

# La governance nelle organizzazioni sanitarie

a cura di Marco Biocca, Roberto Grilli,  
Benedetta Riboldi

TEORIA  
METODOLOGIA

*S*alute e  
società



FrancoAngeli

# **La governance nelle organizzazioni sanitarie**

a cura di Marco Biocca, Roberto Grilli,  
Benedetta Riboldi

FrancoAngeli

## Indice

<b>Introduzione</b> , di <i>Marco Biocca e Roberto Grilli</i>	pag.	11
<b>1. Il ruolo del Capitale intellettuale nel sistema di valutazione della performance delle Aziende sanitarie</b> , di <i>Emidia Vagnoni</i>	»	15
1. Introduzione	»	15
2. L'evoluzione degli studi sul Capitale Intellettuale	»	17
3. La rappresentazione del CI in sanità: l'analisi empirica	»	19
3.1. Il Capitale relazionale	»	21
3.2. Il Capitale individuale	»	24
3.3. Il Capitale interno	»	25
4. Alcune considerazioni	»	27
<b>2. Il Bilancio di missione delle Aziende sanitarie pubbliche della Regione Emilia-Romagna</b> , di <i>Marco Tieghi</i>	»	31
1. La "rendicontazione sociale" in ambito sanitario pubblico: brevi cenni sul fenomeno	»	31
2. Le finalità e gli strumenti della rendicontazione sociale	»	32
3. Il progetto "Bilancio di missione" della Regione Emilia-Romagna: obiettivi e peculiarità	»	38
4. Lo stato di avanzamento del progetto ed i risultati conseguiti	»	43
5. Gli elementi di criticità emergenti	»	44
6. Ipotesi di sviluppo futuro	»	47
<b>3. L'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale ed il governo clinico: un progetto di monitoraggio in Emilia-Romagna</b> , di <i>Guido Giarelli e Stefania Florindi</i>	»	49

1. Governo clinico e qualità dell'assistenza	»	49
2. Il Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna e il governo clinico	»	54
3. Il progetto di monitoraggio delle modalità di implementazione aziendale del governo clinico	»	58
3.1. Finalità e obiettivi	»	58
3.2. Metodologie e strumenti	»	59
4. Conclusioni	»	60
<b>4. Organizzare le reti in sanità: teoria, metodi e strumenti di social network analysis, di Americo Cicchetti e Daniele Mascia</b>	»	65
1. Introduzione	»	65
2. Complessità ed esigenze di coordinamento nella medicina moderna	»	67
3. Il fabbisogno di coordinamento e la metafora della rete	»	69
4. Modello "a rete" e approccio relazionale	»	71
5. Social network analysis in sanità: ambiti e livelli di applicazione	»	72
6. L'analisi delle reti sociali: concetti e metodi	»	76
7. Discussione	»	81
7.1. Implicazioni teoriche	»	83
7.2. Implicazioni operative	»	84
7.3. Limitazioni e rischi	»	85
<b>5. Un nuovo modello di management e la misura della performance nelle Aziende sanitarie: la <i>balanced scorecard</i>, di Giulia Sallustio e Vito Ricci</b>	»	93
1. Introduzione	»	93
2. Un nuovo modello per il governo e il controllo strategico dell'azienda: la <i>balanced scorecard</i>	»	94
3. La <i>balanced scorecard</i> in sanità	»	97
3.1. Considerazioni iniziali	»	97
3.2. Le prospettive della BSC in sanità	»	99
4. Analisi delle prospettive, delle aree strategiche e dei KPIs in sanità	»	100
<b>6. Le proposte per un Osservatorio regionale per l'innovazione in Emilia-Romagna, di Roberto Grilli e Marco Biocca</b>	»	111

1. Introduzione	»	111
2. Le ragioni di un Osservatorio regionale per le innovazioni	»	112
3. Le funzioni dell'ORI	»	114
4. Le implicazioni generali	»	115
5. Il contributo delle Aziende sanitarie all'ORI	»	116
6. Servizi di supporto dell'ORI	»	118
6.1. Servizio di documentazione sulle innovazioni	»	118
6.2. Archivio aperto della produzione scientifica del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna	»	118
6.3. Strumenti per la diffusione dell'informazione e la comunicazione	»	119
6.4. Piano formativo per l'innovazione	»	119
<b>7. Il censimento della ricerca nelle aziende del servizio sanitario regionale, di Alessandro Liberati, Rossana De Palma e Donato Papini</b>	»	123
1. Introduzione	»	123
2. La metodologia del censimento	»	125
3. Risultati	»	127
3.1. Caratteristiche generali dei progetti censiti	»	127
3.2. Caratteristiche dei progetti in relazione alla tipologia di Azienda sanitaria	»	129
3.3. Caratteristiche dei progetti in relazione alla fonte di finanziamento	»	131
4. Discussione	»	133
5. Prospettive e considerazioni conclusive	»	136
<b>8. Lo sviluppo della formazione per la governance nelle Aziende sanitarie: dal professionista all'azienda che apprende. Esperienza ECM 2002-2006, di Salvatore De Franco e Alessia Salsi</b>	»	141
1. Introduzione	»	141
2. Il programma ECM	»	142
3. La formazione (sul campo) nelle aziende sanitarie	»	143
4. La formazione permanente	»	146
5. La formazione nella governance aziendale	»	148
<b>9. Un solo Piano, tanti protagonisti per la salute. Strategie a sostegno delle politiche per la salute e il benessere, di Barbara Curcio Rubertini</b>	»	153

