



CARDIOCENTROTICINO

Bilancio sociale 2011

Nota

Il presente documento è una sintesi della Tesi di Master in Banking and Finance di Cecilia Aquila *Logiche e sistemi di rendicontazione per l'analisi strategica e la valutazione dell'impatto socio-economico della Fondazione Cardiocentro Ticino*, Relatore Prof. Marco Meneguzzo, Correlatore Prof. Orlando Nasetti, Università della Svizzera italiana, Lugano, Facoltà di Scienze Economiche, A.A. 2011-2012. Il lavoro di sintesi è stato effettuato da Cristina Largader, Vicedirettrice amministrativa, Fondazione Cardiocentro Ticino.

Impressum

© 2012 FCCT – FONDAZIONE CARDIOCENTRO TICINO

FCCT – FONDAZIONE CARDIOCENTRO TICINO

VIA TESSERETE 48

CH – 6900 LUGANO

SWITZERLAND

T. +41 (0) 91 805 31 15

F. +41 (0) 91 805 32 13

WWW.CARDIOCENTRO.ORG

INDICE

PREMESSA METODOLOGICA	5
PARTE PRIMA: L'IDENTITÀ AZIENDALE	7
L'assetto istituzionale e organizzativo	7
La storia	7
Le scelte strategiche	9
PARTE SECONDA: IL VALORE AGGIUNTO	15
Il profilo economico-finanziario	15
Creazione e ripartizione del valore aggiunto	15
PARTE TERZA: LA RELAZIONE CON L'AMBIENTE SOCIALE	21
Dal sistema sanitario allargato alla mappatura degli stakeholder	21
Le reti nei sistemi sanitari come fonti di nuove sinergie	23
Gli stakeholder chiave del Cardiocentro	24
Stakeholder istituzionali. Strategie di networking fra Cardiocentro ed EOC	24
Stakeholder istituzionali. La collaborazione fra Cardiocentro e Clinica Luganese SA, dalle economie di scala alle economie di conoscenza e apprendimento	26
Stakeholder istituzionali. La partnership fra il Cardiocentro, la FCTSA e la Croce Verde, le "strategie orizzontali" in chiave medica	26
Stakeholder istituzionali. Scuole e università	27
Stakeholder istituzionali. Le sinergie con la SUPSI e la nascita del Cardiocentro Cluster for Life Sciences	29
Stakeholder istituzionali. I media, stakeholder pericolosi?	30
Stakeholder sociali. I pazienti	31
Stakeholder sociali. Il personale	36
Stakeholder nell'approvvigionamento: i fornitori di beni e servizi	37
CONCLUSIONI	41
BIBLIOGRAFIA	43

PREMESSA METODOLOGICA

Negli ultimi dieci anni le aziende pubbliche e private, come anche la pubblica amministrazione, hanno compreso l'importanza del render conto ai cittadini del proprio operato, così che essi siano consapevoli del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse.

Se nel settore for profit si è diffuso il concetto di responsabilità sociale d'impresa (*Corporate Social Responsibility*), nel settore non profit e pubblico si risponde all'esigenza di migliorare l'informativa all'utenza mettendo a disposizione non solo i risultati della gestione operativa, ma anche le informazioni necessarie a comprendere il modo in cui si sono conseguiti i risultati.

Il bilancio sociale è appunto uno strumento di *accountability*¹, ovvero di rendicontazione delle responsabilità, dei comportamenti e dei risultati sociali, ambientali ed economici delle attività svolte. Attraverso il bilancio sociale si realizza un'informativa completa a tutti i portatori di interesse (*stakeholders*²) fornendo a questi gli elementi per poter esprimere un giudizio su come l'amministrazione interpreta e realizza la sua missione istituzionale e il suo mandato.³ Raccontare i fatti, intesi come risultati ottenuti con parole più che con cifre a destinatari assolutamente eterogenei significa predisporre una rendicontazione sociale che non si sostituisce a quella economica, ma che si affianca ad essa migliorandone la comprensibilità.

In un ambiente in continua evoluzione come quello della sanità, caratterizzato da elementi non

sempre percepibili ad una prima analisi, il bilancio sociale rappresenta quindi uno strumento di comunicazione di sicuro valore. Resta tuttavia un documento volontario, per la cui redazione non esistono prescrizioni di legge, ma da anni si susseguono – nella letteratura specializzata e nella prassi aziendale – diverse e non sempre univoche linee guida.

Il bilancio sociale del Cardiocentro si struttura seguendo i più accreditati modelli di rendicontazione sociale proposti a livello internazionale, articolandosi sui seguenti temi e contenuti:

1. IDENTITÀ AZIENDALE – la prima parte del documento fornisce un profilo dell'organizzazione esplicitando visione, missione e valori guida che sottendono alle scelte gestionali e strategiche;
2. VALORE AGGIUNTO – la seconda parte offre diverse rappresentazioni della ricchezza prodotta, con particolare riferimento agli interlocutori che partecipano alla sua distribuzione;
3. RELAZIONE SOCIALE – infine nella terza parte del documento si descrivono in modo qualitativo e quantitativo i flussi di scambio tra l'azienda ed i principali stakeholder: gli utenti, i collaboratori, i finanziatori, diversi attori istituzionali, i fornitori, gli organi superiori di regolazione.

Il Cardiocentro, nell'ambito del suo impegno nella formazione e della sua ricerca di partnerships con scuole e università, ha scelto di affidare alla tesi di laurea di una studentessa universitaria la stesura del bilancio sociale. Il percorso intrapreso ha consentito di approfondire i diversi sistemi di rendicontazione sociale presenti oggi nella dottrina aziendale (cosa non sempre possibile se devono essere rispettati i tempi e i preventivi di un mandato a una società di consulenza) e di inquadrare l'analisi nei più recenti framework

1 "L'*accountability* assicura che le azioni e le decisioni prese da parte dei funzionari pubblici siano soggette a controllo in modo da garantire che le iniziative intraprese dal governo permettano il raggiungimento degli obiettivi dichiarati e rispondano alle esigenze della comunità di riferimento", World Bank Institute, 2005. *Social Accountability in the Public Sector*. Washington DC: WBI Working Paper No. 33641.

2 Per definire gli stakeholder si è soliti prendere a prestito l'enunciazione di Freeman (1984), secondo la quale si individua uno stakeholder in "ogni gruppo o individuo che può influenzare o essere influenzato dal perseguimento degli obiettivi dell'organizzazione".

