezione nell'attività di endoscopia digestiva.....</i>	100
4.3 <i>Il caso: la fattispecie aziendale nella ASL 12 Viareggio .....</i>	103
4.4 <i>Le necessità tecnico-sanitarie della ASL 12 Viareggio.....</i>	106
4.5 <i>Prima alternativa (to make) : investimenti interni .....</i>	110
4.6 <i>Seconda alternativa (to buy) : service esterno .....</i>	113
4.7 <i>Comparazione delle alternative di make or buy .....</i>	126
4.8 <i>Scelta tra le due alternative e conclusioni .....</i>	132
4.9 <i>Conclusioni .....</i>	136
 <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	 <b>138</b>

# INTRODUZIONE

---

Il sistema sanitario nazionale italiano, nel 1992, è stato sottoposto ad una svolta aziendalistica attraverso l'emanazione della legge 502\1992 (poi completata successivamente con la legge 517\1993) che lo ha sottoposto ad una versa e propria “rivoluzione” tanto da essere considerata ancora oggi come una sorta di testo unico sanitario.

Tale legge 502\1992 si basava su 3 elementi caratterizzanti:

- modifica della governance istituzionale del sistema
- modifica del criterio di gestione
- creazione di un “quasi mercato sanitario” (conseguenza dei 2 precedenti)

Ai fini della redazione di questo elaborato, assume particolare rilevanza soprattutto il secondo elemento (modifica del criterio di gestione): mentre prima dell'emanazione di tale legge la gestione era scollegata dalle risorse, adesso si ha un collegamento tra i 2 elementi attraverso l'aziendalizzazione del sistema sanitario; dove “aziendalizzare” non significa introdurre un sistema di gestione manageriale tipico delle organizzazioni private ma, invece, significa introdurre la finalità dell'equilibrio economico a valere nel tempo (di conseguenza il sistema manageriale non è il fine dell'aziendalizzazione ma il suo strumento per il raggiungimento degli obiettivi prefissati).

In funzione di ciò, la precedente USL (Unità Sanitaria Locale) diviene una vera e propria azienda dotata di autonomia organizzativa, gestionale, tecnica, amministrativa, patrimoniale e contabile.

A sottolineare questo enorme cambiamento dal punto di vista organizzativo e manageriale anche il nome viene trasformato da USL in ASL (Azienda Sanitaria Locale); non è difficile, però, ritrovare sul territorio anche realtà che hanno adottato differenti diciture come AUSL (Aziende Unità Sanitaria Locale) utilizzata proprio dalla struttura sanitaria presso la quale è stato redatto il presente elaborato.

Le ASL, quindi, fanno parte del *Servizio Sanitario Nazionale*, sono aziende con una personalità giuridica pubblica ed una propria autonomia imprenditoriale; solitamente sono organizzate in distretti sanitari di base, presidi ospedalieri e dipartimenti.

La ASL, inoltre, è caratterizzata da vari servizi come: il presidio ospedaliero, il consultorio, la continuità assistenziale, l'assistenza domiciliare e in residenze socio sanitarie, il CUP, il medico di famiglia e infine i servizi per la salute mentale.

Tale aziendalizzazione, di conseguenza, ha comportato l'introduzione a fianco delle varie attività che vengono quotidianamente svolte e che divengono oggetto di valutazione in un'ottica gestionale (come programmazione, budgeting, controllo e reporting tipiche di un sistema denominato come "controllo di gestione") anche di attività che rientrano in un'ottica più a carattere manageriale e tra le quali rientra anche il processo di "make or buy", indubbiamente di interesse rilevante per tutte le realtà aziendali di produzione ed offerta di beni di consumo (soprattutto le c.d. commodities) sia, seppur in maniera inferiore, alle organizzazioni specializzate nell'offerta di servizi.

La possibilità di sfruttare tale strumento gestionale del "make or buy", ha assunto all'interno del sistema sanitario toscano un carattere di rilevanza ancora maggiore attraverso la costituzione di un apposito ente amministrativo (dapprima denominato ESTAV e composto da tre unità ciascuna riferita ad un'Area Vasta, e successivamente tramutato in ESTAR con un bacino di utenza maggiorato in quanto facente riferimento alle aziende sanitarie dell'intera Toscana) con l'obiettivo di ottimizzare la spesa regionale destinata ai beni sanitari pur mantenendo elevati standard di qualità nell'erogazione delle prestazioni.

Il presente elaborato, basato su una personale esperienza presso la "AUSL 12 Viareggio" in riferimento alle attività di endoscopia digestiva ed alta disinfezione degli strumenti utilizzati nello svolgimento di quest'ultima, quindi, verte proprio intorno all'opportunità gestionale definita dall'introduzione di tale ente, allo scopo di valutare l'effettiva presenza di benefici da parte delle aziende sanitarie nello sfruttamento delle opportunità offerte da ESTAR rispetto ad acquisti ed acquisizioni in proprio.

# CAPITOLO 1

## INQUADRAMENTO, NASCITA ED EVOLUZIONE DEL SSN: TRATTI SALIENTI

---

### 1.1 - Inquadramento dei sistemi sanitari

L'attenzione della politica dei nostri giorni e dei media nei confronti del mondo della Sanità rappresenta oramai una costante, sia quando l'attenzione è posta nei confronti di tematiche di tipo amministrativo-gestionali sia quando si sposta il focus su innovazioni scientifiche e aspetti di pratica clinica, tanto da sensibilizzare sugli argomenti tutta la collettività.

L'accento è tuttavia sempre più marcato su questioni inerenti le dinamiche caratterizzanti la spesa sanitaria pubblica, tema oramai divenuto di dominio pubblico per gli amministratori e attori del sistema sanitario.

I riferimenti, in questo ambito di analisi, sono ad alcuni fattori specifici quali: la spesa sanitaria pubblica pro capite o suddivisa per funzioni assistenziali, la spesa farmaceutica, l'entità dei contratti, i posti riferiti alla popolazione, nonché i livelli di disavanzo delle aziende e delle regioni e le diverse politiche adottate da queste ultime in materia di sanità<sup>1</sup>.

Prima di poter effettuare un'analisi delle principali problematiche di tipo gestionale che un'azienda sanitaria si trova a dover gestire, risulta di indubbia utilità inquadrare i vari SSN in riferimento al modello di governance alla base degli stessi.

Tali modelli vengono inquadrati principalmente in funzione di 3 elementi peculiari:

-l'intensità dell'intervento pubblico (ovvero dello Stato) per quanto riguarda i finanziamenti e la produzione

---

<sup>1</sup> ELIO BORGONOVÌ: Il controllo economico delle aziende sanitarie, Ed. Egea, Milano 1990

- il grado di universalità dei servizi
- la presenza o meno di competizione

Per quanto riguarda le prime due variabili, può essere effettuata una distinzione tra:

- sistemi pubblici: lo Stato effettua un elevato controllo sul SSN attraverso, per esempio, le attività di pianificazione degli interventi, di finanziamento e/o produzione diretta di servizi, tramite gli ospedali o altre tipologie di organizzazioni.
- sistemi privatistici: il controllo del sistema è demandato in maggior parte all'iniziativa dei privati ed è molto minore la presenza pubblica.

I sistemi pubblici, inoltre, rappresentano la naturale risposta al problema dei modelli welfare universali, mentre i sistemi privatistici lo sono per i modelli welfare residuali.

Nei primi (di un esempio è l'Italia) lo Stato mira a garantire la fruizione dei servizi sociali all'universalità della popolazione (o almeno ad una larga parte di essa) in modo equo e indipendentemente dal livello di reddito della famiglia e/o dei suoi singoli componenti; tali servizi vengono posti in essere attraverso il prelievo fiscale da parte dello Stato, di cui una parte viene appunto destinata alla realizzazione di un tessuto sanitario nazionale, indipendentemente dalla fruizione o meno dei servizi stessi.

Inoltre l'accesso a tali servizi è reso libero a tutti i soggetti, cittadini o meno.

Nei secondi (di cui un esempio sono gli USA) lo Stato garantisce la fruizione dei servizi sociali soltanto ad alcune fasce della popolazione (ovvero quelle al di sotto di definite soglie reddituali), mentre la parte restante della popolazione dovrà provvedere privatamente ed in modo autonomo alla soddisfazione dei propri bisogni rivolgendosi all'offerta privata.

Sulla base di questo secondo modello, inoltre, sono poi venuti a delinearsi ulteriori modelli derivati che differiscono per vari fattori come la natura delle organizzazioni che producono assistenza sanitaria, chi sovvenziona tali organizzazioni, in che modo etc...;

rientrano in tali sistemi residuali per esempio, anche i sistemi assicurativi privati<sup>2</sup> ed i sistemi mutualistici<sup>3</sup>.

Proprio a causa della possibilità di inserire innumerevoli variabili e contaminazioni che possano modificare più o meno profondamente un sistema sanitario scelto come base dando luogo ad un sistema differente da quello precedente, tali modelli così delineati assumono più il carattere dell'astrattezza; proprio per questo, ciò che configura realmente il sistema sanitario di un paese non dipende tanto dal modello utilizzato, ma dalla concezione che ha il paese stesso di sanità pubblica; di conseguenza, possiamo individuare due concezioni di base:

-solidaristica: si basa sull'assunto secondo il quale la sanità è una questione che riguarda tutti e se tutti contribuiscono al suo finanziamento, "il beneficio economico che si ottiene garantendo l'accesso al servizio sanitario a tutti è maggiore rispetto al lasciare le singole risorse ai rispettivi proprietari".

-individualistica: la salute viene considerata come qualsiasi altro bene e, per questo, ciascun soggetto deve provvedere in autonomia al suo soddisfacimento.

Per quanto riguarda, invece, il terzo punto relativo alla presenza o meno di competizione, a causa della regionalizzazione del SS sia le relazioni cooperative che quelle competitive

---

<sup>2</sup> La risposta nei confronti dei bisogni caratterizzati da imprevedibilità ed irregolarità, quale appunto di bisogno di salute, viene ritrovata negli schemi assicurativi poiché consentono al consumatore di proteggersi dagli effetti negativi di eventi futuri incerti e difficilmente prevedibili, tanto nella loro manifestazione temporale quanto nell'impatto economico, pagando nel presente un premio all'assicuratore e, dunque, trasferendo a quest'ultimo il rischio dei costi da pagare al verificarsi dell'evento indesiderato. Peraltro, le caratteristiche dello schema assicurativo sono evidentemente presenti anche nei modelli universali a controllo pubblico, nei quali è appunto lo Stato ad assumere il ruolo e le funzioni dell'assicuratore.

L'entità del premio dipende dalla probabilità di accadimento dell'evento dannoso, dal valore potenziale del danno atteso, nonché del margine di transazione.

<sup>3</sup> Le mutue si basano sul principio della solidarietà all'interno di una categoria di individui, i quali decidono di tutelarsi contro future malattie, attraverso la costituzione di società di mutuo soccorso essi finanziate. Si pongono, in tal modo, le basi per un sistema di sicurezza sociale che si estende dagli infortuni sul lavoro fino ad una serie di rischi quali la disoccupazione, la vecchiaia, la maternità, etc...

È opportuno, peraltro, rilevare come questa particolare forma di tutela nel momento in cui la malattia è associata ad una perdita di reddito non soltanto del malato che non lavorando potrebbe trovarsi in situazione tale da non poter acquistare le cure necessarie, ma anche dell'industria in relazione alla perdita temporanea o definitiva della forza lavoro.

fra differenti organizzazioni sanitarie possono essere fortemente condizionate dal quadro normativo di riferimento relativo alle varie fattispecie regionali, configurando varie tipologie di competizione fra aziende sanitarie pubbliche e fra aziende sanitarie pubbliche e private.

Ad esempio, le organizzazioni pubbliche possono essere indotte a competere fra loro a seguito di una riforma che introduce le logiche del quasi mercato, oppure, come conseguenza dell'emanazione di una norma che preveda l'implementazione di iniziative di benchmarking finalizzate all'identificazione ed alla diffusione delle migliori prassi aziendali e a premiare le aziende in grado di conseguire, all'interno di un determinato settore, le migliori performance<sup>4</sup>.

In via generale, inoltre, possono essere individuate una serie di determinanti relative alla competizione individuabili in:

- a) il meccanismo tariffario mediante cui le prestazioni ospedaliere sono remunerate sulla base del tariffario regionale
- b) l'obbligo per le aziende sanitarie di raggiungere l'equilibrio economico e la valutazione del direttore generale sulla base del conseguimento di tale obiettivo
- c) la libertà per i pazienti di scegliere il fornitore cui rivolgersi per ottenere le prestazioni sanitarie.

Allo stesso modo, le variabili relative alla cooperazione possono essere individuate in:

- a) la suddivisione fra i presidi ospedalieri focalizzati sull'erogazione di prestazioni ospedaliere di elevata complessità e quelli che devono occuparsi di servizi di medio-bassa complessità
- b) la costituzione di organismi interaziendali impegnati nella definizione di obiettivi strategici e/o in attività esecutive
- c) la valutazione annuale del direttore generale sul raggiungimento di obiettivi interaziendali.

---

<sup>4</sup> ANTONIO BARRETTA: Il dualismo competizione/cooperazione fra aziende sanitarie pubbliche, Facoltà di economia di Siena, Siena 2006.

Proprio in relazione a tale aspetto di competizioni\cooperazione, è stato effettuato uno studio basato su interviste ai vari direttori

È emerso che la presenza di alcuni determinanti della competizione quali, in particolare, il meccanismo tariffario per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere e la valutazione della figura del direttore generale sul raggiungimento dell'equilibrio economico aziendale possono ostacolare lo sviluppo di concrete forme di cooperazione fra le aziende sanitarie.

Seppure il quadro normativo possa prevedere sia determinanti della competizione che della cooperazione, le prime possono prevalere fino al punto di disincentivare qualsiasi forma di reale collaborazione interaziendale.

In tali circostanze, quindi, la cooperazione<sup>5</sup> costituisce una condizione presente solo nella norma; le reali relazioni fra aziende risultano ispirate da comportamenti esclusivamente competitivi.

Un altro aspetto emerso è costituito dal fatto che la volontà dell'ente regionale può risultare determinata per incentivare atteggiamenti di cooperazione inter-organizzativa. Inoltre, è stato rilevato che, a causa della possibile tensione dei professionisti alla competizione, lo stemperamento dei determinanti della competizione in precedenza citati e la leadership politica appaiono condizioni necessarie ma non sufficienti per attivare una reale cooperazione interaziendale.

Infine, un ulteriore elemento di criticità proprio delle aziende sanitarie è legato al fatto che all'interno delle Aziende Ospedaliere è possibile scorgere alcuni limiti ed aspetti critici nella relativa gestione ed organizzazione.

Uno di questi è sicuramente rinvenibile nella personalizzazione delle prestazioni sanitarie: per il paziente, infatti, risulta assai difficoltoso riuscire a valutare l'appropriatezza delle cure ricevute, sia sul piano quantitativo che soprattutto su quello qualitativo.

---

<sup>5</sup> Situazione in cui sono evidenti comportamenti competitivi e contestuali atteggiamenti cooperativi

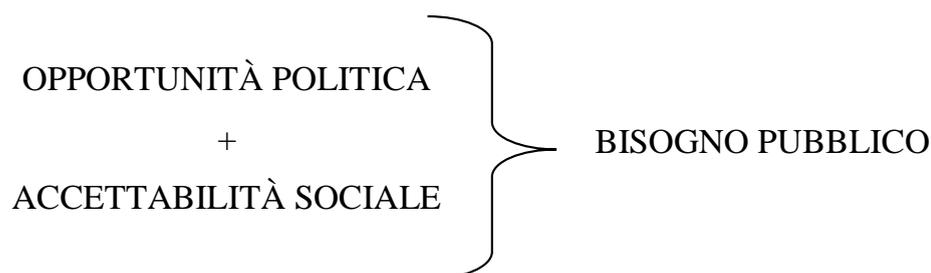
Inoltre, le prestazioni mediche necessitano di un'elevata professionalità per essere erogate ed il paziente non dispone di adeguate conoscenze che siano capaci di consentirgli di esprimere un corretto giudizio sulle cure ricevute<sup>6</sup>.

Infine, la configurazione di un qualsiasi servizio pubblico (e quindi anche del sistema sanitario se si utilizza la concezione solidaristica) dipende dalla contestuale presenza di due elementi:

-opportunità politica: visione politica di un aspetto

-accettabilità sociale: la popolazione riconosce che una determinata questione riguarda tutti i soggetti (o almeno la maggior parte di essi).

Quando entrambi tali elementi sono presenti contemporaneamente, ha luogo un bisogno pubblico (bisogno che si ritiene proprio dell'intera comunità).



Dal momento in cui si ha la nascita di un bisogno pubblico, sorge il problema di stabilire a chi spetta la *titolarità della funzione pubblica* (ovvero il potere e la responsabilità di predisporre interventi volti al soddisfacimento di un interesse pubblico) e a chi spetta la *competenza amministrativa* (ovvero la produzione ed erogazione di una determinata prestazione in quantità qualità corrispondenti al bisogno).

---

<sup>6</sup> ANTONELLO ZANGRANDI: Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche. Aspetti di gestione, organizzazione e misurazioni economiche, Ed. Giuffrè 1999.

## 1.2 - Le origini italiane: un sistema mutualistico

Per comprendere le dinamiche organizzative delle aziende sanitarie operanti nel SSN italiano, occorre partire da un esame dei sovrasistemi rilevanti esistenti.

L'ambito di riferimento per le aziende sanitarie coinvolge numerosi contesti da quello politico-istituzionale a quello giuridico, economico, sociale e tecnologico; dove i contesti istituzionale ed economico costituiscono i sovrasistemi di maggior rilievo per la comprensione delle dinamiche gestionali ad oggetto<sup>7</sup>.

L'evoluzione normativa del Sistema Sanitario Nazionale Italiano ha come punto di riferimento essenziale l'art. 32 della Costituzione.

Tale disposizione affida alla Repubblica la tutela del diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti.

La norma costituzionale costituisce dunque il perno centrale del sistema, non soltanto per quanto riguarda strettamente il quadro normativo di riferimento del SSN, ma anche, e soprattutto, perché si tratta di una disposizione che ha consentito una rilettura costituzionalmente "orientata" di numerosi istituti civilistici correlati alla tutela del "bene" salute<sup>8</sup>.

Prima di riuscire ad arrivare all'introduzione di tale articolo, però, il SSN italiano ha attraversato varie fasi evolutive:

A partire dalla seconda metà dell'Ottocento, in gran parte dell'Europa si sono sviluppate per la prima volta una serie di attività con lo scopo di garantire la salute dei cittadini.

Tuttavia, la spinta che ha portato ad attuare una politica sanitaria e previdenziale non è arrivata dalle autorità centrali, bensì inizialmente dalle realtà locali; in particolare in Italia, dinanzi ad un totale disinteresse da parte dello Stato (perpetuatosi sino alla fine

---

<sup>7</sup> LORENZO CHIEFFI: Il diritto alla salute alla soglie del terzo millennio, Ed. Giappichelli, Torino 2002.

<sup>8</sup> ROBERTO EGIDI: The Italian National Health Service: general profile, Università degli Studi di Perugia

degli anni Settanta) ad effettuare un intervento pubblico volto a fornire un'adeguata assistenza sanitaria a livello nazionale, sono stati Comuni e Province che per primi, accanto ad ospedali, asili ed altri istituti privati, si sono dedicati autonomamente della questione "salute" promuovendo la realizzazione delle strutture necessarie alla soddisfazione di alcuni bisogni sanitari ed al miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini.

In altri casi ancora erano gli stessi Comuni e Province a gestire direttamente i servizi sanitari.

Dunque, le origini del sistema sanitario sono caratterizzate dalla nascita di fondazioni (tramite patrimoni donati dai privati cittadini), di corporazioni (ovvero associazioni di origine professionale che davano luogo anche ad iniziative caritative attraverso i contributi dei soci) e di istituti ecclesiastici.

Solamente a cavallo tra l'Ottocento e il Novecento si assiste ad un sensibile mutamento della situazione, quando, con Crispi prima ma soprattutto con Giolitti poi, si attuano una serie di interventi a livello nazionale in materia sanitaria: tuttavia si tratta sempre di interventi di carattere assistenziale che si basano ancora sulla molteplicità di enti ed istituti locali e che sono ben lontani dal prospettare un sistema di politiche sociali che riconosca allo Stato la c.d. "titolarità della funzione pubblica" che definisce il potere e la responsabilità di predisporre interventi volti al soddisfacimento di un interesse pubblico (in questa fattispecie, dell'interesse alla salute).

Nel corso del tempo, comunque, il problema "sanità" è sempre più seguito e presente tra le autorità dello Stato: aumentano sia gli interventi nazionali sia quelli di carattere settoriale, si istituiscono nuove cariche con compiti sempre più estesi, fino a giungere, nel 1958, alla costituzione di un apposito dicastero con specifiche competenze in materia sanitaria.

Questa data può essere considerata una tappa fondamentale dell'evoluzione del processo di “centralizzazione” delle competenze e del controllo della sanità in capo allo Stato che ha portato al superamento della logica “locale”, anche se nel nostro paese ciò è avvenuto con notevole ritardo rispetto al resto dell'Europa.

Pur tuttavia si dovrà aspettare il 1978 affinché venga approvata la grande riforma sanitaria che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale.

### 1.3 - La riforma del 1978

L'evoluzione del SSN, è caratterizzata da quella che può essere considerata una progressiva crescita di rilevanza dei meccanismi di finanziamento e del ruolo dell'equilibrio economico.

Tale fenomeno è in primo luogo frutto della crescente responsabilizzazione economica e finanziaria delle Regioni, e di conseguenza delle aziende, e può essere notata già a partire dalla riforma del 1978.

A causa della diversa natura delle organizzazioni che fino a questo momento si occupavano della gestione della salute, infatti, si avevano sul territorio prestazioni che venivano erogate in diversa quantità e soprattutto qualità; proprio per superare questi limiti di inefficacia ed inefficienza, nel 1978 viene emanata la legge 833 che va a costituire il primo vero cardine della sanità pubblica, la quale viene strutturata a livello nazionale in quanto prevedeva il passaggio da un sistema mutualistico basato su una molteplicità di enti ed istituti (dove è del tutto assente una linea guida imposta dallo Stato) ad un servizio sanitario nazionale.

In sostanza, lo Stato racchiude nella sua figura la “titolarità della funzione pubblica” divenendo l'unico gestore della sanità, la quale viene strutturata a livello nazionale attraverso l'utilizzo di una serie di deleghe che attribuiscono poteri e doveri ai vari livelli territoriali dello Stato stesso, dando luogo ad un sistema a 3 livelli:

-Stato: svolge la funzione di indirizzo generale e di coordinamento delle attività delle regioni oltre alla definizione dei livelli delle prestazioni ai cittadini

-Regioni: godono di competenze legislative in materia di assistenza sanitaria, nel quadro normativo di quanto già disposto dallo Stato

-Comuni: gestiscono l'effettiva erogazione del servizio attraverso apposite strutture dette USL (Unità Sanitaria Locale) nelle quali vengono incorporati anche gli ospedali; tali USL hanno autonomia contabile e gestionale.

Seppure con una gradualità forse eccessiva, questo scenario si è venuto modificando e, in quadro di più generale federalismo fiscale, si può affermare che le Regioni sono oggi

responsabilizzate sulla spesa sanitaria; ciò comporta una nuova centralità dei meccanismi finanziari e dei vincoli di equilibrio economico per le aziende.

Durante tale periodo storico, però, lo Stato si trovava a dover far fronte ad una mole consistente di debiti causati in gran parte dall'architettura normativa precedente che prevedeva che lo Stato intervenisse a sanare i deficit generati da parte di enti e delle istituzioni a carattere nazionale e locale, senza limiti predeterminati; per questo, un obiettivo che la riforma si era prefissa era quello di stabilire precisi vincoli di spesa per le Regioni e le USL antepoendo una programmazione a livello nazionale per correlare gli obiettivi prefissati all'ammontare di risorse economiche effettivamente a disposizione.

A tale scopo, viene istituito il c.d. "Fondo Sanitario Nazionale" (definito dalla norma come :“costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisico-psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”) destinato al finanziamento del SSN, determinato con legge di approvazione del bilancio dello stato: le somme stanziare vengono ripartite tra tutte le regioni le quali distribuiscono i fondi alle USL (dove i criteri per la ripartizione del fondo, sia a livello regionale che a livello di USL, vengono determinati a seconda delle specifiche realtà locali).

A seguito di tale riforma, però, essendo l'azienda ospedaliera parte integrante del sistema sanitario pubblico, il settore pubblico stesso avrà il potere di condizionarne sia l'organizzazione che la gestione ed il controllo.

L'ambiente dove operano questo tipo di organizzazioni è infatti assolutamente privo del classico scambio di beni che contraddistingue le aziende che erogano prodotti e che agisce come sistema regolatore di ordine economico.

Tutto questo, pertanto, sarà in grado di comportare alcuni effetti che possono essere sintetizzati in questo modo:

-il miglioramento della qualità dei servizi non si traduce automaticamente in un correlato miglioramento dell'equilibrio economico, ma è ottenibile solo attraverso la riduzione di

costi che, tuttavia, non permette lo svolgimento del servizio con determinati livelli qualitativi

-l'assenza del valore di scambio rende debole o elimina il meccanismo di autoselezione della domanda. L'utente non percepisce il valore economico di ciò che consuma e ciò può comportare tendenzialmente un aumento della domanda

-la selezione della domanda attuata con sistemi diversi dal prezzo, può portare problemi di consenso nei confronti di chi attua tali meccanismi alternativi. Il prezzo è generalmente condiviso come criterio sufficientemente oggettivo, mentre criteri alternativi possono essere qualificati come discriminatori nei confronti di chi è escluso o limitato nell'utilizzazione di un determinato servizio

-la mancanza del valore di cessione riduce drasticamente il grado di significatività dei valori economici, poiché i ricavi ottenuti attraverso trasferimenti e altre modalità esterne di finanziamento non sono correlabili o lo sono in misura inferiore ai costi sostenuti per la produzione dei servizi<sup>9</sup>.

La legge n. 833/1978 aveva lo scopo di realizzare una rete capace di offrire equamente e in maniera integrata la assistenza sanitaria a tutti i cittadini italiani. Il modello delineato era di tipo accentrato, in cui allo Stato spettava il compito di definire, attraverso la redazione del piano sanitario nazionale, gli obiettivi e le linee di indirizzo del sistema complessivo, nonché, di disporre, attraverso la costituzione di un fondo, alimentato dai imposte generali e da contributi sociali, le risorse finanziarie necessarie per il perseguimento degli obiettivi preposti.

Il fondo sanitario veniva ripartito dal CIPE fra le varie Regioni, le quali, a loro volta, dovevano provvedere alla definizione di linee di programmazione regionale, in osservanza di quanto già definito nel Piano Sanitario Nazionale, nonché, all'ulteriore ripartizione delle risorse finanziarie ricevute tra le varie Unità Sanitarie Locali operanti sul territorio. Queste ultime rappresentavano le strutture operative del sistema, in quanto destinate all'erogazione dei servizi sanitari, ed erano gestite dagli enti comunali.

---

<sup>9</sup> ELIO BORGONOVÌ: "Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche" Ed. Egea, Milano 2002.

La struttura organizzativa del Sistema Sanitario Nazionale, come definita dalla legge istitutiva, ha presentato da subito numerose criticità. Il modello definito dalla legge n. 833/1978 si è rivelato, infatti, estremamente inefficace ed inefficiente, caratterizzato da un elevato spreco di risorse finanziarie pubbliche.

Ciò viene principalmente attribuito, sia alla scarsa autonomia delle USL, la cui gestione subiva forti influenze da parte del potere politico locale (regionale e comunale), al fine di garantirsi il consenso, ad incrementare le prestazioni sanitarie, sforando regolarmente l'entità delle risorse assegnate dallo Stato, sia dall'assenza di appositi meccanismi di responsabilizzazione sull'utilizzo di dette risorse.

L'eccessiva e l'inefficiente attività delle USL si è tradotta in un continuo insorgere di rilevanti debiti, i quali venivano coperti attraverso ulteriori finanziamenti statali, determinando in tal modo un costante incremento della spesa pubblica<sup>10</sup>.

La crescita smisurata ed incontrollata della spesa sanitaria, pur risultando un aspetto deleterio, non è stato però l'unico fattore che ha generato la profonda crisi del SSN, gettando le basi per la successiva riforma ter; possono pertanto mettersi in evidenza tra le varie concause:

- burocratizzazione delle USL, evidenziata dall'eccessiva formalizzazione delle attività e dalla matrice politica assunta dagli organi di gestione delle USL
- mancanza di autonomia e di direzione manageriale delle USL;
- deresponsabilizzazione finanziaria delle USL e delle Regioni, con conseguenti ritardi nella formulazione del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale e nella definizione e ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, elementi programmatici essenziali per il SSN;
- insoddisfazione e crescita incontrollata della domanda di servizi da parte degli utenti
- scarsa attenzione agli aspetti non direttamente correlati con l'assistenza.

L'insieme di tutti questi fattori non poteva che tradursi con un nuovo cambiamento<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> MARIO DEL VECCHIO: Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e sistema di rete pubblica, Mecosan n°46, 2003

<sup>11</sup> CLAUDIO DE VINCENTI: Invecchiamento, progresso tecnico e morbo di Baumol, le tre forze che spingono la spesa sanitaria, CARE n.6 2006

## 1.4 - I D.lgs. del 1992 e 1993

A fronte della preoccupante situazione venutasi a creare dopo neanche un decennio di esperienza, è stata avvertita l'improcrastinabile l'esigenza di avviare una serie di interventi correttivi ed integrativi del modello introdotto dalla legge 833/78.

Così, a partire dall'inizio degli anni 90, è stata avviata una lunga stagione di riforme finalizzata a neutralizzare e migliorare le numerose discrasie e criticità che il SSN, così come congegnato dalla legge 833/78, aveva ben presto palesato.

Il progetto di riforma prevedeva alcuni mirati interventi correttivi e integrativi dell'impianto normativo base, ispirati dalla esigenza assolutamente prioritaria di realizzare un efficace sistema di controllo e di riduzione della spesa.

Le linee guida di tali interventi possono essere così sintetizzate: potenziamento della compartecipazione dei cittadini alla spesa per alcune prestazioni (ad esempio, con l'introduzione dei cosiddetti "ticket"); aumento dei contributi sanitari da parte dei lavoratori; contrazione delle prestazioni erogabili a carico del SSN; provvedimenti limitativi su aspetti organizzativi e gestionali (ad esempio, blocco delle assunzioni, limiti di spesa più rigorosi per l'acquisto di beni e servizi)<sup>12</sup>.

Il riassetto e il riordino del SSN, quindi, è stato delineato, in una prima fase, con l'emanazione del D.lgs. 502, modificato successivamente con il D.lgs. 517\1993.

Tale D.lgs. 502\1992 è considerato la più importante riforma (dal punto di vista aziendale) in quanto rivoluzionò il sistema sanitario nazionale, tanto da essere considerata come una sorta di testo unico sanitario; dove tale rilevanza, è dovuta alla generazione di una svolta aziendalistica del sistema sanitario.

Se l'istituzione del SSN costituisce una pietra miliare, con l'introduzione dell'offerta unitaria dei servizi sanitari attraverso le Unità Sanitarie Locali, la tutela della salute di tipo universalistico e oltre che il costo delle prestazioni sanitarie a carico del Stato con l'istituzione del Fondo Sanitario Nazionale, con la riforma del 1992 vengono introdotti

---

<sup>12</sup> ROBERTO EGIDI: The Italian National Health Service: general profile, Università degli Studi di Perugia.

principi innovativi, destinati ad avere impatti rilevanti sulle organizzazioni di tutto il sistema sanitario<sup>13</sup>.

Anche se questo fattore introduce elementi di forte complessità, non risulta possibile rinunciare alla misurazione dell'output delle aziende ospedaliere, in quanto è uno strumento di sicura rilevanza per comprendere le dinamiche organizzative e gestionali di tali aziende<sup>14</sup>.

Questa svolta, quindi, si basava su 3 pilastri principali:

#### **a) Modifica della governance istituzionale del sistema**

Si ha un ribaltamento del c.d. “principio residuale” (secondo il quale, molto sinteticamente, nello Stato italiano esiste una scala gerarchica tra le norme emanate dallo Stato stesso, inteso come Governo, le norme a carattere regionale e quelle a carattere locale; tutto ciò che non rientra nella competenza normativa dello Stato diviene di competenza delle regioni) il quale, adesso, generando una **regionalizzazione** del sistema sanitario a seguito della quale la c.d. “titolarità della funzione amministrativa” (nella fattispecie della materia sanitaria) passa dallo Stato alle regioni stesse, comportando che, adesso, tutto ciò che non rientra nella competenza normativa delle regioni diviene di competenza dello Stato.