1. Introduzione: stabilire una politica pubblica sana	»	153
2. Prima strategia: un piano intersettoriale per la salute	»	155
3. Seconda strategia: un piano fortemente orientamento alla prevenzione	»	156
4. Terza strategia: impegno in prima persona di tutte le amministrazioni pubbliche	»	158
5. Quarta strategia: un piano che privilegia inclusione e integrazione	»	159
6. Quinta strategia: un piano fortemente orientato a contrastare le disuguaglianze	»	160
7. Sesta strategia: scelte di priorità rappresentative dei territori	»	161
8. Settima strategia: un piano fortemente orientato alla qualità dei servizi e, in particolare, a promuovere interventi di provata efficacia	»	162
9. Ottava strategia: impegno sulla valutazione dei risultati	»	164
10. Conclusioni: rendere le conquiste stabili	»	164
<b>10. La sopravvivenza per patologia tumorale e l'appropriatezza assistenziale: informazioni prodotte dai Registri Tumori, utili al governo clinico, di Lucia Mangone, Silvia Candela e Enza Di Felice</b>	»	167
1. Introduzione	»	167
2. I Registri Tumori	»	168
2.1 Valutazione dell'esito: confronto tra Registri Tumori	»	170
2.2 Valutazione dell'appropriatezza assistenziale	»	172
2.3 Valutazione dell'equità assistenziale	»	173
2.3.1. Valutazione dell'equità in relazione all'età alla diagnosi	»	173
2.3.2. Valutazione dell'equità in relazione alle condizioni socio-economiche (CSE)	»	177
3. Discussione	»	179
<b>11. La governance nei sistemi sanitari di alcune regioni europee: il progetto Benchmarking Regional Health Management II (Ben RHM II), di Benedetta Riboldi e Marco Biocca</b>	»	185
1. Introduzione	»	185
2. Le ragioni del progetto	»	186

3.	La metodologia utilizzata	»	187
3.1	Un quadro di insieme	»	187
3.2	Le fasi	»	188
3.3	La pertinenza della metodologia utilizzata	»	194
4.	I risultati: la Regione Emilia-Romagna e le altre Regioni europee	»	196
5.	Conclusioni	»	200
<b>12.</b>	<b>Sicurezza sanitaria e governance tra continuità e cambiamento: le Agenzie del farmaco in Italia, Gran Bretagna e Germania, di Paolo Crivellari</b>	»	203
1.	Introduzione: sicurezza sanitaria, agenzie e governance	»	203
2.	Le agenzie del farmaco	»	204
3.	L'agenzia britannica del farmaco (MHRA)	»	205
4.	L'agenzia tedesca del farmaco (BfArM)	»	207
5.	L'agenzia italiana del farmaco (AIFA)	»	210
6.	Conclusione	»	211
<b>13.</b>	<b>L'impazienza del paziente: liste d'attesa in sanità, di Abdallah Amara</b>	»	217
1.	Il contributo sociologico	»	218
2.	Modernità e Salute	»	220
2.1	Modernità vs Società Tradizionali	»	220
3.	L'insicurezza sociale moderna	»	221
4.	Le sfide dei sistemi sanitari	»	223
5.	Il problema: le liste d'attesa in sanità	»	224
5.1	Il contesto significativo	»	225
6.	Conclusioni, definizioni operative e proposte	»	228
6.1	Analisi "contestuale" delle liste d'attesa	»	229
6.2	Perché esistono delle liste e dei tempi d'attesa in sanità?	»	230
6.3	Proposte	»	231
	<b>Note sugli autori</b>	»	237

# *Introduzione*

di *Marco Biocca e Roberto Grilli*

Il contesto delle organizzazioni sanitarie può essere definibile come altamente “knowledge intensive”, innanzitutto per le peculiari caratteristiche degli operatori che vi operano, depositari di competenze altamente specialistiche e sofisticate, dalle quali dipende in modo oggi forse non più esclusivo, ma certamente sempre determinante, la qualità dei servizi erogati. Di più, queste competenze si esprimono in larga parte nella forma di conoscenze implicite, quindi difficilmente codificabili e trasmissibili.