3 Cfr. Meneguzzo, et al., 2007.

teorici di riferimento. Il lavoro di tesi si è concretizzato in un'analisi qualitativa e quantitativa dell'impatto della clinica sul proprio territorio secondo una prospettiva economico-sociale, ossia secondo quelle che sono le dimensioni della *Corporate Social Responsibility*. In seguito la direzione del Cardiocentro ha ritenuto di fare proprio questo lavoro, adattandolo per una pubblicazione rivolta non a una ristretta cerchia di specialisti, ma a chiunque sia interessato a conoscere meglio la clinica e la sua importanza per il sistema sanitario e il territorio ticinesi.

PARTE PRIMA: L'IDENTITÀ AZIENDALE

L'assetto istituzionale e organizzativo

Il Cardiocentro Ticino (CCT) è oggi uno tra i più importanti centri svizzeri del cuore, una clinica moderna e di alta specializzazione, in grado di reggere il confronto con le strutture internazionali più prestigiose e qualificate.

Gestito da una fondazione privata, ma integrato nel servizio sanitario cantonale, il Cardiocentro Ticino è una struttura all'avanguardia nelle specializzazioni di cardiologia, cardiocirurgia e cardiomanegesia. È un ospedale acuto, cioè garantisce cure di primissimo intervento, ma dispone anche di un efficiente servizio di Day Hospital e di diversi servizi ambulatoriali diagnostici, medici e di riabilitazione.

La Fondazione Cardiocentro Ticino (FCCT) non ha scopo di lucro ed è stata espressamente concepita per fini di pubblica utilità, in particolare a favore dei pazienti ticinesi. Nonostante la natura privata del Cardiocentro, la sua vocazione autenticamente pubblica è testimoniata dal contatto anche fisico con l'adiacente Ospedale Civico di Lugano e soprattutto dal rapporto privilegiato che l'ospedale mantiene con la popolazione ticinese.

La gestione della fondazione è stata affidata al Consiglio di Fondazione, costituito da un gruppo di professionisti operanti in campo medico, giuridico ed economico, particolarmente vicini alla città di Lugano ed al Ticino.

La direzione operativa del Cardiocentro Ticino è affidata dal Consiglio di Fondazione alla Direzione Generale, suddivisa tra Direzione Amministrativa e Direzione Medica.

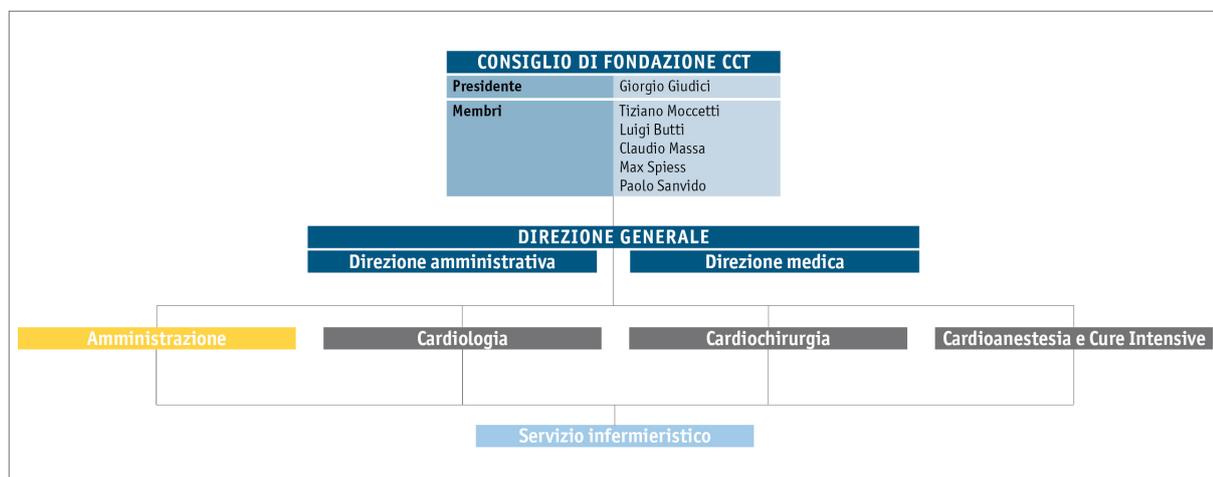
La crescita della struttura è stata costante: nel corso degli anni è aumentato il numero dei pazienti trattati (negli ultimi tre anni intorno ai 3'000 casi di degenti all'anno), sono cresciute le giornate di cura, è aumentato il personale, che oggi supera le 250 unità.

La FCCT ha una durata di 25 anni e al termine di questo periodo, come previsto dal suo statuto, la fondazione verrà sciolta e tutto il suo patrimonio verrà devoluto all'EOC (Ente Ospedaliero Cantonale).

La storia

La vicenda del Cardiocentro Ticino, felicemente concretizzatasi il 1° luglio 1999 con il pieno avvio delle attività, ha origine nel 1995 a seguito della generosa donazione – da parte del medico tedesco Dr. Eduard Zwick – di un fondo espressamente destinato alla realizzazione di un centro di cardiologia e cardiocirurgia in Ticino.

In effetti, per la cura delle cardiopatie gravi era attivo nel Cantone sin dal 1965 un servizio di cardiologia invasiva presso l'Ospedale Cantonale di Lugano, e tuttavia la necessità di rivolgersi oltre Gottardo per gli interventi di cardiocirurgia era



una grave lacuna del sistema sanitario cantonale, oltre a rappresentare una pesante voce di spesa a carico dell'ente pubblico e un disagio non indifferente per i pazienti e i loro familiari.

Al preciso scopo di colmare tale lacuna, il 22 dicembre 1995 si è costituita la Fondazione Cardiocentro Ticino, che in meno di tre anni è riuscita a portare a termine l'opera di costruzione della clinica e a dotarla delle attrezzature più all'avanguardia.

Questa iniziativa privata del 1995 è stata immediatamente appoggiata da tutte le parti interessate ed in particolare:

1. dall'EOC con la concessione a favore della FCCT di un diritto di superficie che ha permesso l'edificazione del Cardiocentro a fianco dell'Ospedale Regionale di Lugano (ORL) e la concessione di una privativa per i servizi di cardiologia e di cardiocirurgia;
2. dal Consiglio di Stato del Cantone Ticino che ha previsto l'inserimento del Cardiocentro nella lista ospedaliera cantonale del dicembre 1997 con 20 posti letto (10 di cardiocirurgia e 10 di cardiologia, questi ultimi trasferiti però dall'ORL);
3. dall'allora Federazione Svizzera degli Assicuratori Malattia (FTAM, ora Santésuisse), la quale aveva dichiarato la propria completa disponibilità a collaborare con la FCCT per la conclusione di una convenzione tariffale ai sensi della LAMal.