Tale regionalizzazione, però, generò una eterogeneizzazione dei livelli sanitari offerti ai cittadini da parte delle singole regioni (a causa, chiaramente di differenze a livello economico ma anche politico presenti all'interno delle varie regioni italiane); eterogeneizzazione che spinse lo Stato a mantenere la titolarità della funzione pubblica della sanità in mano alle regioni ma, al contempo, definendo dei livelli qualitativi minimi che ciascuna avrebbe dovuto assicurare ai propri cittadini, i c.d. LUA (Livelli Uniformi di Assistenza): “I livelli di assistenza si configurano come definizione degli obiettivi che il Servizio sanitario nazionale assume di conseguire, a soddisfacimento di specifiche

---

<sup>13</sup> PAOLA PELLEGRINO: La politica Sanitaria in Italia dalla riforma legislativa alla riforma Costituzionale, <http://polis.unipmn.it>, 2003.

<sup>14</sup> DAVIDE MAGGI: Sistemi di Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie, Ed. Giuffrè 2003

quote di bisogno sanitario, mediante un insieme di attività e prestazioni da porre in essere nell'ambito della quota capitaria di finanziamento. La fissazione dei livelli di assistenza assicura certezza di obiettivi sanitari nel rispetto delle compatibilità finanziarie, in un quadro pienamente rispettoso dell'autonomia organizzativa e gestionale riservata alle regioni".<sup>15</sup>

A seguito della riforma sanitaria e dei successivi interventi legislativi verso il federalismo fiscale, quindi, l'ente regionale assume il ruolo di capogruppo del sistema sanitario locale, ossia, di soggetto diretto ad orientare e coordinare, attraverso la definizione di specifici meccanismi e strumenti di governo di tipo aziendale, le scelte, il comportamento ed i risultati delle aziende operanti nel proprio territorio.

Più in particolare, alla luce dell'attuale normativa in materia, l'ente regionale è chiamato a definire la struttura del gruppo sanitario, sia a livello macro che micro.

A livello macro, attraverso l'individuazione del numero e della dimensione delle ASL e delle AO che lo compongono, nonché, attraverso la determinazione dei criteri di finanziamento di queste e delle modalità di erogazione del servizio.

A livello micro, invece, mediante la definizione dell'organizzazione e delle modalità di funzionamento delle aziende sanitarie<sup>16</sup>.

## **b) Modifica il criterio di gestione**

Mentre prima dell'emanazione di tale legge la gestione era scollegata dalle risorse, adesso si ha un collegamento tra i due elementi attraverso l'aziendalizzazione del sistema sanitario; dove "aziendalizzare" non significa introdurre un sistema di gestione manageriale tipico delle organizzazioni private ma, invece, significa introdurre la finalità dell'equilibrio economico a valere nel tempo (di conseguenza il sistema manageriale non è il fine dell'aziendalizzazione ma il suo strumento per il raggiungimento degli obiettivi prefissati).

---

<sup>15</sup> D.PR. 24 dicembre 1992

<sup>16</sup> ELIO BORGONOVÌ: Le aziende del S.S.N. e il processo manageriale incompiuto, MECOSAN, Numero Speciale n. 85, Luglio 2013

Tali trasformazioni sono essenziali per la sopravvivenza delle aziende sanitarie nella misura in cui i ricavi sono espressione della qualità delle prestazioni rese e i costi funzione dell'efficienza raggiunta<sup>17</sup>.

In funzione di ciò, la precedente USL (Unità Sanitaria Locale) diviene una vera e propria azienda dotata di autonomia organizzativa, gestionale, tecnica, amministrativa, patrimoniale e contabile.

A sottolineare questo enorme cambiamento dal punto di vista organizzativo e manageriale anche il nome viene trasformato da USL in ASL (Azienda Sanitaria Locale); non è difficile, però, ritrovare sul territorio anche realtà che hanno adottato differenti diciture come AUSL (Aziende Unità Sanitaria Locale) utilizzata proprio dalla struttura sanitaria presso la quale è stato redatto il presente elaborato.

Le ASL, quindi, fanno parte del *Servizio Sanitario Nazionale*, sono aziende con una personalità giuridica pubblica ed una propria autonomia imprenditoriale; solitamente sono organizzate in distretti sanitari di base, presidi ospedalieri e dipartimenti.

La ASL, inoltre, è caratterizzata da vari servizi come: il presidio ospedaliero, il consultorio, la continuità assistenziale, l'assistenza domiciliare e in residenze socio sanitarie, il CUP, il medico di famiglia e infine i servizi per la salute mentale.

Tale aziendalizzazione, di conseguenza, ha comportato l'introduzione a fianco delle varie attività che vengono quotidianamente svolte e che divengono oggetto di valutazione in un'ottica gestionale (come programmazione, budgeting, controllo e reporting tipiche di un sistema denominato come "controllo di gestione") anche di attività che rientrano in un'ottica più a carattere manageriale.

### c) Creazione di un quasi mercato sanitario

A seguito dell'approvazione del D.lgs. 502\1992, è sorta l'esigenza relativa alla definizione di specifiche tariffe da applicare alle varie prestazioni offerte dal sistema sanitario in quanto, seppur quest'ultimo è divenuto regionalizzato, i cittadini

---

<sup>17</sup> PAOLA ADINOLFI: L'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche, Mecosan n.37, 2001

possedevano ancora la piena libertà nella scelta del provider per l'erogazione del servizio di loro necessità, configurando la possibilità di una "mobilità sanitaria"; per cui, tali tariffe, avevano lo scopo di arrivare ad una concertazione tra ASL appartenenti a regioni diverse dei cui servizi sanitari avevano beneficiati cittadini di altre regioni (infatti, non vi erano problemi finché le regioni dovevano "rimborsare" le ASL appartenenti al loro territorio, ma sorgevano nel momento in cui si trovavano a dover corrispondere ad ASL di altre regioni, dei costi superiori a quelli che avrebbero sostenuto se quella stessa prestazione fosse stata svolta da una propria ASL.

Meccanismo che, chiaramente, poneva le ASL più virtuose dal punto di vista dell'efficacia e dell'efficienza economica, in una posizione di duplice svantaggio in quanto per raggiungere tali traguardi di efficacia ed efficienza hanno dovuto sostenere degli sforzi gestionali ed economici che generano, poi, non un beneficio ma un costo nel momento in cui si trovano a dover corrispondere un costo superiore a quello che sarebbero state in grado di sostenere se avessero svolto direttamente quella prestazione).

Da qui, nacquero due ulteriori questioni:

- come determinare le prestazioni?
- come determinare le tariffe per tali prestazioni?

1) Come determinare le prestazioni?

Bisogna evidenziare l'oggettiva difficoltà a valutare in termini economici i servizi erogati e i risultati ottenuti.

Tale difficoltà è attribuibile al carattere generale della finalità istituzionale, rappresentata dal soddisfacimento del bisogno di salute della comunità<sup>18</sup>.

Per questo, si erano configurate due alternative: redigere una propria lista di prestazioni, oppure carpire la lista di prestazioni già redatta dagli USA.

Tale seconda alternativa, si presentò a seguito del caso nato a seguito del c.d. "programma Medicare": nel 1963, venne istituito tale programma, per mezzo del quale

---

<sup>18</sup> ELIO BORGONOVÌ: "Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche" Ed. Egea, Milano 2002

tutti coloro che fossero stati affetti da patologie renali, avevano diritto all'assistenza sanitaria a carico dello Stato<sup>19</sup>; a seguito di tale possibilità, taluni medici<sup>20</sup> misero in atto comportamenti opportunistici attraverso i quali nei momenti in cui entravano a conoscenza che un paziente rientrava nel programma Medicare, presentavano tariffe molto più elevate di quelle “tradizionali”.

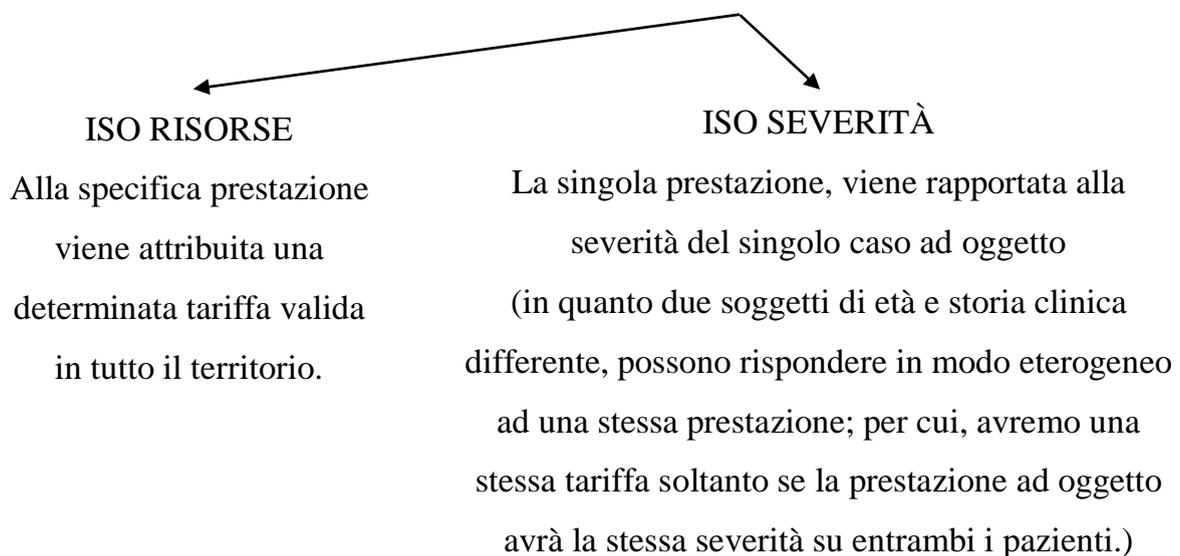
Per porre fine a tale situazione, Medicare individuò 492 prestazioni specifiche, che vennero inserite all'interno di una lista detta D.R.G. (Diagnosis Related Groups), per ognuna delle quali vennero stabiliti specifici prezzi.

In Italia, quindi, data l'esistenza di tale lista di prestazioni già redatta in USA<sup>21</sup>, venne presa la decisione di sfruttare questa “facilitazione”, adottandola ed attribuendo a ciascuna prestazione predefinita specifici prezzi ai quali le ASL avrebbero dovuto fare riferimento nella regolazione dei loro rapporti.

In sostanza, quindi, tali rapporti tra le ASL iniziano ad essere regolati sulla base di corrispettivi predeterminati.

## 2) Come determinare le tariffe per tali prestazioni?

Le tariffe, possono essere determinate attraverso 2 metodi:



<sup>19</sup> Assistenza sanitaria completa: soffrendo di patologie renali, qualsiasi necessità sanitaria, anche non legata alla patologia renale stessa, sarebbe stata a carico del bilancio dello Stato.

<sup>20</sup> In realtà una gran parte, dato che il fenomeno ha dato luogo ad un vero e proprio caso.

<sup>21</sup> Si noti che non venne scelta questa seconda possibilità soltanto per una questione di maggiore facilità, ma anche, e soprattutto, a causa del fatto che realizzare un lavoro così accurato avrebbe comportato un dispendio di risorse economiche e di tempo non irrilevante.

Nel corso del tempo, però, le tariffe divennero più virtuali che reali a causa della possibilità di ogni Regione di modificare il peso<sup>22</sup> delle varie prestazioni, ponendo le regioni più virtuose dal punto di vista dell'efficacia e dell'efficienza economica in ambito sanitario, in una posizione di duplice svantaggio in quanto per raggiungere tali traguardi di efficacia ed efficienza hanno dovuto sostenere degli sforzi gestionali ed economici che generano, poi, non un beneficio ma uno svantaggio nel momento in cui si trovano a dover corrispondere ad un'altra regione un costo superiore a quello che avrebbero dovuto sostenere se quella stessa prestazione fosse stata fornita da una ASL appartenente al suo territorio.

La valorizzazione, però, può essere un processo più o meno difficoltoso a seconda delle prestazioni che vengono prese in considerazione: per le prestazioni ospedaliere le tariffe associate alla classificazione dei DRG, permettono di avere un parametro di riferimento, così come per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale è possibile riferirsi ad una nomenclatura regionale in cui sono stabilite le relative tariffe. Vi sono prestazioni che non hanno un corrispettivo di riferimento e quindi va stabilita una modalità di valorizzazione interna utile sia per la definizione del budget che per scopi comunicativi e di influenza sui comportamenti<sup>23</sup>.

Per valutare appieno l'entità del mutamento introdotto con i D.lgs. del 1992 e 1993, è sufficiente ricordare come la logica prevalente prima dell'introduzione di quest'ultimi fosse quella di un trasferimento delle risorse alle Regioni sulla base della spesa storica con periodici e «garantiti» ripiani dei disavanzi e come tale logica informasse poi inevitabilmente i rapporti tra Regioni e aziende sanitarie.

---

<sup>22</sup> Le singole tariffe venivano determinata attraverso un sistema di pesi e punteggi calcolato per ogni prestazione (TARIFFA=PESO x PUNTEGGIO); dove il "peso" è dato dall'insieme di variabili prese in esame per determinare la complessità della prestazione (maggiore è la complessità della prestazione e maggiore sarà il peso della stessa), mentre il "punteggio" consiste nello stabilire quanto vale il valore "1" nell'assegnazione del peso.

<sup>23</sup> - LUCA ANSELMINI - MASSIMO SAITA (a cura di): La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie, Ed. Il Sole 24 ore, Milano 2002

In quel contesto i sistemi di finanziamento non potevano che assumere il semplice ruolo di aggiustamento e ratifica contabile (ex post) dei risultati prodotti da un insieme di meccanismi decisionali che tenevano scarsamente in conto gli effetti che le decisioni stesse avrebbero comportato sul piano finanziario.

L'esempio classico, da questo punto di vista, è quello relativo al personale, laddove l'autorizzazione da parte della Regione all'incremento delle unità rappresentava l'elemento decisionale chiave per l'azienda, costituendo l'autorizzazione stessa una copertura implicita degli eventuali squilibri finanziari<sup>24</sup>.

Il sistema di finanziamento del SSN, in sintesi, divenne quindi fonte di grandi critiche perché ritenuto una delle principali cause di inefficienze e sprechi, oltre che responsabile della crescita a dismisura della spesa per la Sanità, in quanto si basa su una prima distribuzione delle risorse finanziarie dallo Stato alle Regioni, sulla base della spesa storica e della quota capitaria, e poi da queste alle USL, sulla base di criteri regionali, per poi prevedere, in un secondo momento, due fasi di ripiano per gli eventuali disavanzi tra spesa effettiva e fabbisogno previsto<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> EUGENIO ANESSI PESSINA: L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2000

<sup>25</sup> CLAUDIO DE VINCENTI: Sostenibilità, efficacia ed efficienza del sistema sanitario, CARE n.2 2006

## 1.5 - La riforma Bindi

Alla luce di quanto è stato appena esposto, alla Regione spetta il compito di definire l'entità delle risorse finanziarie da destinare all'assistenza sanitaria (FSR), nonché, decidere su come assegnare tali risorse alle aziende sanitarie operanti nel gruppo, in base al bisogno di assistenza (quota capitaria) e ai livelli di produzione (sistema tariffario).

Con tali politiche, la Regione va inevitabilmente a interferire sull'equilibrio economico delle singole aziende sanitarie, e di conseguenza dell'intero sistema.

La quota capitaria e le tariffe, infatti, rappresentano, per tali organizzazioni, dei ricavi imposti, che inducono le stesse ad adottare dei comportamenti diretti, da un lato, a contenere i costi gestionali entro i limiti della quota assegnata e delle tariffe regionali, dall'altro a cercare di attirare delle ulteriori risorse finanziarie attraverso l'incremento della produzione remunerata a prestazione, producendo, ognuna con il suo operare, delle conseguenze economico finanziarie rilevanti anche sul risultato di gruppo regionale<sup>26</sup>.

A questo e ad altri elementi di distonia del sistema, ha cercato di porre rimedio il D.lgs. n.229\1999, rinominato poi in "riforma Bindi".

Attraverso tale D.lgs. sul piano organizzativo viene completato il processo di regionalizzazione avviato nel 1992, mentre sul piano istituzionale si cerca di riportare la programmazione del sistema sanitario verso lo Stato bilanciando con una maggiore integrazione territoriale ed un rivoluzionamento dell'attività dei medici.

L'elemento attraverso il quale il servizio sanitario continua a mantenere il suo carattere "nazionale" è rappresentato dalla sostituzione dei LUA (Livelli Uniformi di Assistenza)<sup>27</sup> con i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)<sup>28</sup> i quali, chiaramente, sono definiti dallo Stato all'interno del Piano Sanitario Nazionale (lo strumento della programmazione sanitaria) con il Ministero della Sanità verifica che i singoli Piani regionali siano compatibili.

---

<sup>26</sup> MARIO DEL VECCHIO: Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche, Milano, Egea 2004

<sup>27</sup> D.lgs. 502\1992

<sup>28</sup> "Essenziali" e non più "minimi" perché rispondono in modo uniforme ed appropriato, ovvero clinicamente efficace ed economicamente conveniente, alle necessità assistenziali dei pazienti.

I LEA si identificano nelle prestazioni e nei servizi che il SSN è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in regime di compartecipazione, utilizzando le risorse raccolte attraverso il sistema fiscale.

I livelli essenziali di assistenza, individuano, in altri termini, i bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero della salute e il loro livello di adeguatezza rispetto alle esigenze della popolazione.

Ciò in perfetta sintonia con l'esigenza di tutela della salute quale valore costituzionalmente garantito.

I LEA rispondono all'esigenza di garantire quel nucleo irrinunciabile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana; ciò comporta che i predetti livelli, anche se non esaustivi rispetto ai bisogni assistenziali riconducibili, in astratto, al singolo e alla collettività, debbano prevedere comunque, una soglia minima di interventi, al fine di non vulnerare la sfera giuridica soggettiva che l'art. 32 della Costituzione ha voluto tutelare in modo assolutamente pieno ed esclusivo<sup>29</sup>.

Ne deriva un disegno federalista cooperativo e solidale che valorizza il sistema delle autonomie senza spezzare l'unitarietà del sistema, dal momento che al Ministero sono affidati oltre ai compiti di indirizzo, verifica e monitoraggio, anche quelli di garanzia che i LEA siano effettivamente erogati a tutti i cittadini con la stessa qualità.

L'esigenza del legislatore era triplice: riaffermare la natura di aziende pubbliche all'interno del SSN, dotare tali enti di maggiore autonomia al fine di favorire una più efficiente utilizzazione delle risorse finanziarie e professionali dell'azienda, consolidamento del processo di regionalizzazione del SSN.

---

<sup>29</sup> ANCI TOSCANA: Il processo di riforma dell'organizzazione sanitaria regionale; associazione dei comuni toscani; Firenze 2014.

Con il D. Lgs. 229/99, in sostanza, da un lato è stata attribuita alle Regioni la responsabilità totale della programmazione e del governo in materia di sanità, dall'altro sono stati recuperati significativi spazi di intervento dei Comuni in alcuni settori della gestione regionale.

Più in particolare, diversamente da quanto previsto dalla legge istitutiva del SSN, il Comune non è più coinvolto nella gestione diretta del servizio sanitario, ma assume un importante ruolo di collaborazione con la Regione nella formulazione delle strategie assistenziali più adeguate ai bisogni della popolazione locale, nonché nella valutazione della congruità dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi di intervento<sup>30</sup>.

Per quanto riguarda, invece, l'attività dei medici, questa viene modificata rispetto al passato (chiaramente non dal punto medico, ma sul piano organizzativo): fino al 1999 i medici godevano della piena libertà di operare sia all'interno delle ASL, sia come liberi professionisti all'interno di studi privati (individuali o associati); a seguito di tale riforma, invece, i medici, vengono messi di fronte ad una obbligatoria scelta:

-svolgere l'attività medica soltanto come libero professionista.

-svolgere l'attività medica sia come dipendente della ASL, sia come libero professionista, ma entrambe esclusivamente intramoenia<sup>31</sup>: in questo caso, rispetto al passato, le prenotazioni dei pazienti (per quanto riguarda l'attività da libero professionista) non sarebbero più state gestite dal singolo studio medico, ma sarebbero passate attraverso il CUP (Centro Unico di Prenotazione) che le avrebbe smistate tra i vari medici ed erodendo, chiaramente, una parte della redditività di quest'ultimi.

A tal fine, però, la norma indicava che "le ASL devono concedere appositi spazi per consentire lo svolgimento dell'attività"<sup>32</sup>, ma dato che le ASL in grado di disporre di tali spazi erano molto esigue, venne concessa una deroga a tale punto della norma

---

<sup>30</sup> ROBERTO EGIDI: The Italian National Health Service: general profile, Università degli Studi di Perugia

<sup>31</sup> Locuzione latina che significa "tra le mura"; solitamente è usata per indicare che lo svolgimento di una determinata attività avviene all'interno di un edificio.

<sup>32</sup> Intesa come l'attività medica da libero professionista

permettendo ai medici di svolgere tale attività in esterna, passando sempre dal CUP per le prenotazioni.

Chiaramente, il CUP veniva costantemente bypassato, tornando alla situazione iniziale pre-riforma.

Per questo, nel 2009, è stata varata la decisione di approvare 2 regimi:

-in esclusiva: il medico diviene dipendente esclusivo della ASL e per l'attività da libero professionista i pazienti passano dal CUP (chi opta per questa opzione ottiene un incentivo monetario)

-non in esclusiva: il medico può essere dipendente ASL e svolgere l'attività di libero professionista senza essere vincolato al CUP.

Infine, un ulteriore elemento che ha contribuito a ridare alla struttura organizzativa un ruolo tra gli strumenti a disposizione del management è la diffusione e un relativo consolidamento dei meccanismi operativi e in particolare dei sistemi di programmazione e controllo.

Secondo uno schema ampiamente conosciuto i meccanismi operativi, intesi come sistema di regole esplicite, presidiate da specifici organi con definite metodologie, che connettono l'azienda e la fanno funzionare unitariamente, insieme alla struttura di base e ai processi sociali costituiscono l'insieme delle variabili organizzative<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> MARIO DEL VECCHIO: Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche, Rapporto OASI 2000.

## **1.6 - Il passaggio alla TUC**

A partire dal 2003, si è cercato di porre rimedio alla situazione creata dalla possibilità delle regioni di modificare il “punto” delle prestazioni per la determinazione delle tariffe, allo scopo di evitare che tale fenomeno comportasse il default di determinate ASL e/o regioni.

Per fare questo, è stata introdotta la c.d. TUC (Tariffa Unica Compensativa o Tariffa Unica Convenzionale) che distingue le tariffe intra-regionali (per la mobilità interna alla stessa) da quelle inter-regionali (per la mobilità tra le regioni); di conseguenza: la tariffa per la mobilità interna alla regione viene definita dalla regione stessa, mentre la tariffa per la mobilità tra le regioni viene predeterminata a livello centrale.

## CAPITOLO 2

# LA GESTIONE DEL SISTEMA SANITARIO SECONDO IL MODELLO TOSCANO

---

### 2.1 - Il SS pre-riforma

A seguito della regionalizzazione<sup>34</sup> le varie regioni hanno dato luogo a servizi di assistenza sanitaria territoriale eterogenei, ognuno dei quali basato su differenti approcci e visioni del sistema sanitario (spesso influenzati anche dal sistema politico e dal clientelismo politico).

Tra i vari sistemi sanitari regionali posti in essere, è possibile definire una sorta di “classifica di merito” che pone nelle prime posizioni sistemi sanitari quali quello toscano (ASL regolatore), lombardo (ASL pagatore), e veneto (ASL sponsor)<sup>35</sup>.

Negli ultimi anni, quindi, il tema della governance è stato ricorrente nel contesto della pubblica amministrazione.

Con tale termine si includono i principi del consenso, dell'economicità e funzionalità ma anche i criteri della concreta fattibilità tecnica, organizzativa, economica, sociale attraverso le politiche economiche, la produzione di servizi o regolamentazione delle attività economiche di altri soggetti.

Il concetto di governance supera, quindi, la logica del governo attraverso la mera emanazione di atti amministrativi, per accentuare l'aspetto della relazione e dei processi di interazione e cooperazione fra diversi attori sociali che intervengono nel campo di azione delle scelte politiche<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup> D.lgs. 502/1992; capitolo “1.4 I D.lgs. del 1992 e 1993”

<sup>35</sup> Potremmo inserire anche ulteriori due casi: quello marchigiano (basato sull'esistenza di un'unica ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale) al posto della presenza di una pluralità di ASL) e quello ligure (caratterizzato dalla presenza di 5 ASL ed un'unica AO); ma, in realtà, entrambe queste due realtà regionali traggono ispirazione dal modello toscano.

<sup>36</sup> BORGONOVÌ E. “Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche” Ed. Egea, Milano 2002

La governance di un sistema caratterizzato da elevata complessità, quale quello sanitario, richiede il contributo di una molteplicità di attori che possano dar luogo a

- una forte leadership trasformativa, a livello di sistema e di singole aziende
- un’elevata interazione tra ruoli specialistici che possano fornire un supporto ad obiettivi generali comunemente condivisi
- un coinvolgimento di soggetti che, pur non essendo tradizionalmente protagonisti nella gestione del sistema, possano generare opportunità di decentramento ed esternalizzazione di funzioni non-core
- un’adeguata interazione bidirezionale con i fruitori del servizio e con gli stakeholder<sup>37</sup>.

Il processo di regionalizzazione della sanità, rafforzato dagli ulteriori processi di decentramento come la riforma del titolo V della Costituzione, ha accentuato le differenze fra gli assetti regionali determinati da specifiche scelte di sistema e di principi ispiratori.

In questo contesto la Toscana ha focalizzato la propria strategia sui valori comuni di universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari della legge 833/78, ma ha anche proposto quali principi guida la cooperazione e non competizione fra i produttori interni<sup>38</sup>.

Questo orientamento la distingue da altre regioni e va a rappresentare, in materia di governance sanitaria nel contesto degli ordinamenti regionali, un modello “virtuoso” in quanto è riuscita a non realizzare nessun disavanzo e a dare piena attuazione ai principi fondanti della riforma Bindi.

Il sistema sanitario toscano, pone le proprie basi sulla volontà di offrire ai propri cittadini un servizio sanitario il più omogeneo possibile in modo tale da limitare al massimo la

---

<sup>37</sup> CINQUINI L. “Governance e misurazione delle performance dei sistemi sanitari: il caso della Regione Toscana», AIDEA 2008

<sup>38</sup> VAINIERI M. “Strumenti di governance del sistema sanitario toscano: la valutazione della performance degli Estav”, MECOSAN n.69 2009

mobilità dei cittadini tra le varie ASL e le varie ASL e AO; tale volontà può essere ritrovata nella legge regionale 22\2000 infatti, l'ordinamento sanitario toscano è stato articolato in:

-12 ASL (10 aziende pubbliche a dimensione provinciale dotate di autonomia negoziale e articolate ciascuna in zone distretto e 2 aziende pubbliche a dimensione sub-provinciale) suddivise territorialmente in 3 Aree Vaste: "Centro Toscana" (ASL di Firenze, Prato, Pistoia, Empoli e AO Universitarie di Careggi e di Meyer), "Nord-ovest Toscana" (ASL di Lucca, Massa e Carrara, Versilia, Pisa e Livorno e AO Universitaria di Pisa) e "Sud-est Toscana" (ASL di Siena, Arezzo e Grosseto e AO Universitaria di Siena).

-4 aziende ospedaliero universitarie

-nonché, ovviamente, le istituzioni sanitarie pubbliche e private convenzionate.

Una delle espressioni della cooperazione fra i produttori interni del sistema sono le Aree Vaste, nodo centrale per la realizzazione di un piano di cooperazione sanitaria sviluppato «in rete» e concertato con tutti i soggetti attivi sul territorio. Le Aree vaste sono tre ed includono le aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere che devono concertare una programmazione sanitaria interaziendale (principalmente sul piano ospedaliero e dei percorsi assistenziali).

Allo stesso tempo queste rappresentano anche l'ambito territoriale in cui ottimizzare le attività gestionali, attraverso l'accentramento finalizzato all'economia di scala ed alla semplificazione delle procedure di alcune funzioni di supporto amministrativo.

Per tali finalità sono stati costituiti prima i CAV (Consorzi di Area Vasta) e successivamente gli ESTAV<sup>39</sup>.

In questo schema, l'Azienda Sanitaria Locale, ricalcando il dettato della normativa nazionale, svolge il duplice ruolo di fornitore e di acquirente.

---

<sup>39</sup> VAINIERI M. "Strumenti di governance del sistema sanitario toscano: la valutazione della performance degli Estav", MECOSAN n.69 2009

In particolare, le ASL hanno il compito di erogare ai propri assistiti la funzione assistenziale di primo livello attraverso le proprie strutture e di acquistare dalle Aziende Ospedaliere e dalle strutture accreditate prestazioni di secondo livello, ossia, di alta specialità.

L'attività delle AO e delle altre strutture pubbliche e private accreditate è quindi residuale rispetto all'attività erogatrice delle ASL, le quali sono conseguentemente incentivate all'autosufficienza nell'erogazione dei servizi sanitari, andando così a limitare anche la concorrenza fra le strutture sanitarie stesse.

Tale modello presenta delle problematiche legate alla commistione dei ruoli tra pagatori ed erogatori, nonché si ritiene di scarso incentivo per il perseguimento di maggiori livelli qualitativi delle prestazioni sanitarie<sup>40</sup>.

Inoltre, ogni cittadino toscano appartiene ad una specifica ASL di riferimento e nel momento in cui si reca presso un'azienda ospedaliera (da qui in avanti definita come "AO") per usufruire per una determinata prestazione, è come se l'AO emettesse una sorta di fattura nei confronti della ASL di appartenenza del soggetto<sup>41</sup>.

Alla base di questa articolazione del sistema sanitario regionale toscano, ritroviamo proprio la volontà della regione di cercare di offrire ai cittadini servizi sanitari il più omogenei possibile in modo tale da limitare al massimo la mobilità dei cittadini tra le varie ASL e le varie AO.

L'aziendalizzazione del sistema, infatti, è stata finalizzata al raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal Piano sanitario regionale e regolata da un sistema di programmazione al quale concorrono, a livello provinciale, la Conferenza dei Sindaci e, a livello di Distretto, le articolazioni distrettuali della Conferenza provinciale dei sindaci.

---

<sup>40</sup> MARINÒ L. "La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali", Giappichelli Editore, Torino 2008

<sup>41</sup> Anche se rimane pienamente valevole il principio secondo il quale il singolo cittadino dovrebbe rivolgersi ad un AO soltanto per ricevere quelle prestazioni sanitarie che la propria ASL di riferimento non emette.

## 2.2 - Il riordino

Sotto la spinta delle misure di riordino della finanza pubblica imposte dalla situazione di crisi economica, anche la Regione Toscana ha intrapreso una profonda azione di riforma dell'organizzazione sanitaria regionale.

I cambiamenti annunciati sono di natura assolutamente straordinaria e vanno ad incidere sulla struttura stessa delle aziende e dei servizi offerti.

D'altra parte è proprio questo lo scopo dell'iniziativa regionale, realizzare un vero e proprio salto in avanti rispetto all'attuale assetto direzionale.

Per questo, recentemente, la legge regionale n. 40 del 24 febbraio 2005 (e successive modifiche) sulla quale si base il sistema sanitario, è stata sostituita da una nuova disciplina approvata con legge regionale n. 28 del 16 marzo 2015, che ha apportato modifiche rilevanti all'assetto istituzionale ed organizzativo delle ASL, peraltro già introdotte in via sperimentale dal Piano sanitario 2002-2004.

L'obiettivo finale prevede di giungere alla formazione di 3 sole Aziende Sanitarie basate sulle dimensioni delle attuali aree vaste (quindi un'Azienda per ciascuna Area Vasta), attraverso un processo di fusione guidato da un apposito intervento legislativo regionale; inoltre, ciascuna delle tre nuove Aziende Sanitarie assorbirà anche la relativa AO Universitaria.

Al momento, però, è stata emanata soltanto la legge quadro; mentre la legge regionale definitiva verrà emanata verso settembre\ottobre 2015.

Le modifiche, quindi, investono sia l'inclusione delle ASL nell'Area vasta, che l'assetto delle loro funzioni, con la costituzione degli Enti per gli ESTAV (Ente per il Servizio Tecnico- Amministrativo di Area Vasta).