Questo bagaglio di conoscenze presenti nelle organizzazioni sanitarie rappresenta un bene prezioso, indispensabile per garantire una buona qualità dei servizi, che deve essere non soltanto valorizzato e consolidato, ma anche continuamente aggiornato e sviluppato. La continua “manutenzione” di questo articolato complesso di conoscenze presenti nelle organizzazioni sanitarie è infatti resa indispensabile dalla costante dinamicità dei contesti assistenziali, sottoposti costantemente alle tensioni dovute alla introduzione di innovazioni tecnologiche ed organizzative.

La tensione alla ricerca di nuovi equilibri da parte delle organizzazioni sanitarie, in risposta a queste continue sollecitazioni, trova nello sviluppo delle competenze interne uno degli elementi di sostegno principali.

Infine, le organizzazioni sanitarie si reggono su un folto intreccio di complesse relazioni: tra le diverse componenti professionali distinte in una molteplicità di articolazioni disciplinari e specializzazioni, tra la componente clinica e la componente manageriale, tra le organizzazioni sanitarie in quanto tali e l'insieme del tessuto sociale ed istituzionale in cui sono inserite.

Come l'ormai sterminata letteratura sulla governance nelle organizzazioni sanitarie sta a dimostrare (insieme con l'esperienza concreta degli operatori), la natura di queste relazioni rappresenta un elemento determinante della capacità di una organizzazione sanitaria di perseguire efficacemente i propri obiettivi e di mantenere nel tempo un'elevata capacità innovativa.

In questo senso, analizzare gli adattamenti che si stanno realizzando nelle organizzazioni sanitarie a seguito dei cambiamenti tecnologici, organizzativi, culturali e normativi significa porre al centro della propria attenzione l'analisi della qualità e della intensità di queste relazioni, dei processi che le



sottendono e rendono possibili e di quelli che da esse sono a loro volta generati.

Questo è tanto più vero in quelle situazioni, come è il caso della regione Emilia-Romagna, caratterizzate da una parte da una spiccata attenzione al tema della governance – sia in termini di relazioni tra le diverse componenti interne alle organizzazioni sanitarie, sia in termini di relazioni tra le aziende sanitarie ed il loro contesto istituzionale di riferimento – dall'altra dalla individuazione della ricerca e della formazione come compiti istituzionali delle aziende sanitarie, in forme e modalità integrate alla funzione assistenziale, individuazione che esprime una visione delle organizzazioni sanitarie intese come ambiti di formazione e sviluppo di conoscenza. Infatti, i processi che le aziende sanitarie sono chiamate ad attivare al proprio interno per pervenire ad una piena integrazione tra ricerca, formazione ed assistenza, non sono altro, in buona sostanza che le concrete modalità attraverso le quali quelle organizzazioni alimentano e coltivano il proprio patrimonio intellettuale. Questi processi rappresentano di fatto la capacità aziendale di sostenere e valorizzare il contributo dei propri professionisti allo sviluppo delle conoscenze, di utilizzare al meglio tali conoscenze e le informazioni disponibili per indirizzare le scelte organizzative ai diversi livelli, di sostenere adeguatamente la formazione professionale.

In questo contesto, le organizzazioni sanitarie non possono più essere viste e considerate soltanto come ambiti di erogazione di servizi e prestazioni, la cui valutazione ne descrive le performance, attraverso specifici indicatori di qualità, di esito o di processo. Occorre coglierle anche come ambiti che utilizzano, producono e formano conoscenze.

Le modalità, gli strumenti e i criteri per osservare, analizzare, misurare ed interpretare questi fenomeni sono ancora assai empirici e allo stadio iniziale, ma cominciano ad essere riconoscibili e a proporsi come opportunità da sviluppare.

Questo volume raccoglie una prima serie di esperienze provenienti da situazioni anche molto distinte che hanno avuto modo di confrontarsi in occasione del Convegno “Scienze sociali e salute nel XXI secolo: nuove tendenze, vecchi dilemmi?” tenutosi a Forlì nell'aprile del 2007.

Sono riflessioni intertematiche che vanno, tuttavia, considerate con le cautele che si riservano alle esperienze sperimentali e agli assemblaggi preliminari.

Il comune denominatore dei diversi capitoli è un concetto di governance innovativo e moderno. Passa infatti dalla conoscenza e dalla valorizzazione del Capitale intellettuale (cap. 1) una gestione efficace ed evoluta di una azienda: e la determinazione di questo capitale è un elemento fondamentale nel sistema di valutazione delle performance sanitarie. Il Bilancio di missione (cap. 2) delle organizzazioni sanitarie dell'Emilia-Romagna si inserisce come strumento sistematico di rendicontazione delle molteplici attività

di una organizzazione straordinariamente complessa, ma anche influente nella vita delle comunità.