Ciononostante nel corso dei suoi primi anni di vita la FCCT ha dovuto confrontarsi con importanti problematiche legate alla pianificazione ospedaliera e alla determinazione delle tariffe applicabili per i pazienti.

Gli assicuratori malattia all'inizio del 1998 hanno impugnato la lista ospedaliera cantonale del dicembre 1997, che è rimasta così sospesa fino alla sentenza del Consiglio Federale del 3 maggio 2000: questo per il Cardiocentro significava svolgere la propria attività senza poter fatturare le proprie prestazioni. Di fronte a questa situazione gli assicuratori malattia, normalmente chiamati a coprire il 100% dei costi del Cardiocentro – istituto privato non sussidiato – hanno condizionato i loro pagamenti al fatto che il Cantone partecipasse alla copertura dei costi nella misura minima del 50%. La FCCT si è quindi vista costretta nel 1999 a

chiedere al Cantone un sussidio straordinario temporaneo per un anno; quest'ultimo, concesso nel novembre 1999, è stato calcolato in modo da non causare al Cantone nessun costo supplementare, facendo cioè riferimento alla spesa normalmente sostenuta dal Cantone per il servizio di Cardiologia interventistica dell'ORL e alla spesa per i ricoveri fuori Cantone per patologie cardiologiche. La questione si è risolta con la sentenza del Consiglio Federale del 3 maggio 2000, con cui venivano respinte le motivazioni della FTAM, ma dopo il primo anno di attività, decaduto il sussidio da parte del Cantone, gli assicuratori malattia hanno rifiutato di concludere una convenzione tariffale con la FCCT, sostenendo che il Cantone avrebbe dovuto continuare a coprire il 50% dei costi. Per poter fatturare le cure fornite ai propri pazienti, dal 1° luglio 2000 in poi il Cardiocentro è stato costretto a richiedere al Consiglio di Stato la fissazione d'ufficio delle tariffe. La questione si è conclusa il 18 dicembre 2002 con la sentenza del Consiglio Federale, che "ha deciso in merito alla controversia sulle tariffe applicabili nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per degenze presso il Cardiocentro a Lugano. Da un canto ha parzialmente accolto il ricorso del Cardiocentro che chiedeva tariffe più elevate e, dall'altra, ha respinto quello degli assicuratori malattia che chiedevano il dimezzamento delle tariffe".⁴

Nei dodici mesi successivi alla sentenza del Consiglio Federale gli uffici amministrativi del Cardiocentro sono stati impegnati ad incassare dagli assicuratori malattia la quota retroattivamente a loro carico del 50% delle prestazioni erogate dal Cardiocentro nel periodo 1 luglio 2000 – 18 dicembre 2002; questi importi, in attesa della risoluzione finale, erano stati infatti finanziati dal Cantone; l'intera somma è stata riversata dalla FCCT nelle casse cantonali a distanza di un anno esatto dalla sentenza. Il raggiungimento di questo obiettivo in tempi relativamente stretti ha avuto per il CCT un prezzo altissimo, quantificabile in diversi milioni di franchi: Santésuisse ha infatti preteso pesanti sconti sulla fattura finale del Cardiocentro, in cambio della concessione del sistema del "terzo pagante"⁵.

⁴ Cfr. il comunicato stampa: Confederazione – "Fissate le tariffe del Cardiocentro", 20 dicembre 2002.

⁵ Con il sistema del "terzo pagante" il debitore diretto dell'ospeda-

Sono seguiti a queste vicende alcuni anni di difficili trattative tariffali, ma di relativa stabilità, mentre oggi l'attenzione è concentrata sulla nuova LA-Mal e la nuova LCAMal, che entreranno in vigore dal 2012 e avranno per il settore privato un forte impatto: se da un lato i Cantoni finanzieranno il 55% della assicurazione di base, dall'altro le assicurazioni complementari rimarranno totalmente a carico delle casse malati; contemporaneamente cambierà il sistema di fatturazione ed entrerà in vigore lo SwissDRG. Grandi sono le preoccupazioni e i costi legati a questo cambiamento, i cui effetti non sono al momento completamente prevedibili.

Le scelte strategiche

Nel corso dell'anno 2007 il Consiglio di Fondazione del Cardiocentro ha intrapreso un importante progetto di revisione del proprio piano strategico. Questo lavoro ha condotto ad una ridefinizione del quadro dei compiti assegnati e alla stesura di un piano di implementazione di nuove strategie, sfruttando *know how* ed *asset* – materiali e immateriali – già esistenti e soppesando i punti di forza e di debolezza della clinica.

L'intero processo di formulazione strategica è stato caratterizzato dalla collaborazione fra Consiglio di Fondazione, Direzione e corpo medico; è stata dedicata particolare attenzione all'analisi dell'ambiente esterno e dell'ambiente interno per arrivare infine alla formulazione delle strategie e alla stesura di un programma formale con tempi, obiettivi e responsabilità in un vero e proprio piano strategico, denominato "Calendario di implementazione strategica".

