- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.146.221.52 Mon, 29 Apr 2024, 16:07:30

STUDIO OSSERVAZIONALE

La gestione in *service* del laboratorio di elettrofisiologia ed emodinamica: luci ed ombre

Giuseppe Inama[1], Marco Claus[2], Wanda S. Pinna Nossai[2], Claudio Pedrinazzi[1], Ornella Durin[1], Antonio Catanoso[1], Michele Cacucci[1], Paolo Valentini[1], Angelo Lodi Rizzini[1], Pietro Agricola[1], Giulio Romagnoli[1], Anna Maria Magarini[3], Ezio Bruni[3], Regolo Aguzzi[4], Fulvio Soccini[5], Diego Maltagliati[6]

[1]U.O. di Cardiologia, [2]Dipartimento Programmazione e Controllo Strategico, [3]Dipartimento Amministrativo, [4]Direttore Amministrativo, [5]Direttore Sanitario, [6]Direttore Generale, A.O. Ospedale Maggiore di Crema, Crema

Key words:
Catheterization laboratory; Electrophysiology; Outsourcing; Service management.

Background. **The aim of this study was to compare the economic impact and results achieved by recourse to outsourced management of the procedures carried out in the electrophysiology and catheterization laboratory of the Department of Cardiology of the Crema Hospital with the in-house setting up and operation of the same activities.**

Methods. **The comparison between the two possible options, "make" or "buy in", was made using the methodology of advanced direct costing, which provides for the allocation of only direct fixed and variable costs to clinical procedures, the subject of calculation. In addition to the financial evaluation, the quality variables showing the advantages and limitations of outsourcing in terms of organizational improvements, streamlining of the organizational structure, operational efficiency and improvement of the quality of service, were examined.**

Results. **The financial evaluation from 2002 to 2006 came out in favor of "make" as opposed to "buy in". Income derived from diagnosis-related-group payments for the more than 4000 procedures carried out was €26.239.034,96. On the basis of the economical evaluation the second contribution margin was slightly inferior with the "buy in" than with the "make" hypothesis. Specifically, it is €16.397.669,96 in the "buy in" and €16.753.579,16 in the "make" hypothesis, with a difference of €355.909,20 (-2%).**

Conclusions. **The economic advantage lies with the "make" alternative compared with "buy in", nevertheless, outsourcing offers greater operational efficiency, better cost control, setting up of the laboratory within a very short time, simplified administration (single point of contact) and an opportunity to concentrate on core business. However, there are limitations due to greater dependence on the supplier, not all the equipment provided for under the contract was used, and loss of management know-how in non-core business areas.**

(G Ital Cardiol 2008; 9 (4): 262-269)

© 2008 AIM Publishing Srl

Ricevuto il 29 agosto 2007; nuova stesura il 17 ottobre 2007; accettato il 18 ottobre 2007.

Per la corrispondenza:

Dr. Giuseppe Inama

U.O. di Cardiologia
A.O. Ospedale Maggiore
Largo U. Dossena, 2
26013 Crema (CR)
E-mail:
g.inama@hcrema.it

Introduzione

Negli ultimi 20 anni le procedure cardiologiche interventistiche, sia di elettrofisiologia che di emodinamica, hanno dimostrato la loro straordinaria efficacia e sono diventate terapie di scelta, se non addirittura l'approccio terapeutico preferenziale, in molte situazioni cliniche. Dal 2003 al 2006 le indagini coronarografiche e le angioplastiche coronariche sono aumentate in Italia del 40% (Figura 1). Anche le procedure elettrofisiologiche endocavitarie (Figura 2) sono cresciute in modo significativo dal 2000 al 2005 (+80%)[1,2]. Il conseguente progressivo allargamento delle indicazioni alle procedure interventistiche ha sollevato con urgenza il problema economico-organizzativo di dotare di moderni laboratori di elettrofisiologia e di emodinamica le unità operative di cardiologia anche di ospedali di medie dimensioni, aprendo la strada a scelte strategiche innovative quali, anche, il ricorso alla gestione in *service*.

La diffusione di questo nuovo modello gestionale di servizi sanitari si giustifica con la necessità di ricercare il giusto equilibrio tra l'erogazione di un servizio di qualità, che soddisfi le aspettative dell'utenza e l'introduzione di canoni che consentano di assicurare l'equilibrio economico e finanziario di gestione[3]. In questo contesto si inserisce la complessa problematica relativa ai processi di esternalizzazione di attività più o meno strategiche per l'azienda sanitaria tra le quali rientra la gestione in *service*[4]. Nella realtà operativa le tipologie di gestione di servizi esternalizzati possono assu-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.146.221.52 Mon, 29 Apr 2024, 16:07:30

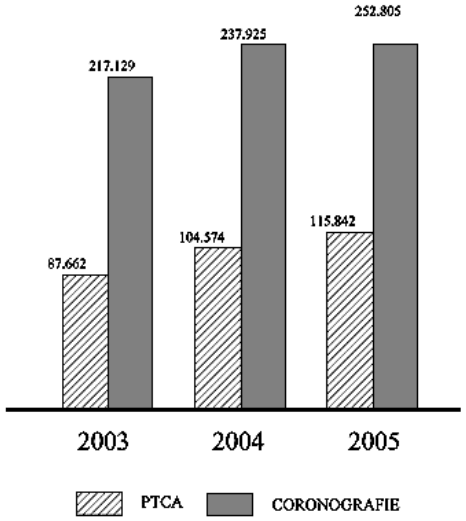

Figura 1. *Numero di procedure di angioplastica coronarica (PTCA) e coronarografia svolte in Italia dal 2003 al 2005. È evidente il trend in continuo aumento (+25%). Da De Servi[2], modificata.*

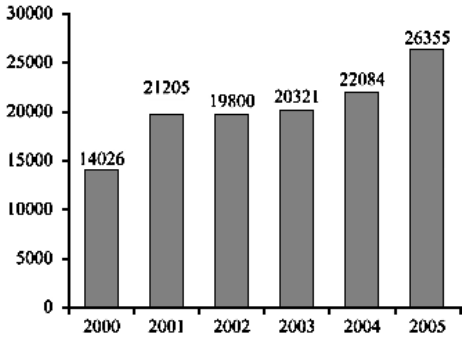

Figura 2. *Numero di procedure elettrofisiologiche endocavitarie (studi elettrofisiologici endocavitari e ablazioni transcatetere) effettuate in Italia dal 2000 al 2005. L'incremento è stato dell'80% in 6 anni. Da Inama et al.[1], modificata.*

mere diverse configurazioni secondo il soggetto proponente (società miste pubblico-privato, pubblico-pubblico, consorzi o società consortili, società private, ecc.) o della categoria di servizi offerti quali l'*outsourcing*, il *global service* e la gestione in *service*[5-9].