Si passerà, dunque, da un sistema basato originariamente su 12 ASL e 4 AO Universitarie, ad un nuovo sistema composto da sole 3 Aziende di Area Vasta, l'ESTAR e l'Ospedale Meyer.

Tale percorso di costruzione del nuovo assetto del Sistema Sanitario Regionale, è diviso in tre fasi:

- 1) L'avvio della fase di trasformazione regolata da una 'legge di principi' che fisserà gli obiettivi generali e prevedendo il commissariamento di tutte le aziende sanitarie attuali;
- 2) L'elaborazione di una nuova normativa che disciplinerà complessivamente il nuovo sistema socio-sanitario regionale;
- 3) La messa a regime del nuovo assetto basato sulle tre aziende di area vasta.

A tal proposito, è necessario definire i concetti relativi a ESTAV, ESTAR ed Area Vasta:

### **-ESTAV**

Con la delibera n. 144 del 25 settembre 2002 del Consiglio regionale sono stati istituiti i Consorzi di area vasta (CAV) costituiti operativamente nel gennaio del 2003, i quali rappresentano una delle innovazioni gestionali della Toscana costituendo una delle prime esperienze in ambito nazionale di centralizzazione della funzione acquisti a livello regionale.

Dopo alcuni anni di attività, nel 2005, il Consiglio regionale con la legge regionale n. 40 ha trasformato i Consorzi di Area Vasta in enti con personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, contabile gestionale e tecnica<sup>42</sup>: gli ESTAV.

L'ESTAV (Ente per il Servizio Tecnico- Amministrativo di Area Vasta) è un ente che rappresenta l'evoluzione dei Consorzi di Area Vasta, istituiti in Toscana con la deliberazione del Consiglio Regionale n. 144/2002, per fornire alle Aziende Sanitarie, raggruppate nel 2001 nelle tre Aree Vaste (Centro, Nord-Ovest e Sud-Est), il supporto tecnico-amministrativo.

Le Aree Vaste rappresentano l'esito di una profonda riflessione che aveva infine individuato in tale assetto organizzativo lo strumento capace di rendere il sistema

---

<sup>42</sup> MACINATI M.S. "L'outsourcing nel SSN: motivazioni, caratteristiche e risultati», in Anessi Pessina, (a cura di), Rapporto OASI 2006, Egea, Milano 2006.

sanitario toscano economicamente "sostenibile", mantenendo e accrescendo la sua capacità di fornire prestazioni di eccellenza nelle condizioni di migliore utilizzo da parte dei cittadini, in quanto hanno le dimensioni ottimali per garantire la maggiore efficienza possibile, senza compromettere la capacità di governo.

Gli ESTAV, come detto, hanno per bacino di riferimento quello costituito dalle Aziende Sanitarie comprese nella corrispondente area vasta, configurandosi come segue:

#### ESTAV NORD-OVEST TOSCANA

- Azienda USL di Massa - Carrara (n. 1)
- Azienda USL di Lucca (n. 2)
- Azienda USL di Viareggio (n. 12)
- Azienda USL di Pisa (n. 5)
- Azienda USL di Livorno (n. 6)
- AO Universitaria di Pisa

#### ESTAV CENTRO TOSCANA

- Azienda USL di Firenze (n. 10)
- Azienda USL di Prato (n. 3)
- Azienda USL di Pistoia (n. 4)
- Azienda USL di Empoli (n. 11)
- AO Universitaria "Careggi" di Firenze
- AO Universitaria "Meyer" di Firenze.

#### ESTAV SUD-EST TOSCANA

- Azienda USL di Siena (n. 7)
- Azienda USL di Arezzo (n. 8)
- Azienda USL di Grosseto (n. 9)
- AO Universitaria "Le Scotte" di Siena.

Per quanto riguarda, nello specifico, le attività divenute di competenza delle varie ESTAV, all'art. 101 della l. reg. 40/2005 sono elencate le sette funzioni di competenza di quest'ultimi:

- approvvigionamento di beni e servizi
- gestione dei magazzini e della logistica
- gestione dei sistemi informativi e delle tecnologie informatiche con particolare riguardo alla integrazione e alla organizzazione del Centro Unificato di Prenotazione (CUP)
- gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni, gestione servizi di energia anche da fonti rinnovabili
- organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personal-technology assessment (ingegneria clinica)
- gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale
- gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale

#### **-ESTAR**

L'ESTAR (Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale) è stato istituito con la legge regionale n° 26 del 23 maggio 2014, con l'obiettivo di ottimizzare la spesa regionale destinata ai beni sanitari pur mantenendo elevati standard di qualità nell'erogazione delle prestazioni.

Tale ente viene istituito con decorrenza 1° ottobre 2014 e inizia la sua attività dal 1° gennaio 2015, sostituendosi ai tre ESTAV di Area Vasta Centro, Area Vasta Nord Ovest e Area Vasta Sud Est; è dotato di personalità giuridica pubblica, di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica e, pur operando su tutto il territorio regionale, si articola in tre sezioni territoriali di Area Vasta: Nord-Ovest, Centro e Sud-Est.

In sostanza, quindi, il passaggio dall'ESTAV all'ESTAR permette alla regione Toscana di confermare gli ottimi risultati raggiunti in materia di acquisti, gare e risparmi sulle forniture, e su questa base costruire ulteriori efficienze e potenziare ancora il servizio in materia di informatica, ingegneria sanitaria, gestione di concorsi e stipendi.

L'ESTAR unico consentirà, inoltre, di omogeneizzare procedure e risultati, offrire un servizio omogeneo a tutte le aziende, ottenere e potenziare i vantaggi della contrattazione e delle gare, fare concorsi che valgono per tutti, semplificare, razionalizzare e rendere meno costose le procedure amministrative ed uniformare la gestione dei magazzini.

Di tutti questi vantaggi, inoltre, potranno beneficiare anche i cittadini (anche se chiaramente l'effetto sarà soltanto indiretto), perché si tradurranno in un'ottimizzazione dei costi e nell'accrescimento dell'efficacia dei servizi<sup>43</sup>.

### **-Area Vasta**

L'Area Vasta è definita come la dimensione operativa a scala interaziendale, individuata come livello ottimale per la programmazione integrata dei servizi e per la gestione in forma unitaria di specifiche attività tecnico amministrative delle aziende sanitarie.

Come per le ESTAV, andandole a sostituire, ne vengono istituite tre:

#### **AREA VASTA NORD-OVEST TOSCANA**

- Azienda USL di Massa - Carrara (n. 1)
- Azienda USL di Lucca (n. 2)
- Azienda USL di Viareggio (n. 12)
- Azienda USL di Pisa (n. 5)
- Azienda USL di Livorno (n. 6)
- AO Universitaria di Pisa

#### **AREA VASTA CENTRO TOSCANA**

- Azienda USL di Firenze (n. 10)
- Azienda USL di Prato (n. 3)
- Azienda USL di Pistoia (n. 4)
- Azienda USL di Empoli (n. 11)

---

<sup>43</sup> CINQUINI L. "Governance e misurazione delle performance dei sistemi sanitari: il caso della Regione Toscana", AIDEA 2008

- AO Universitaria “Careggi” di Firenze
- AO Universitaria “Meyer” di Firenze.

#### AREA VASTA SUD-EST TOSCANA

- Azienda USL di Siena (n. 7)
- Azienda USL di Arezzo (n. 8)
- Azienda USL di Grosseto (n. 9)
- AO Universitaria “Le Scotte” di Siena.

In corrispondenza delle tre ESTAV, vengono costituite altrettante Aree Vaste con competenze relevantissime:

- approvvigionamento di beni e servizi; gestione dei magazzini e della logistica
- gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione e alla organizzazione del Centro Unificato di Prenotazione (CUP)
- gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni
- organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale
- gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale
- gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.

In ciascuna Area Vasta è costituito un comitato composto dai direttori generali delle aziende sanitarie facenti parte dell'area e dal direttore dell'ESTAV; al comitato è affidato il compito di governare il processo di integrazione interaziendale attraverso l'elaborazione delle proposte del piano di Area Vasta e l'approvazione delle intese e degli accordi delle aziende sanitarie in attuazione della programmazione regionale.

Oltre alle varie specifiche competenze di Area Vasta ed ESTAV\ESTAR, bisogna sottolineare che l'introduzione di tali enti all'interno del sistema permette anche un adeguato controllo delle aziende sanitarie, oltre che permettere di valutare l'attività gestionale svolta, consente di supportare il direttore generale nella guida delle aziende

stesse, nonché, permette alla Regione di predisporre di informazioni fondamentali su cui basare la futura pianificazione strategica<sup>44</sup>.

Un'altra rilevante modifica, anch'essa già prevista dal Piano sanitario regionale 2002-2004 riguarda la sperimentazione delle Società della salute, mentre sostanzialmente invariato è rimasto il sistema di regolazione e controllo al quale sono chiamati a partecipare gli Enti locali.

La Regione Toscana ha sempre valorizzato il ruolo di governo degli Enti locali nella sanità anche quando la legislazione nazionale non lo consentiva e solo in Toscana, infatti, la Conferenza dei sindaci aveva ed ha il potere di approvare il Piano Attuativo Locale (PAL) dell'ASL.

La Regione Toscana, però, ha inteso fare un ulteriore passo in avanti: l'art.65 della L.R. n.40/2005 prevede, infatti, che gli enti locali e le ASL abbiano la possibilità di dar vita, sulla base degli indirizzi regionali, a modelli sperimentali per la gestione dei servizi sanitari territoriali mediante la costituzione di appositi organismi consortili denominati "Società della salute" che hanno lo scopo di assicurare (in deroga al modello organizzativo ordinario previsto dalla legge) "la partecipazione degli enti locali al governo, alla programmazione e, eventualmente, alla gestione dei servizi".

La disciplina legislativa, però, si limita a dettare disposizioni generiche in ordine alle funzioni attribuite a questi organismi consortili e precisa che l'organo di governo delle Società della salute assume le funzioni e le competenze attribuite dalla legge alle articolazioni zonali della Conferenza dei sindaci.

Ogni altro aspetto è demandato agli indirizzi regionali cosicché, nella sostanza, la disciplina di questo modello organizzativo cosiddetto sperimentale, ma destinato a configurare giustamente un nuovo potere giuridico nell'impianto dei servizi sanitari territoriali, è pressoché integralmente delegificata<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> BORGONOVİ E. "Le aziende del S.S.N. e il processo manageriale incompiuto", MECOSAN n. 85 2013

<sup>45</sup> CENTRO PROMOZIONE PER LA SALUTE "FRANCO BASAGLIA": Le forme di governo della sanità in Toscana, Istituzione della Provincia di Arezzo, Arezzo

## 2.3 - La valutazione della performance nella sanità toscana

Sulla base delle considerazioni precedenti, si intuisce come la governance toscana si caratterizzi per la presenza di una pluralità di istituti autonomi in un contesto in cui vi sono poteri che si influenzano reciprocamente e dove è necessaria la costruzione di fiducia reciproca e la ricerca di sinergie<sup>46</sup>.

Per la costruzione di tale rapporto fiduciario gioca un ruolo importante i processi di condivisione e concertazione relativi, ad esempio, alla definizione della tempistica e dei documenti programmatici nonché la definizione degli indicatori e della metodologia di calcolo per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi a livello interaziendale<sup>47</sup>.

Una risposta efficace allora, anche se complessa in termini di governance di sistema, può essere data mediante l'introduzione di un sistema di misurazione della performance. Laddove è stato implementato ciò, a livello di sistema sanitario, rappresenta uno strumento essenziale per attivare processi di miglioramento e per raggiungere i risultati programmati.

Considerando che i soggetti che compongono il sistema non sono in relazione di concorrenza ma di collaborazione, per evitare il rischio di autoreferenzialità, il sistema di valutazione della performance deve basarsi sul confronto dei risultati, ossia sul benchmarking.

Questo è un processo che permette a più organizzazioni di confrontarsi sui risultati ottenuti.

Esso rappresenta un sistema di misure comuni che, con continuità e sistematicità, permette a ogni organizzazione del sistema di confrontare i propri risultati con quelli di altre organizzazioni che svolgono processi simili.

---

<sup>46</sup> LONGO F. "Governance dei network di pubblico interesse", Egea, Milano 2005

<sup>47</sup> BUSCO C. "Competizione e cooperazione nel sistema sanitario: il ruolo della programmazione e controllo nella creazione di una "cultura d'area vasta"», Azienda Pubblica n.4 2004

In questo modo è possibile individuare i differenziali di risultato rispetto alle organizzazioni che presentano la performance di maggiore successo, e focalizzare la tipologia e l'entità dei punti di debolezza della gestione in cui cercare il miglioramento della propria performance<sup>48</sup>.

A tale scopo, la Regione Toscana considera ormai da anni il sistema di valutazione delle performance come uno strumento essenziale per il governo del sistema sanitario regionale, in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo e dove il governo della spesa è integrato con le misure di risultato al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino.

Se, infatti, è importante che le aziende sanitarie del sistema riescano a perseguire l'equilibrio economico finanziario, questo non è però certamente sufficiente: fondamentale è che le risorse della collettività creino valore, ovvero che siano adeguatamente utilizzate, con efficienza e appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo l'accesso e l'equità.

Con questi presupposti, il Laboratorio Management e Sanità, ha progettato e implementato in tutte le aziende sanitarie della Toscana un Sistema di Valutazione delle Performance basato sul c.d. "bersaglio", per misurare la capacità di ogni azienda di essere strategicamente efficaci ed efficiente, sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita.

Il sistema è oggi utilizzato per supportare i processi di pianificazione e programmazione a livello aziendale e regionale ed è collegato al sistema incentivante per la direzione aziendale; le aziende del sistema, a loro volta, hanno collegato lo strumento al loro sistema di budget interno.

---

<sup>48</sup> MACINATI M.S. "L'outsourcing nel SSN: motivazioni, caratteristiche e risultati», in ANESSI PESSINA E., (a cura di), Rapporto OASI 2006, Egea, Milano 2006.

Ogni anno l'interno sistema e i nuovi indicatori introdotti sono sottoposti alla supervisione scientifica di un comitato di esperti a livello internazionale ed in molti suoi ambiti condiviso con un network di regioni italiane che hanno adottato lo stesso sistema di valutazione: Basilicata, Liguria, Marche, Umbria, Veneto, Provincia autonoma di Bolzano e Provincia autonoma di Trento.

Con i referenti di queste regioni è in atto un proficuo lavoro di revisione continua dello strumento per adattarlo ai cambiamenti in atto nel sistema, renderlo sempre più adeguato a supportare i processi decisionali della Regione e delle Aziende Sanitarie e per permettere un confronto permanente dei risultati.

In ottica multidimensionale, quindi, il sistema di valutazione delle performance della sanità toscana, adottato dal 2004, si basa sul monitoraggio di 130 indicatori, raggruppati in 50 indicatori di sintesi, a loro volta classificati in 6 dimensioni di analisi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance di un sistema complesso quale quello sanitario; ciascuna di queste 6 dimensioni individuano ulteriori svariati indicatori al loro interno, che attualmente sono più di 300, che permettono di ottenere una valutazione il più possibile rappresentativa della reale qualità del sistema sanitario ad oggetto.



#### a) Livello di salute della popolazione

Gli indicatori presenti in questa dimensione rappresentano il punto di partenza e di arrivo di tutti i sistemi sanitari, pur sapendo che questa tipologia di valori, quali la mortalità nel primo anno di vita o la mortalità per diverse patologie, si muove lentamente nel tempo e che un miglioramento registrato oggi spesso è determinato dalle scelte gestionali effettuate nel passato.

#### b) Capacità di perseguimento degli orientamenti regionali

Le aziende sanitarie toscane rispondono non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale, operando in squadra per valorizzare le sinergie e per garantire accesso e equità a tutta la popolazione.

In questo senso è importante che le aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare il piano sanitario regionale e le delibere regionali nei tempi e nei modi richiesti.

#### c) Valutazione socio-sanitaria

In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale, che per le attività del territorio e della prevenzione.

#### d) Valutazione esterna

In questa dimensione viene considerata la valutazione che i cittadini e gli utenti danno dei servizi sanitari aziendali che utilizzano.

Il giudizio del cittadino/utente, per diventare di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve essere articolato nel dettaglio, cogliendo tutti gli aspetti centrali ed accessori nella valutazione del servizio e, soprattutto, oltre al livello di soddisfazione, tiene conto della sua esperienza.

#### e) Valutazione interna

In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie.

Oramai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati.

Puntare sul miglioramento dei risultati quindi necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e sui meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.

#### f) Valutazione dell'efficienza operativa e della dinamica economico-finanziaria

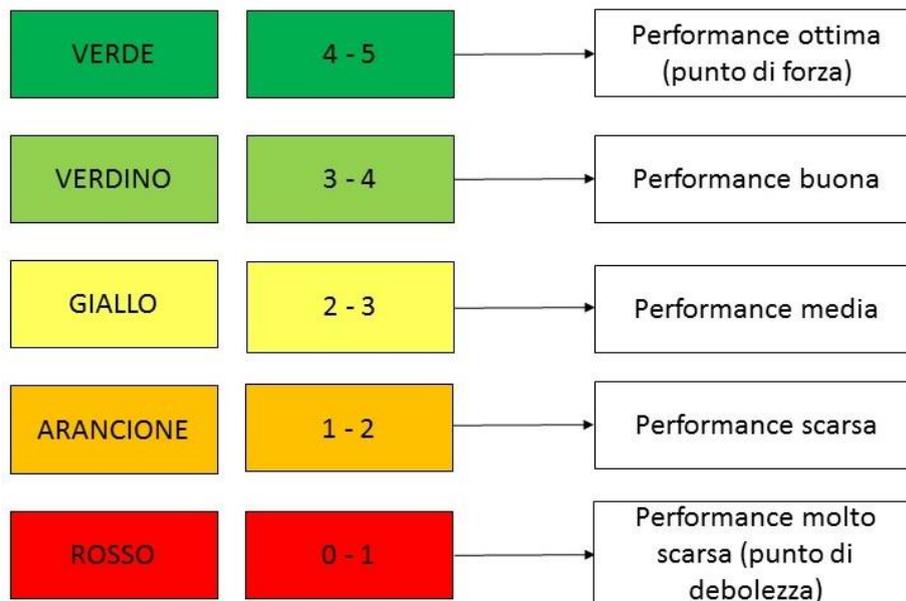
In questa dimensione viene considerata la capacità aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale.

Sono, inoltre, oggetto di osservazione indicatori di efficienza operativa che possano evidenziare la produttività delle risorse e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili, quali il funzionamento dei servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo) e la capacità di utilizzo da parte dell'azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna).

A seguito dell'analisi dei punteggi ottenuti da tali indicatori, viene ottenuta una valutazione complessiva che viene poi rappresentata graficamente all'interno di uno schema dalla forma di bersaglio, rappresentato, ovviamente, come una serie di cerchi concentrici, dove ciascuno di tali cerchi fa riferimento ad una specifica fascia di valutazione.

Le fasce di valutazione individuate sono 5 ed ognuna di queste viene fa riferimento ad una specifica valutazione in una scala che va da 1 a 5:

- fascia verde: l'elemento centrale del bersaglio, corrispondente ad una performance ottima; il punteggio sintetico fa riferimento ad una valutazione è compresa tra 4 e 5.
- fascia verde chiaro: la performance è buona e la valutazione è compresa tra 3 e 4.
- fascia gialla: la performance non è negativa ma certamente presenta ampi spazi di miglioramento; la valutazione è compresa tra 2 e 3.
- fascia arancione: la performance presenta una situazione preoccupante e deve essere migliorata; la valutazione è compresa tra 1 e 2.
- fascia rossa: la performance è completamente scadente; la valutazione è al di sotto dell'unità.



Per poter procedere al posizionamento delle misure relative agli indicatori individuati per ogni dimensione oggetto del sistema di valutazione nelle cinque fasce sono stati adottati i seguenti criteri di riferimento:

- se esistente, è stato considerato uno standard internazionale riconosciuto (ad esempio: il tasso di cesarei massimo auspicato dall'OMS)
- in caso di assenza di uno standard internazionale di riferimento è stato considerato uno standard regionale definito con delibera regionale o nel piano sanitario regionale

-in caso di assenza di uno standard regionale di riferimento, è stata considerata la media regionale corretta con eventuali fattori di risk adjustment (generalmente età e genere) per rendere possibile il confronto tra le aziende.

Per rappresentare adeguatamente i risultati riportati da ogni azienda in ciascuna delle dimensioni individuate, era necessario individuare una modalità semplice e chiara, capace di evidenziare subito lo stato dell'arte della performance dell'azienda analizzata. Particolarmente frequente nella bibliografia e nella strumentazione manageriale, è l'utilizzo della "tela di ragno", ossia uno schema a più dimensioni in cui i risultati sono posizionati sulla "tela" e dove maggiore è la vicinanza al centro peggiori sono i risultati.

Il gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità, ha optato per una simbologia che fosse ancora più semplice e che avesse un'immediata valenza positiva.

Per questo, è stato definito lo schema del "bersaglio" composto da 5 diverse fasce di valutazione e suddiviso in sei settori circolari rappresentativi delle sei dimensioni.

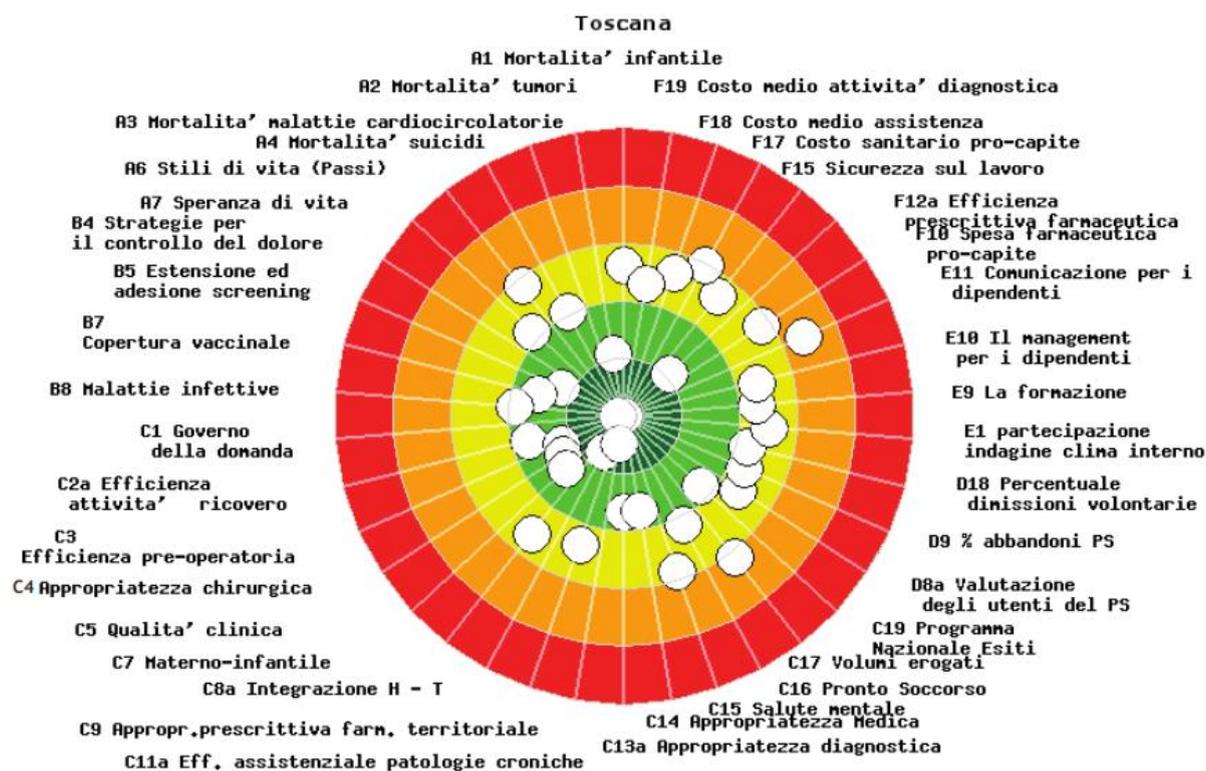
Tale rappresentazione grafica di sintesi espressa attraverso un bersaglio a cinque fasce di valutazione, permette di capire a colpo d'occhio quali siano i punti di forza e di debolezza di ciascuna azienda fornendo una fotografia sintetica dell'andamento aziendale e, al contempo, informazioni dettagliate per ciascuna delle sei dimensioni di analisi<sup>49</sup>.

L'azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più lontane dal centro.

Di seguito si presenta il bersaglio del sistema sanitario toscano 2014.

---

<sup>49</sup> NUTI S. "Il sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane", Mc Graw Hill, Milano 2005



Nel confronto con le altre regioni del Network la performance della Regione Toscana appare assai positiva, con la maggior parte degli indicatori posizionati verso il centro del bersaglio.

Dalla rappresentazione, si evince come il modello sia semplice e complesso allo stesso tempo. Semplice, perché la metafora del bersaglio che è stata utilizzata è di immediata chiarezza, ma anche complesso perché, come in un gioco a scatole cinesi, partendo da un dato di sintesi permette di analizzare con passaggi di sempre ulteriore dettaglio i dati di origine e le loro determinanti.

Ha alcune caratteristiche fondamentali:

- è trasparente e condiviso
- è capace di monitorare non solo i risultati delle istituzioni sanitarie in termini economico-finanziari ma anche le modalità con cui queste si organizzano ed ottengono risultati nel processo di erogazione la qualità clinica e la soddisfazione dei cittadini<sup>50</sup>.

<sup>50</sup> ANESSI PESSINA E., Rapporto OASI 2006, Egea, Milano 2006.

L'esperienza positiva del sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane e l'efficacia della rappresentazione della performance aziendale ha portato il team di ricerca a seguire gli stessi passaggi e, dove possibile, le stesse scelte metodologiche adottate per il sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie anche per la valutazione della performance degli ESTAV.

L'idea di utilizzare lo stesso modello, mantenendo, per quanto possibile, la stessa simbologia e gli stessi acronimi, ha lo scopo di sfruttare al massimo le sinergie derivanti dall'applicazione di uno strumento manageriale simile e già condiviso dai soggetti del sistema.

L'adozione del sistema di valutazione della performance anche per gli ESTAV vuole, infatti, facilitare il dialogo tra il top management delle varie aziende e la Regione sugli aspetti rilevanti della gestione in modo strutturato con un linguaggio già da tempo adottato dal sistema, con relativi vantaggi in termini di economie di apprendimento<sup>51</sup>.

Un ulteriore elemento preso in elevata considerazione dalla Regione Toscana è il livello di soddisfazione del paziente, il quale descrive la percezione dell'utente relativamente ai servizi sanitari ricevuti<sup>52</sup>, ed è ormai considerata una misura significativa e importante della qualità dell'assistenza sanitaria<sup>53</sup>.

In tale ambito della misurazione della soddisfazione del paziente, il sistema di valutazione delle performance toscano, si basa sull'assunto secondo il quale se i pazienti sono soddisfatti delle cure ricevute, tenderanno a fidarsi sia del sistema nel suo complesso, sia dei professionisti sanitari.

La fiducia, infatti, è un fattore fondamentale che facilita l'adesione dei pazienti ai protocolli di cura e ai trattamenti proposti<sup>54</sup>.

---

<sup>51</sup> MACINATI M.S. "L'outsourcing nel SSN: motivazioni, caratteristiche e risultati», in ANESSI PESSINA E., (a cura di), Rapporto OASI 2006, Egea, Milano 2006.

<sup>52</sup> PASCOE G.C. "Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis", 2003

<sup>53</sup> DONABEDIAN A. "The quality of care. How can it be assessed?", 2003

<sup>54</sup> BROWN A.D. "Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics", 2001

Inoltre, è ormai provato che gli utenti soddisfatti sono anche quelli che recuperano più velocemente migliorando il proprio stato di salute<sup>55</sup>.

La soddisfazione dei pazienti, quindi, è stata considerata uno dei principali obiettivi di performance dei sistemi sanitari nel loro complesso e dei servizi ospedalieri in particolare.

Nel corso degli anni è, infatti, diventata elemento indispensabile sempre più inserito in ogni forma di programmazione sia che insegua obiettivi di rinnovamento e razionalizzazione dei servizi, che di mission aziendale, o di contenimento della spesa e di razionalizzazione di risorse umane.

Fin dal 2004 il Laboratorio Management e Sanità (MeS), costituito dalla Scuola Superiore Sant'Anna in collaborazione con la Regione Toscana, ha realizzato molteplici indagini presso i cittadini toscani relativamente ai servizi sanitari e tali misurazioni si collocano come parte integrante del sistema di valutazione della performance<sup>56</sup>.

---

<sup>55</sup> MC KINLEY R. "Reliability and Validity of new measures of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United kingdom: development of patient questionnaire", 2007

<sup>56</sup> MARCACCI L. "Migliorare la soddisfazione in Pronto soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana", MECOSAN 2010

## 2.4 - I punti critici del sistema

Dall'analisi della disciplina legislativa e della struttura tecnica posta in essere, emergono quali sono i punti di forza del sistema sanitario regionale toscano ma anche quelli di debolezza.

Dalle considerazioni sopra espresse appare evidente che i punti di forza del servizio sanitario regionale sono rappresentati da un lato da un sistema di governance teso ad integrare il sistema delle prestazioni sanitarie in conformità agli obiettivi di Piano, e da un assetto del sistema di regolazione che coinvolge nella programmazione gli Enti locali territoriali; i punti critici, d'altro canto, investono sia il sistema di governo che l'organizzazione del servizio sanitario.

I punti di forza del sistema, però, non sono tali da eliminare punti deboli, i quali fanno riferimento a:

- a) la programmazione aziendale e locale è affidata alla Conferenza dei Sindaci, organismo privo di potestà giuridica
- b) la confusione di competenze nella funzione di programmazione attribuita sia ai Comuni che alle Asl
- c) una mappa delle 34 Zone-distretto nelle quali si registra una diversificazione dei poteri dei Comuni che si protrae per troppo tempo

Tali punti di debolezza, quindi, sono tali da non consentire agli Enti locali territoriali di superare la loro subalternità politica al potere monocratico del Direttore Generale delle Asl<sup>57</sup>.

---

<sup>57</sup> MARINÒ L. "La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali", Giappichelli Editore, Torino 2008

## 2.5 - La performance della ASL 12 Viareggio

Il bersaglio della ASL 12 di Viareggio restituisce una performance nel complesso molto buona, con la maggior parte degli indicatori concentrati nelle fasce centrali del bersaglio, nonostante alcuni punti di debolezza.

Per quanto riguarda il perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda mostra margini di miglioramento sul dato relativo all'adesione agli screening oncologici (B5), che nei singoli indicatori monitorati (mammografia, cervice e colon retto) risulta al di sotto della media regionale.

Si registra un ottimo risultato nelle donazioni (B6), sia di organi (B6.1), che di sangue (B6.2), in cui si attesta come best practice regionale.

Rispetto all'ambito ospedaliero, la performance aziendale presenta un miglioramento sulla appropriatezza chirurgica (C4a), in particolare sulla percentuale di standard raggiunti per i ricoveri da effettuare in day surgery, che rispetto allo scorso anno aumentano del 8%, attestandosi su 81% circa.

Netto miglioramento anche sulla percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno (C4.4), su cui l'Azienda registra un trend positivo del 31% rispetto al 2012, arrivando al 70%.

Positivo nel complesso anche il risultato sull'appropriatezza medica (C14).

L'Azienda conferma l'ottima capacità di contenimento della degenza media (C2a) e si attesta anche per il 2014 come best practice regionale.

Positivo anche il bilancio sulla qualità: in particolare rispetto alla capacità di operare le fratture del femore entro due giorni (C5.2), per cui l'Azienda consegue una tra le migliori performance a livello regionale.

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso la percentuale di abbandoni dei pazienti dal Pronto Soccorso (D9a) si riduce sensibilmente si attesta al 2,11%, al di sotto della media regionale; i tempi di attesa per i cittadini con codici gialli e verdi continuano ad essere elevati.

I risultati sul livello di soddisfazione dei pazienti del Pronto Soccorso mettono in luce una situazione più problematica rispetto ad altre realtà, sebbene il trend sia positivo rispetto al dato rilevato nel 2011.