Visione, missione, valori

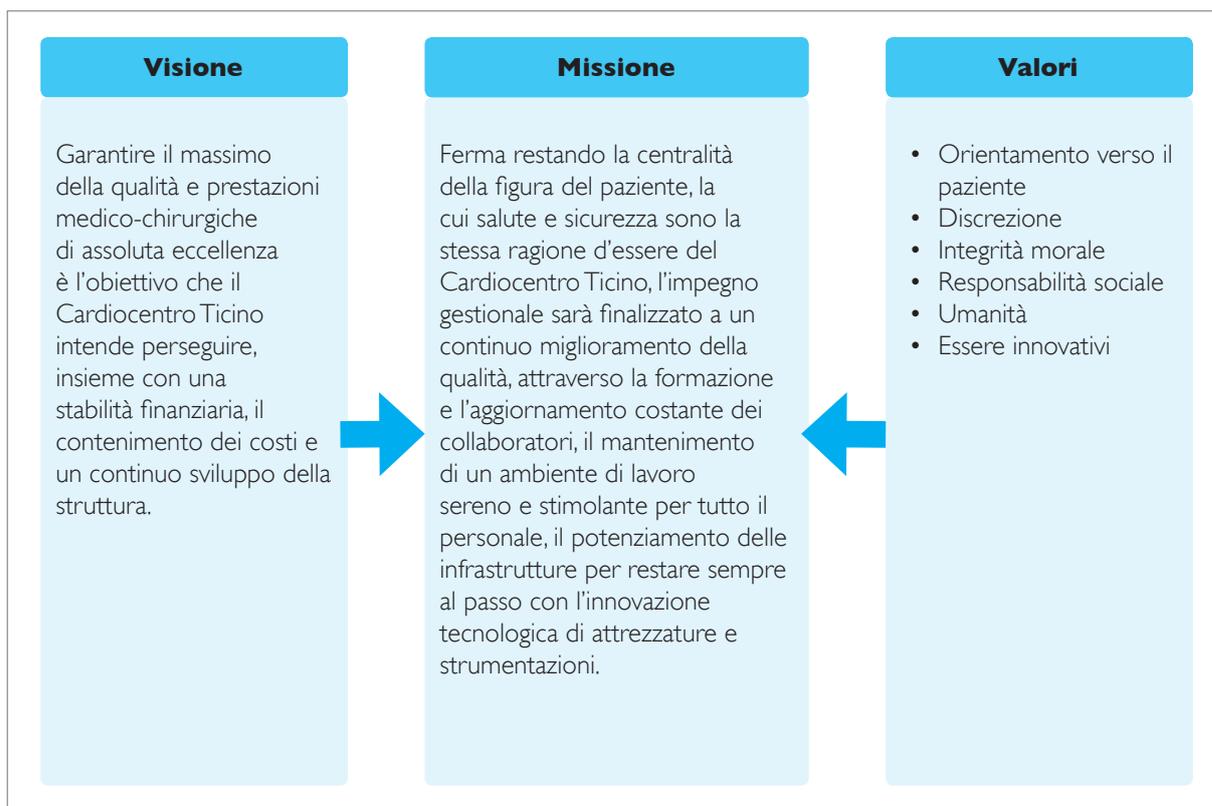
Il primo passo dell'ambizioso progetto del Cardiocentro è stato quello di verificare, con un esame interno, se gli enunciati raccolti nella missione e nella visione iscritti nell'atto di costituzione del 1999 e rimasti da allora invariati, fossero ancora attuali e soprattutto compatibili con la struttura attuale e con gli obiettivi futuri del Cardiocentro. La risposta ottenuta grazie anche alla consultazione con primari e capi servizio (vice primari) è subito risultata chiara: visione, missione e valori originari (riportati alla pagina seguente) sono ancora attuali, ma necessitano di alcuni aggiornamenti.

La proposta – in seguito sottoposta ed approvata



Figura 1 Sviluppo del piano strategico

le è l'assicuratore, è l'assicuratore cioè che paga la fattura del fornitore di prestazione. Diversamente, con il sistema del "terzo garante" il debitore diretto è il paziente, l'ammalato.



dal Consiglio di Fondazione della clinica – scaturita da questo lavoro è la seguente:

Visione⁶: Diventare il leader nell'offerta di prestazioni cardiologiche e chirurgiche e nella ricerca scientifica in Cantone Ticino, nell'osservanza di un corretto equilibrio economico finanziario che sostenga la crescita della struttura.

Missione⁷: Offrire ai pazienti e alla comunità sociale ticinese una vasta gamma di servizi terapeutici e di ricerca scientifica di eccellente qualità. Tale obiettivo potrà essere raggiunto ponendo la salute e la sicurezza del paziente al centro dell'operato del CCT, favorendo l'aggiornamento costante dei collaboratori e mantenendo un ambiente di lavoro sereno e stimolante. Le infrastrutture e le strumentazioni impiegate terranno

il passo dell'evoluzione tecnologica garantendo un'offerta di servizi supportati dalle più moderne tecnologie.

Valori⁸: Orientamento verso il paziente, Discrezione, Integrità morale, Responsabilità sociale, Umanità, Essere innovativi. Tutti i pazienti urgenti devono essere ammessi, a prescindere dai disagi organizzativi che questo può comportare.

L'analisi SWOT

L'identificazione dei punti di forza e di debolezza presenti nell'ambiente esterno e all'interno della struttura (analisi SWOT⁹) è stata effettuata coinvolgendo i collaboratori dei singoli servizi medici ed è servita per indirizzare le visioni, le opinioni,

6 La *visione* comprende le direzioni di lungo termine che ispirano il cammino aziendale ed è l'elemento chiave per capire quali sono le aspirazioni fondamentali e la ragion d'essere dell'organizzazione. Attraverso di essa l'organizzazione traccia un quadro del futuro che chiarisce le linee guida dell'organizzazione e aiuta i singoli individui a comprendere perché e come devono sostenere la stessa.

7 La *missione* indica, nel linguaggio manageriale, l'opportunità di business che un'impresa individua nell'ambito dei bisogni dei clienti, dei prodotti e dei vantaggi competitivi. Il concetto di missione aziendale è molto usato in quanto costituisce una parte importante della base ideologica di un'organizzazione (Cynthia, Tennis, & Robe, 1995).

8 I *valori* sono la base della visione, sono l'essenza della filosofia di un'azienda per il raggiungimento del successo. Il dizionario Webster definisce il valore "modello di principio o qualità considerati intrinsecamente validi o desiderabili".

9 "L'analisi S.W.O.T. permette a quanti la realizzano di individuare i propri punti di forza (*Strength*) per utilizzarli e spenderli, superare le proprie debolezze (*Weakness*), cogliere le opportunità (*Opportunities*) e difendersi dalle minacce (*Threats*). L'analisi S.W.O.T. serve dunque a porsi quelle domande che vi aiuteranno a decidere se la vostra impresa e il vostro prodotto/servizio saranno in grado di corrispondere ai vostri piani e quali saranno i vincoli. Nella più moderna denominazione le minacce (*Threats*) diventano sfide (*Challenges*)" (Bryson, 2004).

le analisi e le proposte espresse da questa pluralità di soggetti su un tema comune: le prospettive di sviluppo a lungo termine delle singole specialità. Questo progetto si è sviluppato nella forma di una profonda riflessione sul futuro delle attività del Cardiocentro Ticino, avendo però sempre presenti:

1. le caratteristiche funzionali del CCT, ricavabili – sul lato della domanda – dall’analisi dei bisogni di salute della popolazione e della domanda di servizi sanitari e – sul lato dell’offerta – dall’analisi delle performance del CCT (attuali e tendenziali);
2. la consapevolezza che queste indicazioni sarebbero state formulate dal corpo medico e dall’amministrazione anche sulla base di importanti fattori soggettivi, come per esempio la capacità di sapere leggere la realtà delle altre aziende sanitarie pubbliche e private presenti sul territorio come opportunità o come minacce per lo sviluppo del Cardiocentro.

Così i punti di forza (*Strengths*)¹⁰ e di debolezza (*Weaknesses*)¹¹ sono stati messi in evidenza con riferimento soprattutto ai meccanismi di funzionamento interni al CCT; le opportunità (*Opportunities*)¹² e le minacce (*Threats*)¹³ con riferimento ai fattori esterni al CCT.