In ambito sanitario il ricorso alla gestione in *service* (lavori e fornitura) ha riguardato principalmente i laboratori di emodinamica con presenza attuale di 11 *service* in Lombardia, 4 in Piemonte, 4 in Veneto e 2 nel Lazio. Questo sistema gestionale risulta meno diffuso nelle regioni meridionali con 1 *service* nel Molise, 1 in Campania, 1 in Sardegna e 1 in Sicilia. La modalità di remunerazione prevista si basa sulla definizione di una procedura o processo omnicomprensivo di tutti i beni, servizi e quote di ammortamento forniti, indipendentemente dalla quantità effettivamente consumata. Coerentemente con le modalità di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, basato sulla remunerazione a prestazione (DRG) indipendentemente dalla durata, dal numero di prestazioni erogate o dai trattamenti effettuati, la gestione in *service* prevede il pagamento dei fornitori attraverso il rimborso fisso a processo, cioè indipendentemente dal consumo effettivo di risorse impiegate, stabilito anticipatamente sulla base dei consumi medi (previsti o storici) determinando la certezza della spesa in funzione delle prestazioni erogate[10,11]. Di conseguenza, la corretta determinazione del prezzo costituisce l'elemento di maggior complessità legato all'adozione e all'applicazione efficace dello strumento. Esistono tuttavia altre possibilità di retribuzione del *service* come il pagamento dei materiali consumati o la gestione di una serie di conti deposito. Tali possibilità risultano tuttavia più complesse dal punto di vista burocratico.

Sebbene il ricorso a tali forme di gestione sia sempre più diffuso tra le aziende sanitarie, gli studi pubblicati sull'argomento sono ancora limitati. Lo scopo del nostro lavoro è quello di effettuare un confronto tra l'impatto economico e le ricadute in termini di outcome del ricorso alla gestione in *service* sulle procedure effettuate nel laboratorio di elettrofisiologia ed emodinamica dell'Unità Operativa di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema rispetto alla gestione interna della stessa attività. Il lavoro intende offrire alcuni spunti di riflessione sul fenomeno verificando, attraverso l'analisi pratica del caso, se il ricorso al *service* abbia dato un valore aggiunto all'Azienda Ospedaliera in termini di miglioramento qualitativo e quantitativo dei servizi e delle prestazioni erogate e di aumento dell'efficienza gestionale e organizzativa. Attraverso la valorizzazione dei dati e il confronto dei due possibili approcci, definiti *make* (produrre all'interno dell'azienda sanitaria attraverso proprie risorse) oppure *buy* (affidare all'esterno la gestione del servizio attraverso il *service*), si vogliono individuare elementi utili di analisi e di valutazione.

Materiali e metodi

La valutazione economica oggetto di questo lavoro si basa su un'analisi comparativa tra due diverse possibili scelte di gestione, *make* o *buy*, del laboratorio di elettrofisiologia e di emodinamica dell'Unità Operativa di Cardiologia di Crema, delle quali sono stati analizzati sia i costi sia le conseguenze organizzative.

Per il conseguimento degli obiettivi dell'analisi si è proceduto attraverso:
- un'attenta e puntuale lettura del contratto di *service*;
- la raccolta di tutte le informazioni contabili;
- l'analisi dei dati economici rilevati;
- il confronto tra i costi del *service* e i costi che l'azienda avrebbe dovuto sostenere senza il ricorso al *service* stesso.

Il metodo di analisi applicato è il *direct costing* evoluto che si basa sulla sola rilevazione e classificazione dei costi diretti, ossia prevede che si attribuiscano alle procedure cliniche, oggetto di calcolo, soltanto i costi

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.146.221.52 Mon, 29 Apr 2024, 16:07:30

diretti sia variabili che fissi. In altre parole, oltre ai costi variabili, si attribuiscono alle procedure soltanto quei costi fissi sostenuti per ogni specifica procedura. Questo metodo, particolarmente adatto per decisioni di breve periodo come quelle di *make* o *buy*, è un approccio oggettivo che evita congetture per l'attribuzione ai prodotti/procedure anche di quote dei costi comuni aziendali. Queste decisioni, infatti, devono essere prese in modo strategico secondo una logica di tipo differenziale chiedendosi quali sono i costi e i ricavi che si modificherebbero in conseguenza di una determinata scelta gestionale. Di conseguenza, i costi fissi o di struttura generali non sono rilevati. Con il *direct costing* evoluto la redditività delle singole prestazioni è misurata dal secondo margine di contribuzione, i costi fissi non sono ripartiti e non sono imputati alle singole procedure, ma sono considerati come un ammontare totale che deve essere coperto dal margine complessivo.

L'obiettivo della ricerca è stato conseguito non solo analizzando gli aspetti economici, ma anche approfondendo gli aspetti prettamente qualitativi e gli outcome conseguiti con il *servic*e. In particolare sono stati analizzati gli aspetti organizzativi in termini di clima organizzativo interno, di coinvolgimento del personale, di snellimento delle procedure amministrative e gli aspetti gestionali quali la riduzione dei disservizi interni, i ritardi nell'erogazione delle prestazioni e la maggiore efficienza nella gestione delle emergenze. L'analisi quantitativa è stata effettuata attraverso interviste realizzate con la direzione strategica dell'Azienda Ospedaliera, il responsabile dell'Unità Operativa di Cardiologia, i dirigenti medici dell'Unità Operativa e gli infermieri.