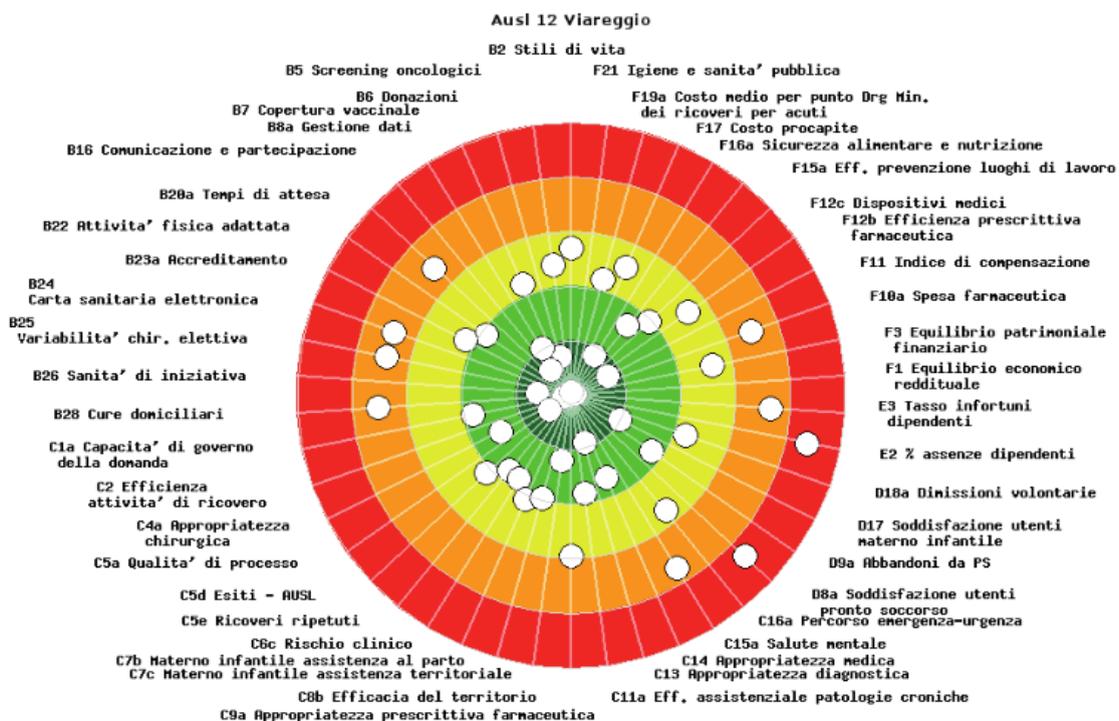
Relativamente al percorso materno-infantile, l'Azienda effettua una bassa percentuale di parti cesarei a livello regionale, attestandosi al 16%, sebbene risulti ancora elevata la percentuale di parti indotti, parti operativi e di fughe verso altre Aziende.

Per quanto riguarda il clima organizzativo la percentuale di assenza dei dipendenti (E2) e il tasso di infortuni del personale (E3), risultano tra i più elevati a livello regionale.

Gli indicatori, però, mettono in luce anche alcune difficoltà relativamente alla percentuale di anziani in assistenza domiciliare, che è la più bassa in Toscana.

Da rilevare l'ottimo risultato raggiunto nell'estensione delta Sanita d'iniziativa, con una copertura delta popolazione del 63,67%, migliore performance a livello regionale.

Sul versante della farmaceutica, si registra un aumento della spesa farmaceutica territoriale (da 191 euro pro capite nel 2012 a 197 euro pro capite nel 2013, indicatore F10) e alcuni margini di miglioramento permangono rispetto all'appropriatezza (C9a) e all'efficienza prescrittiva (F12b)<sup>58</sup>.



<sup>58</sup> Report 2014: Il sistema di valutazione delle performance della sanità toscana, Istituto Management e Sanità, Regione Toscana 2014

## CAPITOLO 3

### IL PROCESSO DI MAKE OR BUY

---

#### 3.1 - Scelte di convenienza economica: make or buy?

A seguito del processo di aziendalizzazione introdotto dalla legge 502\1992, dove “aziendalizzare” non significa introdurre un sistema di gestione manageriale tipico delle organizzazioni private ma, invece, significa introdurre la finalità dell’equilibrio economico a valere nel tempo (di conseguenza il sistema manageriale non è il fine dell’aziendalizzazione ma il suo strumento per il raggiungimento degli obiettivi prefissati), le varie aziende sanitarie hanno potuto iniziare “ad attingere” dal bacino di strategie aziendali che fino a quel momento erano tipiche soltanto delle aziende private (sanitarie e non).

Il quadro concettuale di riferimento è quello secondo il quale un aspetto rilevante delle modificazioni in atto sia l'aumento degli spazi di autonomia potenzialmente a disposizione delle aziende e dall'altra come la mutata intensità delle pressioni (competitive ed economiche) cui sono sottoposte le aziende spinge queste ultime a ricercare nuovi assetti organizzativi e a disegnare nuovi ruoli al fine di garantirsi adeguati livelli di coerenza con l'ambiente esterno.

L'entità (gradi di effettivo utilizzo dell'autonomia potenziale) e la reale efficacia degli interventi di riassetto e ridefinizione interna innescati dai mutamenti nell'ambiente vengono poi a dipendere dalle capacità e competenze che le aziende riescono a «mettere in campo», sia in termini di razionale disegno del riassetto sia come capacità e competenze delle risorse umane che daranno vita ai diversi ruoli<sup>59</sup>.

---

<sup>59</sup> MARIO DEL VECCHIO: Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche, Rapporto OASI 2000

Tra le varie strategie a disposizione, naturalmente, vi è anche la c.d. strategia di “make or buy” che nel corso degli ultimi decenni ha generato un interesse sempre maggiore nelle scelte gestionale delle varie imprese.

L’attività di “make or buy”, è un atto che consiste nella scelta tra la produzione interna o l’acquisto da un fornitore esterno; in una decisione di “make or buy” i fattori più importanti da considerare sono il costo e la disponibilità di capacità produttiva.

L’aspetto degli acquisti è anche indicato come l’outsourcing.

Le decisioni di “make or buy”, di solito, sorgono quando un’azienda che ha sviluppato un nuovo prodotto o a significativamente modificato un prodotto già esistente o ed incontra problemi con i fornitori attuali<sup>60</sup>.

Chiaramente, all’impresa conviene acquistare all’esterno un prodotto/servizio se i costi di produzione cessanti sono superiori rispetto ai costi di acquisizione dello stesso (prezzo concordato con il venditore esterno).

Dato questo quadro di sintesi, è evidente come la problematica dell’outsourcing si presti a essere investigata da varie prospettive.

Infatti, è possibile evidenziare gli aspetti legati alla gestione strategica dell’outsourcing all’approccio organizzativo, a quello normativo-istituzionale, alla gestione delle risorse umane, alla globalizzazione, alla gestione delle operations ed all’innovazione<sup>61</sup>.

Per tale decisione è sempre rilevante la quantità prevista di produzione del bene oggetto di decisione, quindi si ragiona per valori complessivi; inoltre, il livello dei ricavi è chiaramente indipendente e scollegato da tale tipo di decisione imponendo, quindi, di ragionare solo sui costi.

---

<sup>60</sup> STANLEY C., STEPHEN L. “The theory of the Make-or-Buy decision”, 2005: “The make-or-buy decision is the act of making a strategic choice between producing an item internally (in-house) or buying it externally (from an outside supplier). The buy side of the decision also is referred to as outsourcing. Make-or-buy decisions usually arise when a firm that has developed a product or part—or significantly modified a product or part—is having trouble with current suppliers, or has diminishing capacity or changing demand”

<sup>61</sup> VAN LONG N. “Outsourcing and Technology Spillovers,” International Review of Economics&Finance 2005

L'analisi di "make or buy" è condotta a livello strategico e operativo ed ovviamente, il livello strategico ha un raggio d'azione molto più ampio del secondo.

Variabili considerate a livello strategico includono l'analisi del futuro, nonché l'ambiente corrente, la regolamentazione del governo, imprese concorrenti e tendenze del mercato. Naturalmente, le imprese dovrebbero attuare delle decisioni che le rafforzino o che siano in linea con le loro competenze di base, in quanto si tratta di settori in cui l'azienda è più forte e che possono porre l'azienda in una condizione di vantaggio competitivo<sup>62</sup>.

Di conseguenza, affinché l'outsourcing si sviluppi come tecnica di gestione aziendale, è necessario che siano soddisfatte, fra l'altro, due condizioni: la prima ha carattere oggettivo e consiste nella presenza sul mercato di operatori sufficientemente professionali e specializzati, che garantiscano un efficiente espletamento della funzione da esternalizzare; la seconda ha, invece, natura più soggettiva e riguarda il superamento da parte del management societario di varie remore psicologiche, in particolare il timore di un "autoridimensionamento" professionale; questo perché se certamente a livello di top management si è ormai diffusa la consapevolezza del fatto che un'impresa agile e snella che abbia il meno possibile di struttura fissa e acquisti all'esterno i servizi "generali" sia il modello vincente nei mercati attuali, può però succedere che i responsabili di funzione si sentano minacciati dalla decisione di ricorrere all'outsourcing, in quanto esternalizzare alcuni processi potrebbe comportare per loro una perdita di potere all'interno dell'organizzazione.

In quest'ottica si evidenzia come outsourcing e decentramento non restituiscano automaticamente e necessariamente forza competitiva all'impresa, ma è necessario che l'organizzazione sperimenti un cambiamento che consenta di governare efficacemente l'outsourcing.

---

<sup>62</sup> DONALD W., DAVID N. "World class supply management – The make or buy analysis", "Make-or-buy analysis is conducted at the strategic and operational level. Obviously, the strategic level is the more long-range of the two. Variables considered at the strategic level include analysis of the future, as well as the current environment. Issues like government regulation, competing firms, and market trends all have a strategic impact on the make-or-buy decision. Of course, firms should make items that reinforce or are in-line with their core competencies. These are areas in which the firm is strongest and which give the firm a competitive advantage."

Tale cambiamento può comportare una ridefinizione di cultura, di struttura organizzativa e di adeguamento delle capacità di coordinamento estremamente complesse<sup>63</sup>.

Come tutte le decisioni di tipo gestionale che un'impresa si trova a dover affrontare, anche in questo caso vi è la necessità di mantenere l'attenzione su una serie di conseguenze derivanti da tale scelta:

-definizione delle attività da esternalizzare

-definire il processo di cambiamento organizzativo che si andrà a configurare

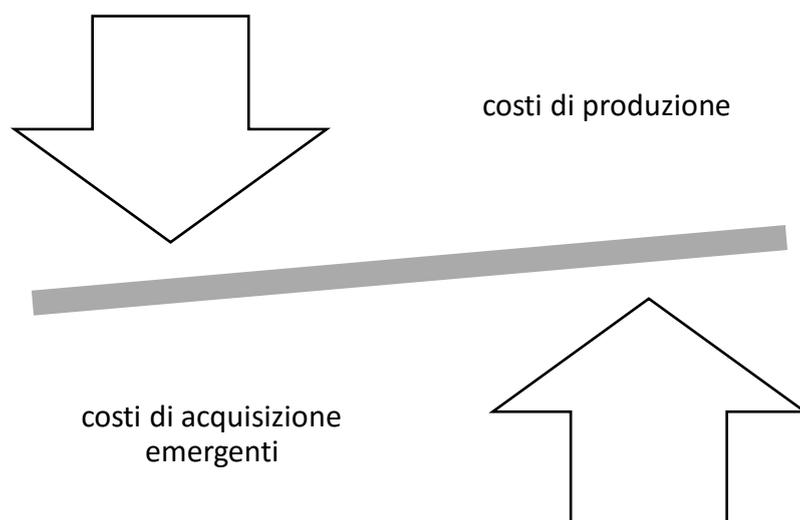
-è fondamentale identificare correttamente i costi eliminabili

-l'alternativa "buy" può far sorgere costi fissi specifici, quindi, bisogna riuscire ad identificare ogni singolo nuovo costo emergente

-la scelta di "buy" libera parte della capacità produttiva interna, che può essere utilizzata per nuove linee di prodotto o lasciata inespressa

-determinare una quantità di equilibrio in cui le due alternative (make e buy) sono equivalenti; tale quantità sarà data da:  $costi\ "make" = costi\ "buy"$ .

La scelta tra le due alternative strategiche, quindi, avverrà sulla base dei minori costi:



<sup>63</sup> DE ROSE L. J. "In the disciplines of outsourcing: a panel discussion", The Outsourcing Institute, 2000

In particolare, diversi studi mostrano come in una grande maggioranza dei casi, i progetti di outsourcing non rispettino gli obiettivi finanziari prestabiliti.

Per questo motivo, è necessario realizzare un sistema di governo dell'outsourcing che, in prima istanza, sia in grado di controllare le determinanti di rischio che si verificano nel caso di esternalizzazione di processi e servizi<sup>64</sup>.

Proprio per la sua complessità e potenzialità, l'outsourcing è emerso come uno degli strumenti manageriali, di carattere tattico e strategico, che hanno conosciuto la maggiore espansione nel corso dell'ultimo decennio e che, continuerà a proporsi nei suoi diversi ambiti e nelle sue varie applicazioni come una via obbligata per la sopravvivenza sul mercato delle imprese, senza distinzione di industria, dimensione o missione aziendale. In definitiva, la scelta di esternalizzare consente all'impresa di liberarsi di alcune funzioni per puntare sulle attività in cui essa detiene le risorse e le competenze chiave: questa è la motivazione principale, affiancata a quella della riduzione dei costi, che spinge un numero sempre maggiore di imprese a ricorrere all'outsourcing<sup>65</sup>.

Oltre a conseguenze di tipo generico, ciascuna delle sue alternative strategiche presenta benefici e svantaggi di carattere specifico:

### **-Vantaggi e svantaggi dell'opzione Make**

I vantaggi del realizzare internamente, includono:

*-Evitare i costi di approvvigionamento:* la gestione di un appalto comporta comunque costi amministrativi di gestione della commessa o della gara d'appalto che nel caso di realizzazione interna non vengono sostenuti

*-Evitare la contrattualistica:* una commessa esterna comporta la predisposizione e successivamente la gestione della relativa contrattualistica con tutti gli aspetti legali ad essa collegati; ciò viene meno nel caso di sviluppo interno con conseguente risparmio di

---

<sup>64</sup> MALONE T.W. "The Future of Work: How the New Order of Business Will Shape Your Organization, Your Management Style, and Your Life", Harvard Business School Press, 2004

<sup>65</sup> BRUNETTA F. "L'outsourcing nella sanità", Consumatori, diritti e mercato 2009

costi amministrativi e possibilità di iniziare i lavori più velocemente poiché non vi è la necessità di negoziare le condizioni e gli aspetti legali.

*-Qualificare i team di progetto:* ogni nuova attività consente ai team di progetto di fare esperienza ed acquisire maggiori competenze; tali competenze possono essere integrate da corsi di formazione oppure da training on-the-job che in entrambi i casi si traducono immediatamente nella possibilità di affrontare futuri progetti e nuove sfide.

In alcuni casi l'analisi make può però rilevare la presenza di svantaggi a seguito dei quali non risulta conveniente realizzare internamente un determinato prodotto o progetto e questo può dipendere dai seguenti motivi:

*-Contesa sulle risorse:* la scelta di realizzare internamente una determinata attività significa che le risorse del progetto vengono legate a tale obiettivo.

Nella maggior parte dei casi tale situazione potrebbe andar bene, ma potrebbe anche significare che i soggetti coinvolti nel progetto debbano rivedere il piano logico temporale degli obiettivi e degli impegni per rendere compatibile lo svolgimento di più attività.

Ciò accade frequentemente quando si tratta di risorse molto qualificate che si trovano coinvolte su più progetti, per cui occorre negoziare le modalità di partecipazione al progetto.

*-Rischi di scarsa qualità del lavoro:* se ciò che deve essere prodotto non è un qualcosa che si è abituati a fare spesso e non rientra nelle competenze del team di progetto, il risultato finale potrebbe essere scadente.

In questo caso può essere opportuno introdurre nuove risorse e\o competenze<sup>66</sup>.

*-Rallentamenti:* i soggetti che non hanno ancora sviluppato esperienza nel compiere una determinata attività sono generalmente più lente di persone esperte; però, non è sempre

---

<sup>66</sup> Secondo la c.d. "resource base theory" l'impresa è un insieme di risorse e competenze le quali sono le determinanti delle strategie e delle performance aziendali; di conseguenza, risorse e competenze sono l'identità dell'impresa in quanto sono elementi stabili che non variano nel breve termine.

Inoltre, lo scopo non è solo quello di sfruttarle al massimo, ma di ampliarle costantemente nel corso del tempo.

-Risorse: beni produttivi posseduti dall'impresa; si distinguono in tangibili (fisiche e finanziarie), intangibili (tecnologia, reputazione e cultura) e umane

-Competenze: ciò che l'impresa sa fare; dipende da come sfrutta le risorse a disposizione.

possibile utilizzare risorse molto qualificate per problemi di scarsità oppure perché impegnate in altri lavori.

Anche in questo caso può essere opportuno introdurre nuove risorse e/o competenze.

Più in generale, la decisione di svolgere internamente una determinata attività risulta più conveniente quando si può utilizzare personale interno che tende a non costare tanto quanto le risorse specialistiche di un fornitore esterno; ma tale minor costo interno è compensato dal fatto che lo sviluppo interno potrebbe richiedere molto più tempo.

### **-Vantaggi e svantaggi dell'opzione Buy**

I vantaggi di acquistare qualcosa da un fornitore esterno includono:

*-Rapidità:* in genere il fornitore esterno sarà in grado di operare più velocemente di quanto si può fare internamente per via di una maggiore esperienza e di risorse specialistiche ed adeguate allo svolgimento dei compiti richiesti.

*-Facilità:* l'impresa si scarica di ogni problema operativo salvo il controllo dell'operato del fornitore.

*-Project Management:* normalmente un fornitore qualificato fornirà anche alcuni servizi di project management che potranno comunque essergli richiesti per assicurare il controllo dell'avanzamento e della qualità del lavoro.

Tuttavia, durante l'analisi di buy occorre anche considerare i possibili svantaggi dell'acquisto, come ad esempio:

*-Mancanza di controllo:* L'acquisto implica sempre una dipendenza dal fornitore ed un conseguente minor controllo; si può ovviare a questo lavorando a stretto contatto con il fornitore, ma non si avrà comunque lo stesso livello di certezza organizzativa che si ha quando si opera con risorse interne.

Questa lacuna gestionale, può e deve essere affrontata predisponendo in modo adeguato il contratto ed i vincoli ai quali il fornitore deve attenersi.

*-Minore riqualificazione delle risorse interne:* se riqualificare i team di progetto interni è importante, con l'acquisto all'esterno si perde questa possibilità.

Ciò deve essere compensato creando occasioni di affiancamento tra il personale del fornitore ed il personale interno in modo che alcune competenze possano essere trasferite.

-*Supporto continuo*: se il fornitore realizza qualcosa che avrà poi bisogno di attività di supporto dell'utenza, come nello sviluppo software, e se non c'è un piano di trasferimento delle conoscenze tra fornitore e personale interno, si finirà per dipendere dal fornitore per tutte le necessità di supporto (help desk e contact center).

-*Contrattualistica*: se non si dispone di un contratto tipo è necessario dedicare tempo a negoziare e poi formalizzare le varie condizioni contrattuali.

Se non si dispone di competenze legali, ciò comporta anche la necessità di doversi avvalere di un supporto legale esterno con ulteriore aggravio di costi.

Sulla base di tali vantaggi e svantaggi, Booz & Company ha redatto un framework per cercare di semplificare le scelte della direzione delle varie aziende, circa le decisioni di “make or buy”.

Tale framework è composto da 3 sezioni: business strategy, risks e economic factors<sup>67</sup>:

	MAKE (IN-HOUSE)	PILLARS	BUY (OUTSOURCE)
<b>Business Strategy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In-house process differentiates the product or service</li> <li>- Capability has synergies across the business</li> <li>- Supply market is hostile or controlled by competitors</li> <li>- Need to “push the technology or capability envelope”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attractiveness of the process/business</li> <li>- Criticality for overall business success               <ul style="list-style-type: none"> <li>· Proprietary processes</li> <li>· Product differentiation</li> </ul> </li> <li>- Industry dynamics and competitive positioning</li> <li>- Dynamics of the technology or capability               <ul style="list-style-type: none"> <li>· Rate of change</li> <li>· Risk to core capabilities</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Process/business is unattractive (e.g., hard to find workers, strict regulatory environment)</li> <li>- Materials or processes are not critical to end products or marketing efforts</li> <li>- Supply market is suitable for building close partnerships</li> <li>- Suppliers are willing and able to meet innovation needs</li> </ul>
<b>Risks</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Few or no alternative sources of supply</li> <li>- High supply market risks</li> <li>- Imperative to couple supply and usage (real-time/short lead time) for quick response or quality</li> <li>- Sensitive intellectual property involved in process/product</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Holdup risks</li> <li>- Availability of alternative sources and switching costs</li> <li>- Supply market risks (if foreign-sourced)               <ul style="list-style-type: none"> <li>· Political stability</li> <li>· Exchange rate volatility</li> </ul> </li> <li>- Transportation risks               <ul style="list-style-type: none"> <li>· Lead times</li> <li>· Supply disruptions</li> </ul> </li> <li>- Intellectual property protection</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Holdup risk is low or sufficiently managed through contract of broader business relationship</li> <li>- Low switching costs and easily accessible alternative sources of supply</li> <li>- Uncoupling the supply chain has little impact</li> <li>- No sensitive intellectual property involved</li> </ul>
<b>Economic Factors</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Internal cost advantage or cost parity, high quality</li> <li>- Significant recent investment in process technology that cannot be recovered</li> <li>- Investments meet required return on invested capital</li> <li>- Company has strong, defensible skills base</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relative economic and operating performance advantage               <ul style="list-style-type: none"> <li>· Scale and utilization</li> <li>· Efficiency</li> <li>· Reliability</li> </ul> </li> <li>- Factor costs               <ul style="list-style-type: none"> <li>· Quality</li> </ul> </li> <li>- Capital requirements and financial returns</li> <li>- Level of skills and expertise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suppliers have lower costs or better quality</li> <li>- Major new investments are required</li> <li>- Suppliers have lower ROI targets</li> <li>- Insufficient or weak in-house skills/capabilities; skills are difficult to acquire</li> </ul>

Source: Booz & Company

<sup>67</sup> SCHWARTING D. e WEISSBARTH R. “Three pillars of sound decision making”, 2011

La decisione di acquistare un determinato servizio o prodotto è spesso basata sui vantaggi che si ottengono in termini di velocità e qualità (e talvolta prezzo).

Occorre comunque definire delle politiche interne all'organizzazione per evitare che si finisca per abusare di questa modalità.

Esiste infatti una tendenza generalizzata ad utilizzare l'acquisto all'esterno per superare problemi organizzativi interni che andrebbero affrontati e risolti in modi completamente differenti e ad hoc.<sup>68</sup>

Allo scopo di effettuare una scelta corretta in merito a tali alternative, la direzione, oltre ai costi, deve sempre considerare che lo sviluppo interno implica una verifica sulle competenze delle risorse disponibili internamente, mentre l'acquisto all'esterno implica una attenta selezione dei fornitori sulla base delle risorse e delle capacità possedute da quest'ultimi che debbono essere coerenti ed adeguate allo svolgimento di determinate attività:

- qualità di quanto fornito (esito dei controlli effettuati, rilevazione dei problemi durante lo svolgimento del processo produttivo, etc.)
- affidabilità temporale (valutazione di eventuali ritardi nei tempi di consegna del prodotto o di svolgimento del servizio)
- quantità fornite (corrispondenza con quanto ordinato)
- grado di flessibilità (capacità del fornitore di far fronte alla variabilità delle richieste del committente)

Un'ulteriore decisione che il management può prendere è quella in merito alla possibilità di effettuare internamente una parte del processo produttivo o di affidarla a dei soggetti esterni.

L'importanza di simili decisioni è palese se si pensa alla sempre maggiore dinamicità e complessità che caratterizza il panorama competitivo: in una simile situazione le imprese necessitano maggior flessibilità e per questo motivo “non di rado tendono a concentrare

---

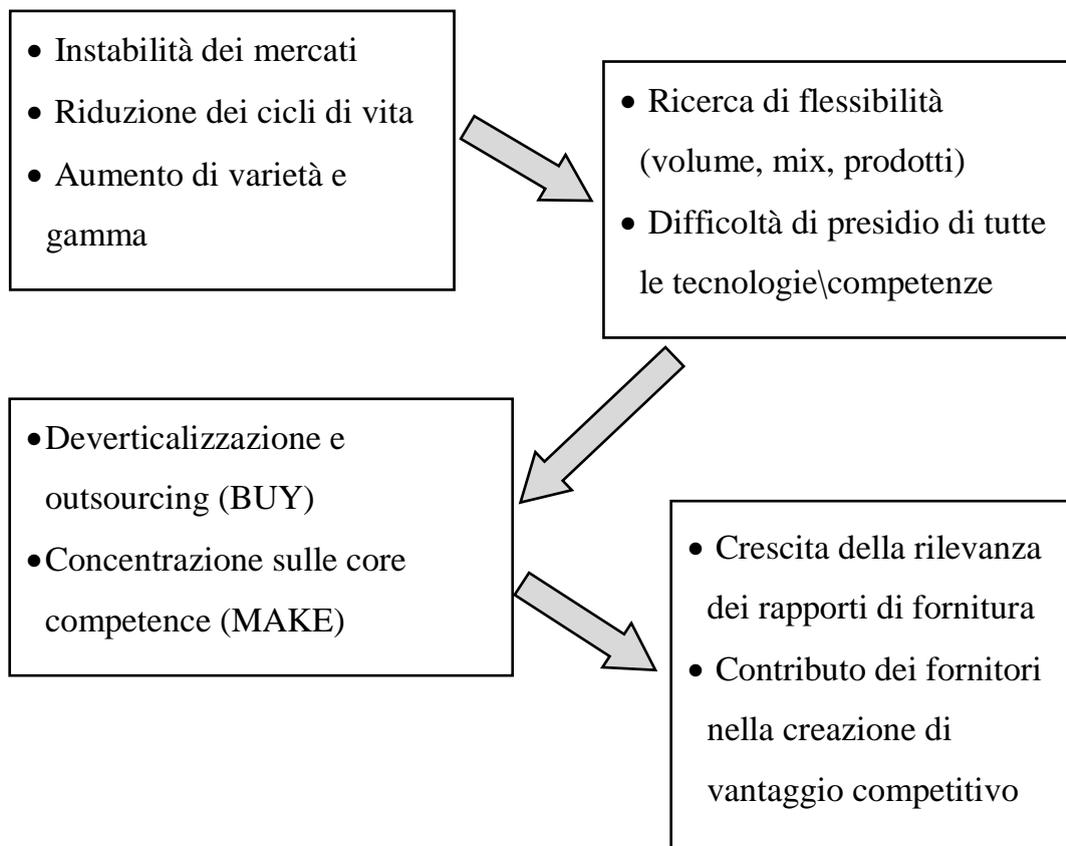
<sup>68</sup> BUZZEL R. “Is vertical integration profitable?”, Harvard Business Review, 1993

la propria attività sulle loro competenze core e ad esternalizzare quelle sulle quali posseggono minori competenze specifiche

Altre aziende, invece, attuano il processo inverso, implementando strategie di integrazione (a monte o a valle) al fine di approfittare di eventuali sinergie o per stabilire un maggior controllo sulle fasi della filiera ritenute cruciali<sup>69</sup>.

Con l'allargamento dei mercati possono giocare inoltre un ruolo fondamentale le capacità di differenziazione del proprio prodotto/servizio, resa ancor più funzionale da una specializzazione degli attori economici di un determinato settore, la quale permette un più efficace presidio di tutte le tecnologie e competenze.

La progressiva concentrazione sulle core competence richiede dunque un rapporto il più possibile collaborativo e pressoché esclusivo con i fornitori strategici per l'attività d'impresa, i quali offrono un contributo rilevante ai fini della creazione del vantaggio competitivo dei clienti.



<sup>69</sup> SCOTT P. e MORROW M. "Activity based costing and make or buy decision", 2002

Diventa quindi di fondamentale importanza per la competitività delle imprese di un determinato settore gestire la propria catena di fornitura in maniera collaborativa, sfruttando le sinergie create sia con gli attori economici posti a monte che con i clienti a valle.

Esistono dunque delle vere e proprie condizioni che fanno sì che la gestione della supply chain risulti efficiente ed efficace in chiave strategica per gli attori presenti nella catena di fornitura:

-Per attuare delle relazioni di lungo termine (non-spot) che permettano una gestione efficace della catena gli attori in questione si servono sempre più spesso di tecnologie di coordinamento, quali possono essere ad esempio Intranet.

Tecnologie che richiedono comunque investimenti bilaterali nelle infrastrutture dell'Information Technology, e quindi richiedono la disponibilità di adeguate risorse informatiche (macchine, software e uomini) che permettano di creare sinergie efficaci.

-Con la maggiore specificità e complessità delle transazioni in una catena specializzata diventa inoltre sempre più difficile scegliere e porre a confronto i vari fornitori. Occorre dunque, da parte del cliente, attuare una selezione su più livelli che tenga conto dell'effettiva utilità e delle potenzialità di contribuzione alla creazione di valore che il fornitore può dare, data sostanzialmente dalla convergenza nella progettazione e produzione del prodotto/servizio.

-Proprio questo contributo alla creazione di vantaggio competitivo può essere dato solamente col continuo scambio di informazioni tra cliente e fornitore, attuando una oculata gestione del processo di produzione.

Ciò è possibile affinché il fornitore accetti che il cliente si appropri del know how, condividendo sia i rischi che i benefici derivanti dalla stretta collaborazione nella produzione.

Il miglioramento continuo degli attori della supply chain è infatti possibile solo attraverso il costante scambio di know how tra i vari soggetti, che rappresenta una delle condizioni principali affinché si possa avere una partnership efficace, e i vari soggetti possano usufruire di un vantaggio competitivo durevole e difendibile<sup>70</sup>.

Detto ciò, si comprende facilmente come le scelte in questione siano di grande rilevanza per le realtà imprenditoriali, in quanto la loro natura è squisitamente strategica.

Sotto la locuzione “decisioni di make or buy”, dunque, ricadono “tutte le scelte che si basano sulle analisi di tipo comparativo tra due corsi d’azione”.

Queste decisioni spesso riguardano l’alternativa tra la produzione interna di componenti, semilavorati, necessari per il processo produttivo, e l’acquisto di tali elementi dall’esterno.

L’ambito applicativo può riguardare anche la decisione in merito a servizi, come la distribuzione o il packaging, e ultimamente si osserva anche come le scelte di make or buy siano arrivate anche a interessare i servizi amministrativi.

Già nel 1929 Jauch e Wilson hanno affermato come le scelte di make or buy non si debbano limitare ai reparti di approvvigionamento e alla fase di implementazione, in quanto esse hanno un impatto fortemente strategico poiché coinvolgono l’interazione tra l’impresa e l’ambiente.

A tal proposito tali due autori affermano che è possibile utilizzare la metodologia del make or buy per esempio anche nel caso in cui si desideri modificare le abilità o addirittura la composizione del management e le conoscenze sono presenti all’interno dell’azienda, allora si procederà con una scelta di make (il soggetto più esperto effettuerà ad esempio un’azione di training), altrimenti l’azienda stessa sarà costretta ad una scelta di buy.

---

<sup>70</sup> KRAJEWSKI LEE J. e RITZMAN LARRY P. “Supply chain management”, ed. Pearson 2015

Un'ulteriore applicazione gestionale delle scelte di make or buy si collega, ad esempio, all'eventualità in cui l'impresa in analisi desideri aggiungere nuovi prodotti o servizi alla propria gamma<sup>71</sup>.

Da questi brevi esempi si comprende facilmente come lo strumento dell'analisi di make or buy presenti un ampio spettro di applicabilità.

Le decisioni in questione si caratterizzano oltre che per una natura strategica, anche per un aspetto di tipo reddituale; nelle scelte di make or buy si verifica, quindi, una vera e propria coesistenza di queste due componenti.

Pertanto, per prendere la giusta scelta, il management quando si trova a svolgere il processo di make or buy non può prescindere dall'elaborazione di valutazioni economiche (connesse al confronto in termini quantitativi delle alternative al vaglio) e di quelle strategiche (considerazioni che prescindono dalla convenienza economica delle alternative).

Il lato strategico sicuramente ha un ruolo di primaria importanza, anche se è assolutamente indispensabile che il management sia a conoscenza anche dell'economicità delle scelte che decide di intraprendere, in modo tale da essere totalmente consapevole del loro impatto reddituale.