In sintesi, è stato chiesto ai vari servizi di chinarsi sulle capacità per le quali si pensava che il CCT avesse una posizione di relativo vantaggio e che rappresentassero un fattore di successo nel settore specifico. Dall’altro lato, è stato chiesto di individuare le debolezze che impedivano di costruire vantaggi competitivi o sostenerli a lungo nel tempo.

I risultati finali della diagnosi esterna SWOT hanno evidenziato come possibili **minacce** – fra le altre – i mutamenti a livello legislativo e la perdita di personale a favore della concorrenza¹⁴. Si sottolinea, inoltre, come già nel 2007 si evidenziavano

¹⁰ *Strengths*: sono quelle abilità presenti all’interno del CCT che gli danno un vantaggio competitivo.

¹¹ *Weaknesses*: sono quelle situazioni negative che rendono comparativamente debole il CCT rispetto ai concorrenti.

¹² *Opportunities*: sono gli sviluppi esterni previsti che, se adeguatamente sfruttati, possono migliorare la posizione futura del CCT azienda/ospedale.

¹³ *Threats*: sono gli sviluppi esterni previsti che potrebbero danneggiare il CCT e che quindi occorre affrontare in modo consapevole.

¹⁴ Si rimanda qui a quanto esposto nell’analisi degli stakeholder, cfr. Parte terza.

come **opportunità** (oltre ovviamente alla significativa domanda di cure cardiologiche):

1. le diverse possibili forme di networking con altre realtà sanitarie locali. Fra tutte le opportunità di collaborazione individuate nel 2007, alcuni progetti sono stati nel frattempo realizzati con successo¹⁵, mentre altri interessanti progetti rimangono per il momento nel cassetto (fra tutti il più importante è senza dubbio quello dello sviluppo di una piattaforma di chirurgia vascolare che unisca le peculiarità e le competenze dei reparti di chirurgia e anestesia/cure intensive dell’EOC e del CCT, allo scopo di offrire un servizio unico di eccellenza al paziente ticinese);
2. le collaborazioni con centri universitari nazionali e internazionali¹⁶;
3. il continuo sviluppo nel campo della ricerca e della tecnologia.

Fra i **punti di forza** emersi dalla analisi SWOT ricordiamo:

1. Presenza di personale altamente qualificato¹⁷. Il Cardiocentro Ticino può contare su personale altamente qualificato che vanta esperienza ed elasticità. L’attività clinica del CCT è in ragione del 57% legata alle urgenze, che per natura non possono essere pianificate. Per affrontare al meglio questa attività è fondamentale disporre di personale con queste specifiche caratteristiche. La capacità di trattenerne ed attrarre talenti è possibile grazie ad una serie di strutture altamente qualificate sia nell’ambito diagnostico sia in quello di cura, che pongono il CCT in una posizione di forza a livello regionale, nazionale e internazionale.
2. Utilizzo di tecnologie di ultimissima generazione. Da sempre è stata data importanza allo sviluppo del *know-how* in tecnologie avanzate quali: la Cardio CT Multislice (in grado di riprodurre immagini submillimetriche del miocardio e di rielaborarle in 3D), la nuova MRI, gli angiografici di ultima generazione (che offrono il supporto più efficiente negli interventi di angioplastica coronarica e di risincroniz-

¹⁵ Cfr. alla Parte terza l’analisi degli stakeholder istituzionali.

¹⁶ Il CCT nel frattempo è diventato istituto associato all’Università di Zurigo.

¹⁷ Cfr. pp. 36-37 “Stakeholder sociali. Il personale” e figura 17 “Titoli di studio dei collaboratori del Cardiocentro al 31.12.2010”.

zazione cardiaca, con posa di pacemaker e defibrillatori bi e tricamerale), le procedure di assoluta avanguardia nel campo della cardiocirurgia (come l'approccio valvolare mini-invasivo ed endoscopico, gli interventi coronarici "off-pump" a cuore battente e le risoluzioni degli aneurismi aortici con la tecnica endovascolare), la *Fast-track procedure* (per la riduzione dei tempi di degenza e pieno recupero post-operatorio grazie alla tecnica "combinata" con anestesia peridurale), l'Unità di terapia cellulare (con camera bianca per uso clinico, unica in Svizzera, nella terapia con cellule staminali per la cura dell'infarto miocardico), il PACS (gestione informatizzata di tutte le immagini diagnostiche, integrato nella rete degli ospedali dell'EOC, supporto medico e amministrativo fondamentale) e molto altro ancora.

3. Presenza di un Servizio di ricerca cardiovascolare che partecipa attivamente allo svolgimento di importanti studi clinici con industrie farmaceutiche e istituti di fama internazionale.
4. Rapporto con il paziente¹⁸. In fase di progettazione il Cardiocentro Ticino è stato studiato architettonicamente per favorire l'accoglienza del paziente. Grazie ai suoi spazi ampi e luminosi, il CCT si differenzia dagli altri ospedali anche sotto l'aspetto infrastrutturale. Da un punto di vista gestionale l'organizzazione è assolutamente "*patient oriented*". Il modello organizzativo adottato dal Day Hospital rappresenta una svolta nella gestione del percorso diagnostico del paziente, qualificandosi per l'efficienza e la qualità nel rapporto con il paziente. È inoltre a disposizione dei pazienti un servizio di riabilitazione cardiovascolare unico nel suo genere nella Svizzera italiana.
5. Qualità delle prestazioni. Per la Cardiologia i dati vengono inviati a un centro svizzero di raccolta e pubblicati annualmente su una rivista scientifica (insieme ai dati degli altri centri svizzeri); i dati sulle procedure invasive (dilatazioni) sono in linea con i centri di alta qualità e ad elevato volume operatorio (mortalità 4/1000, bypass in urgenza 2/1000). Per la cardiocirurgia si rilevano i dati della casi-

stica medica secondo il sistema EuroSCORE¹⁹ di valutazione dei rischi operativi legati agli interventi chirurgici e qui il reparto di cardiocirurgia ottiene sistematicamente valutazioni migliori degli indici di riferimento (*Benchmark*). Infine la percentuale media di anestesia senza complicazioni al CCT è del 96,7% rispetto alla percentuale della media svizzera che secondo il dato 2005 dello IUMPS (Istituto Universitario Medicina Sociale e Preventiva di Losanna) si situa all'87,4%.