Fase di realizzazione

Nel 2001 l'Azienda Ospedaliera di Crema ha stipulato un contratto di *service* della durata di 5 anni comprendente:

- la progettazione, l'esecuzione e la manutenzione delle opere edili per la realizzazione del laboratorio di elettrofisiologia ed emodinamica;
- la fornitura delle tecnologie, degli arredi e dei materiali di consumo;
- la fornitura dei presidi chirurgici monouso necessari al servizio oggetto del contratto;
- l'hardware e il software per la gestione informatizzata del laboratorio e per la gestione del magazzino all'interno dei locali dell'Azienda Ospedaliera.

Il valore complessivo del contratto al netto di IVA è pari a €6.442.587. Il contratto di *service* è strutturato in una locazione finanziaria con pagamento di un canone fisso mensile relativo alla fornitura delle apparecchiature, opere edili, manutenzione e una quota relativa ai materiali di consumo variabile in base all'attività svolta. Nel nostro lavoro l'analisi quantitativa riguardante la valorizzazione economica delle singole procedure è stata realizzata esaminando i dati dell'osservatorio regionale dei prezzi della regione Lombardia, mentre le attrezzature, i mobili e le opere edili sono stati valorizzati considerando, in accordo con l'Azienda Ospedaliera, i valori del contratto.

L'indisponibilità di alcuni dati non ha consentito di poter comparare tutti i costi riguardanti le tecnologie, le opere edili e la manutenzione comprese nel contratto di *service*, pertanto, al fine di evitare di avere una base dati disomogenea su cui effettuare l'analisi, si è preferito spostare il confronto sull'importo complessivo della locazione finanziaria.

Sono stati richiesti i preventivi dello stesso importo del contratto di *service* ad alcune società di leasing e si è analizzata la differenza esistente tra il contratto di locazione finanziaria del *service* e quello dei preventivi ottenuti. La valorizzazione è stata realizzata considerando i prezzi medi di mercato. L'analisi qualitativa è stata condotta allo scopo di evidenziare le motivazioni che hanno spinto verso questa forma di gestione, gli obiettivi che si volevano raggiungere, i cambiamenti della realtà organizzativa dell'Unità Operativa di Cardiologia in seguito a questa decisione, i miglioramenti e le criticità gestionali effettivamente riscontrati.

La rilevazione di questi dati è stata resa possibile attraverso l'utilizzo di un questionario predisposto *ad hoc* sottoposto ai vertici aziendali, al personale amministrativo e al personale medico e infermieristico dell'Unità Operativa di Cardiologia. La fase successiva ha riguardato l'analisi dei dati raccolti secondo la metodologia sopra esposta.

Risultati

Analisi economica

La valutazione economica ha evidenziato l'impatto economico della gestione in *service* nel bilancio dell'Unità Operativa di Cardiologia. Il ricavo derivante dai rimborsi DRG è stato rapportato con i costi diretti, fissi e variabili, per ciascuna procedura interventistica. La valutazione è stata realizzata esaminando i dati di attività relativi al quinquennio 2002-2006, valorizzati in base alle tariffe in corso di validità negli specifici anni nella regione Lombardia.

L'analisi è stata condotta considerando le procedure oggetto del *service* eseguite in ricoveri elettivi, ossia considerando il paziente ricoverato solo ed esclusivamente per essere sottoposto alla procedura in questione. In questo modo, infatti, è stato possibile determinare il DRG risultante che in tutti i casi, a eccezione dello studio elettrofisiologico transesofageo, è guidato dalla procedura ed è esclusivo. Nei casi di studio elettrofisiologico transesofageo, non avendo questa procedura alcun impatto sulla determinazione del DRG, si è fatto riferimento diretto alla cartella clinica dei pazienti.

Dallo studio dei dati economici relativi all'attività realizzata, è emerso che il secondo margine di contribuzione nell'ipotesi *buy* risulta più basso rispetto all'ipotesi *make*. Il secondo margine di contribuzione è nell'ipotesi *buy* pari a €16.397.669,96 mentre nell'ipotesi *make*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.146.221.52 Mon, 29 Apr 2024, 16:07:30

è di €16.753.579,16 con una differenza di €355.909,20. L'ipotesi *make* risulta dunque più conveniente (del 2%) rispetto al *buy*. Questa differenza è spiegabile da una maggiore incidenza dei costi variabili che ammontano complessivamente, nell'ipotesi *buy,* a €7.373.720,00 contro €7.789.325,80 nell'ipotesi *make*, più che compensata dal minore impatto dei costi fissi che, nel quinquennio, nell'analisi *buy* sono pari a €2.467.645,00 mentre nell'analisi *make* sono €1.696.130,00.

Analisi di attività

L'attività clinica svolta prima della gestione in *service* nel laboratorio di elettrofisiologia ed emodinamica di Crema era rappresentata da studi elettrofisiologici endocavitari, ablazioni transcatetere con radiofrequenza e limitato numero di coronarografie. La realizzazione di un moderno laboratorio con due sale ha consentito di avere un *case mix* più ricco, ma soprattutto ha contribuito ad aumentare i volumi di attività e il grado di attrattività dell'Azienda Ospedaliera.

Nell'analisi dei dati di attività è stato considerato l'andamento produttivo di tutti i 5 anni di gestione in *service*. Il risultato ottenuto mostra il prevalere delle procedure relative alle coronarografie, queste rappresentano in media il 43% dell'attività complessiva, il restante 57% è rappresentato da angioplastiche coronariche, studi elettrofisiologici endocavitari e ablazioni transcatetere con radiofrequenza.