Una governance efficiente punta al miglior governo clinico possibile (cap. 3) e l'esperienza raccolta in questa pubblicazione descrive il progetto di monitoraggio delle implementazioni aziendali del governo clinico nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

Strettamente legato a una moderna concezione di organizzazione sanitaria è il concetto di rete (cap. 4): appare evidente infatti come sia imprescindibile oggi legare e coordinare tra loro esperienze, professionalità e competenze di attori sempre più spesso indispensabili nella governance di un'azienda. A farlo sono ormai manager pubblici (cap. 5) preparati per gestioni rigorose attraverso strumenti come il controllo di gestione, le attività di reporting, i budget.

Sempre più importante appare, anche alla luce di un contesto più generale di cambiamenti, la necessità di un Osservatorio sulle Innovazioni (cap. 6) che rilevi e metta in comune nuove soluzioni di gestione e nuovi strumenti. La ricerca diventa, di conseguenza, una funzione utile nelle aziende del servizio sanitario regionale e richiede azioni di supporto e promozione, come quelle realizzate attraverso il censimento effettuato in Emilia-Romagna (cap. 7). Una governance di alto livello passa inoltre dalla formazione continua delle risorse (cap. 8). È un concetto del quale le aziende stanno ormai prendendo piena coscienza: la formazione come percorso educativo che si rigenera e si consolida continuamente in un rapporto stretto tra traiettorie di apprendimento individuali ed evoluzioni dell'organizzazione. I Piani per la salute, realizzati negli scorsi anni (cap. 9), sono presentati come la cornice all'interno della quale lavorano i protagonisti dell'organizzazione sanitaria e interagiscono con altri attori sociali per il governo e la partecipazione alla comunità.

Il convegno "Scienze sociali e salute nel XXI secolo: nuove tendenze, vecchi dilemmi?" è stato anche l'occasione per includere nella discussione alcuni altri aspetti che potrebbero contribuire al quadro complessivo. L'analisi epidemiologica innanzitutto, e in questo caso l'uso di uno strumento specifico (registro tumori) per orientare le scelte attraverso lo studio sulla sopravvivenza per patologia tumorale (cap. 10). Chiudono la pubblicazione un capitolo sulla metodologia utilizzata per confrontare l'organizzazione dei sistemi sanitari in alcune regioni europee ed un capitolo sulla sicurezza sanitaria, nato dal raffronto tra le Agenzie del farmaco in Italia, Gran Bretagna e Germania.

Anche se questo volume complessivamente non consente di pervenire all'introduzione di una metodologia "pronta per l'uso", questa collezione di punti di vista e di esperimenti ha comunque il pregio di aver dischiuso le prospettive di un filone di indagine e studio che è probabilmente ineludibile, almeno alla luce delle considerazioni precedenti.

## *7. Il censimento della ricerca nelle aziende del servizio sanitario regionale*

*di Alessandro Liberati, Rossana De Palma e Donato Papini*

### **1. Introduzione**

Il tema del governo della ricerca nel Servizio sanitario nazionale è oggetto di crescente dibattito che si incentra prevalentemente su:

- quantità e qualità delle risorse da destinare a questo settore;
- valutazione dell'effettivo impatto di tali risorse sull'attività assistenziale e sull'assetto organizzativo-gestionale dei servizi;
- effettiva capacità del Servizio sanitario di attrezzarsi nei confronti dell'innovazione;
- modalità appropriate di rapporto tra Servizio sanitario ed enti/organizzazioni che hanno nella ricerca la propria mission principale.

La Regione Emilia-Romagna ha ridisegnato il proprio sistema di governance sanitaria dando avvio alla cosiddetta Terza aziendalizzazione: dopo quella dei Decreti n. 502/1992 e n. 517/1993 e quella della legge nazionale n. 229/1999, oggi sono in fase di realizzazione gli obiettivi della legge regionale n. 29/2004. Tutto questo è stato finalizzato al raggiungimento da parte di tutte le Aziende sanitarie di un'effettiva integrazione tra la tradizionale primaria funzione di assistenza con le funzioni di formazione e ricerca, il cui sviluppo è indispensabile per garantire un flusso costante di innovazione al sistema, pur nel rispetto delle differenti tipologie delle Aziende Usl, ospedaliere, ospedaliero-universitarie, Irccs, caratterizzate dal diverso grado di intensità di queste funzioni.

Per una reale integrazione è necessario agire su almeno tre versanti:

- il primo è quello operativo: intendere la ricerca come parte integrante dell'attività assistenziale significa aumentare l'efficienza con la quale si è in grado di produrre le informazioni necessarie all'offerta di un'assistenza efficace e appropriata;
- il secondo riguarda le finalità: partire dalle domande/quesiti che nascono nel contesto diretto dell'erogazione dell'assistenza vuol dire essere capaci di produrre conoscenze immediatamente trasferibili e di cui è, per