Per contro, l'analisi SWOT ha evidenziato anche diversi **punti di debolezza**:

1. Scarsa visione di sviluppo aziendale. La definizione della strategia aziendale non era sempre chiara e in alcuni casi prevaleva un sentimento di mancato coinvolgimento nell'elaborazione della stessa da parte dei responsabili dei servizi; questo progetto tuttavia ha visto il coinvolgimento e la stretta collaborazione di tutti i livelli della clinica, promuovendo una nuova cultura aziendale e una nuova condivisione di obiettivi.
2. Spazi e posti letto limitati. Il numero di posti letto regolamentato dalla pianificazione ospedaliera cantonale limita lo sviluppo della struttura nel contesto ticinese (bisogna ricordare che maggiori sono i giorni di cura che esulano dal massimo consentito e maggiore è la penalizzazione tariffale per la cosiddetta "sovraoccupazione").
3. Regolamentazione dei processi interni. La tipologia dei pazienti rende difficile la pianificazione delle attività, poiché il 57% dei casi è legato alle entrate urgenti. Tuttavia l'esperienza accumulata in questi anni aiuta ad affrontare questo tipo specifico di contingenza.
4. Appoggio politico insufficiente. Il Cardiocentro è nato in modo controverso e questo ha creato in Cantone Ticino un gruppo di detrattori che tuttavia nel corso degli anni si sta sempre più assottigliando.

¹⁸ Cfr. p. 34 figura 12 "Risultati della soddisfazione paziente sulla relazione".

¹⁹ (Nashef, Roques, Michel, Gauducheau, Lemeshow, & Salamon, 1999)

Il riorientamento strategico

Le analisi fin qui descritte hanno portato il CCT ad assumere una nuova consapevolezza della propria posizione strategica e hanno spinto il Consiglio di Fondazione della clinica a formulare un nuovo piano d'azione, ovvero un nuovo "set strategico", tenendo sempre conto dei seguenti aspetti fondamentali:

1. Evoluzione tecnologica e scientifica
2. Evoluzione finanziaria
3. Sinergie con EOC e altre strutture mediche
4. Collaborazioni con centri universitari

In linea generale si può affermare che il Cardiocentro, piccola clinica monospecialistica, in seguito alle riflessioni intraprese, ha capito di poter imboccare una nuova strada per confermarsi centro di eccellenza clinica non solo a livello locale e creare così nello stesso tempo valore pubblico per il suo territorio.

Ha inoltre visto nello sviluppo di nuove forme di collaborazione con i partner locali la possibilità di sopperire alle lacune organizzative legate alla sua piccola dimensione, di creare sinergie a vari livelli (finanziario, formativo, medico...) e soprattutto l'apertura di tante opportunità per migliorare l'offerta dei servizi sanitari alla popolazione contenendo i costi.

Il Cardiocentro ha quindi per così dire "accettato la sfida" prevedendo nel suo piano di riorientamento strategico:

1. maggiore spazio allo sviluppo di attività di ricerca, in collaborazione con altri centri e con università svizzere ed estere;
2. ulteriori alleanze e collaborazioni (networking) con le altre strutture sanitarie locali;
3. il mantenimento dell'eccellenza tecnologica e clinica, di un ambiente lavorativo sereno e di validi percorsi formativi, in modo da attrarre e conservare personale altamente qualificato;
4. l'avvio di nuove basi di dialogo con le autorità e i partner tariffali.

Negli ultimi decenni la pianificazione strategica delle aziende sanitarie è passata dalla definizione di orientamenti di fondo e di piani finanziari a veri e propri progetti per lo sviluppo della *governance*.²⁰ Contemporaneamente, a livello

di *framework* teorici di ricerca, il New Public Management, focalizzato sulla razionalizzazione del settore pubblico e sull'adozione anche in ambito *non-profit* degli strumenti di gestione delle aziende *profit*, è stato progressivamente sostituito dai modelli di *public governance*, focalizzati sul continuo miglioramento della qualità dei servizi, sull'attenzione alla gestione del personale e sulla creazione di valore per il contesto socioeconomico di riferimento.²¹

Le principali scelte strategiche del Cardiocentro, eccellenza a livello nazionale e networking a livello locale, sono esempi di piani strategici per lo sviluppo della *governance*. È infatti ormai dimostrato che "... nel caso di strutture (sanitarie) di alta specializzazione la competizione dovrebbe spostarsi a livello nazionale, mentre a livello locale devono incoraggiarsi forme di collaborazione reticolare... senza differenziazione e specializzazione i soggetti erogatori non subiscono pressioni competitive reali e pertanto non si diffondono *best practices* e innovazione"²². Per perseguire la creazione di valore pubblico per il proprio territorio, il Cardiocentro ha quindi scelto le uniche strade che consentano di migliorare le prestazioni ai propri pazienti contenendo nello stesso tempo i costi a carico della collettività. Non solo: la presenza di un centro di eccellenza sul territorio ticinese ha anche importanti ricadute economiche per la regione (basti pensare per esempio all'occupazione qualificata, ai percorsi formativi, all'indotto economico per le aziende fornitrici...)²³, che la clinica, consapevole delle proprie responsabilità sociali, intende rafforzare.

²¹ Cfr. Cuccurullo & Meneguzzo, 2005.

²² *Ibidem*.

²³ Cfr. Parte terza.

²⁰ Cfr. Cuccurullo & Meneguzzo, 2005.

PARTE SECONDA: IL VALORE AGGIUNTO

Il profilo economico-finanziario

Il Cardiocentro è un'azienda senza scopo di lucro (*non-profit*); eventuali utili conseguiti con l'attività della clinica sono di pertinenza della Fondazione e da destinare al rinnovo e al potenziamento delle strutture della clinica²⁴. Ma è pur sempre un'azienda²⁵, gestita secondo il diritto privato e i principi dell'economia aziendale. L'obiettivo è quindi il pareggio di bilancio e l'equilibrio finanziario.

Tanto più che i dati finanziari del Cardiocentro sono soggetti a diversi controlli:

1. con l'entrata in vigore nel 2008 del nuovo Codice delle Obbligazioni (artt. 727 e segg.) il Cardiocentro è soggetto alla revisione ordinaria, quindi la revisione dei conti avviene ad opera di un revisore abilitato (secondo la legge 16.12.2005 sui revisori) e indipendente (art. 728) e inoltre nell'eseguire la verifica e nel determinarne la portata l'ufficio di revisione tiene conto del sistema di controllo interno (art. 728a). A partire dal 2008 il Cardiocentro ha quindi provveduto ad allestire un'analisi dei rischi (si parla di rischi aventi un effetto significativo sul conto annuale) ed un manuale di controllo interno, che viene periodicamente aggiornato;
2. in quanto fondazione, il Cardiocentro sottostà al controllo dell'Autorità di vigilanza sulle fondazioni e LPP della Divisione giustizia (Dipartimento delle Istituzioni) del Cantone Ticino;
3. in sede di contrattazione tariffale il Cardiocentro sottopone la propria contabilità analitica alle casse malati e negli ultimi anni ormai, in vista dell'adeguamento della LAMal, anche al Cantone Ticino (Divisione della sanità e della socialità, Area di gestione sanitaria) e all'Ufficio di statistica.