Se si analizzano i dati disaggregati per anni e si confrontano gli anni 2002 e 2006, emerge che il 43.9% del totale dell'attività del 2002 è rappresentato dalle coronarografie, il 16.6% dalle angioplastiche coronariche, il 27.1% dagli studi elettrofisiologici endocavitari, il 12.4% dalle ablazioni transcatetere. Nel 2006 le percentuali di attività sono il 43.2% coronarografie, il 34.6% angioplastiche coronariche, il 10.2% studi elettrofisiologici endocavitari, l'1.1% studi elettrofisiologici transesofagei, l'11.0% ablazioni transcatetere. Questi dati riflettono un trend produttivo pressoché costante su tutta la durata del contratto.

La Figura 3 evidenzia come il ricorso al *service* abbia determinato un aumento della produttività. Si nota

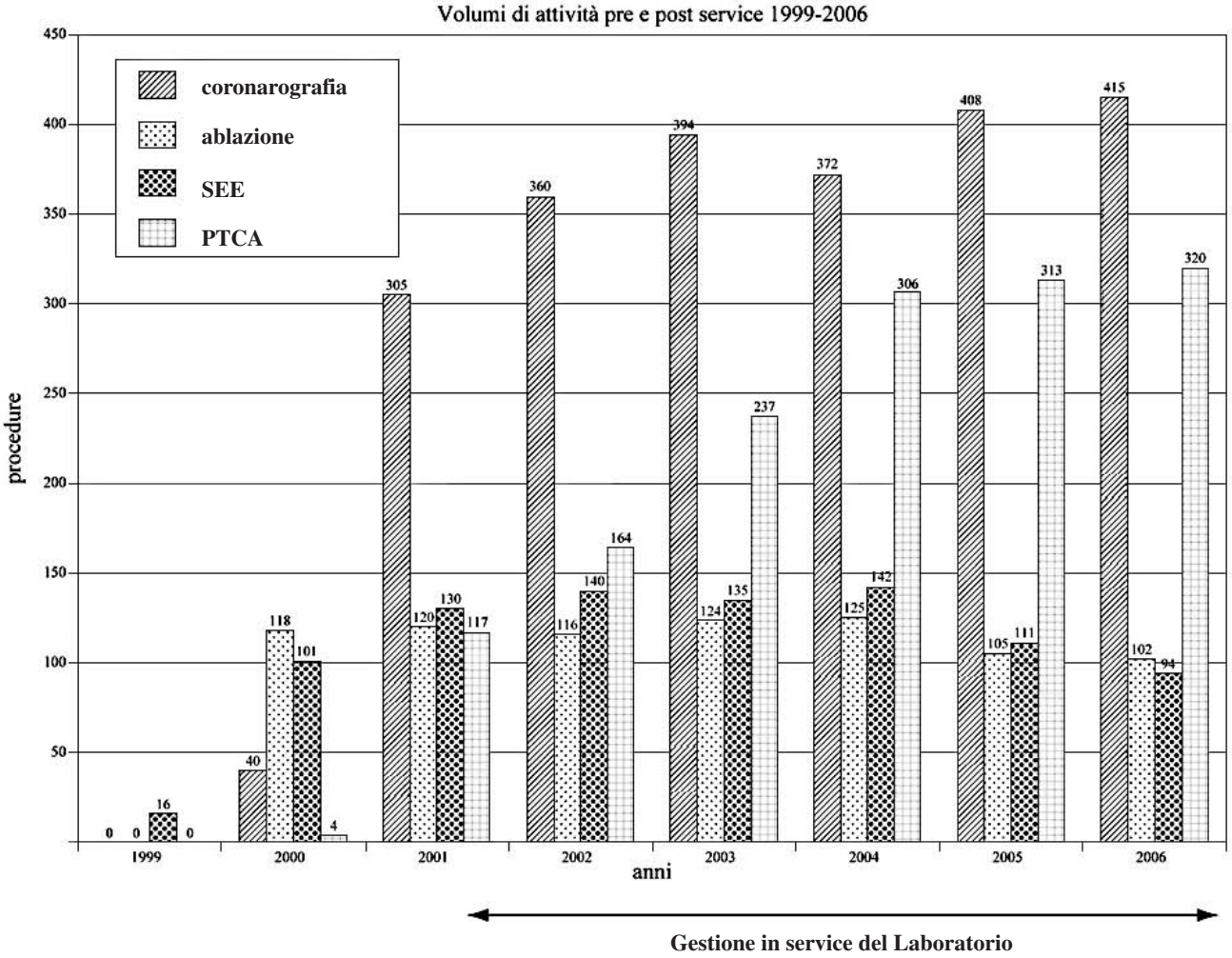

Figura 3. *Volumi di attività del laboratorio di emodinamica ed elettrofisiologia dell'A.O. Ospedale Maggiore di Crema dal 1999 al 2006. Si nota il progressivo notevole incremento dell'attività dopo l'inizio, in ottobre 2001, della gestione in service. PTCA = angioplastica coronarica; SEE = studio elettrofisiologico endocavitario.*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.146.221.52 Mon, 29 Apr 2024, 16:07:30

come negli anni *pre-service* alcune procedure non erano effettuate (coronarografie, angioplastiche coronariche e ablazioni transcatetere) o lo erano in numero ridotto rispetto alla gestione in *service*. Se analizziamo, a titolo di esempio, il numero delle coronarografie notiamo come dalle 40 procedure effettuate nel 2000 (senza *service*) si è passati, già nel 2002, a 380 (con il *service*) con un andamento sempre crescente negli anni.

