

### **3 Il modello di analisi**

Per confrontare esperienze molto diversificate tra loro è necessario individuare un modello concettuale di analisi all'interno del quale classificare le sperimentazioni con particolare riferimento ai nuovi soggetti giuridici adottati, nonché agli strumenti innovativi introdotti.

Tra i nuovi soggetti giuridici possiamo elencare, ad esempio, le Società miste ovvero le Fondazioni, in una forma innovativa nota con il nome di Fondazione in partecipazione.

Tra gli strumenti innovativi si possono indicare sia il project financing, nella sua espressione di partnership pubblico-privata (Public and Private Partnership - PPP adottata in U.K.), sia l'outsourcing, nella forma anche del global service.

Il modello di analisi deve basarsi non solo sulla classificazione delle sperimentazioni, ma anche sull'approfondimento delle soluzioni sperimentate allo scopo di fornire agli operatori concreti elementi di scelta tra diverse alternative possibili.

La classificazione ed il confronto delle sperimentazioni deve consentire, in definitiva, di individuare, a seconda dei casi trattati, se è meglio orientarsi verso la costituzione di una Società mista pubblico/privata, ovvero verso una fondazione di partecipazione, od ancora verso l'outsourcing nella eventuale forma del global service.

Il modello concettuale di analisi, che è stato discusso ed accettato dalla Commissione, è costruito su due livelli, quello istituzionale e quello gestionale, tra loro ben distinti da un punto di vista strategico, ma strettamente collegati da un punto di vista operativo.

Il livello istituzionale deve necessariamente sviluppare una strategia che nasca dalla "missione" del sovraordinato livello politico: la tutela del bene salute deve essere garantita al cittadino nei suoi principi fondamentali e nei valori di equità e di assistenza, indipendentemente da chi effettivamente eroghi il servizio.

Il livello istituzionale è pertanto chiamato a garantire che la gestione quotidiana dell'assistenza erogata sia assolutamente compatibile con tale "missione" e non contravenga, in alcun modo, ai principi fondamentali dell'assistenza.

La logica in cui deve operare il livello istituzionale è, pertanto, fortemente garantista nei riguardi dei cittadini e dei politici.

A tale logica garantista tipica del sistema pubblico, si associano peraltro vincoli gestionali elevati altrettanto tipici di questo mondo.

Le sperimentazioni delle alternative sopra descritte hanno proprio l'obiettivo di verificare quale sia la modalità, di volta in volta, più adatta a superare i vincoli gestionali senza ledere i vincoli istituzionali.

Per consentire questa analisi è allora necessario che nel modello venga introdotta una seconda dimensione, quella dell'attività svolta che dovrà essere distinta in attività "core" ed attività "no core".

Si considerano attività "core" quelle attività che sono determinanti per conseguire il buon risultato atteso dal paziente relativamente all'erogazione del servizio di assistenza sociale e sanitaria da lui richiesto.

Esse sono generalmente, ma non necessariamente, le attività rivolte alla cura od all'assistenza del paziente da parte degli operatori sanitari, medici od infermieri.

Sono classificate come attività "no core" tutte quelle che sono necessarie per il buon funzionamento delle attività "core".

In questa categoria vengono generalmente elencati non solo i servizi di lavanderia, pulizia, mensa, ristorazione, sterilizzazione, manutenzione impianti ed apparecchiature medicali, ma anche le attività amministrative, di provveditorato, di economato, di controllo di gestione.

Le tipologie delle attività "no core" stanno crescendo nel tempo man mano che vengono sperimentate soluzioni di successo grazie all'aumento di competenze degli operatori privati, che stanno adattando al settore pubblico le esperienze prevalentemente sperimentate nel mondo privato ed alla crescente sensibilità in tal senso del mondo pubblico.

Pertanto la suddivisione tra attività "core" e "no core" sta evolvendo nel tempo, con alcuni paesi che fanno da battistrada in tal senso.

Stanno, in particolare, aumentando le esperienze di outsourcing del servizio di analisi di laboratorio, da parte di ospedali pubblici, ovvero di quello radiologico, anche realizzato collocando su mezzi mobili alcune tecnologie di avanguardia (TAC, RM).

Anche la gestione del blocco operatorio può essere assegnata all'esterno, con la fornitura dei materiali necessari, ferri chirurgici inclusi.

La logistica è un altro settore di grande importanza: nelle strutture sanitarie vi è un grande numero di spostamenti di materiale sanitario, farmaci ed anche pazienti.

Esistono nel mondo società capaci di ottimizzare tali flussi, migliorando l'efficienza dell'intero processo produttivo ospedaliero.

Analogo ragionamento vale per le informazioni, che sono la struttura portante del processo diagnostico-terapeutico e che possono essere gestite con sistemi informativi in outsourcing.

La decisione che deve essere presa è, pertanto: questa attività se rinviata al livello gestionale con la formula considerata più adatta, rischia di inficiare la "missione" che il livello istituzionale deve garantire ai cittadini?

Se la risposta fosse negativa ci si dovrebbe aspettare il coinvolgimento del privato nell'espletamento di tali attività, grazie alla maggiore competitività generalmente presente in tale mondo ed alla assenza di quei vincoli che limitano l'operatività del mondo pubblico.

Se la prima criticità è quella di individuare quali attività siano "core" e quali "no core", la seconda è quella di sperimentare quale sia la corretta modalità di assegnazione al privato delle attività "no core", mettendo a punto i più adatti meccanismi di garanzia verso il sistema pubblico così che il livello gestionale non si distacchi dalla "missione" dettata dal livello istituzionale, adottando comportamenti non coerenti con degli obiettivi di equità e qualità concordati.