Creazione e ripartizione del valore aggiunto

Il valore aggiunto misura la ricchezza prodotta dall'azienda in un determinato periodo e può essere proposto secondo varie configurazioni.

Tra i vari modelli di rendicontazione sociale, di seguito prenderemo in considerazione i più accreditati. Il primo è il modello elaborato dal Gruppo di Studio per il Bilancio Sociale (GBS). Qui il valore aggiunto è calcolato sottraendo ai ricavi dell'azienda i consumi intermedi, ossia i costi di produzione che non rappresentano una remunerazione degli interlocutori interni. Nel modello elaborato dal Global Reporting Initiative (GRI) il valore aggiunto creato corrisponde al fatturato netto. In entrambi i modelli il valore aggiunto creato verrà assorbito da:

1. gli interlocutori interni, vale a dire il personale: si considerano quindi le remunerazioni dirette e quelle indirette (ossia gli oneri sociali);
2. i finanziatori esterni (attraverso gli oneri finanziari);
3. la struttura stessa, attraverso gli ammortamenti (che esprimono l'utilità "ceduta" dagli investimenti all'azienda nel periodo di riferimento).

Due osservazioni conclusive:

1. i prospetti di rappresentazione del valore aggiunto si compongono sempre di una prima parte in cui si evidenzia il valore aggiunto creato e di una seconda parte in cui si rappresenta la distribuzione del valore aggiunto; il valore aggiunto distribuito può risultare superiore al valore aggiunto prodotto, quindi l'azienda può per esempio conseguire una remunerazione negativa supportando così l'eccedenza di ricchezza distribuita agli altri stakeholder rispetto a quella prodotta;
2. nei prospetti di distribuzione del valore aggiunto occorre evidenziare la remunerazione della Pubblica Amministrazione, ossia il beneficio economico acquisito dal settore pubblico per effetto dell'operare dell'azienda.

²⁴ Cfr. lo scopo dichiarato a Registro di Commercio www.zefix.ch.

²⁵ Si intende con "azienda" l'ordine economico dell'istituto.

FONDAZIONE CARDIOCENTRO TICINO CONTO ECONOMICO RICLASSIFICATO PER VALORE AGGIUNTO – PROPOSTA GBS				
	%	2001-2010 (CHF in migliaia)	%	Media 2009-2010 (CHF in migliaia)
Ricavi da assicuratori malattia	96%	493'067	94%	60'641
Contributo Cantonale	0%	0	0%	0
Ricavi da privati (pazienti ambulatoriali)	2%	9'925	1%	836
Ricavi da prestazioni diverse	2%	12'458	5%	3'094
Ricavi totali (VGP)	100%	515'450	100%	64'572
Costi intermedi della produzione (CI)	52%	268'791	53%	34'504
VALORE AGGIUNTO CREATO LORDO	48%	246'659	47%	30'069
Ammortamenti	5%	26'559	5%	3'086
VALORE AGGIUNTO CREATO NETTO	43%	220'100	42%	26'982
Ripartito tra:				
Costo del personale (Remunerazione del personale)	85%	226'162	89%	28'229
Oneri finanziari (Remunerazione del capitale)	0%	903	0%	-2
Spese a favore di enti pubblici esclusi oneri sociali (Remunerazione della PA)	17%	45'099	15%	4'690
Utile / Perdita (Remunerazione dell'azienda)	-3%	-6'965	-4%	-1'246
VALORE AGGIUNTO DISTRIBUITO (al netto degli ammortamenti)	100%	265'199	100%	31'672
Differenza dovuta alla remunerazione della pubblica amministrazione		45'099		4'690
Delta		220'100		26'982
Valore aggiunto distribuito netto / Valore aggiunto creato netto		108%		105%

Vediamo ora l'applicazione dei due modelli ai dati contabili del Cardiocentro degli ultimi dieci anni. L'applicazione del modello GBS evidenzia che il Cardiocentro produce mediamente ogni anno circa Sfr. 27Mio di ricchezza, distribuendone poi Sfr. 32Mio; la maggior parte di questa ricchezza viene assorbita dalla remunerazione diretta ed indiretta del personale (circa Sfr. 28Mio), il resto dalla pubblica amministrazione (Sfr. 4Mio).

Da notare la dinamica di creazione di questa ricchezza:

1. Il fatturato, ossia il valore delle prestazioni erogate, è pari mediamente a Sfr. 64.6Mio annui; si tratta per il 95% di risorse finanziarie che prima venivano sparse fra diversi fornitori di prestazioni cardiologiche e cardiocirurgiche di altri cantoni e che oggi, grazie alla presenza del Cardiocentro, sono state "dirottate" verso il Ticino.
2. La struttura dei ricavi mette subito in evidenza l'importanza del settore delle cure stazionarie, al momento finanziate al 100% dagli as-

sicuratori malattia. Con la nuova LAMal a partire dal 2012 il 55% della quota dell'assicurazione di base sarà invece a carico del Cantone. I ricavi da pazienti ambulatoriali provengono in parte ancora dalle casse malati, in parte direttamente dai pazienti (che però poi richiedono il rimborso alla propria assicurazione), mentre solo i "Ricavi da prestazioni diverse" provengono da altri enti.