Per comprendere questo concetto è sufficiente pensare al fatto che, pur di mantenere il rapporto con un cliente molto importante, un'azienda potrebbe trovare conveniente l'accettazione di commesse a condizioni non totalmente favorevoli; un altro esempio può essere quello di un ristorante conosciuto per una particolare specialità culinaria che, per quanto la scelta di acquistare tale specialità dall'esterno possa essere più vantaggiosa in termini reddituali, difficilmente opterà per questa alternativa.

Ciò, ovviamente, accade fintantoché la situazione reddituale/finanziaria/patrimoniale dell'azienda permane sufficientemente positiva; infatti in una situazione problematica le valutazioni di tipo reddituale dovrebbero avere la priorità<sup>72</sup>.

---

<sup>71</sup> JAUCH R. L. e WILSON H. "A multiple-criteria decision methodology for the make-or-buy problem", 1929

<sup>72</sup> FINE C. e WHITNEY D. "Is the make-buy decision process a core competence?", MIT 1996

Pertanto, le considerazioni di ordine strategico possono essere prese in considerazione in via prioritaria anche se le valutazioni economiche invece scoraggerebbero una certa scelta solo a patto che l'economicità globale d'azienda non sia compromessa e che le situazioni reddituali negative (accettazione di una commessa, pur in perdita) siano di natura meramente transitoria.

Emerge così la necessità di trovare un valido trade off tra valutazioni tattiche ed economiche.

Inoltre, una ricerca effettuata da "The Outsourcing Institute" porta ad identificare le principali motivazioni che inducono all'outsourcing, le quali possono essere suddivise in due gruppi: le prime quattro di carattere tattico, le successive di carattere prevalentemente strategico:

### **1) Difficoltà nella gestione o nel controllo di una funzione aziendale**

L'outsourcing è sicuramente un'importante opzione per risolvere questa classe di problemi: tuttavia non bisogna considerarlo come una soluzione che porti ad abdicare alla responsabilità manageriale, né come una soluzione "tampon" che occorra per salvare le imprese in difficoltà nel breve periodo. Secondo i risultati di tale, le imprese che si sono servite dello strumento in esame per ottenere il risultato di non perdere il controllo della propria organizzazione, hanno finito nella maggior parte dei casi per rimanere insoddisfatte dei risultati ottenuti. Il motivo principale di questo fallimento risiede probabilmente nel fatto che, se in un'azienda si riscontrano difficoltà nella gestione o nel controllo di una funzione aziendale, l'approccio corretto a questa situazione dovrebbe consistere nel rintracciarne le cause prima di poter procedere all'implementazione di rimedi di diverso genere. Infatti, se un'organizzazione non è in grado di individuare le cause che impediscono il superamento delle difficoltà, essa non sarà neanche capace di comunicarle ad un potenziale provider.

## **2) Mancanza di professionalità specifiche all'interno dell'azienda.**

In questo caso l'impresa ricorre all'outsourcing perché non possiede al proprio interno le risorse necessarie in termini di capacità professionali specifiche. Per esempio, se si è in fase di espansione aziendale, e specialmente se questa espansione avviene in nuovi mercati, l'outsourcing costituisce un'alternativa praticabile e conveniente allo sviluppo in proprio, partendo da zero, di competenze specifiche riguardanti i nuovi problemi che la situazione di crescita impone di affrontare.

## **3) Riduzione dei costi operativi.**

Sicuramente la più importante tra le ragioni di carattere tattico che inducono a ricorrere all'outsourcing è legata alla necessità di ridurre o quantomeno di tenere sotto controllo la crescita dei costi fissi aziendali o, più in generale, dei costi operativi. Il ricorso all'outsourcing consente infatti, da un lato, di modificare la struttura dei propri costi aziendali, aumentando l'incidenza di quelli variabili e diminuendo l'incidenza di quelli fissi sui costi totali, dall'altro, grazie alle economie di scala e ad altri vantaggi connessi con la specializzazione del provider, permette di ridurre i costi operativi totali. Inoltre, imprese che tentano di svolgere tutte le funzioni in proprio, possono incorrere in spese eccessive ed impreviste di ricerca, sviluppo o marketing, spese che dovranno necessariamente essere trasferite sul cliente finale sotto forma di aumenti di prezzo e che dunque possono rendere meno appetibili i prodotti dell'impresa sul mercato.

## **4) Situazione di difficoltà finanziaria.**

L'outsourcing talvolta comprende il trasferimento di attività dal cliente al provider: impianti, veicoli, licenze ed attrezzature varie usate per l'attività da delegare.

Tutte queste attività hanno un valore e vengono di fatto vendute al provider.

Il provider, poi, utilizza queste attrezzature per fornire servizi allo stesso cliente che le ha vendute oppure, frequentemente, anche ad altri clienti.

A seconda del valore delle attività vendute, l'azienda che decide di delegare può ottenere da subito significativi flussi positivi di cassa.

In genere le attività in questione vengono cedute al loro valore di iscrizione in bilancio.

Nel caso in cui il suddetto valore dovesse essere notevolmente superiore rispetto a

quello effettivo di mercato, la differenza tra i due valori rappresenta un prestito effettuato dal provider al cliente, prestito il cui rimborso sarà integrato nel prezzo del servizio di outsourcing che verrà successivamente prestato.

Questo complicato sistema può talvolta evitare all'impresa-cliente una situazione di crisi finanziaria, assicurandole maggiori liquidità che sono conseguenti non solo alla normale operazione di outsourcing, ma anche allo smobilizzo di attività e ad un'autentica forma di prestito, sebbene occultata dall'apparenza del servizio prestato. Va aggiunto che sempre più spesso il provider si fa carico di parte dei dipendenti del suo cliente.

In questo modo imprese di servizi in outsourcing costituiscono alleanze strategiche con i propri clienti, finalizzate alla creazione di valore per tutti i portatori di interesse interni ed esterni all'azienda.

Una componente spesso trascurata di questo tipo di outsourcing è legata poi alla motivazione del personale trasferito.

Quasi sempre, infatti, ciò che per il cliente costituisce un'attività secondaria, diviene per il provider il core business, migliorando notevolmente gli aspetti motivazionali delle persone che vi lavorano.

##### **5) Necessità di attrarre capitali ed allocazione più efficiente delle risorse.**

L'outsourcing riduce la necessità di capitali da investire in funzioni non direttamente legate al core-business, permettendo allo stesso tempo di attrarre più facilmente capitali dal mercato.

Infatti, la circostanza probabilmente più operosa al fine di attrarre capitali dal mercato, consiste in corrette scelte di investimento da parte dell'impresa.

Decidere di investire direttamente nelle aree legate ai prodotti o servizi offerti ai clienti, consente in genere di raggiungere una maggiore redditività aziendale.

Inoltre la decisione di ricorrere all'outsourcing può contribuire a migliorare alcuni indici di bilancio, attraverso l'eliminazione della necessità di mostrare il ROI di capitali investiti in ambiti non attinenti al core-business.

In tal modo, le aree soggette ad outsourcing non competono più con le altre funzioni aziendali per quanto riguarda l'allocazione delle risorse.

Si evitano così investimenti che spesso risultano difficilmente giustificabili, se comparati a quelli effettuati nelle aree più direttamente correlate al servizio o al prodotto offerti ai clienti.

Ogni organizzazione trova dei limiti nelle risorse disponibili.

La sfida costante consiste nel far sì che tali risorse limitate siano allocate nelle aree a maggior valore aggiunto.

L'outsourcing permette all'organizzazione di deviare le sue risorse da attività ausiliarie ad attività per le quali si riscontra un maggiore ritorno in termini di qualità o di servizio al cliente.

Molto spesso le risorse in questione sono risorse in termini di manodopera. Attraverso l'outsourcing di attività ausiliarie, l'organizzazione può trasferire il personale, in tal modo liberato, ad attività a maggior valore aggiunto.

Il personale, le cui energie erano dirette all'interno dell'azienda, viene così reimpiegato per attività mirate all'esterno, ossia al cliente.

## **6) Riduzione dei rischi.**

Agli investimenti decisi da un'organizzazione sono sempre associati considerevoli rischi.

Tramite l'outsourcing un'azienda diviene più flessibile, più dinamica, più capace di cogliere i cambiamenti e le mutevoli opportunità offerte dal mercato.

I mercati, la competizione, le leggi e i regolamenti, le condizioni dei mercati finanziari e le tecnologie: tutto questo oggi cambia in maniera estremamente rapida.

Mantenersi in linea con questi mutamenti e prendere le giuste decisioni di investimento è un compito molto difficile.

Il provider di servizi in outsourcing prende decisioni di investimento non sulla base delle prospettive di mercato di una sola impresa, bensì sulla base della combinazione delle prospettive di mercato di tutte le imprese sue clienti.

In questo modo il rischio, connesso ad errate previsioni di mercato e conseguentemente di carichi di lavoro, può venire attenuato, se non addirittura compensato, da errori di segno opposto da parte di diversi clienti, oppure

semplicemente dalla minore incidenza sul volume complessivo di lavoro legato all'attività di un singolo cliente.

Il risultato ottenibile ricorrendo all'outsourcing è che l'azienda riesce ad avvicinarsi a quella che oggi è considerata la struttura aziendale ideale, chiamata di volta in volta con terminologia anglosassone "modular company" o "virtual company" o "agile competitor".

### **7) Maggiore specializzazione e approccio globale ai processi consentito dalla esperienza di carattere internazionale del provider.**

Il fornitore di servizi in outsourcing molto spesso raggiunge un grado di specializzazione e professionalità tale, nello svolgimento della funzione che gli viene delegata, da poter operare in maniera competitiva su diversi mercati a livello internazionale.

Questa circostanza può inoltre consentire al cliente, che deleghi un'attività, di collaborare con un partner dal quale può apprendere una visione più globale dei processi, consentendo di venire a contatto con i più evoluti sistemi di gestione della specifica funzione aziendale.

Le particolari capacità del fornitore esterno inoltre sono il risultato di ingenti investimenti in tecnologie, metodologie e formazioni professionali specifiche per i dipendenti, oltre che delle esperienze connesse alla maggiore specializzazione.

Frequentemente la specializzazione del vendor include precedenti esperienze nell'implementazione di soluzioni analoghe presso società concorrenti, o comunque appartenenti allo stesso settore industriale.

Questa professionalità può essere trasferita all'impresa-cliente sotto forma di applicazione di abilità, processi o tecnologie precedentemente acquisite ed ora trasportabili nel nuovo contesto aziendale.

La partnership con un provider di servizi in outsourcing di rilievo internazionale fornisce dunque i seguenti vantaggi:

- accesso a nuove tecnologie, strumenti e tecniche che l'organizzazione potrebbe non possedere;

- eliminazione dei costi di training associati all'acquisizione delle abilità necessarie a gestire le suddette innovazioni;
- migliori opportunità di carriera per il personale, che eventualmente sia stato trasferito dall'organizzazione cliente al provider;
- accesso seppure parziale alle tecnologie, procedure e documentazioni in possesso del provider;
- maggiore efficienza nello svolgimento della funzione delegata;
- migliore consapevolezza dei costi di gestione per il processo in questione;
- accesso a competenze aziendali e ad esperienze di processo che il fornitore ha acquisito presso precedenti clienti.

### **8) Focalizzazione sul core-business.**

L'outsourcing permette all'azienda di concentrarsi sulle questioni generali, lasciando i dettagli operativi alla definizione di un esperto esterno. Esso è uno strumento manageriale che può condurre ad una maggiore chiarezza ed efficacia nel perseguimento degli obiettivi primari, che consistono nel focalizzare ed interpretare con successo i bisogni del cliente finale.

Per molte aziende vi è dunque un'unica ragione fondamentale che spiega la necessità di ricorrere all'outsourcing, ossia l'esigenza di liberarsi da tutti quei problemi che riguardano non il "cosa fare", ma il "come farlo", quando queste questioni riguardino funzioni aziendali ausiliarie.

Troppo spesso la soluzione di simili problemi ostacola il processo decisionale aziendale, lasciandolo imbrigliato in questioni definibili come di middle management, le quali assorbono un'enorme quantità di tempo ed attenzione manageriali.

Tutto ciò può dar luogo a costi non solo di carattere finanziario, ma anche in termini di opportunità non sfruttate.

L'outsourcing rende possibile all'impresa di accelerare la crescita e di migliorare i

risultati attraverso un'espansione degli investimenti nelle aree che le offrono maggiori vantaggi competitivi<sup>73</sup>.

Al fine di valutare l'economicità delle alternative poste al vaglio, quindi, è necessario determinare i costi connessi a ciascuna di esse.

I costi rilevanti per la scelta di make saranno quelli cessanti, mentre quelli da considerare per la scelta di buy saranno quelli sorgenti.

È importante ricordare come la peculiarità di elemento di costo di essere cessante non sia correlata alla sua natura variabile; quindi, un costo cessante è tale quanto è eliminabile o quando fa riferimento a fattori che possono essere economicamente utilizzabili all'interno dell'azienda in questione.

Per tutti questi motivi, quindi, nell'approcciare il problema del ricorso all'esternalizzazione nella Pubblica Amministrazione, e più in particolare nell'ambito dei servizi sanitari, è bene analizzare sia i potenziali benefici sia i rischi connessi a tale scelta, con particolare riferimento alla natura dei beni e servizi oggetto dell'esternalizzazione, che potrebbero avere una ricaduta, diretta o indiretta, e non necessariamente pianificata, sui servizi erogati ai cittadini<sup>74</sup>.

Tale fenomeno dell'outsourcing, inoltre, ha assunto una rilevanza tale che "ha sviluppato un nuovo paradigma che vede l'impresa non solo come un fenomeno economico-produttivo, ma come soggetto di scambi conoscitivi e al centro di una rete di relazioni tra attori specializzati e flessibili"<sup>75</sup>.

---

<sup>73</sup> THE OUTSOURCING INSTITUTE "transreport: outsourcing purchasing dynamics, expectation and outcomes", 1995

<sup>74</sup> BRUNETTA F. "L'outsourcing nella sanità", Consumatori, diritti e mercato 2009

<sup>75</sup> CALVELLI A. "Scelte d'impresa e mercati internazionali", Giappichelli Editore 1998

### 3.2 - L'outsourcing nella sanità

In generale, la Pubblica Amministrazione, coinvolta in un processo di modernizzazione e riorganizzazione, sta sempre più ricorrendo all'outsourcing come soluzione strategica, anche in virtù dei riflessi del processo di integrazione europea, che ha comportato una serie di mutamenti rilevanti all'interno delle singole amministrazioni nazionali, con l'adozione di politiche di privatizzazione, liberalizzazione e trasformazione degli assetti strutturali.

Le recenti leggi finanziarie, infatti, hanno attivato un processo di riorganizzazione e razionalizzazione dell'Amministrazione Pubblica, con l'evidente scopo di aumentare l'efficienza e ridurre i costi; da qui, la scelta di politiche di esternalizzazione, che facilitino la distribuzione di attività funzionali o di prestazioni di servizio tra amministrazioni e privati sulla base di principi di economicità (costi dei servizi) o di efficienza (del livello di prestazione)<sup>76</sup>.

In questo contesto, la modernizzazione guida le scelte di esternalizzazione, determinate da un ampliamento e rinnovamento delle funzioni svolte dalla PA e dalla crescente domanda di servizi da parte del cittadino; la PA si trova, quindi, a doversi dotare di capacità strategiche utili per adottare nuove modalità operative che siano necessariamente flessibili al fine di poter erogare servizi finalizzati a un miglioramento della performance e a una maggiore soddisfazione dell'utente.

L'outsourcing è qui attuato attraverso varie modalità, che variano dalla costituzione di aziende o agenzie (pubbliche o pubblico-private) al finanziamento privato di un'attività o di una funzione di pubblico interesse.

Parallelamente, il processo di riorganizzazione della PA spinge scelte di esternalizzazione legate alla necessità di una razionalizzazione produttiva nelle strutture amministrative pubbliche, sull'esempio di ciò che accade nel privato.

---

<sup>76</sup> BRUNETTA F. "L'outsourcing nella sanità", Consumatori, diritti e mercato 2009

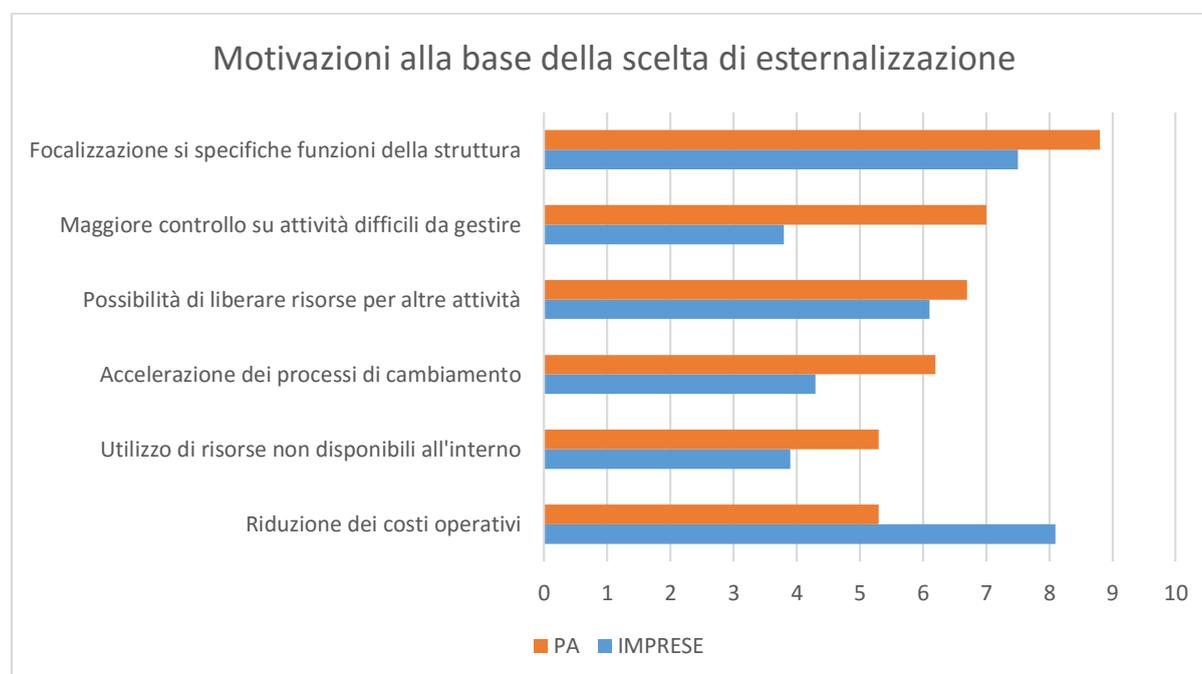
Evidente è, però, il fatto che, se nelle amministrazioni prevale il driver di razionalizzazione delle attività, per i privati prevale soprattutto l'interesse verso i risparmi di costi.

L'outsourcing nella PA è spesso spinto da necessità relative ad adempimenti da rispettare o da carenze di organico e, contemporaneamente, da valutazioni ex-ante dei costi-risultati o costi-benefici e, quindi, dalla necessità di elevare i livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa.

Questo tipo di outsourcing vede soprattutto esternalizzate quelle attività legate agli acquisti, alla manutenzione, alla gestione dei servizi accessori.

Le politiche di outsourcing assumono una valenza strategica nel momento in cui investono i processi di produzione e distribuzione di beni e servizi, e i servizi di supporto interno e accessori, assumendo un ruolo importante nei processi di creazione del valore<sup>77</sup>.

Un'indagine del Censis su dati TESS, ha messo in luce alcuni dei principali driver alla base delle scelte di esternalizzazione delle Amministrazioni Pubbliche.



<sup>77</sup> ALTEA P. "Outsourcing in sanità: Un modello in continua evoluzione", 2010

Si nota subito, come già visto, che la riduzione dei costi operativi è, nella scala, il driver meno importante: d'altro canto, questo sottolinea la valenza strategica delle scelte di outsourcing e, dunque, la focalizzazione su specifiche funzioni strategiche appare il fattore più influente, poiché la PA opta per l'esternalizzazione in modo da disporre di risorse tali da permetterle di concentrare lo sforzo su attività core e aumentare la qualità offerta, così come avviene per il controllo su attività di difficile gestione.

Di conseguenza, risulta importante la possibilità di liberare le risorse umane e finanziarie da attività di minore rilevanza e favorirne lo spostamento verso aree di maggiore interesse strategico.

Fortemente legata alla modernizzazione e alla PA è la necessità di accelerare i processi di cambiamento e riorganizzazione, intesa come la possibilità di rispondere in tempi rapidi all'innovazione tecnologica e accelerazione della riorganizzazione della struttura<sup>78</sup>.

Rispetto a quanto avviene nel privato, il processo di esternalizzazione nella PA attraversa tre fasi:

- individuazione delle attività e dei servizi da esternalizzare
- gara d'appalto
- scelta dell'offerta più vantaggiosa (profili economici, tecnici, qualità, impatto sociale, valorizzazione del know how esistente gestione del contratto, monitoraggio e gestione del cambiamento organizzativo).

A questa, e altre peculiarità, si legano quelle che vengono evidenziate come le principali criticità legate alle scelte di outsourcing nella PA.

La prima fa certamente riferimento alla cosiddetta "incertezza culturale": con il ricorso all'outsourcing, le amministrazioni passano da soggetto gestore a soggetto titolare dell'indirizzo, coordinamento e controllo delle attività esternalizzate a terzi.

---

<sup>78</sup> Censis-Tess "L'outsourcing nei percorsi di innovazione delle imprese e delle pubbliche amministrazioni in Italia", Roma, 2003

Questo richiede una sostanziale modifica degli aspetti organizzativi, nonché un nuovo modo di pensare per i decisori.

Parallela all'incertezza culturale è l' "incertezza metodologica"; del resto è proprio il Dipartimento della Funzione Pubblica a pubblicare la guida all'esternalizzazione di attività e servizi nella PA, affinché ci sia un utilizzo efficace dello strumento dell'outsourcing.

Un altro punto critico riguarda la scelta del soggetto esterno, che interessa la fase tipica della gara d'appalto e che richiede, per le Pubbliche Amministrazioni, una procedura concorrenziale con un aspetto negoziale particolare, in quanto è necessario conciliare le esigenze del cliente pubblico (che acquista le attività esternalizzate) e quelle delle imprese private (che forniscono il servizio).

Infine, nel settore pubblico è decisiva l'influenza delle associazioni professionali e delle organizzazioni sindacali nella decisione di esternalizzare determinate attività<sup>79</sup>.

Ai processi di esternalizzazione in atto nella Pubblica Amministrazione sono collegati, con specificità tipiche e rilevanti, i processi di esternalizzazione messi in atto nel nostro Sistema Sanitario Nazionale, dove aziende sanitarie pubbliche e ospedaliere costituiscono un segmento particolarmente dinamico.

L'outsourcing ha progressivamente acquisito importanza nel SSN per due principali ragioni: da un lato il decentramento della gestione sanitaria dal livello centrale al livello regionale, dall'altro l'introduzione di una visione "manageriale" e dei relativi modelli gestionali in ambito sanitario.

Così come la Pubblica Amministrazione, il SSN è stato oggetto di una diffusa razionalizzazione.

---

<sup>79</sup> DELTRITO G. "L'esternalizzazione strategica nelle amministrazioni pubbliche", Dipartimento della Funzione Pubblica, Rubbettino Editore, 2006

La volontà di consolidare la regionalizzazione e di favorire una più efficiente utilizzazione delle risorse finanziarie e professionali dell'azienda ha, dunque, contribuito ad aumentare l'autonomia decisionale dei gestori, oltre a incentivare la ricerca di una maggiore efficienza e riduzione dei costi, e in questo contesto è stata naturale l'introduzione di soluzioni manageriali tipiche del settore privato<sup>80</sup>.

Tra di esse, l'outsourcing è stato adottato come uno degli strumenti strategici per ridurre i costi senza incidere sul servizio ai pazienti<sup>81</sup>.

---

<sup>80</sup> TARONI F. "L'evoluzione della politica sanitaria in Italia", *Journal of Health Politics, Policy & Law* 2005

<sup>81</sup> SHINKMAN R. "Outsourcing on the upswing" *Modern Healthcare*, 2000.

### 3.3 - Esperienze di outsourcing nei servizi sanitari

L'outsourcing in sanità ha inizialmente interessato servizi non-clinici e ha visto la sua espansione in servizi periferici come la sicurezza, la lavanderia, la gestione dei servizi di ristorazione, i servizi di pulizia, di parcheggio, i Centri Unificati di Prenotazione (CUP) e i call-center.

L'esternalizzazione di servizi clinici, invece, ha riguardato quelle attività in cui erano fondamentali la riduzione dei costi e la necessità di acquisire conoscenze specializzate, al contrario di quella relativa ai servizi non clinici, che invece ha seguito l'ottica di esternalizzare le funzioni non-core.

Come emerso da un recente studio, tra i servizi esternalizzati, sicuramente più alta è l'incidenza dei servizi accessori, considerati di scarsa importanza strategica da parte delle aziende sanitarie.

I servizi diagnostici e i servizi clinici, considerati invece di rilevante importanza, vengono esternalizzati più raramente; tra di essi, i più frequenti risultano essere i test di laboratorio e l'assistenza infermieristica.

Le motivazioni alla base delle scelte di outsourcing in sanità ripercorrono, dunque, i driver all'esternalizzazione precedentemente visti nella PA.

Sono prevalentemente riconducibili alla necessità di ridurre i costi e aumentare l'efficienza, rese ancora più vive dall'incremento delle spese sanitarie e dal declino della qualità dei servizi, e a considerazioni di carattere strategico, relative alle scelte di esternalizzare attività periferiche o non-core e di focalizzare le risorse su quelle aree in cui maggiore è il vantaggio competitivo<sup>82</sup>.

---

<sup>82</sup> Macinati M.S. "Outsourcing nei servizi sanitari italiani", 2008

A esse si unisce poi la pressione istituzionale, relativa soprattutto alla gestione del capitale umano; ulteriore motivazione è la possibilità, attraverso l'outsourcing, di far fronte rapidamente a un ambiente mutevole, rendendo possibile un adattamento repentino all'ambiente senza l'impiego e la riconversione di risorse interne<sup>83</sup>.

Del resto, le pressioni per il contenimento della spesa sanitaria hanno spinto i gestori di servizi medico-sanitari a esternalizzare servizi e attività precedentemente gestiti internamente, facendo leva sulle economie di scala e sull'esperienza dell'outsourcer.

In questo senso, l'efficienza viene raggiunta attraverso gli accordi con partner che dispongono di competenze distintive nelle funzioni esternalizzate, nonché attraverso la flessibilità e le capacità innovative, che possono essere raggiunte attraverso l'accesso alle tecnologie e conoscenze dell'outsourcer<sup>84</sup>.

Dal lato della riduzione dei costi, invece, i benefici non sono sempre allineati con le aspettative dei manager, ma anzi inferiori alle e con scarsi effetti positivi sulla performance finanziaria degli erogatori di prestazioni sanitarie<sup>85</sup>.

Come si è detto, le scelte relative all'esternalizzazione possono derivare da considerazioni di carattere strategico: l'outsourcing può, dunque, essere visto come uno strumento a disposizione dei manager sanitari per mantenere un focus sulle competenze core delle proprie strutture.

A questo si contrappone, però, il rischio di frammentazione del controllo sulle attività core e sulle funzioni esternalizzate<sup>86</sup>.

---

<sup>83</sup> ROBERTS V. "Managing Strategic Outsourcing in the Healthcare Industry", 2001

<sup>84</sup> ROBERTS V. "Managing Strategic Outsourcing in the Healthcare Industry", 2001

<sup>85</sup> MACINATI M.S. "Outsourcing nei servizi sanitari italiani", 2008

<sup>86</sup> ROBERTS V. "Managing Strategic Outsourcing in the Healthcare Industry", 2001

Inoltre, non è sempre immediata la distinzione tra attività core e non-core da esternalizzare e, dunque, è forte il rischio che l'azienda sanitaria esternalizzi competenze che sono critiche al successo dell'organizzazione, pur non essendo fonte di vantaggio competitivo<sup>87</sup>.

Altro fattore di analisi, oltre ai costi, riguarda la qualità dei servizi offerti dagli outsourcer; su questo punto è evidente il rischio di una perdita di qualità nelle prestazioni, in caso di mancato rispetto degli standard da parte degli outsourcer o di errata definizione delle specifiche al momento del contratto.

L'outsourcing viene, inoltre, utilizzato, in determinati contesti regolatori, come risposta a pressioni istituzionali, soprattutto relativamente alla gestione del capitale umano. In questo senso, l'outsourcing può essere una soluzione ai problemi di turnover, retribuzione, selezione e training e, dunque, rappresentare un modo per "aggirare" le pressioni istituzionali, anche laddove la logica strategica non favorirebbe la scelta verso l'esternalizzazione<sup>88</sup>.

Interessante, su questo tema, appare il fatto che le aziende sanitarie italiane siano prevalentemente guidate dalla necessità di evitare pressioni istituzionali collegate alla gestione delle risorse umane, e solo in seconda battuta dalla volontà di ridurre i costi e di aumentare l'efficienza<sup>89</sup>.

---

<sup>87</sup> MACINATI M.S. "Outsourcing nei servizi sanitari italiani", 2008

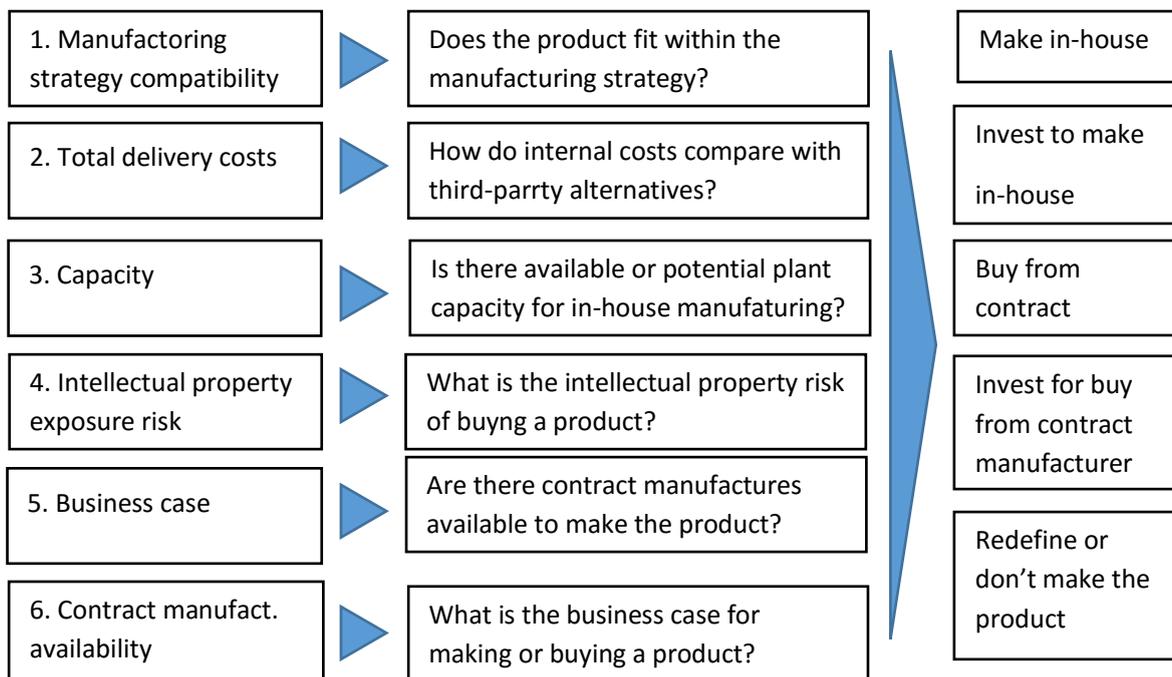
<sup>88</sup> ROBERTS V. "Managing Strategic Outsourcing in the Healthcare Industry", 2001

<sup>89</sup> MACINATI M.S. "Outsourcing nei servizi sanitari italiani", 2008

### 3.4 - Come svolgere un'analisi di make or buy

Tenendo conto delle diverse caratteristiche e dei vantaggi/svantaggi delle due opzioni, un'analisi make or buy dovrebbe svolgersi attraverso alcuni passaggi in cui occorre dare risposta ad una serie di quesiti allo scopo di assicurare una decisione di “make or buy” coerente, strutturata ed imparziale.

Per fare questo, bisogna passare attraverso sei punti:



1. Manufacturing strategy compatibility: tendenza ha produrre un prodotto semplicemente perché l'azienda è in grado di farlo; è uno degli errori più comuni che si possono riscontrare.

La migliore pratica aziendale, infatti, consiste nel valutare se la produzione interna di un nuovo prodotto sarà coerente con la strategia di produzione già attuata.