Analisi quantitativa

Le motivazioni che hanno spinto l'Azienda Ospedaliera ad adottare la gestione in *service* sono riconducibili sostanzialmente alla scarsità di risorse e ai tempi ristretti per l'implementazione di nuovi servizi. Il *service*, infatti, ha permesso di poter realizzare, in tempi brevi, il laboratorio di elettrofisiologia ed emodinamica completo di strumenti tecnologicamente avanzati, consentendo di poter eseguire un numero maggiore e vario di procedure. Questo ha portato come outcome la riduzione della mobilità passiva, limitando il disagio dei pazienti che per poter eseguire esami più sofisticati dovevano recarsi verso strutture esterne (Brescia, Pavia, Milano) con costi maggiori gravanti sull'Azienda Sanitaria della provincia di Cremona.

La Figura 4 riporta i dati sulla mobilità dal 1997 al 2002 ed evidenzia la riduzione della mobilità passiva, rendendo l'Azienda Ospedaliera di Crema attrattiva e competitiva. Analizzando, ad esempio, l'andamento del DRG 112 associato agli studi elettrofisiologici endocavitari, ablazione transcatetere e angioplastica coronarica, si può osservare come dai 16 casi trattati nel 1999 in epoca *pre-service* (solo studi elettrofisiologici endocavitari) si è passati ai 420 casi trattati nel 2002 (con il *service*) con un trend crescente negli anni. Lo stesso andamento può essere evidenziato per l'emodinamica, dove si registra un incremento sostanziale dei volumi di attività negli anni 2001-2006.

Da un punto di vista gestionale il *service* ha comportato uno snellimento delle procedure amministrative dovute al fatto di avere un unico interlocutore con il quale interagire invece di più fornitori. Inoltre la gestione *just in time* del magazzino ha consentito di poter far fronte a problemi improvvisi nel reperimento del materiale di sala. Nella realizzazione dell'analisi alcune condizioni hanno parzialmente ostacolato la valorizzazione economica. La difficoltà riscontrata nel progetto ha riguardato la valorizzazione delle opere edili, delle attrezzature e la manutenzione. I motivi sono dovuti, principalmente, all'indisponibilità di alcuni dati, al fatto che i valori recuperati per le attrezzature e la manutenzione non sono confrontabili con quelli previsti nel contratto.

Per le opere edili, non essendoci un progetto preliminare di fattibilità *ex ante service*, non è stato possibile determinare un valore per effettuare il confronto. Per le attrezzature e la manutenzione i dati puri recuperati

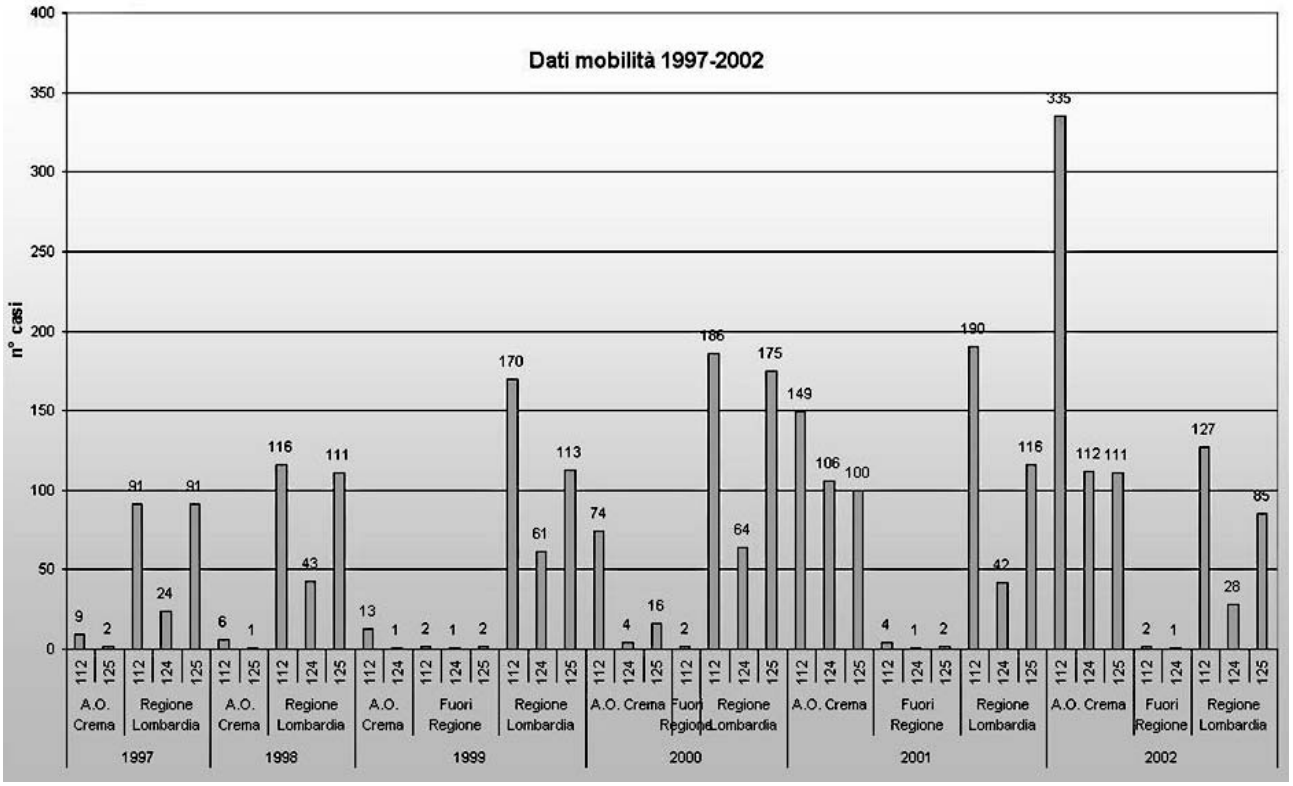

Figura 4. *Dati di mobilità dell'Unità Operativa di Cardiologia di Crema dal 1997 al 2002 con documentazione della progressiva riduzione delle fughe e aumento dell'attrattività.*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.146.221.52 Mon, 29 Apr 2024, 16:07:30

non potevano essere confrontati per fare la comparazione e quindi procedere ad un'analisi *make* o *buy*, il dato rilevato doveva essere rielaborato considerando alcuni aspetti quali le modalità e le condizioni previste nel contratto di appalto, la forza commerciale e contrattuale dei fornitori e l'obsolescenza delle attrezzature.

Il risultato di questa rielaborazione sarebbe caratterizzato da un'elevata soggettività e approssimazione ed inoltre il rischio di prendere decisioni errate diventerebbe molto alto. Pertanto la soluzione attivata, in accordo con l'Azienda Ospedaliera, è stata quella di utilizzare i valori disponibili da contratto basando l'analisi sul differenziale degli oneri della locazione finanziaria. Si è proceduto con la richiesta ad alcune società di leasing di preventivi, per un importo pari al valore delle attrezzature, opere edili e manutenzione come da contratto, incentrando l'analisi sulla differenza relativa agli oneri finanziari.

Discussione

Nella definizione di un nuovo modello organizzativo-gestionale, la scelta di quale attività realizzare internamente e quale svolgere in collaborazione o fare realizzare all'esterno rappresenta sicuramente un momento delicato e critico. Il processo decisionale in ambito sanitario non può basarsi solo ed esclusivamente su parametri economici e quindi sul risparmio di costi, ma deve tenere presente le conseguenti implicazioni strategico-organizzative e deve valutare con accuratezza le opportunità e i rischi corrispondenti a tale scelta. Pertanto, i risultati economici emersi da questa analisi, pur con i limiti ampiamente descritti in precedenza, devono essere confrontati e valutati con benefici e rischi difficilmente quantificabili e monetizzabili. Infatti, se il vantaggio economico ricade sulla scelta *make* rispetto al *buy* non si possono trascurare i notevoli vantaggi derivanti dalla gestione in *service* del laboratorio. Il ricorso al *service* ha consentito la costruzione in tempi molto brevi di un laboratorio di emodinamica e di elettrofisiologia completo di tecnologie, arredi e materiali. In una situazione di scarsità di risorse destinate agli investimenti infrastrutturali e tecnologici il ricorso a finanziamenti privati rappresenta, non tanto un nuovo strumento, ma una nuova modalità di finanziamento delle infrastrutture sanitarie per adeguare e ampliare l'offerta sanitaria e garantire livelli qualitativi elevati[12].

In termini di produttività e visibilità aziendale, inoltre, il *service* ha permesso di avere rapidamente un *case mix* più ricco, di aumentare i volumi di attività, di ridurre la mobilità passiva e di essere concorrenziali rafforzando l'immagine dell'Azienda Ospedaliera nel contesto sociale. Al contrario, la realizzazione diretta delle opere strutturali dei laboratori di emodinamica, in considerazione degli elevati costi, sarebbe stata in parte differita negli anni con conseguente rallentamento della crescita operativa del laboratorio e dell'attività.

Un altro vantaggio evidente riguarda l'estrema semplificazione del processo di rendicontazione. Infatti, la remunerazione del fornitore è basata su un rimborso fisso a prestazione comprendente tutti i beni, i servizi e le quote di ammortamento indipendentemente da quanto effettivamente consumato. Il dover interloquire con un unico gestore ha permesso un recupero di produttività ed efficienza gestionale e organizzativa, legata ad esempio allo snellimento delle procedure amministrative (riduzione del numero di fatture mensili da controllare e liquidare), alla risoluzione di problemi improvvisi, quali l'approvvigionamento dei materiali urgenti e gli interventi di manutenzione urgenti, con conseguente maggiore soddisfazione del personale medico e amministrativo[13]. Infine, la concentrazione sulle *core competencies* permette al personale medico e infermieristico di specializzarsi nel proprio ambito delegando ad altri tutto ciò che è marginale rispetto al *core business*. Le risorse liberate dall'esecuzione di compiti marginali possono essere impiegate a tempo pieno in attività che consentono il raggiungimento dei fini istituzionali con maggiore motivazione e gratificazione dei professionisti nello svolgimento delle proprie mansioni. Inoltre, le strutture murarie e tecnologiche delle due sale vengono routinariamente utilizzate anche per l'attività di elettrostimolazione provvisoria e definitiva esclusa dal contratto *service* (impianto di pacemaker, di defibrillatori e di cateteri provvisori) senza costi aggiuntivi.

Le criticità riscontrate hanno invece riguardato sostanzialmente la durata e la rigidità del contratto di *service*. Sia l'elettrofisiologia sia l'emodinamica, data la complessità delle procedure interventistiche, richiedono, oltre ad un notevole bagaglio culturale e operativo, anche l'utilizzo di materiali di consumo caratterizzati da alta tecnologia e provata affidabilità clinica. Alcuni materiali utilizzati nel primo periodo del *service* sono risultati superati nel corso del periodo e sostituiti da dispositivi tecnologicamente più avanzati. Tuttavia, se questo poteva essere considerato un limite nella fase di partenza, di fatto è stato ampiamente superato con la sostituzione dei materiali originali con quelli di più recente sviluppo. Potrebbe essere, quindi, opportuno prevedere espressamente nel contratto di *service* la fornitura di eventuali nuove tecnologie a sostituzione o ad integrazione delle precedenti, da individuare attraverso monitoraggio periodico effettuato insieme dal committente e dal fornitore.

Inoltre, va tenuto presente che non tutto il materiale inizialmente previsto per la realizzazione delle procedure viene impiegato, ma è ugualmente pagato, con dei costi aggiuntivi che l'azienda non avrebbe dovuto sostenere se avesse gestito internamente l'acquisto dei singoli materiali. Altro possibile rischio per l'organizzazione riguarda la perdita di *know-how* gestionale e la dipendenza del committente dal fornitore. Infatti, seb-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.146.221.52 Mon, 29 Apr 2024, 16:07:30

bene il ricorso al *service* comporti un aumento dell'efficienza gestionale raggiunta attraverso esternalizzazioni di attività non *core*, ma facenti parte del processo sanitario, la dipendenza del committente dal fornitore nella gestione dei processi aziendali potrà rivestire un rischio operativo-strategico importante soprattutto se si dovesse ritornare a gestire direttamente attività delegate per lunghi periodi all'esterno. Questo aspetto andrebbe considerato nel momento in cui, concluso il contratto di *service*, si dovesse decidere di riportare all'interno la gestione del servizio.