A tale scopo, bisogna valutare strutture, tecnologie, processi e materiali necessari per la realizzazione interna di tale prodotto.

2. Total delivery costs: confronto tra opzioni interne ed esterne in termini di costo.

Questa analisi dovrebbe servire come conferma della strategia di produzione; se mostra che il prodotto non può essere realizzato internamente in termini di costi bisogna prestare molta attenzione prima di prendere una decisione.

3. Capacity: indica la capacità necessaria per realizzare un nuovo prodotto sulla base di proiezioni della domanda che viene confrontata con il capacità produttiva interna disponibile e residua.

Una carenza di capacità non può però significare un "buy" automatico, ma potrebbe condurre alla scelta per la quale i nuovi prodotti potrebbero sostituirne altri già presenti ma che si adattano in modo peggiore alla capacità produttiva.

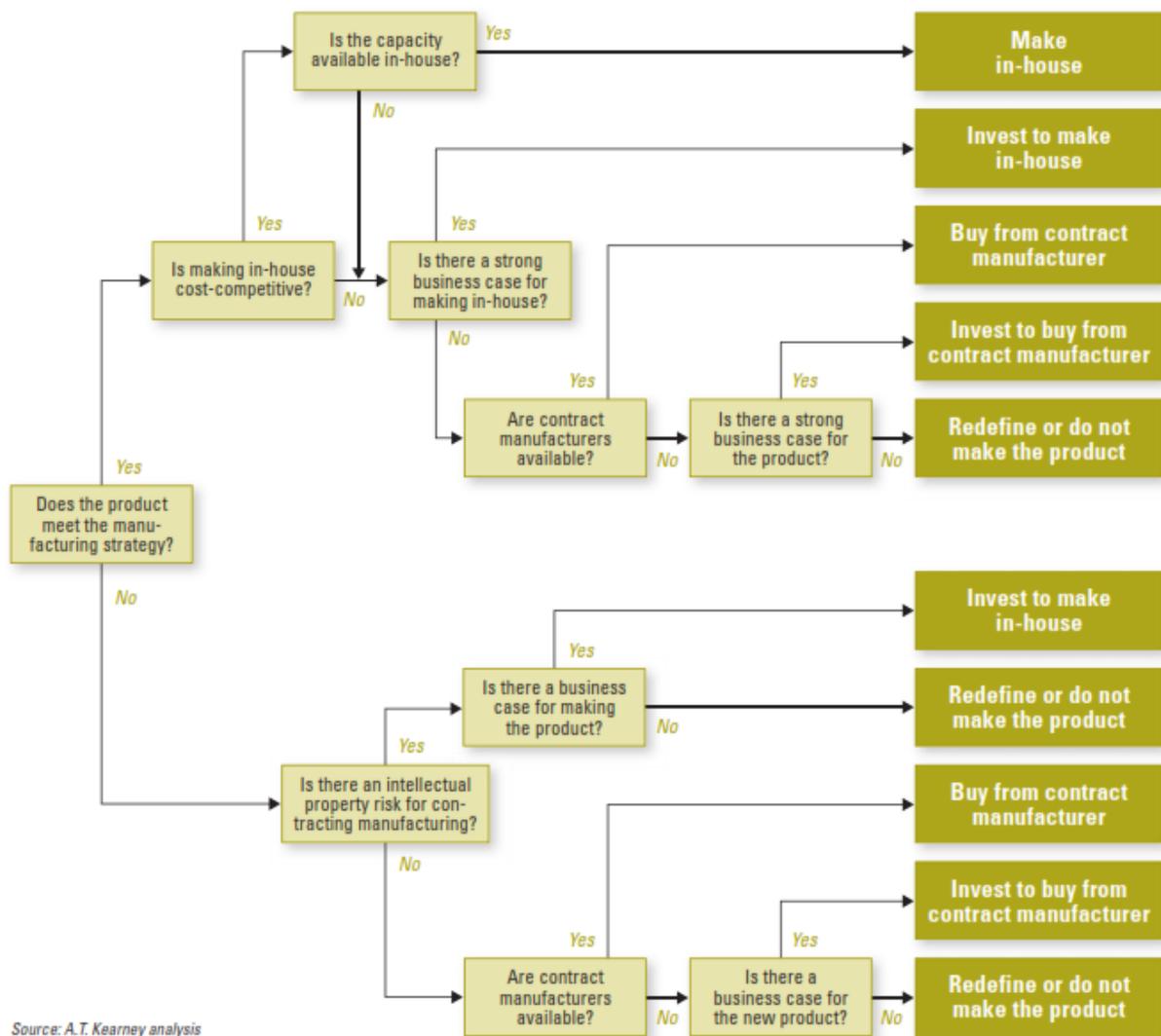
4. Intellectual property exposure risk: protezione della proprietà intellettuale di un prodotto che viene inviato ad un produttore esterno. Cambiamenti nella regolamentazione (per esempio, in Cina) potrebbero nel lungo termine influenzare la strategia di produzione.

5. Business case: i nuovi prodotti potrebbe richiedere investimenti interni, in tal caso l'azienda deve effettuare un'analisi per comparare gli eventuali benefici con i potenziali rischi

6. Contract manufacturer availability: tutti i fattori precedentemente descritti potrebbero essere a favore dell'alternativa di "buy", ma i singoli casi potrebbero portare alla luce una maggiore convenienza nella realizzazione interna.

Tra i principali fattori da considerare abbiamo capacità di produzione, costo, servizio, qualità e time-to-market.

Tipicamente, queste considerazioni, prendono la forma di un albero decisionale con specifiche domande che portano alla raccomandazione tra "make or buy":



Soprattutto per quelle aziende che lanciano nuovi prodotti ogni anno, tale schema assume un ruolo rilevante per le decisioni di “make or buy”<sup>90</sup>.

Tale schema guida, quindi, può essere riassunto in una serie di passaggi ai quali si assolve attraverso la risposta ad una serie di specifiche domande<sup>91</sup>:

1) **Analizzare le competenze esistenti.** Quali competenze sono presenti nel team e quali sono le competenze richieste dal progetto? Esiste un differenziale tra queste

<sup>90</sup> MAÏONAHAB S. e TMAYO F. “Make or buy – Reassessing your company’s manufacturing strategy”, ATKEARNEY 2010

<sup>91</sup> RICCIARDI A. “L’outsourcing strategico: modalità operative, tecniche di controllo ed effetti sugli equilibri di gestione”, Franco Angeli Editore, Milano 2000

competenze? Questo gap può essere assorbito attraverso un'attività di formazione del team? Queste competenze sono importanti nel lungo periodo?

2) **Analizzare le tempistiche.** Quanto tempo ci vuole per consegnare il lavoro fatto internamente? Le risorse sono effettivamente disponibili per il tempo richiesto? Quanto tempo richiede far svolgere il lavoro ad un fornitore esterno?

3) **Analizzare i costi.** Quanto costa affidarsi ad un fornitore esterno e quanto costa fare il lavoro internamente? (compresi gli eventuali costi di formazione del team di progetto) Esistono altri costi da sostenere dopo che il lavoro è stato completato? (es. manutenzione o supporto esterno) Qual è il costo di eventuali modifiche se fatte esternamente o internamente?

4) **Analizzare la qualità.** Qual è il livello qualitativo ottenibile internamente e quello ottenibile rivolgendosi all'esterno? Esiste una differenza tale da giustificare l'acquisto?

5) **Analizzare i rischi.** Quali sono i rischi connessi ad uno sviluppo interno? Quali sono i rischi di una commessa esterna? L'acquisto presenta un rischio più basso rispetto al lavoro fatto internamente? Il fornitore è in grado di assumere su di sé i rischi connessi al lavoro da svolgere? Le clausole contrattuali consentono di proteggersi dai rischi legati al fornitore?

### 3.5 - Individuazione delle attività da esternalizzare

L'individuazione delle singole attività da esternalizzare è legata alle caratteristiche di inefficienza delle attività stesse in riferimento all'intero processo ed alla gestione del personale.

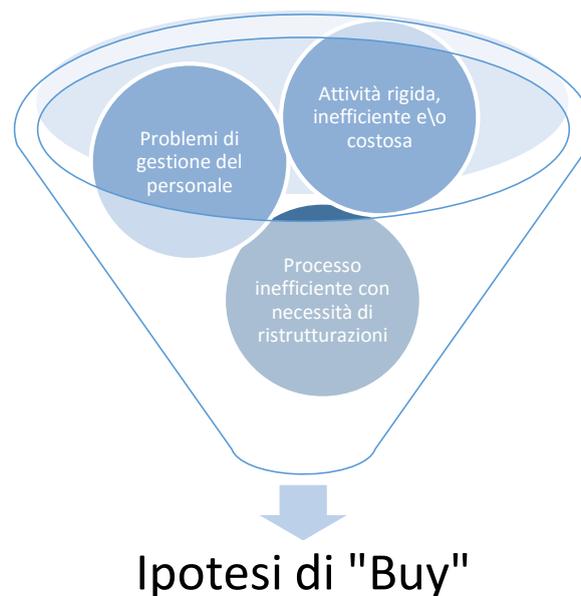
Tali attività sono facilmente individuabili (in quanto inefficienti) per la presenza di:

-rigidità (dovuta alla mancanza di flessibilità, intesa come la capacità da parte dell'impresa di saper rispondere tempestivamente ed in maniera efficace ed efficiente alle sollecitazioni dell'ambiente esterno)

-attività inefficienti e/o costose per carenza di tecnologie o di know-how che non consente di svolgere idoneamente determinate operazioni spesso vicine alle c.d. "core competence"

-problemi di gestione del personale dovuti ad una scarsa capacità da parte dell'impresa di saper formare in maniera idonea i propri dipendenti<sup>92</sup>.

Quando a questi tre fattori si aggiunge anche la necessità di dover effettuare ulteriori investimenti e/o ristrutturazioni del processo ad oggetto, disponiamo, allora, di tutti i requisiti necessari per poterci avvalere dell'ipotesi di "buy".



<sup>92</sup> BIAGI M. "Outsourcing: gli effetti sull'assetto economico e strategico aziendale", Milano 2000

A questo punto, l'azienda riterrà opportuno esternalizzare quelle fasi che non attribuiscono un valore aggiunto al core business o che non costituiscono fonte di vantaggio competitivo, successivamente si valuterà l'eventuale esternalizzazione di quelle fasi che producono valore per il cliente finale ma che l'impresa non riesce a svolgere in maniera adeguata.

Il primo passo verso l'esternalizzazione si compone dell'analisi dei vari processi che compongono il sistema aziendale ad oggetto, allo scopo di scindere quelli che fanno parte delle core competence (che dovranno rimanere all'interno dell'impresa) portando, invece, all'esterno gli altri.

Il modello più utilizzato a tal fine è la c.d. **catena del valore**<sup>93</sup> di Porter

Tal modello descrive la struttura dell'impresa come un insieme di 9 processi, di cui:

-5 *primari*, che contribuiscono direttamente alla creazione dell'output (prodotti o servizi); e che sono:

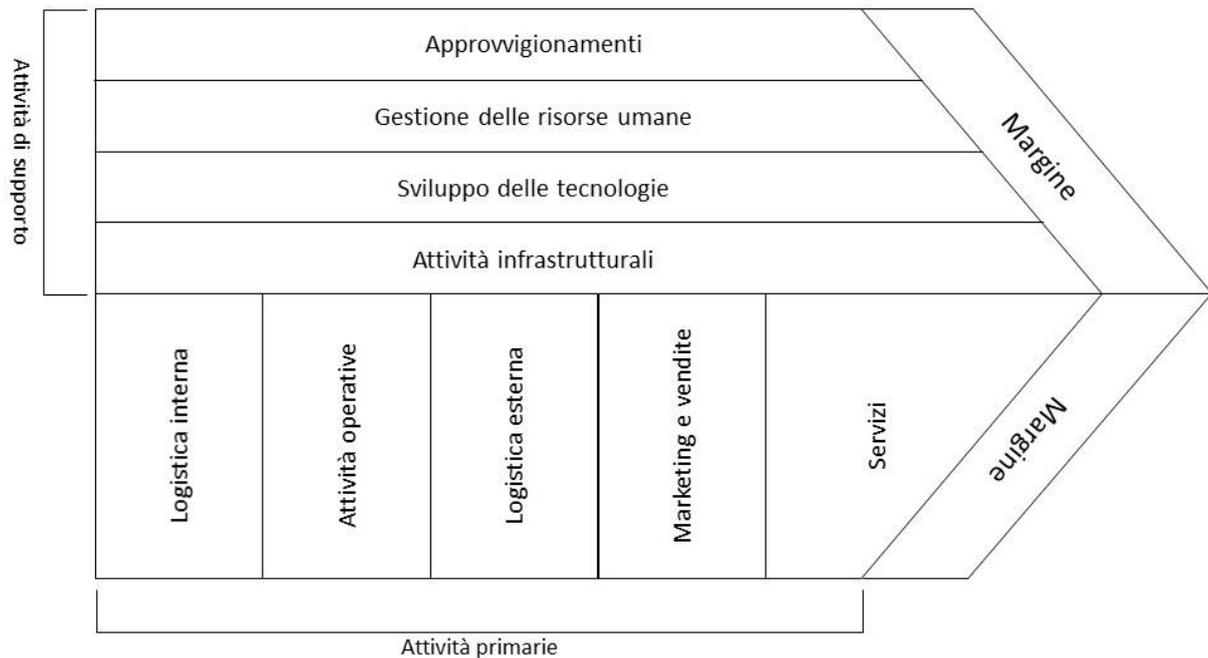
- 1) Logistica interna: comprende tutte quelle attività di gestione dei materiali all'interno dell'organizzazione
- 2) Attività operative: attività di produzione di beni o servizi
- 3) Logistica esterna: comprende quelle attività di gestione dei flussi dei materiali all'esterno dell'organizzazione
- 4) Marketing e vendite: attività di promozione del prodotto e gestione del processo di vendita
- 5) Assistenza al cliente e servizi: tutte quelle attività post-vendita che sono di supporto al cliente (ad es. l'assistenza tecnica)

---

<sup>93</sup> Tale modello è stato reso noto da Porter nel 1985 nel suo "Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance"

-4 di supporto, che non contribuiscono direttamente alla creazione dell'output (prodotti o servizi) ma che sono necessari perché quest'ultimo sia realizzato; e che sono:

- 1) Approvvigionamenti: tutte quelle attività dedicate all'acquisto delle risorse necessarie alla produzione dell'output
- 2) Gestione delle risorse umane: ricerca, selezione, assunzione, addestramento, formazione, aggiornamento, sviluppo, mobilità, retribuzione, sistemi premianti, negoziazione sindacale e contrattuale, etc.
- 3) Sviluppo delle tecnologie: tutte quelle attività che hanno lo scopo di migliorare il prodotto e/o i processi; queste attività vengono, in genere, identificate con il processo di R&D (Research and Development)
- 4) Attività infrastrutturali: tutte le altre attività quali direzione generale, pianificazione, contabilità, organizzazione, informatica, affari legali, etc.



### 3.6 - Fasi operative della strategia di outsourcing

Dopo aver identificato la presenza di inefficienze all'interno del processo produttivo, bisogna definire le specifiche fasi che compongono il processo stesso e che causano tali inefficienze in modo tale da destinarle ad oggetto del processo di outsourcing<sup>94</sup>:

#### a) **Identificazione delle fasi**

Per ogni singola attività identificata bisogna determinarne l'efficacia e l'efficienza in relazione al modo in cui viene svolta all'interno del processo produttivo (naturalmente i processi considerati non fanno parte delle core competence per non intaccare il know-how caratterizzante l'impresa ad oggetto, provocando la formazione di gravi inefficienze).

A questo punto, la valutazione strategica è in grado di definire alcuni elementi chiave che serviranno per la selezione dei fornitori\partner valutando i requisiti di relazione, la forma organizzativa, la durata, le modalità di selezione del partner.

Il responsabile della funzione con il soggetto strategico dell'impresa e con il supporto dello staff di tecnici e analisti economici, compone il team decisionale responsabile di questa fase.

L'analisi iniziale della scelta, che prende in considerazione il sistema di finalità e obiettivi, deve prendere in considerazione anche i costi interni di transazione e i benefici ottenibili dalla relazione di esternalizzazione.

#### b) **Porre in essere la strategia**

Dopo aver identificato la fattibilità della scelta di "buy", bisogna porla in essere attraverso il c.d. "engagement process": un processo di scambio informativo con i potenziali partner allo scopo di selezionare quello\i più idoneo\i per l'esecuzione del processo oggetto di outsourcing.

---

<sup>94</sup> BIAGI M. "Outsourcing: gli effetti sull'assetto economico e strategico aziendale", Milano 2000

Tale “engagement process” si compone di due fasi:

1) Una fase iniziale, volta allo scopo di individuare gli eventuali partner

La scelta dei criteri di selezione costituisce un'attività molto difficile; questo ostacolo può riguardare la fase preliminare del processo oppure la fase di negoziazione diretta.

In quest'ultimo caso, la responsabilità cadrà sul team di negoziazione, il quale dovrà effettuare tutte le dovute analisi sulla base delle informazioni ricevute dal potenziale partner.

Il fattore temporale in questa circostanza è di minore importanza; sarebbe più opportuno, invece, individuare il giusto sistema di requisiti e fattori di preferenza per orientare adeguatamente la selezione.

Gli elementi di analisi che aiutano la valutazione e successivamente la selezione possono essere riassunti in tre ambiti: attributi dell'attività offerente, elementi riguardanti le prestazioni oggetto di outsourcing e prezzo e fattori economici.

2) La seconda fase, invece, consiste nella scelta del/i partner e la firma del/i contratti/i.

Il contratto, inteso come accordo con il quale un'impresa (committente) trasferisce in capo ad una o più entità esterne (provider) alcuni processi necessari per la completa realizzazione dell'attività d'impresa, rappresenta una chiave necessaria per regolare il rapporto e disciplinarne fattori come: le prestazioni, la durata, i corrispettivi, le modalità di pagamento, le modalità per verificare le performance e gli strumenti di prevenzione o risoluzione dei problemi e conflitti.

Il contratto può essere rigido e quindi ben definito nei suoi contenuti già nella fase preliminare del processo, o può essere formulato mediante accordi di collaborazione tra i contraenti, divenendo oggetto di negoziazione tra le parti durante il processo.

Sotto un profilo giuridico, il contratto di outsourcing è un contratto atipico in quanto non disciplinato dalla legge; può avere la natura di un contratto misto in presenza di caratteristiche di differenti tipi di contratto e che, in tali casi, va associato per analogia

alla disciplina del contratto la cui funzione è in concreto prevalente, secondo la teoria dell'assorbimento<sup>95</sup>.

I contratti di outsourcing, infatti, oltre all'aspetto giuridico devono essere formulati secondo principi adatti al contenuto della relazione che si va a creare, disciplinando puntualmente le caratteristiche delle prestazioni richieste dall'outsoucee (livelli di servizio in termini di frequenza, durata, tempi di consegna, risorse umane e così via).

Inoltre è importante definire il soggetto responsabile dell'accordo e cioè chi ricopre il ruolo di interfaccia di alto livello direzionale del committente ed assume tutte le responsabilità riguardanti le prestazioni oggetto del contratto, oltre alla definizione della sua durata elemento utile a garantire maggiore stabilità all'accordo.

Il trade-off tra flessibilità ed integrazione impatta sulla scelta della durata del contratto, che tende a prolungarsi per garantire una attenta messa a regime dei processi e l'assorbimento dei costi sostenuti per l'avviamento.

I contratti si caratterizzano anche per il continuo scambio informativo che avviene tra le parti: infatti è proprio questo scambio di informazioni che alimenta l'apprendimento e le interazioni dando luogo allo sviluppo di conoscenze costituenti la finalità principale di tale rapporto.

Per questo motivo è importante inoltre fissare delle regole nella trasmissione di informazioni per evitare il generarsi di minacce e pericoli per il partner.

L'attivazione di un contratto di outsourcing necessita di un periodo di avviamento utile per la messa a punto dei meccanismi di regolazione delle prestazioni, dell'organizzazione, del sistema di procedure gestionali e di risorse ed investimenti collegati<sup>96</sup>.

---

<sup>95</sup> RICCIARDI A. "L'outsourcing strategico: modalità operative, tecniche di controllo ed effetti sugli equilibri di gestione", Franco Angeli Editore, Milano 2000

<sup>96</sup> MILONE M. "Outsourcing: aspetti strategici e operativi", Cacucci Editore, Bari 2001

La completezza dei documenti contrattuali, seppur non necessariamente troppo burocratizzati, non deve trascurare il problema della costituzione di un rapporto fiduciario tra committente ed outsourcer, agevolando la responsabilizzazione delle parti rispetto al sistema di finalità ed obblighi che regolano l'accordo.

Un contratto completo deve avere come obiettivo quello di garantire la massima trasparenza tra le parti rappresentando una pre-condizione essenziale per la costruzione della fiducia<sup>97</sup>.

Il contratto di outsourcing è un negozio nato dalla prassi di Common law, non ha una disciplina specifica nell'ordinamento italiano e rientra dunque nei contratti atipici.

L'esternalizzazione può di fatto avvenire in molti modi e le parti possono regolarla utilizzando sia contratti tipici che contratti misti, ed i negozi tipici più utilizzati a tale scopo sono:

- contratto d'appalto
- contratto d'opera
- subfornitura

---

<sup>97</sup> GRANT R.M. "L'analisi strategica per le decisioni aziendali", Il Mulino, Bologna 2005.

### IL CASO ASL 12 VIAREGGIO

---

#### 4.1 - Inquadramento giuridico e clinico dell'attività di endoscopia digestiva

Prima di poter effettuare un'analisi di convenienza economica relativamente ad una determinata attività, risulta di particolare aiuto effettuare un inquadramento di quest'ultima all'interno del processo aziendale<sup>98</sup> (questo per qualsiasi organizzazione oggetto di analisi, ovvero che si tratti di un'azienda di servizi, piuttosto che di un'azienda industriale, etc.) in modo da riuscire a definire aspetti quali: i collegamenti che possiede con le altre attività aziendali, i fattori produttivi che assorbe, il suo posizionamento all'interno del portafoglio attività dell'azienda, etc., e, quando possibile e rilevante, anche dal punto di vista giuridico.

Le attività oggetto di valutazione economica all'interno del presente lavoro, sono denominate “endoscopia digestiva” ed “alta disinfezione” e sono collocate all'interno della branca medica di più generale inquadramento definita “gastroenterologia”.

La **gastroenterologia** è quella branca medica che si occupa dello studio e della cura delle patologie a carico dello stomaco, dell'intestino e in più in generale di tutto l'apparato digerente.

La Gastroenterologia ha ambiti di competenze particolarmente vasti, in quanto le problematiche e le patologie a carico dell'apparato digerente, soprattutto negli ultimi 50 anni e grazie alle recenti scoperte scientifiche, risultano essere sempre più numerose e con specifiche peculiarità.

---

<sup>98</sup> Seppur, chiaramente, in un'ottica di inquadramento generale essendo, il presente, un elaborato a carattere economico e non sanitario.

Oggi la gastroenterologia è divenuta, nel moderno scenario delle cure mediche, una specializzazione di particolare rilievo in quanto un importante numero di problematiche e di procedure terapeutiche di qualsiasi tipo richiedono molto spesso un approfondimento della situazione dell'apparato digerente.

Tra le varie procedure che compongono l'attività gastroenterologica, ritroviamo, appunto, anche quella dell'**endoscopia digestiva**, la quale, invece, è una tecnica diagnostica e terapeutica che consente di avere una visione diretta, dall'interno, di alcuni organi.

Questa metodica permette di verificare l'eventuale presenza di alterazioni o lesioni presenti negli organi interni dell'apparato digerente (esofago, stomaco, duodeno oltre al colon e al retto), ma non è però solamente uno strumento di tecnica diagnostica: dal punto di vista terapeutico viene, infatti, utilizzata per effettuare interventi mini-invasivi relativi a lesioni che riguardino tali organi quali asportazione di polipi, arresto di emorragie digestive, palliazione di tumori avanzati, cauterizzazioni, biopsie, etc.

L'endoscopia digestiva viene effettuata attraverso l'utilizzo di specifici strumenti detti endoscopi che vengono inseriti nel corpo attraverso le cavità naturali (la bocca o l'ano) a seconda della zona da esplorare; tali endoscopi sono costituiti da piccoli tubi flessibili di differente calibro e lunghezza, a seconda degli organi che si vogliono esaminare, al cui interno vi sono sottilissime fibre ottiche che terminano all'estremità con una microcamera che permette di visualizzare direttamente su un monitor le parti di organi esaminate.

Gli esami più comunemente eseguiti con questa tecnica sono la gastroscopia per studiare esofago, stomaco e duodeno, e la colonscopia per visualizzare l'intestino; inoltre, attraverso l'endoscopia può essere curata anche l'obesità, grazie al posizionamento, attraverso l'utilizzo di un endoscopio e di un pallone intragastrico che, gonfiato con acqua, dà al paziente una sensazione di sazietà.

Ai fini del presente lavoro è importante, inoltre, sottolineare che:

1. Le sale di endoscopia sono aree critiche: soggette a particolare attenzione nella pulizia di tutti i componenti, arredi, suppellettili, strumentario.
2. Tra un esame e l'altro l'infermiere ha il compito di decontaminare, pulire, disinfettare correttamente le superfici esaminate.
3. Tutti i materiali utilizzati devono essere smaltiti secondo le normative vigenti e i protocolli esistenti nella struttura.
4. Il materiale utilizzato deve essere portato nella sala lavaggio dentro appositi contenitori.  
Sarebbe buona norma utilizzare gli stessi contenitori per riporre durante l'esame tutti gli accessori e gli strumenti utilizzati, così da limitare la contaminazione delle superfici.
5. In tutti gli ambienti di lavoro devono essere presenti procedure scritte, con chiara indicazione di ogni tappa del processo<sup>99</sup>.

Per quanto riguarda, invece, l'**inquadramento giuridico** dell'attività di gastroenterologia, facciamo riferimento in particolar modo al c.d. "Decreto Balduzzi": "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"; dove tale Decreto, fornisce una serie di disposizioni relative alla corretta erogazione dei servizi sanitari territoriali al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute e al fine di garantire che le modalità di erogazione della stessa sia uniforme nell'intero territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio Sanitario Nazionale.

---

<sup>99</sup> TORREGROSSA M. V. "Linee guida di disinfezione in endoscopia digestiva", Unità di Staff per le Problematiche Igienico Sanitarie, AO Universitaria di Palermo, Palermo 2014

Tale decreto, inoltre, definisce gli standard minimi e massimi di strutture (ovvero il numero minimo e massimo di strutture) per ogni singola funzione ospedaliera; ed anche per quanto riguarda l'attività di gastroenterologia, analizzata nel presente lavoro, viene evidenziato uno specifico valore:

Disciplina	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata accreditata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
Descrizione	Bacino max	Bacino min	Bacino max	Bacino min
.....				
Farmacologia			n/a	
Fisiopatologia	4	2		
<u>Gastroenterologia</u>	<u>0,8</u>	<u>0,4</u>		
Lungodegenti	0,15	0,08		
.....				

Il percorso per l'applicazione della tabella di cui sopra è il seguente:

1) identificazione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere di acuzie e post acuzie applicando un percorso di appropriatezza sui ricoveri effettivamente erogati e con un'eventuale correzione per la mobilità rispetto ad altre regioni, il percorso di appropriatezza è stato creato sulla base delle attività di ricovero di alcune regioni virtuose;

2) il calcolo del numero corrispondente di posti letti normalizzati (pubblico e privato) presupponendo un utilizzo efficiente di ciascun posto letto (tipicamente un utilizzo medio tra l'80% e il 90% durante l'anno); il calcolo è effettuato per una sua applicazione sia per l'intera regione sia per le aree omogenee della regione ed è articolato anche per singola specialità;

3) il disegno della rete ospedaliera (pubblica e privata) parte dai presidi e dalle specialità necessarie a garantire la rete di Emergenza-urgenza e definisce il bacino di utenza di ciascuna specialità, il fabbisogno di prestazioni ospedaliere e di posti letti normalizzati relativi nonché delle strutture pubbliche e private esistenti.

A seguito dell'applicazione dei valori riportati da tale decreto, all'interno del territorio toscano, vi sono soltanto 3 aziende sanitarie che dispongono della sezione di gastroenterologia: AO Universitaria di Pisa, ASL 6 di Livorno e ASL 12 di Viareggio.

## 4.2 - L'alta disinfezione nell'attività di endoscopia digestiva

Come avvenuto nel paragrafo precedente per l'attività di gastroscopia e quella di endoscopia digestiva, per poter effettuare una corretta analisi dal punto di vista della convenienza economica, risulta particolarmente utile inquadrare l'attività di **alta disinfezione** relativa al processo di endoscopia digestiva (seppur, chiaramente, in un'ottica di inquadramento generale essendo un elaborato a carattere economico e non sanitario), in modo tale da poter effettuare una comparazione tra le raccomandazioni delle varie Società Scientifiche nello svolgimento di tale prassi e la fattispecie della ASL 12 Viareggio, evidenziando le eventuali criticità di quest'ultima.

Per questo, è necessario innanzitutto indicare quale dovrebbe essere la prassi e per fare ciò il presente paragrafo verrà strutturato in 3 specifiche sezioni:

- l'alta disinfezione
- i locali nei quali avviene il processo
- le modalità di esecuzioni del processo

### L'ALTA DISINFEZIONE

L'attività di alta disinfezione consiste nella distruzione di virus, funghi, parassiti e forme batteriche vegetative, per questo, non va confusa con l'attività di sterilizzazione che, invece, consiste nella distruzione dei microrganismi patogeni e non; per questo per gli endoscopi è sufficiente, secondo tutte le Società Scientifiche, l'attività di alta disinfezione in quanto ogni esame endoscopico deve essere “privo di rischi di trasmissione di infezioni”, vale a dire che ogni strumento o accessorio utilizzato deve essere privo di carica infettiva tale da contaminare il paziente.

Questa attività ha ad oggetto due categorie di strumenti: gli endoscopi (per i quali è appunto sufficiente l'alta disinfezione) e i c.d. accessori per i quali, invece, è necessaria la sterilizzazione o l'utilizzo di accessori monouso.

Tale attività avviene in un ambiente creato e predisposto ad hoc per lo svolgimento della stessa detto “sala lavaggio” che nella fattispecie della ASL 12 Viareggio è adiacente alla

sala endoscopica dove avvengono gli esami sui pazienti: gli endoscopi a seguito dell'utilizzo, vengono portati all'interno di tale sala dove avviene il processo di alta disinfezione e successivamente vengono stoccati all'interno di appositi armadi.

## I LOCALI

L'attività ad oggetto, viene eseguita all'interno di due locali, anche se, tendenzialmente, la camera di stoccaggio viene collocata all'interno della "sala lavaggio" per una maggiore comodità e, soprattutto, per evitare che gli strumenti appena tratti vengano nuovamente contaminati durante il trasporto:

### 1) Sala lavaggio

- La sala deve essere progettata in base ad un percorso logico che segua le varie fasi della procedura.

È comunque necessario provvedere ad una chiara demarcazione tra "aria sporca" dove vengono portati gli strumenti della sala endoscopica, e "aria pulita", dove vengono prelevati gli strumenti dalle macchine lavaendoscopi.

-I lavandini devono essere di dimensioni tali da consentire la completa immersione degli strumenti, senza danneggiarli, agevolando le operazioni di pulizia (in acciaio, infatti la ceramica può danneggiare con gli urti il terminale dello strumento), non di altezza e profondità tali da non affaticare l'operatore, e da limitare le contaminazioni da eventuali spruzzi.

-L'illuminazione deve essere sufficiente per un buon controllo degli endoscopi.

-La necessità o meno di installare cappe aspiranti deve essere valutata in funzione del locale e delle apparecchiature installate. L'installazione della cappa aspirante è assolutamente necessaria ed indispensabile se vengono usati prodotti chimici in recipienti aperti. In casi diversi, con l'uso di macchine automatiche predisposte per il trattamento dei vapori non è strettamente necessario.

-Impianti per il ricambio dell'aria (immissione ed estrazione) dovrebbero essere utilizzati per ridurre al minimo l'esposizione di tutte le persone a potenziali vapori nocivi.

-Sebbene i dispositivi individuali (maschere facciali) di protezione delle vie respiratorie consentano la protezione delle vie respiratorie (in caso di dispersione) questi non devono essere intesi quali sostituti ad adeguati impianti di ventilazione e aspirazione.

-Deve essere disponibile nelle vicinanze un lavandino il lavaggio delle mani con dispositivo lavaocchi (D. Lgs.81/08).

## 2) Stoccaggio

Gli armadi per lo stoccaggio degli strumenti endoscopici devono: essere dedicati, essere costruiti in materiale che permetta un'adeguata sanificazione, essere protetti dalla polvere e consentire il posizionamento verticale degli endoscopi.

Inoltre, devono essere posizionati in zone che non siano di passaggio.

## OPERATIVITÀ

Per quanto riguarda, invece, le modalità di esecuzione delle operazioni, queste sono composte da una serie di attività organizzate secondo una sequenza logica temporale:

### a) Trattamento preliminare (manuale):

-pulizia dei canali

-controllo tenuta

-detersione preliminare

### b) Detersione, disinfezione, risciacquo (con macchina lavaendoscopi)

### c) Asciugatura

### d) Stoccaggio.

### 4.3 - Il caso: la fattispecie aziendale nella ASL 12 Viareggio

Per poter avviare un'analisi di make or buy, è stato innanzitutto necessario individuare le attività caratterizzate da criticità all'interno della ASL 12

A tale scopo, come da teoria, abbiamo attraversato le fasi indicate nel capitolo precedente:

#### a) **Identificazione delle fasi**

Per ogni singola attività identificata bisogna determinarne l'efficacia e l'efficienza in relazione al modo in cui viene svolta all'interno del processo (naturalmente i processi considerati non fanno parte delle core competence per non intaccare il know-how caratterizzante l'impresa ad oggetto, provocando la formazione di gravi inefficienze).

A questo punto, la valutazione strategica è in grado di definire alcuni elementi chiave che serviranno per la selezione dei fornitori\partner valutando i requisiti di relazione, la forma organizzativa, la durata, le modalità di selezione del partner.

Il responsabile della funzione con il soggetto strategico dell'impresa e con il supporto dello staff di tecnici e analisti economici, compone il team decisionale responsabile di questa fase.

All'interno della ASL 12 Viareggio, per la strutturazione della "sala lavaggio" sono state seguite le varie indicazioni consigliate dalla Società Scientifica; infatti:

- a) La "sala lavaggio" è collocata in modo adiacente alla "sala endoscopica" (all'interno della quale avvengono gli esami sui pazienti)
- b) Sono presenti 2 lavandini, i quali sono di dimensioni tali da consentire la completa immersione degli strumenti, senza danneggiarli, agevolando le operazioni di pulizia
- c) È presente una cappa aspirante
- d) Sono presenti 2 macchine lavanedoscopi:

-ognuna permette la disinfezione simultanea di 2 endoscopi per ciclo di lavaggio effettuando, inoltre, una check-up dello strumento endoscopico inserito ed indicandone il corretto funzionamento o meno

-permettono la scelta tra varie tipologie di lavaggio (standard, ecologico, risparmio energetico, etc.) ma all'interno di tale ASL è stato deciso di utilizzare sempre la modalità di lavaggio standard per una maggiore sicurezza di pulizia degli strumenti

-attraverso un avviso acustico informano gli operatori che utilizzano tali macchine della necessità di manutenzione periodica e/o straordinaria, che viene effettuata da un'apposita impresa esterna sulla base di un contratto di "full risk" attraverso il quale la ASL corrisponde un premio assicurativo annuale a fronte di una copertura assistenziale di tipo tecnico per ogni esigenza relativa proprio ai macchinari presenti nei vari locali dell'azienda.

Nonostante siano state seguite le varie indicazioni della Società Scientifica, però, sono presenti una serie di **criticità** che hanno portato la direzione alla valutazione della decisione di rinnovo di tale locale:

-le 2 macchine lavaendoscopi sono attualmente obsolete in quanto sono state acquistate nel 2009, le quali al momento dell'acquisto erano già state rigenerate  
-ciascuna di queste 2 macchine dovrebbe essere corredata di una speciale stampante che, ad ogni ciclo di lavaggio, stampa un report di avvenuta disinfezione degli strumenti, indicando l'eventuale presenza o meno di errori nel sistema che non hanno permesso l'esecuzione dell'operazione o soltanto l'esecuzione parziale, e la presenza o meno di danni all'interno dello strumento inserito

-una volta terminata la disinfezione degli strumenti, questi vengono riposti in appositi armadi collocati all'interno della sala stessa, i quali, però, sono ormai fatiscenti in quanto non consentono una corretta chiusura e non sono tecnicamente adeguati in quanto non permettono la corretta aerazione al loro interno allo scopo di prevenire la formazione di muffe

-attualmente la posizione della sala lavaggio, comporta il transito dei pazienti al suo interno per poter entrare nella sala endoscopica, con la conseguente possibilità di trasporto di batteri che potrebbe vanificare la precedente disinfezione e rendere necessario un nuovo ciclo di lavaggio (con conseguente perdita di tempo ed impiego di ulteriori risorse).

#### **b) Porre in essere la strategia**

Dopo aver identificato la fattibilità della scelta di “buy”, bisogna porre in essere attraverso il c.d. “engagement process”: un processo di scambio informativo con i potenziali partner allo scopo di selezionare quello/i più idoneo/i per l’esecuzione del processo oggetto di outsourcing.

Tale “engagement process” si compone di due fasi:

- 1) Una fase iniziale, volta allo scopo di individuare gli eventuali partner
- 2) La seconda fase, invece, consiste nella scelta del/i partner e la firma del/i contratti/i.

Questa seconda fase, e le conseguenti due sottofasi, invece, verranno analizzate nei paragrafi successivi.

Inoltre, nell’approcciare il problema del ricorso all’esternalizzazione nella Pubblica Amministrazione, e più in particolare nell’ambito dei servizi sanitari, bisogna ricordare che è bene analizzare sia i potenziali benefici sia i rischi connessi a tale scelta, con particolare riferimento alla natura dei beni e servizi oggetto dell’esternalizzazione, che potrebbero avere una ricaduta, diretta o indiretta, e non necessariamente pianificata, sui servizi erogati ai cittadini<sup>100</sup>.

---

<sup>100</sup> BRUNETTA F. “L’outsourcing nella sanità”, Consumatori, diritti e mercato 2009

#### **4.4 - Le necessità tecnico-sanitarie della ASL 12 Viareggio**

Partendo per ogni singolo step dai presupposti teorici indicati nel capitolo precedente, (“Individuazione delle attività da esternalizzare”, pagina 78) l’individuazione delle singole attività da esternalizzare è legata alle caratteristiche di inefficienza delle attività stesse in riferimento all’intero processo ed alla gestione del personale.

Tali attività sono facilmente individuabili (in quanto inefficienti) per la presenza di:

-rigidità (dovuta alla mancanza di flessibilità, intesa come la capacità da parte dell’impresa di saper rispondere tempestivamente ad in maniera efficace ed efficiente alle sollecitazioni dell’ambiente esterno)

-attività inefficienti e/o costose per carenza di tecnologie o di know-how che non consente di svolgere idoneamente determinate operazioni”

-problemi di gestione del personale dovuti ad una scarsa capacità da parte dell’impresa di saper formare in maniera idonea i propri dipendenti.

Quando a tali fattori si aggiunge anche la necessità di dover effettuare ulteriori investimenti e/o ristrutturazioni del processo ad oggetto, disponiamo, allora, di tutti i requisiti necessari per poterci avvalere dell’ipotesi di “buy”.

Quello appena richiamato è proprio il caso che presentato alla ASL 12 Viareggio, che si ritrova nella seconda tipologia di inefficienze “attività inefficienti e/o costose per carenza di tecnologie o di know-how che non consente di svolgere idoneamente determinate operazioni” oltre al fatto che per porre rimedio a tale condizione, sono stati necessari proprio ulteriori investimenti.

Infatti, a seguito delle rilevazioni eseguite presso i locali di endoscopia digestiva e di alta disinfezione, sono subito state individuate tutta una serie di criticità.

Per riuscire ad evidenziare tali criticità, abbiamo strutturato una specifica scheda di rilevazione aziendale, attraverso la quale è stato, appunto, possibile risalire alle problematiche presenti nello svolgimento delle attività di endoscopia digestiva e di alta

disinfezione ed effettuare una valutazione delle esigenze in termini di strumentazione sanitaria.

A seguito di tali rilevazioni, sono state individuate tutte una serie di apparecchiature che necessitano di un rinnovamento tecnologico e che vanno a comporre il fabbisogno di ammodernamento della ASL 2 per quanto riguarda le attività di endoscopia digestiva e di alta disinfezione, il quale viene così configurato:

### **1) Endoscopia digestiva**

n. 2 colonne per endoscopia

a) Telecamera

b) Processore

c) Carrello

d) Fonte di luce

n.4 gastroscopi

n. 4 colonscopi

n. 2 duodenoscopi

n. 2 gastroscopi pediatrici

n. 2 colonscopi pediatrici

### **2) Alta disinfezione**

n. 2 lavaendoscopi

n. 4 armadi per lo stoccaggio degli strumenti endoscopici



A causa di questa serie di criticità, la direzione ha preso in considerazione la necessità di un adeguamento dei locali.

Tale rinnovo, quindi, pone la direzione stessa di fronte ad una scelta di “make or buy” attraverso la quale, la direzione stessa, viene posta di fronte alla scelta tra due principali alternative gestionali:

1) effettuare un rinnovo del reparto attraverso l’acquisizione di macchinari, armadi, strumenti e dispositivi moderni e la predisposizione di un servizio di pulizia dei locali.

2) esternalizzare interamente l’attività di ammodernamento dei locali di endoscopia digestiva e di alta disinfezione presso un’impresa esterna sulla base di un contratto di service, attraverso il quale la ASL traslerebbe tutta la responsabilità organizzativa, gestionale e di rinnovo delle apparecchiature, in capo a tale impresa esterna.

Tali due alternative, vanno a ricondursi alla prima fase (lasciata in precedenza temporaneamente in sospenso), del c.d. “engagement process”, volta allo scopo di individuare gli eventuali partner.

Tale passaggio teorico (pagina 82) indicava che “gli elementi di analisi che aiutano la valutazione e successivamente la selezione possono essere riassunti in tre ambiti: attributi dell’attività offerente, elementi riguardanti le prestazioni oggetto di outsourcing e prezzo e fattori economici.”

Ciascuno di tali tre ambiti è stato fortemente considerato per la scelta dell’alternativa strategica di “make or buy” come mostrato nel successivo paragrafo.

Inoltre, bisogna ricordare che politiche di outsourcing assumono una valenza strategica nel momento in cui investono i processi di produzione e distribuzione di beni e servizi, e i servizi di supporto interno e accessori, assumendo un ruolo importante nei processi di creazione del valore<sup>101</sup>.

---

<sup>101</sup> ALTEA P. “Outsourcing in sanità: Un modello in continua evoluzione”, 2010

#### **4.5 - Prima alternativa (to make) : investimenti interni**

Come brevemente anticipato nel paragrafo precedente, la prima alternativa strategica riguarda l'effettuare un rinnovo dei locali di endoscopia digestiva e di alta disinfezione degli strumenti medici utilizzati durante quest'ultima, attraverso investimenti che portino l'azienda a disporre di un locale moderno secondo le ultime tecnologie in materia e, soprattutto, disporre del pieno controllo e della piena proprietà (differenza sostanziale rispetto alla seconda alternativa – to buy).

Nello svolgimento di tali analisi, la direzione aziendale ha attraversato tutte e cinque le fasi richieste dalla teoria di settore, chiaramente con differenze rispetto al quest'ultima dovute alle particolarità del singolo caso:

- 1) Analizzare le competenze esistenti.
- 2) Analizzare le tempistiche.
- 3) Analizzare i costi.
- 4) Analizzare la qualità.
- 5) Analizzare i rischi.

Tali cinque elementi, però, hanno assunto una rilevanza piuttosto marginale nella fattispecie della ASL 12 Viareggio a causa di un precedente contratto di fornitura, facendo distaccare (soltanto per l'alternativa di investimento interno) la teoria dalla prassi:

##### **a) Fornitura apparecchiature sanitarie per il locale di endoscopia digestiva**

È necessario portare all'attenzione la presenza di una fattispecie particolare: la ASL 12 Viareggio in passato ha indetto un bando di gara per l'aggiudicazione della fornitura di strumenti, macchinari e dispositivi medici necessari all'attrezzaggio di vari reparti dell'azienda stessa, tra i quali figurava anche il locale deputato all'alta disinfezione degli strumenti utilizzati nell'attività di endoscopia digestiva; dove tale bando di gara venne vinto dall'azienda Olympus Italia S.r.l., facente parte della holding Olympus Corporation: una società giapponese, con sede centrale a Tokyo e conosciuta in tutto il

mondo per le sue apparecchiature ottiche e fotografiche utilizzate non soltanto nel mondo delle reflex ma anche nei sistemi medicali, life science microscopia e soluzioni industriali.

A seguito dell'aggiudicazione di tale bando di gara da parte di Olympus, la ASL 12 Viareggio ha richiesto ed ottenuto di inserire all'interno del contratto di fornitura una clausola secondo la quale durante il periodo di esecuzione del contratto, tutte le apparecchiature sanitarie strettamente collegate a quelle oggetto di fornitura di cui la ASL 2 avrebbe avuto bisogno, avrebbero potuto essere richieste ad Olympus estendendo anche a quest'ultime la percentuale di sconto applicata da Olympus per l'aggiudicazione del bando di gara.

Per tale motivo per il rinnovo dei locali di endoscopia digestiva ci siano dovuti rivolgere nuovamente alla Olympus in virtù di vantaggiosi sconti economici definiti dal vincolo contrattuale.

Di conseguenza, le apparecchiature sanitarie richieste si configurano come il completamento di forniture già presenti nel reparto di gastroenterologia; completamento che viene affidato ad un operatore economico già predeterminato attraverso l'attivazione di una procedura di affidamento diretto ai sensi dell'articolo 57 della Procedura dei Appalti "consegne complementari destinate al rinnovo parziale o all'ampliamento di forniture o impianti esistenti".

A seguito delle rilevazioni effettuate presso il locale di alta disinfezione evidenziate nel paragrafo precedente, la sala di endoscopia digestiva:

n. 2 colonne per endoscopia

a) Telecamera

e) Processore

f) Carrello

g) Fonte di luce

n.4 gastroscopi

n. 4 colonscopi

n. 2 duodenoscopi

n. 2 gastroscopi pediatrici

n. 2 colonscopi pediatrici

Attraverso la clausola inserita nel contratto dalla ASL 2, l'azienda Olympus Italia S.r.l ha inoltrato l'offerta per la fornitura di tali strumentazioni per un importo complessivo di € 325.750 oneri fiscali inclusi.

#### **b) Fornitura apparecchiature sanitarie per il locale di alta disinfezione**

Per quanto riguarda, invece, la fornitura delle 2 lavaendoscopi e dei 4 armadi per lo stoccaggio degli strumenti utilizzati durante le attività di endoscopia digestiva, la stessa Olympus Italia, ha inoltrato un'offerta economica pari a € 32.050 oneri fiscali esclusi e di € 46.421 oneri fiscali inclusi, ai quali vengono poi aggiunti ulteriori € 39.000 oneri fiscali esclusi, ovvero € 47.580 oneri fiscali inclusi, per la fornitura del materiale a consumo necessari allo svolgimento di 8.800 cicli\annui.

	<b>Importo oneri fiscali esclusi</b>	<b>Importo oneri fiscali inclusi</b>
<b>Apparecchiature</b>	€ 38.050	€ 46.421
<b>Materiale di consumo (per 8.800 cicli\annui)</b>	€ 39.000	€ 47.580

#### **4.6 - Seconda alternativa (to buy) : service esterno**

Come alternativa agli investimenti interni, la direzione ha pensato ad un'esternalizzazione completa dell'attività di ammodernamento dei locali di endoscopia digestiva e di alta disinfezione presso un'impresa terza, sulla base di un contratto di service attraverso il quale la ASL traslerebbe tutta la responsabilità organizzativa, gestionale e di rinnovo delle apparecchiature, in capo a tale impresa esterna.

A seguito dell'individuazione da parte della direzione di tale alternativa strategica, è stata valutata la possibilità di sfruttare l'attività di ESTAR (Ente per il Servizio Tecnico- Amministrativo di Area Vasta) presente all'interno della Regione Toscana, in modo tale da aggregare tutte le necessità di ammodernamento tecnico e strutturale delle aree di endoscopia digestiva delle ASL e delle AO richiedenti ed ottenere dei vantaggi economici<sup>102</sup> a seguito di ordini di acquisto ingenti in termini di volumi.

A seguito di una verifica presso le varie ASL e AO, è stata definita una diffusa necessità di ammodernamento delle tecnologie sanitarie necessarie allo svolgimento dell'attività di endoscopia digestiva e di alta disinfezione delle strumentazioni utilizzate durante quest'ultima.

L'ammodernamento di tali due locali secondo la logica degli investimenti interni, è stato dovuto essere svolto in due fasi complementari che hanno avuto ad oggetto strumentazioni sanitarie differenti:

- bando di gara per il locale di endoscopia digestiva
- bando di gara per il locale di alta disinfezione.

---

<sup>102</sup> Vantaggi economici che si sostanziano in riduzione del prezzo di acquisto nel caso di volumi ingenti (dati anche gli elevati costi di tali apparecchiature) e, quindi, in risparmi di costo.

A tale scopo, quindi, il Coordinatore di Area attrezzature, tecnologie sanitarie e manutenzioni di ESTAR, ha avviato un bando di gara allo scopo di instaurare un rapporto di partnership con l'azienda del settore ritenuta più idonea sulla base delle proprie competenze, dell'offerta tecnica sotto forma di attrezzature e servizi sanitari offerti, e della relativa richiesta economia, per la fornitura in noleggio di colonne endoscopiche e strumenti per endoscopia.

In virtù di una totale trasparenza, i bandi e gli avvisi di gara sono stati pubblicati attraverso svariati canali ufficiali (Gazzetta Ufficiale della Comunità Europea, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, svariati siti internet come: [www.autoritalavoripubblici.it](http://www.autoritalavoripubblici.it) e [www.e.toscana.it/osservatorio-contratti](http://www.e.toscana.it/osservatorio-contratti)) e non ufficiali (due quotidiani a carattere nazionale come *Il Corriere della Sera* e *Il Sole 24 ore*, e due a diffusione regionale come *Corriere Fiorentino* e *Il Nuovo Corriere*).

Anche in questo caso, come in quello precedente, nello svolgimento di tali analisi, ESTAR ha attraversato tutte e cinque le fasi richieste dalla teoria di settore:

- 1) Analizzare le competenze esistenti.
- 2) Analizzare le tempistiche.
- 3) Analizzare i costi.
- 4) Analizzare la qualità.
- 5) Analizzare i rischi.

Inoltre, nello svolgimento dei bandi di gara per entrambi i locali, ESTAR ha effettuato un'analisi che prende in considerazione i tre ambiti indicati dalla teoria di settore (e descritti nei paragrafi precedenti dedicati proprio alla teoria): attributi dell'attività offerente, elementi riguardanti le prestazioni oggetto di outsourcing e prezzo e fattori economici.”.

Tali elementi sono stati inseriti nelle considerazioni da parte di ESTAR come segue:

### **a) Bando di gara per il locale di endoscopia digestiva**

A seguito dell'avvio del bando, sulla base di parametri fissati nel Disciplinare di gara dal Coordinatore di Area attrezzature, tecnologie sanitarie e manutenzioni di ESTAR, soltanto 3 aziende del settore sono state considerate idonee alla procedura di gara stessa e dopo la verifica della documentazione amministrativa sono state ammesse definitivamente: ASE, Pentax e Olympus Italia (la stessa Olympus già considerata nel paragrafo precedente e con la quale la ASL 2 intrattiene già rapporti di fornitura).

Risulta, però, particolarmente rilevante sottolineare che l'aggiudicazione della presente procedura non vincola l'ESTAR né le Aziende Sanitarie al noleggio di quantitativi minimi, ma dà origine unicamente ad un obbligo del fornitore di accettare gli ordini di fornitura trasmessi dalle Aziende durante il periodo di validità della convenzione.

Per quanto riguarda la Società Olympus Italia, però, la Commissione rileva la mancata rispondenza del servizio di manutenzione offerto alla richiesta del capitolato per i seguenti motivi: nell'offerta, alla voce manutenzione correttiva, relativamente a danni che richiedessero riparazioni superiori ai 5 giorni la Società prevede la sostituzione dell'apparecchio guasto "ove disponibile", venendo meno in tal modo alla continuità del servizio (il testo cita: ... "In caso di danni che richiedessero riparazioni verrà fornito uno strumento di sostituzione temporanea - muletto - ove disponibile").

Tutto ciò è in contrasto con quanto previsto dal capitolato di gara che prevede la continuità del servizio di noleggio dei sistemi di endoscopia forniti alle aziende sanitarie della manutenzione correttiva, quando si prevede che "la ditta deve garantire l'efficienza dei beni e provvedere alla sostituzione immediata di quelli non correttamente funzionanti.", oppure "la ditta deve garantire l'intervento di riparazione anche mediante la fornitura di un'apparecchiatura sostitutiva".

Di conseguenza, a causa della mancanza di un esplicito impegno in tema di continuità del servizio, la società Olympus Italia viene esclusa dalla gara d'Appalto.

Le offerte delle due aziende rimanenti, valutate per l'instaurazione della partnership, sono state poi oggetto di specifica valutazione sulla base dell'offerta tecnica sotto forma di attrezzature e servizi sanitari offerti, e della relativa richiesta economia.

Tale valutazione, è stata effettuata attribuendo alle varie offerte un punteggio da 0-100 sulla base di 2 elementi:

- offerta tecnica – 40punti
- offerta economica – 60punti

L'azienda selezionata per l'instaurazione del rapporto di finitura, chiaramente, coincide con quella che ha inoltrato l'offerta che ha ottenuto il punteggio più elevato tra le due.

#### **a) Offerta tecnica**

- 1) Qualità della soluzione organizzativa.....05
- 2) Caratteristiche tecniche dei prodotti  
con riferimento principalmente alla  
definizione e gestione delle immagini.....18
- 3) Caratteristiche di ergonomia  
con particolare riferimento alla  
maneggevolezza e flessibilità degli strumenti.....15
- 4) Progetto di formazione.....02

Il punteggio minimo complessivo, sommando i punteggi relativi alle caratteristiche qualitative per l'ammissione alla fase della valutazione economica, dovrà essere di 22 punti su 40 disponibili.

Naturalmente, le due aziende contendenti hanno presentato offerte ciascuna delle quali fa riferimento alla fornitura di attrezzature tecniche a marchio differente seppur con funzioni quasi del tutto simili (dato comunque lo stesso scopo in comune); per questo, quindi, per poter attribuire un punteggio specifico a ciascuna offerta tecnica, il Coordinatore di Area attrezzature, tecnologie sanitarie e manutenzioni di ESTAR ha

deciso di effettuare l'audizione delle varie aziende e la prove delle apparecchiature oggetto di offerta da parte di ciascuna di esse.

A seguito di tali audit, le valutazioni emerse sono:

*1) Qualità della soluzione organizzativa.....punteggio 05*

a. Azienda ASE: Sistema offerto Fuji serie 500.

Il servizio offerto rispetta pienamente le specifiche di capitolato e appare ben strutturato rispetto alle finalità dell'apparato.

b. Azienda PENTAX: Sistema offerto PENTAX serie 380.

Il servizio offerto appare complessivamente inferiore a quello della secrete anzidetta; in particolare non garantisce la copertura di attività di manutenzione correttiva per danni dovuti a uso dell'attrezzatura in altri ambienti diversi da quelli di installazione, se non preventivamente autorizzate dalla stessa Pentax.

*2) Caratteristiche tecniche dei prodotti con riferimento principalmente alla definizione delle immagini.....punteggio 18*

a. Azienda ASE: Sistema offerto Fuji serie 500.

Il sistema offerto rispetta pienamente le specifiche di capitolato.

Ottima la qualità della visione e la gestione delle immagini.

Ottima la visione delle immagini nel monitor offerto

(LCD 24" risoluzione 1920x1200)

b. Azienda PENTAX: Sistema offerto PENTAX serie 380.

Il sistema offerto rispetta sufficientemente le specifiche di capitolato. Sufficiente qualità della visione: effetto pulsato della luce.

Sufficiente la gestione delle immagini.

In particolare la visione risulta essere limitata a causa anche della qualità del monitor offerto (LCD 19" risoluzione 1280x1024).

*3) Caratteristiche di ergonomia con particolare riferimento alla maneggevolezza e flessibilità degli strumenti.....punteggio 15*

a. Azienda ASE: Sistema offerto Fuji serie 500.

Il risultato delle prove ha evidenziato un'ottima maneggevolezza e flessibilità degli strumenti soprattutto per quanto riguarda i colonscopi.

In particolare le prove hanno messo in risalto la discreta rigidità dello strumento in fase di inserimento affiancata alla capacità di assorbire le tensioni dovute alle manovre di torsione e di flessione.

Questa particolarità è stata rilevata sia nella fase di avanzamento che di ritiro dello strumento.

Buona la prova sui gastroscopi.

b. Azienda PENTAX: Sistema offerto PENTAX serie 380.

Il risultato delle prove ha evidenziato una discreta maneggevolezza e flessibilità degli strumenti soprattutto per quanto riguarda i colonscopi.

Le prove hanno evidenziato un'eccessiva rigidità in fase di inserimento con scarsa capacità di assorbire le tensioni dovute alle manovre di torsione e di flessione durante la fase di avanzamento ma che di ritiro dello strumento.

Il diametro del colonscopio, nel tratto flessibile e nel tratto distale, risulta essere elevato: 13,2 mm e 13,4 mm.

Questo elemento determina una maggiore invasività e una minore tollerabilità da parte del paziente durante le manovre di esame.

Buona la prova sul gastroscopi.

*4) Progetto di formazione.....punteggio 2*

a. Azienda ASE: Sistema offerto Fuji serie 500.

L'offerta prevede:

- a) corso di 4 ore o tempo necessario all'apprendimento per personale medico;
- b) corso di 6 ore o tempo necessario all'apprendimento per personale tecnico sanitario;

c) assistenza continua del personale e corso per gli upgrade per tutta la durata del servizio.

b. Azienda PENTAX: Sistema offerto PENTAX serie 380.

L'offerta prevede:

- a) corsi annuali sia teorici che pratici;
- b) corsi presso la sede Pentax previa iscrizione.

Sulla base di tali valutazioni, il Coordinatore di Area attrezzature, tecnologie sanitarie e manutenzioni di ESTAR, ha deciso di attribuire alle due aziende i seguenti punteggi di natura tecnico/qualitativa e di assistenza tecnica:

<b>PUNTEGGIO TECNICO (PUNTEGGIO MASSIMO=40)</b>			
Elementi valutati	Punteggio previsto	Punteggio assegnato	
		<b>PENTAX</b>	<b>ASE</b>
Qualità della soluzione organizzativa	5	<b>1</b>	<b>5</b>
Caratteristiche tecniche	18	<b>12</b>	<b>16</b>
Caratteristiche di ergonomia	15	<b>8</b>	<b>15</b>
Progetto di formazione	2	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>TOTALE</b>	40	<b>23</b>	<b>38</b>

## b) Offerta economica

All'offerta che ha presentato il prezzo più basso è stato assegnato il massimo del punteggio previsto per il prezzo (60 punti), mentre alle altre offerte sono stati assegnati punteggi decrescenti secondo la seguente formula:

$$60 : x = \text{prezzo complessivo offerto} : \text{prezzo più basso}$$

<b>PUNTEGGIO ECONOMICO (PUNTEGGIO MASSIMO=60)</b>		
Azienda	Richiesta economica	Punteggio assegnato
PENTAX	Euro 459.252,994	<b>55,81</b>
ASE	Euro 427.211,2	<b>60</b>

A seguito di tali valutazioni, è stata selezionata l'offerta dall'azienda ASE S.p.a. in quanto maggiormente corrispondente alla capacità di sopperire ai fabbisogni sanitari interessati, attraverso una specifica fornitura sotto forma di attrezzature e servizi sanitari offerti, e della relativa richiesta economia.

Azienda	Punteggio tecnico	Punteggio economico	<b>Punteggio totale</b>
PENTAX	23	58,81	<b>78,81</b>
ASE	38	60	<b>98</b>

## Vincitore del bando di gara

Per questo, quindi, il Coordinatore di Area attrezzature, tecnologie sanitarie e manutenzioni di ESTAR, ha ritenuto opportuno affidare all'azienda ASE S.p.a. la fornitura a noleggio in convenzione di n. 10 colonne per endoscopia HD Fuji configurate come da offerta e della seguente strumentazione di produzione Fuji da integrare nelle colonne:

- n. 18 videocolonscopi standard
- n. 04 videocolonscopi HDTV
- n. 04 videocoloscopi bicanale standard
- n. 02 videocolonscopi pediatrici standard
- n. 01 videocolonscopi diagnostico con magnificatore
- n. 14 videogastroscoopi standard
- n. 06 videogastroscoopi operativi HDTV
- n. 02 videogastroscoopi bicanale
- n. 02 videogastroscoopi pediatrici standard
- n. 02 videogastroscoopi transnasali standard.
- n. 06 videoduodenoscoopi standard

L'importo annuale complessivo per il noleggio quinquennale di tutte le presenti apparecchiature sanitarie ammonta a € 427.211,2 con possibilità di riscatto al termine.

I canoni · di noleggio dei singoli strumenti sono dettagliati come segue:

**OFFRE**

**2. La seguente fornitura in noleggio quinquennale per i seguenti canoni unitari e complessivi:**

Progr.	Apparecchi	modello	Quantità	Canone annuo unitario	Canone annuo complessivo
1	colonne per endoscopia HD: telecamera Monitor HD processore carrello fonte di luce	MD IHD245 VP 440HD MDC ES130 XL 440HD	10 10 10 10	1.200,00 3.765,60 1.320,00 2.510,40	12.000,00 37.656,00 13.200,00 25.104,00
2	videocolonscopi standard	EC-530 PI	18	5.209,60	93.772,80
3	videocolonscopi HDTV	EC 590 WI	4	6.195,20	24.780,80
4	videocolonscopi bicanale standard	EC 530 DM	x2 4	5.913,60	23.654,40
5	videocolonscopi pediatrici standard	EC 530 MP	2	5.068,80	10.137,60
6	videocolonscopio diagnostico con magnificatore	EC 590ZWL	1	6.195,20	6.195,20
7	videogastroscoopi standard	BG 530 FP	14	5.068,80	70.963,20
8	videogastroscoopi operativi HDTV	BG 590 MR	6	6.195,20	37.171,20
9	videogastroscoopi bicanali	BG 530 D	2	5.913,60	11.827,20
10	videogastroscoopi pediatrici standard	BG 530 N	2	5.913,60	11.827,20
11	videogastroscoopi trasnasali standard	BG 530N	2	5.913,60	11.827,20
12	videoduodenoscopi standard	ED 530XT8	6	6.182,40	37.094,40

Pagina di 5

**Il Concorrente (ovvero tutte le imprese costituenti l'A.T.I.):**

**Timbro e Firma** *Asse S.p.A.*.....

*Bottegna 12.09.2010* **ASSE S.p.A.**

Sulla base di tali canoni di locazione ottenuti per mezzo del Coordinatore di Area attrezzature, tecnologie sanitarie e manutenzioni di ESTAR (allo scopo aggregare tutte le necessità di ammodernamento tecnico e strutturale delle aree di endoscopia digestiva delle ASL e delle AO richiedenti ed ottenere dei vantaggi economici a seguito di ordini di acquisto ingenti in termini di volumi), in funzione delle specifiche necessità della ASL 12 Viareggio, abbiamo ottenuto come ammontare di risorse economiche necessarie all'ammodernamento dei locali di endoscopia digestiva e di alta disinfezione, i seguenti valori:

<b>Apparecchio</b>	<b>Canone unitario</b>	<b>Quantità</b>	<b>Canone totale</b>
<b>Colonna endoscopia</b>	€ 8.796	2	€ 17.592
<b>Telecamera</b>	€ 1.200		€ 2.400
<b>Carrello</b>	€ 1.320		€ 2.640
<b>Processore</b>	€ 3.765,60		€ 7.531,2
<b>Fonte di luce</b>	€ 2.510,40		€ 5.020,8
<b>VideogastroscoPIO operativo HD</b>	€ 6.195,20	4	€ 24.780,8
<b>VideocolonscoPIO bicanale standard</b>	€ 5.913,60	4	€ 23.654,4
<b>VideoduodenoscoPIO standard</b>	€ 6.182,40	2	€ 12.365,2
<b>VideogastroscoPIO pediatrico</b>	€ 5.913,60	2	€ 11.827,2
<b>VideocolonscoPIO pediatrico</b>	€ 5.068,80	2	€ 10.137,6

Ottenendo un canone annuo di competenza della ASL 12 Viareggio, per le sole apparecchiature sanitarie richieste da quest'ultima, di € **117.949,2**.