I criteri e le modalità di valutazione di questo tipo di scelte variano a seconda che ci si riferisca a servizi già operativi o servizi da attivare in tutto o in parte. È chiaro che per i servizi da attivare rispetto ai servizi già in essere, la scelta di ricorrere a esternalizzazioni risulta più semplice da affrontare in quanto non c'è niente da dismettere e il processo decisionale sarà incentrato su un'attività di *benchmark* tra diversi fornitori. La complessità di un progetto di *global management* come quello dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema presuppone numerosi adempimenti legislativi che interessano ambiti strutturali, organizzativi e tecnologici (sicurezza sul lavoro, aspetti ingegneristici, edili, impiantistici e meccanici)[14]. Il dover adempiere a tutte queste formalità di legge richiede competenze tecniche-professionali e un elevato dispendio di risorse (umane, di tempo ed economiche) che, se non ben pianificate, possono comportare inefficienze gestionali e organizzative con ricadute sulla qualità del servizio che vanno ad incidere sull'intero processo di cura unitamente ad uno spreco di risorse. Pertanto, il ricorso alla gestione in *service* trova particolare utilità nel caso di nuove realizzazioni in cui l'adempimento di tutte le formalità richiede un'*expertise* consolidata per consentire di raggiungere livelli di efficienza gestionale ed organizzativa, più difficili da ottenere con una gestione interna. Al contrario, in una realtà in cui il sistema *make* è ben consolidato ed efficiente, il vantaggio della gestione in *service* risulta trascurabile.

Un aspetto rilevante e forse poco considerato quando si parla di servizi esternalizzati è rappresentato dal rapporto tra fornitore e committente[15]. Affinché possano essere massimizzati i risultati occorre prevedere una corretta interazione fra il committente e il fornitore[4,16-18]. Prevedere una corretta interazione fra le parti e strumenti di controllo qualitativo dell'attività esternalizzata permette di poter verificare se gli obiettivi fissati sono stati raggiunti e in caso contrario capire le motivazioni che non hanno consentito il conseguimento degli stessi e apportare i giusti cambiamenti[19]. Oltre al personale preparato da un punto di vista tecnico procedurale è importante che l'Azienda Ospedaliera abbia un'adeguata struttura organizzativa in grado di garantire non solo il rispetto del contratto, ma anche di poter intervenire qualora ci siano delle sopravvenute esigenze. Il committente e il fornitore potrebbero, ad esempio, procedere alla costituzione di un comitato di gestione composto dai responsabili dei processi e dai responsabili del contratto che periodicamente si occupino di monitorare il processo ed eliminare problemi o controversie proprio in virtù del rapporto di *partnership*.

Naturalmente la fase di definizione dei requisiti rappresenta solo una parte dell'attività di monitoraggio e non è sicuramente sufficiente a determinare se il servizio abbia raggiunto o meno le aspettative. Occorre pertanto procedere ad una misurazione della definizione di servizio attraverso la predisposizione di appropriati indicatori che consentano al fornitore e al committente di poter effettuare una valutazione oggettiva del risultato raggiunto[20]. La struttura organizzativa aziendale dovrà articolarsi per avere al proprio interno personale con profili professionali in grado di interpretare e convalidare i risultati ottenuti. È evidente come il ricorso al *service* rappresenta, se sono rispettate le regole di valutazione dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione esternalizzata, uno strumento che consente di recuperare funzionalità su attività ad alto valore istituzionale in cui i costi fissi incidono notevolmente sugli equilibri economici di gestione[7,21,22].

Un'ultima riflessione riguarda il processo decisionale, solitamente di tipo *top down*, che porta a tale scelta. Le motivazioni vanno ricondotte alle finalità strategiche che questa scelta implica, generalmente i livelli operativi sono coinvolti a "giochi fatti", spesso per definire quali sono le attività che compongono l'unità da esternalizzare. È opportuno, al contrario, che questo processo si basi su una logica di tipo *bottom up*, con il coinvolgimento dei livelli operativi da parte del *top management*. Chi è direttamente a contatto con i problemi riesce a trovare soluzioni adeguate che possono portare più facilmente a una maggiore produttività e ad un effettivo risparmio sui costi[23].

In conclusione, il ricorso alla gestione in *service* rappresenta un'ottima opportunità in termini di reperimento delle risorse, tempo, energie da convogliare nell'attività *core*, al fine di realizzare quest'ultima al meglio, ma naturalmente occorre l'imprenditorialità dell'azienda ospedaliera per garantire la corretta implementazione, per monitorare il processo di attuazione e di valutazione dei risultati raggiunti per sfruttare nel modo migliore i vantaggi che possono derivare. Il modesto svantaggio economico della gestione in *service* rispetto a quella diretta in economia (2%) è compensato da un più rapido incremento della produttività, da un risparmio gestionale ed amministrativo (riduzione dei tempi, unico interlocutore, creazione e gestione del magazzino, degli ordini *just in time*), dal miglioramento del *case mix* e dalla maggiore attrattività del laboratorio di emodinamica ed elettrofisiologia. I limiti connessi alla durata lunga del contratto di *service*, che di fatto potrebbero renderlo poco elastico, possono essere superati con un programmato periodico monitoraggio sulle tecnologie impiegabili e sui materiali al fine di coniugare il progresso scientifico-tecnologico con i vincoli contrattuali.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.146.221.52 Mon, 29 Apr 2024, 16:07:30

Riassunto

Razionale. Confrontare l'impatto economico e le ricadute in termini di outcome della gestione in *service* del laboratorio di elettrofisiologia ed emodinamica dell'Unità Operativa di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera di Crema rispetto alla costruzione e gestione interna della stessa attività.