Come per le altre aziende sanitarie richiedenti il bando di gara, al termine del contratto di service alla ASL 12 Viareggio viene data al possibilità di riscattare le apparecchiature attraverso le seguenti quote:

<b>Colonna endoscopia</b>	€ 1.500 x 2
<b>VideogastroscoPIO operativo HD</b>	€ 1.200 x 4
<b>VideocolonscoPIO bicanale standard</b>	€ 1.200 x 4
<b>VideoduodenoscoPIO standard</b>	€ 1.200 x 2
<b>VideogastroscoPIO pediatrico</b>	€ 1.200 x 2
<b>VideocolonscoPIO pediatrico</b>	€ 1.000 x 2

#### **b) Bando di gara per il locale di alta disinfezione**

Anche per quanto riguarda la fornitura degli strumenti sanitari per l'ammodernamento della sala deputata all'alta disinfezione degli strumenti utilizzati durante l'endoscopia digestiva, la ASL 12 Viareggio ha richiesto la possibilità di sfruttare l'attività di ESTAR (Ente per il Servizio Tecnico- Amministrativo di Area Vasta) presente all'interno della Regione Toscana, in modo tale da aggregare tutte le necessità di ammodernamento tecnico e strutturale delle sale di alta disinfezione delle ASL e delle AO richiedenti ed ottenere dei vantaggi economici a seguito di ordini di acquisto ingenti in termini di volumi.

A tale scopo, quindi, il Coordinatore di Area attrezzature, tecnologie sanitarie e manutenzioni di ESTAR, ha avviato un bando di gara allo scopo di instaurare un rapporto di partnership con l'azienda del settore ritenuta più idonea sulla base delle proprie competenze, dell'offerta tecnica sotto forma di attrezzature e servizi sanitari offerti, e della relativa richiesta economia, per la fornitura in noleggio di macchine lavaendoscopi e specifici armadi per lo stoccaggio degli strumenti endoscopici.

A seguito della ricezione della richiesta da parte della ASL 12 Viareggio, ESTAR ha effettuato un'analisi presso le ASL ed AO presenti nel territorio toscano, evidenziano

un fabbisogno di ammodernamento dei locali di alta disinfezione da parte di AO Universitaria Pisana, ASL 12 Viareggio, ASL 3 Pistoia ed ASL 4 Prato.

A seguito dell'avvio del bando, sulla base di parametri fissati nel Disciplinare di gara dal Coordinatore di Area attrezzature, tecnologie sanitarie e manutenzioni di ESTAR, ben 6 aziende del settore sono state considerate idonee alla procedura di gara e dopo la verifica della documentazione amministrativa sono state ammesse definitivamente: IMS S.r.l., Nuova Farmec S.r.l., Olympus Italia S.r.l., Pentax Italia S.r.l., Servizi Italia S.p.a e Steelco S.p.a.

A seguito dell'ammissione al bando di gara da parte delle 6 aziende sopracitate, ESTAR ha effettuato un confronto tra le apparecchiature sanitarie oggetto di offerta da parte delle 6 aziende stesse, rilevando un'elevata similarità tra quest'ultime.

Per questo, ESTAR ha ritenuto opportuno effettuare la scelta di partnership semplicemente in virtù dell'offerta economica più conveniente (ovvero quella più bassa).

Per tale motivo, è risultata aggiudicatrice del bando di gara ad oggetto l'azienda Servizi Italia S.r.l., per la fornitura in locazione quinquennale di lavaendoscopi (riscattabile al termine del contratto per € 4.500) e di materiale di consumo relativo, per un importo annuale di € 55.968 oneri fiscali esclusi e di € 68.280 oneri fiscali inclusi, così suddiviso:

	<b>Importo annuale oneri fiscali esclusi</b>	<b>Importo annuale oneri fiscali inclusi</b>
<b>Canone locazione apparecchiature</b>	€ 19.916	€24.297
<b>Canone manutenzione apparecchiature</b>	€ 1.973	€ 2.407
<b>Materiale di consumo (per 8.800 cicli\annui)</b>	€ 34.079	€ 41.576

## 4.7 - Comparazione delle alternative di make or buy

A seguito della valutazioni effettuate durante le fasi precedenti allo scopo di determinare la maggiore convenienza economica relativamente agli investimenti interni ed al service esterno, è possibile cercare di definire quale delle due attività risulta la scelta migliore per la ASL 12 Viareggio.

In riferimento alla teoria descritta nel capitolo precedente, bisogna sottolineare che quando è stata trattata l'individuazione delle attività da esternalizzare (pagina 78), la teoria afferma che l'individuazione delle singole attività da esternalizzare è legata alle caratteristiche di inefficienza delle attività stesse in riferimento all'intero processo ed alla gestione del personale.

Tali attività sono facilmente individuabili (in quanto inefficienti) per la presenza di:

-rigidità (dovuta alla mancanza di flessibilità, intesa come la capacità da parte dell'impresa di saper rispondere tempestivamente ad in maniera efficace ed efficiente alle sollecitazioni dell'ambiente esterno)

-attività inefficienti e/o costose per carenza di tecnologie o di know-how che non consente di svolgere idoneamente determinate operazioni”

-problemi di gestione del personale dovuti ad una scarsa capacità da parte dell'impresa di saper formare in maniera idonea i propri dipendenti.

I locali di endoscopia digestiva ed alta disinfezione sono stati selezionati sulla base del secondo elemento “attività inefficienti e/o costose per carenza di tecnologie o di know-how che non consente di svolgere idoneamente determinate operazioni”.

A seguito dell'analisi di entrambe le alternative, abbiamo inoltre ottenuto che le due alternative ipotetiche non andrebbero comunque ad inserire nel sistema gli altri due elementi (rigidità e problemi di gestione del personale); elemento molto importante in quanto un'analisi che non venga supportata da una visione di insieme può risultare deleteria.

Anche nel momento della selezione dell'alternativa migliore, come nello svolgimento dell'analisi, la direzione aziendale ha preso in considerazione tutte e cinque le fasi richieste dalla teoria di settore, sulla base delle quali è stato effettuato il confronto tra l'opzione di make e quella di buy:

- 1) Analizzare le competenze esistenti.
- 2) Analizzare le tempistiche.
- 3) Analizzare i costi.
- 4) Analizzare la qualità.
- 5) Analizzare i rischi.

Proprio allo scopo della confrontabilità sulla base di tali 5 elementi da analizzare, bisogna prendere in considerazione una serie di elementi che permettano di confrontare i valori monetari di un acquisto con quelli di un canone di locazione:

-le apparecchiature sanitarie vengono solitamente ammortizzate in 8 anni, secondo il metodo delle quote costanti

-all'interno del canone di locazione di un service, è compreso anche il costo della manutenzione (che però non copre i danni da errato utilizzo ed incuria), mentre in un acquisto non è mai compreso e va a definire un ulteriore costo pari al 7% del costo d'acquisto.

Di conseguenza, per poter rendere confrontabili i costi legati alle due alternative strategiche, è necessario ridefinire entrambi sulla base dei due elementi appena descritti in modo tale da renderli "omogenei".

#### **a) Acquisizione interna (to make)**

- 1) Locale di endoscopia digestiva

Attraverso la clausola inserita nel contratto dalla ASL 2, l'azienda Olympus Italia S.r.l ha inoltrato l'offerta per la fornitura di tali strumentazioni per un importo complessivo di € 325.750 oneri fiscali inclusi.

## 2) Locale di alta disinfezione

Per quanto riguarda, invece, la fornitura delle 2 lavaendoscopi e dei 4 armadi per lo stoccaggio degli strumenti utilizzati durante le attività di endoscopia digestiva, la stessa Olympus Italia, ha inoltrato un'offerta economica pari a € 38.050 oneri fiscali esclusi e di € 46.421 oneri fiscali inclusi, ai quali vengono poi aggiunti ulteriori € 39.000 oneri fiscali esclusi, ovvero € 47.580 oneri fiscali inclusi, per la fornitura del materiale di consumo necessario allo svolgimento di 8.800 cicli\annui.

	<b>Importo oneri fiscali esclusi</b>	<b>Importo oneri fiscali inclusi</b>
<b>Apparecchiature</b>	€ 38.050	€ 46.421
<b>Materiale di consumo (per 8.800 cicli\annui)</b>	€ 39.000	€ 47.580

Sulla base dei due elementi precedentemente descritti, otterremo:

a) “le apparecchiature sanitarie vengono solitamente ammortizzate in 8 anni, secondo il metodo delle quote costanti”.

Per poter confrontare i costi di acquisto con il canone di service, dobbiamo estendere i due valori monetari per la stessa durata temporale che in questo caso sarà di 8 anni a causa dell'ammortamento.

Per questo otterremo che al termine degli 8 anni, la ASL 12 Viareggio avrà sostenuto un costo pari a  $325.750 + 46.421 + (47.580 \cdot 8) = € 752.811$

b) “all'interno del canone di locazione di un service, è compreso anche il costo della manutenzione (che però non copre i danni da errato utilizzo ed incuria), mentre in un acquisto non è mai compresa e va a definire un ulteriore costo pari al 7% del costo d'acquisto”

Di conseguenza, dobbiamo sommare al costo del mero acquisto delle apparecchiature sanitarie, anche il costo necessario alla manutenzione delle stesse.

Costo manutenzione apparecchiature sala endoscopia digestiva:

7% di 325.750: € 22.802,5

Costo manutenzione apparecchiature sala alta disinfezione:

7% di 46.121: € 3.228,47

Ottenendo, quindi, un costo totale per l'alternativa di acquisizione interna pari a:

$325.750 + 46.121 + (47.580 \cdot 8) + 22.802,5 + 3.228,47 = \mathbf{€ 778.841,97}$

## b) Service esterno (to buy)

### 1) Locale di endoscopia digestiva

A seguito dello svolgimento del bando di gara, il Coordinatore di Area attrezzature, tecnologie sanitarie e manutenzioni di ESTAR, ha ritenuto opportuno affidare all'azienda ASE S.p.a. la fornitura a noleggio in convenzione delle apparecchiature sanitarie di cui le aziende richiedenti il bando necessitano.

Apparecchio	Canone unitario	Quantità	Canone totale
<b>Colonna endoscopia</b>	€ 8.796	2	€ 17.592
<b>Telecamera</b>	€ 1.200		€ 2.400
<b>Carrello</b>	€ 1.320		€ 2.640
<b>Processore</b>	€ 3.765,60		€ 7.531,2
<b>Fonte di luce</b>	€ 2.510,40		€ 5.020,8
<b>VideogastroscoPIO operativo HD</b>	€ 6.195,20	4	€ 24.780,8
<b>VideocolonscoPIO bicanale standard</b>	€ 5.913,60	4	€ 23.654,4
<b>VideoduodenoscoPIO standard</b>	€ 6.182,40	2	€ 12.365,2
<b>VideogastroscoPIO pediatrico</b>	€ 5.913,60	2	€ 11.827,2
<b>VideocolonscoPIO pediatrico</b>	€ 5.068,80	2	€ 10.137,6

Ottenendo un canone annuo quinquennale di competenza della ASL 12 Viareggio, per le sole apparecchiature sanitarie richieste da quest'ultima, di € 117.949,2

2) Locale di alta disinfezione

A seguito del bando di gara, è risultata aggiudicatrice dello stesso l'azienda Servizi Italia S.r.l., per la fornitura in locazione di lavaendoscopi e di materiale di consumo relativo, per un importo annuale di € 55.968 oneri fiscali esclusi e di € 68.280 oneri fiscali inclusi, così suddiviso:

	<b>Importo annuale oneri fiscali esclusi</b>	<b>Importo annuale oneri fiscali inclusi</b>
<b>Canone locazione apparecchiature</b>	€ 19.916	€24.297
<b>Canone manutenzione apparecchiature</b>	€ 1.973	€ 2.407
<b>Materiale di consumo (per 8.800 cicli\annui)</b>	€ 34.079	€ 41.576

Sulla base dei due elementi precedentemente descritti, otterremo:

a) “le apparecchiature sanitarie vengono solitamente ammortizzate in 8 anni, secondo il metodo delle quote costanti”.

Per poter confrontare i costi di acquisto con canone di service, dobbiamo estendere i due valori monetari per la stessa durata temporale che in questo caso sarà di 8 anni a causa dell'ammortamento.

Per questo otterremo che al termine dei 5 anni del contratto di service, la ASL 12 Viareggio avrà sostenuto un costo pari a:

$$(117.949,2 \cdot 5) + (2.407 \cdot 5) + [(24.297 + 2.407 + 41.576) \cdot 5] = € 836.365$$

Al termine dei 5 anni oggetto di contratto di service, la ASL 12 Viareggio andrà a riscattare i beni attraverso le seguenti quote:

<b>Colonna endoscopia</b>	€ 1.500 x 2
<b>VideogastroscoPIO operativo HD</b>	€ 1.200 x 4
<b>VideocolonscoPIO bicanale standard</b>	€ 1.200 x 4
<b>VideoduodenoscoPIO standard</b>	€ 1.200 x 2
<b>VideogastroscoPIO pediatrico</b>	€ 1.200 x 2
<b>VideocolonscoPIO pediatrico</b>	€ 1.000 x 2
<b>LavaendoscoPI</b>	€ 4500 x 1

Di conseguenza, al termine degli 8 anni definiti come lasso temporale di riferimento, il costo sostenuto dalla ASL 12 Viareggio sarà di:

$$[(117.949,2 + 2.407 + 24.297 + 2.407 + 41.576) \cdot 5] + (1.500 \cdot 2) + (1.500 \cdot 2) + (1.200 \cdot 4) + (1.200 \cdot 4) + (1.200 \cdot 2) + (1.200 \cdot 2) + (1.000 \cdot 2) + (4500 \cdot 1) + (41.576 \cdot 3) = \text{€ } 982.993$$

b) “all’interno del canone di locazione di un service, è compreso anche il costo della manutenzione (che però non copre i danni da errato utilizzo ed incuria), mentre in un acquisto non è mai compresa e va a definire un ulteriore costo pari al 7% del costo d’acquisto”

Per i primi 5 anni il costo della manutenzione sarà, quindi, compreso nel canone di locazione, mentre per i restanti 3 anni sarà a carico della ASL 12 Viareggio configurando un ulteriore costo.

Costo manutenzione apparecchiature sala endoscopia digestiva:

$$7\% \text{ di } 19400: \text{€ } 1.358$$

Costo manutenzione apparecchiature sala alta disinfezione:

$$7\% \text{ di } 4.500: \text{€ } 315$$

Ottenendo, quindi, un costo totale per l’alternativa di service esterno pari a:

$$982.993 + 1.358 + 315 = \text{€ } 984.666$$

## **4.8 - Scelta tra le due alternative e conclusioni**

Nello svolgimento di tali analisi, sia ESTAR che la direzione aziendale hanno attraversato tutte e cinque le fasi richieste dalla teoria di settore:

- 1) Analizzare le competenze esistenti.
- 2) Analizzare le tempistiche.
- 3) Analizzare i costi.
- 4) Analizzare la qualità.
- 5) Analizzare i rischi.

Per questo, a seguito delle valutazioni effettuate all'interno del presente capitolo, le due alternative strategiche hanno presentato percorsi, per la definizione dei rispettivi costi, estremamente differenti, dettati, chiaramente, dalle altrettanto differenti modalità di acquisizione delle immobilizzazioni ad oggetto.

Per la decisione relativa alla scelta, e quindi alla valutazione dell'effettiva presenza di benefici da parte delle aziende sanitarie nello sfruttamento delle opportunità offerte da ESTAR rispetto ad acquisti ed acquisizioni in proprio, non bisogna prendere in considerazione soltanto i meri costi delle alternative stesse, ma, viceversa, è necessario considerare anche ulteriori aspetti come la manutenzione ordinaria e straordinaria.

### **1) Comparazione dei meri costi a carico della ASL 12 Viareggio**

- a) Acquisizione interna (to make): € 778.841,97
- b) Service esterno (to buy): € 984.666

### **2) Ulteriori elementi in gioco**

Tra gli elementi di assoluta importanza che un'azienda sanitaria prende in considerazione, vi è la necessità di riuscire a fornire con assoluta costanza tutte le prestazioni sanitarie di sua competenza.

In linea teorica, tale continuità dovrebbe essere garantita in modo continuo soltanto attraverso l'acquisizione in proprio delle apparecchiature permettendo all'azienda sanitaria di effettuare un monitoraggio ed un controllo continuo sulle prestazioni da lei fornite ponendola, quindi, in una condizione teorica di assoluta conoscenza dell'efficacia e dell'efficienza di tali prestazioni stesse e delle apparecchiature attraverso le quali tali prestazioni vengono effettuate.

Nella prassi aziendale, invece, la continuità delle prestazioni sanitarie può essere garantita in modo certo soltanto attraverso un contratto di service; tale particolarità è dovuta alla presenza della necessità di effettuare manutenzioni ordinarie (o programmate) e straordinarie che permettano di mantenere inalterata l'efficienza degli impianti e delle macchine che li compongono.

Secondo il mio parere, è proprio sulla base di tale necessità e della relativa capacità della direzione di assolvere a tale funzione, che dovrebbe essere effettuata la scelta tra le varie alternative strategiche e che porta a dover considerare in modo preponderante l'opportunità offerta da ESTAR e a dover rivalutare i benefici connessi all'acquisizione in proprio, i quali nelle aziende sanitarie non sono più così oggettivi.

Se, infatti, da un lato l'acquisizione in proprio permette di ottenere dei vantaggi economici (che si traducono in un minore costo da sostenere pari a € 205.824,03) e di effettuare un monitoraggio ed un controllo continuo sulle prestazioni fornite ponendo l'azienda, quindi, in una condizione teorica di assoluta conoscenza dell'efficacia e dell'efficienza di tali prestazioni stesse e delle apparecchiature attraverso le quali tali prestazioni vengono effettuate, dall'altro otteniamo che tali vantaggi vengono accompagnati da una maggiore incertezza nell'offrire con continuità le prestazioni sanitarie ad oggetto; mentre la presenza dell'ESTAR, nel caso ad oggetto, non ha permesso all'azienda sanitaria di ottenere dei vantaggi economici, ma garantisce una maggiore certezza nella fornitura delle prestazioni e sul loro livello di qualità (in quanto chiaramente l'iter diagnostico-terapeutico è altamente influenzato anche dall'elemento tecnologico in gioco).

La differenza sostanziale tra le due alternative strategiche ricade proprio sul fatto che mentre con il contratto di service viene assicurata una manutenzione immediata che nei casi di apparecchiature complesse prevede l'immediata sostituzione della stessa per evitare che l'azienda sanitaria subisca ulteriori rallentamenti, a seguito dell'acquisto la manutenzione ricade in capo all'azienda acquirente stessa che dovrà dotarsi di un contratto di manutenzione specifico per ogni singola apparecchiatura sanitaria aggravato però dal fatto che in tal caso la manutenzione viene effettuata solitamente non prima di 2\3 giorni dalla richiesta, con la possibilità di porre l'azienda in condizione di dover far attendere il paziente per giorni o dirottarlo verso altre strutture sanitarie pubbliche o private della stessa regione o, addirittura, di regioni differenti.

Sulla base di tali considerazioni, ritengo che, relativamente al caso da me studiato, lo scopo dell'ESTAR non sia stato raggiunto dal punto di vista economico (offrendo di fatto un'alternativa gestionale caratterizzata da un maggiore costo monetario di € 205.824,03) ma che dal punto di vista socio-sanitario in merito alla continuità del servizio offerto definisca un livello superiore di garanzia.

Tale mia convinzione, è inoltre avallata da ulteriori tre elementi:

-dal fatto che l'attività manutentiva, concepita negli anni passati esclusivamente in funzione del ripristino di apparecchiature biomediche non funzionanti, sta progressivamente mutando verso una vera e propria funzione manageriale volta alla riduzione dei rischi connessi all'uso dei dispositivi medici, a diminuire i tempi di inutilizzo, a prevenire i guasti, a garantire la qualità delle prestazioni erogate, ad ottimizzare quindi, la durata fisiologica del prodotto e, in definitiva, a contribuire al miglioramento della qualità dell'assistenza al paziente (inclusa la degenza media dell'episodio di ricovero) del cui iter diagnostico-terapeutico l'elemento tecnologico gioca un ruolo fondamentale<sup>103</sup>

-dallo scopo dell'aziendalizzazione del sistema sanitario italiano

---

<sup>103</sup> LACQUANITI F. "Aspetti organizzativi della manutenzione nelle strutture sanitarie: il Technology Management", Facoltà di Medicina e Chirurgia, Roma2

-dal significato di aziendalizzazione: non significa introdurre un sistema di gestione manageriale tipico delle organizzazioni private ma, invece, significa introdurre la finalità dell'equilibrio economico a valere nel tempo; di conseguenza il sistema manageriale non è il fine dell'aziendalizzazione ma il suo strumento per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, obiettivi che, in questo caso, fanno riferimento alla definizione di un processo in grado di garantire la continuità nella fornitura delle prestazioni sanitarie, dove quest'ultima può essere garantita soltanto attraverso la dotazione di un efficace e tempestivo sistema di manutenzione.

Per questo, in riferimento al caso trattato, ritengo che non possa essere affermata l'assoluta convenienza delle opportunità offerte da ESTAR rispetto ad acquisti ed acquisizioni in proprio relativamente alla sfera economica, ma tale maggiore costo non è tale da elidere completamente i benefici gestionali e socio-sanitari in riferimento alla certezza nella fornitura delle prestazioni e sul loro livello di qualità.

Anche attraverso questa analisi, possiamo notare come l'outsourcing abbia progressivamente acquisito importanza nel SSN; e questo per due principali ragioni: da un lato il decentramento della gestione sanitaria dal livello centrale al livello regionale, dall'altro l'introduzione di una visione "manageriale" e dei relativi modelli gestionali in ambito sanitario<sup>104</sup>.

---

<sup>104</sup> TARONI F. "L'evoluzione della politica sanitaria in Italia", Journal of Health Politics, Policy & Law 2005

## 4.9 - Conclusioni

In funzione all'obiettivo di:

valutazione dell'effettiva presenza di benefici da parte delle aziende sanitarie  
nello sfruttamento delle opportunità offerte da ESTAR rispetto ad acquisti  
ed acquisizioni in proprio

l'esperienza presso la ASL 12 Viareggio, ha evidenziato che:

1. la presenza dell'ESTAR non ha permesso di ottenere dei vantaggi economici: € 984.666 rispetto ad € 778.841,97, offrendo di fatto alla ASL 12 Viareggio un'alternativa caratterizzata da un maggiore costo pari ad € 205.824,03
2. l'attività manutentiva ricopre un ruolo di primo livello all'interno dell'organizzazione di un'azienda sanitaria
3. l'acquisizione in service delle attrezzature sanitarie necessarie, garantisce una maggiore coerenza con lo scopo dell'aziendalizzazione e con il suo significato
4. l'acquisizione in service, permette di riuscire a fornire con assoluta costanza tutte le prestazioni sanitarie di competenza dell'azienda

Nel caso oggetto del presente lavoro, l'utilizzo della presenza dell'ente ESTAR da parte della ASL 12 Viareggio non ha permesso di avere a disposizione una alternativa gestionale di maggior impatto dal punto di vista del risparmio in termini economici, ma tale maggior costo vantaggi non ritengo generi un differenziale rispetto all'alternativa di "make" (relativa ad un acquisto in proprio) talmente importante da preferire quest'ultima rispetto a quella offerta dall'ESTAR stessa, a causa della maggiore sicurezza nella continuità dell'offerta sanitaria.

Questa condizione di maggiore costo, quindi, non va certamente a pregiudicare l'idea fondante dell'ente ESTAR, che rimane assolutamente di rilievo nel panorama sanitario nazionale, ma non permette neanche di affermare l'assoluta convenienza di tale alternativa.

Il presente lavoro, quindi, sempre in riferimento al puro caso ad oggetto, si conclude con una valutazione positiva della presenza dell'ente ESTAR dal punto di vista socio-sanitario in riferimento alla certezza nella fornitura delle prestazioni e sul loro livello di qualità, ma che non può essere valutato altrettanto positivamente dal punto di vista meramente economico.

Con tale esperienza, non significa che l'ESTAR rappresenti un caso di fallimento dell'aziendalizzazione all'interno del sistema sanitario toscano, ma soltanto che, come avviene di prassi all'interno della sfera della gestione aziendale, non vi sono attività, processi o strategie in grado di generare soltanto benefici ma ciascuna di esse comporta sempre un certo grado di rischio (in questo caso legato alla probabilità di non riuscire ad ottenere dal bando di gara un'offerta in grado di permettere alla/e ASL un significativo risparmio di costo) il quale può essere soltanto gestito ma non eliminato.

Sulla base delle considerazioni fino a qui effettuate, trovo che possa però essere mossa una critica al sistema ESTAR (che può valere anche per le precedenti tre ESTAV) in riferimento proprio allo scopo di risparmio economico: in tutti quei casi dove, a differenza del caso ad oggetto, l'ESTAR permette effettivamente di ottenere un risparmio economico, i vari direttori, spinti dalla possibilità di un risparmio sui costi delle immobilizzazioni e la conseguente possibilità di effettuare investimenti riallocando in budget le risorse non utilizzate, potrebbero perdere di vista il fulcro dell'attività di un'azienda sanitaria (in special modo pubblica) che riguarda proprio il riuscire a fornire in modo continuativo le prestazioni di sua competenza; è però chiaro che tale probabilità è tanto più elevata quanto maggiore è il risparmio di costo, e non sarà invece così elevata in condizione di risparmio ridotto.

## BIBLIOGRAFIA

---

- ADINOLFI P. “L’evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche”, Mecosan n.37, 2001
- ALTEA P. “Outsourcing in sanità: Un modello in continua evoluzione”, 2010
- ANESSI PESSINA E. “L’aziendalizzazione della sanità in Italia”, Rapporto OASI 2000
- ANCI TOSCANA: Il processo di riforma dell’organizzazione sanitaria regionale; associazione dei comuni toscani; Firenze 2014.
- ANSELMINI L. – SAITA M. (a cura di) “La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie”, Ed. Il Sole 24 ore, Milano 2002
- BARRETTA A. “Il dualismo competizione/cooperazione fra aziende sanitarie pubbliche”, Facoltà di economia di Siena, Siena 2006.
- BIAGI M. “Outsourcing: gli effetti sull’assetto economico e strategico aziendale”, Milano 2000
- BORGONOVINI E. “Il controllo economico delle aziende sanitarie”, Ed. Egea, Milano 1990
- BORGONOVINI E. “La tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende è il mezzo” Ed. Egea, 2008
- BORGONOVINI E. “Le aziende del S.S.N. e il processo manageriale incompiuto”, MECOSAN, n. 85 2013
- BORGONOVINI E. “Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche” Ed. Egea, Milano 2002.
- BROWN A.D. “Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics”, 2001
- BRUNETTA F. “L’outsourcing nella sanità”, Consumatori, diritti e mercato 2009
- BUSCO C. “Competizione e cooperazione nel sistema sanitario: il ruolo della programmazione e controllo nella creazione di una “cultura d’area vasta”», Azienda Pubblica n.4 2004
- BUZZEL R. “Is vertical integration profitable?”, Harvard Business Review, 1993

- CENSIS-TESS “L’outsourcing nei percorsi di innovazione delle imprese e delle pubbliche amministrazioni in Italia”, Roma, 2003
- CENTRO PROMOZIONE PER LA SALUTE “FRANCO BASAGLIA”: Le forme di governo della sanità in Toscana, Istituzione della Provincia di Arezzo, Arezzo.
- CHIEFFI L. “Il diritto alla salute alla soglie del terzo millennio”, Giappichelli Editore, Torino 2002.
- CINQUINI L. “Governance e misurazione delle performance dei sistemi sanitari: il caso della Regione Toscana», AIDEA 2008
- COORDINATORE DI AREA ATTREZZATURE, TECNOLOGIE SANITARIE E MANUTENZIONI ESTAR: Provvedimento dirigenziale n. 584 del 11 aprile 2015.
- COORDINATORE DI AREA ATTREZZATURE, TECNOLOGIE SANITARIE E MANUTENZIONI ESTAR: Provvedimento dirigenziale n. 609 del 17 aprile 2015.
- COORDINATORE DI AREA ATTREZZATURE, TECNOLOGIE SANITARIE E MANUTENZIONI ESTAR: Provvedimento dirigenziale n. 771 del 14 maggio 2015.
- DE ROSE L. J. “In the disciplines of outsourcing: a panel discussion”, The Outsourcing Institute, 2000
- DE VINCENTI C. “Invecchiamento, progresso tecnico e morbo di Baumol, le tre forze che spingono la spesa sanitaria”, CARE n.6 2006
- DELTRITO G. “L’esternalizzazione strategica nelle amministrazioni pubbliche”, Dipartimento della Funzione Pubblica, Rubbettino Editore, 2006
- DE VINCENTI C. “Sostenibilità, efficacia ed efficienza del sistema sanitario”, CARE n.2 2006
- DEL VECCHIO M. “Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche”, Rapporto OASI 2000
- DEL VECCHIO M. “Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche”, Milano, Egea 2004
- DEL VECCHIO M. “Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e sistema di rete pubblica”, Mecosan n.46, 2003
- DONABEDIAN A. “The quality of care. How can it be assessed?”, 2003

- EGIDI R. “The Italian National Health Service: general profile”, Università degli Studi di Perugia
- GRANT R.M. “L’analisi strategica per le decisioni aziendali”, Il Mulino, Bologna 2005.
- JAUCH R. L. e WILSON H. “A multiple-criteria decision methodology for the make-or-buy problem”, 1929
- KRAJEWSKI LEE J. e RITZMAN LARRY P. “Supply chain mangement”, ed. Pearson 2015
- LACQUANITI F. “Aspetti organizzativi della manutenzione nelle strutture sanitarie: il Technology Management”, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Roma2
- LONGO F. “Governance dei network di pubblico interesse”, Egea, Milano 2005
- MACINATI M.S. “Outsourcing nei servizi sanitari italiani”, 2008
- MAGGI D. “Sistemi di Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie”, Ed. Giuffrè 2003
- MALONE T.W. “The Future of Work: How the New Order of Business Will Shape Your Organization, Your Management Style, and Your Life”, Harvard Business School Press, 2004
- MARCACCI L. “Migliorare la soddisfazione in Pronto soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana”, MECOSAN 2010
- MARINÒ L. “La ricerca dell’economicità nelle aziende sanitarie locali”, Giappichelli Editore, Torino 2008.
- MC KINLEY R. “Reliability and Validity of new measures of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United kingdom: development of patient questionnaire”, 2007
- MILONE M. “Outsourcing: aspetti strategici e operativi”, Cacucci Editore, Bari 2001
- NUTI S. “Il sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane”, Mc Graw Hill, Milano 2005
- PASCOE G.C. “Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis”,2003

- PELLEGRINO P. “La politica Sanitaria in Italia dalla riforma legislativa alla riforma Costituzionale”, <http://polis.unipmn.it>, 2003
- RICCIARDI A. “L’outsourcing strategico: modalità operative, tecniche di controllo ed effetti sugli equilibri di gestione”, Franco Angeli Editore, Milano 2000.
- ROBERTS V. “Managing Strategic Outsourcing in the Healthcare Industry”, 2001
- SCOTT P. e MORROW M. “Activity based costing and make or buy decision”, 2002
- SHINKMAN R., “Outsourcing on the upswing” Modern Healthcare, 2000
- STANLEY C., STEPHEN L. “The theory of the Make-orBuy decision”, 2005
- SCHWARTING D. e WEISSBARTH R. “Three pillars of sound decision making”, 2011
- TARONI F. “L’evoluzione della politica sanitaria in Italia”, Journal of Health Politics, Policy & Law 2005
- TORREGROSSA M. V. “Linee guida di disinfezione in endoscopia digestiva”, Unità di Staff per le Problematiche Igienico Sanitarie, AO Universitaria di Palermo, Palermo 2014
- VAN LONG N. “Outsourcing and Technology Spillovers,” International Review of Economics & Finance 2005
- ZANGRANDI A. “Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche. Aspetti di gestione, organizzazione e misurazioni economiche”, Ed. Giuffrè 1999.
- Proposta di legge n.396: Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale, Regione Toscana.
- Report 2014: Il sistema di valutazione delle performance della sanità toscana, Istituto Management e Sanità, Regione Toscana 2014.
- Bozza Decreto: Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell’articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, Ministero della Salute.