Materiali e metodi. Il confronto tra le due possibili scelte, *make* o *buy*, è stato effettuato attraverso la metodologia del *direct costing* evoluto che prevede l'attribuzione alle procedure cliniche, oggetto di calcolo, dei soli costi diretti fissi e variabili. Oltre alla valutazione economica sono state esaminate le variabili qualitative che hanno evidenziato i vantaggi e i limiti derivanti dalla gestione in *service*.

Risultati. La valutazione economica del quinquennio oggetto del *service* (2002-2006) ha mostrato una lieve prevalenza per il *make* rispetto al *buy*. Il ricavo derivante dai rimborsi DRG per le oltre 4000 procedure effettuate è risultato pari a €26.239.034,96. Dallo studio dei dati economici relativi all'attività realizzata, è emerso che il secondo margine di contribuzione nell'ipotesi *buy* risulta leggermente più basso rispetto all'ipotesi *make*. Infatti, nell'ipotesi *buy* è pari a €16.397.669,96 mentre nell'ipotesi *make* è di €16.753.579,16 con una differenza di €355.909,20 (-2%). Questa differenza si giustifica con la minore incidenza dei costi variabili e con il minore impatto dei costi fissi.

Conclusioni. Il modesto svantaggio economico della gestione in *service* rispetto a quella diretta in economia (2%) è compensato da una maggiore produttività, da un risparmio gestionale e organizzativo (riduzione dei tempi, unico interlocutore, creazione e gestione del magazzino, degli ordini *just in time*), dal miglioramento del *case mix*, dalla maggiore attrattività del laboratorio e dalla possibilità di poter utilizzare le tecnologie sanitarie delle sale anche per l'attività di elettrostimolazione definitiva, esclusa dal contratto di *service*.

Parole chiave: Elettrofisiologia; Emodinamica; Gestione in service; Outsourcing.

Bibliografia

1. Inama G, Della Bella P, Landolina M, Tritto M, Bottoni N. Attività dei laboratori di elettrofisiologia italiani nel 2005. Giornale Italiano di Aritmologia e Cardiostimolazione 2006; 9: 185-99.
2. De Servi S. Attività dei laboratori di emodinamica GISE del 2005. Giornale Italiano di Cardiologia Invasiva 2006; 2 (Suppl): 3-30.
3. Del Vecchio M. Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica. Mecosan 2003; 46: 9-24.
4. Arcari AM. L'outsourcing: una possibile modalità di organizzazione dei servizi. Economia e Management 1996; 4: 109-21.
5. Pellegrini L, Bensa G. Sperimentazioni gestionali e innovazioni gestionali in Italia: primi risultati di un'indagine conoscitiva a cura dell'ASSR. In: Anessi-Pessina E, Cantù E, eds. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002. Milano: EGEA, 2003: 302-39.
6. Ventricelli G. Outsourcing. Conviene davvero esternalizzare? Milano: Etas, 2004.
7. Pintus E. Il management dei processi di acquisto. Le scelte di innovazione sui servizi integrati. Ministero dell'Economia e delle Finanze, Collana "I quaderni dell'innovazione". Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 2001.
8. Croce D, Bellet I, Lapenna N. Il project financing e la gestione in service. In: L'innovazione tecnologica in sanità. Problemi di valutazione, finanziamento e management. Milano: Associazione Italiana di Economia Sanitaria, 2003: 1-28.
9. Bendor-Samuel P. The brave new world of outsourcing, 1998. www.outsourcing-journal.com.
10. Biffi A, Pecchiari N. Process management: aspetti definitori ed elementi costitutivi. In: Biffi A, Pecchiari N, eds. Process management e reengineering. Milano: EGEA, 1998: 19-63.
11. Croce D. Il pagamento dei fornitori attraverso il rimborso fisso a processo: la gestione in service in sanità. Sorrento: CREMS, 2005: 1-10.
12. Amatucci F, Lecci F. Le operazioni di partnership finanziaria pubblico-privato in sanità: un'analisi critica. In: Anessi Pessina E, Cantù E, eds. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006. Milano: EGEA, 2006: 689-731.
13. Albrecht K, Bradford LJ. Service management: come riconoscere e soddisfare le aspettative del cliente per ottenere un vantaggio competitivo. Milano: Franco Angeli, 1993.
14. Circolare del Ministro dei Lavori Pubblici n. 13011 del 22/11/1974. Requisiti fisico-tecnici per le costruzioni edilizie ospedaliere. Proprietà termiche, idrometriche di ventilazione e illuminazione.
15. Paruzzolo S, Villa S. Ecco perché le partnership fanno buone le cure. Il Sole 24 Ore Sanità 2005: 19-25.
16. Vetritto G. L'esternalizzazione strategica nelle amministrazioni pubbliche. Analisi e strumenti per l'innovazione. Roma: Rubbertino Editore, 2006: 6.
17. Pellegrino L. L'outsourcing degli acquisti: quali modelli strategici per le pubbliche amministrazioni. In: Modelli innovativi nei processi di acquisto delle amministrazioni pubbliche. Milano: EGEA, 2000: 149-155.
18. Roberts V. Managing strategic outsourcing in the healthcare industry. J Healthc Manag 2001; 46: 240-4.
19. Del Vecchio M. Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Milano: EGEA, 2001.
20. Brusoni M, Elefanti M, Mallarini E. La qualità nella sanità. Total quality management, accreditamento, certificazione. Milano: EGEA, 2003.
21. Young S, McNeil J. When performance fails to meet expectations: managers' objectives for outsourcing. The Economics and Labour Relations Review 2000; 11: 136-68.
22. Macinati SM. Outsourcing in sanità: successo o fallimento? Indicazioni da una ricerca empirica, 2006. Politiche Sanitarie 2006; 7: 105-21.
23. Piggot CS. Programmazione strategica in sanità. Milano: McGraw-Hill, 2002.