3. I costi intermedi di produzione, pari mediamente a Sfr. 35Mio, come esposto più avanti nel paragrafo dedicato ai fornitori, vanno a loro volta a remunerare imprese svizzere e ticinesi, queste ultime per una percentuale pari al 43.72% (cfr. p. 40 figura 22), ossia Sfr. 15Mio all'anno rimangono in Ticino e Sfr. 20Mio rimangono comunque in Svizzera.
4. La struttura dei costi del Cardiocentro è particolare rispetto a quella di altri ospedali: i costi del personale rappresentano circa il 44% dei costi totali, mentre mediamente negli ospe-

FONDAZIONE CARDIOCENTRO TICINO CONTO ECONOMICO RICLASSIFICATO PER VALORE AGGIUNTO – PROPOSTA GRI				
	%	2001-2010 (CHF in migliaia)	%	Media 2009-2010 (CHF in migliaia)
Ricavi da assicuratori malattia	96%	493'067	94%	60'641
Contributo Cantonale	0%	0	0%	0
Ricavi da privati (pazienti ambulatoriali)	2%	9'925	1%	836
Ricavi da prestazioni diverse	2%	12'458	5%	3'094
VALORE AGGIUNTO CREATO DIRETTAMENTE	100%	515'450	100%	64'572
Costi operativi	50%	268'791	51%	34'504
Costo del personale (incluso oneri sociali)	42%	226'162	42%	28'229
Spese a favore di enti pubblici esclusi oneri sociali (Pagamenti verso la Pubblica Amministrazione)	8%	45'099	7%	4'690
Oneri finanziari (Pagamenti verso i fornitori di capitale)	0%	903	0%	-2
VALORE AGGIUNTO DISTRIBUITO (al lordo degli ammortamenti)	100%	540'955	100%	67'421
VALORE AGGIUNTO RITENUTO (al lordo degli ammortamenti) = Valore aggiunto creato - valore aggiunto distribuito	-5%	-25'505	-4%	-2'849
TOTALE INVESTIMENTI		11'670		
Ammortamenti		26'559		3'086
UTILE/PERDITA = Valore creato -costi operativi -costo del personale -oneri finanziari -ammortamenti		-6'965		-1'246

dali i costi del personale si avvicinano al 70% dei costi totali. Per contro, se gli acquisti di materiale sanitario in altri ospedali incidono normalmente del 15% sui costi totali, la percentuale per il Cardiocentro sale negli anni da un iniziale 30% al 40% del 2009, a conferma della vocazione della clinica per la medicina di punta e le tecnologie più avanzate.

- All'interno dei costi intermedi di produzione, ben 4.6Mio annui sono remunerazione diretta della pubblica amministrazione, al netto di oneri sociali; si tratta per lo più dell'acquisto di fattori produttivi presso l'EOC (o altri enti pubblici, primo fra i quali il Servizio trasfusionale della Croce Rossa Svizzera per la fornitura di sangue ed emoderivati).
- Come verrà approfondito nel prossimo capitolo, circa il 42% dei collaboratori del Cardiocentro è soggetto all'imposta alla fonte; perciò solo il 58% delle retribuzioni nette genererà gettito fiscale (stimato intorno a Sfr. 3Mio annui su retribuzioni versate per

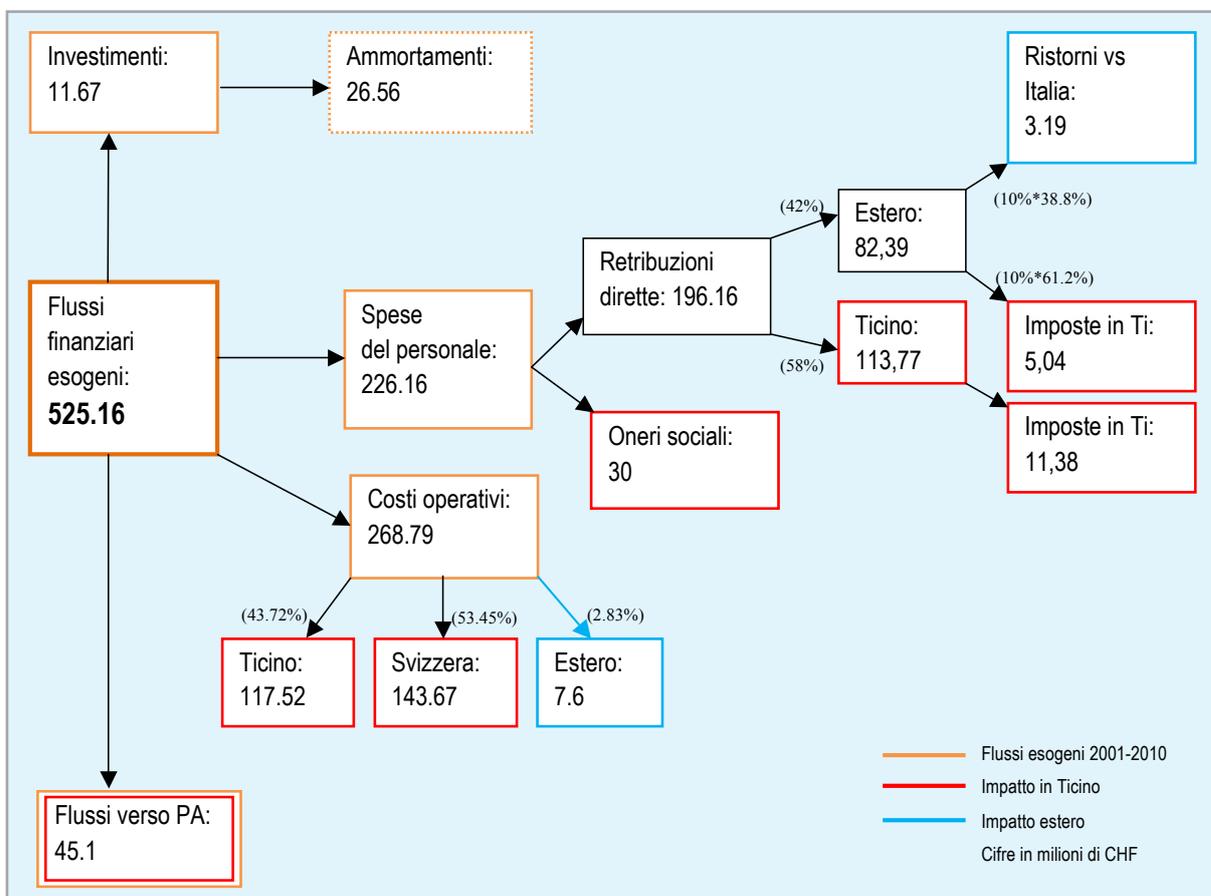
circa Sfr. 25Mio²⁶). Il 42% di tali retribuzioni avrà invece solo un effetto parziale sul bilancio del Cantone (effetto stimato intorno a Sfr. 1.2Mio, ossia al netto del ristorno del 38.8% su un incasso di Sfr. 2Mio circa).

- Andrebbe infine considerato l'indotto sulla domanda interna generato dalle retribuzioni versate alle circa 200 famiglie di collaboratori domiciliati e dalle remunerazioni dei fornitori.
- Gli investimenti effettuati dal 2001 al 2009/2010 sono stati pure contrassegnati dalla volontà di mantenere ai massimi livelli la tecnologia e la loro cifra globale va soppesata con la giovanissima età della clinica. Tuttavia non va dimenticato che il totale degli investimenti riportati a bilancio è influenzato dalle regole di contabilizzazione imposte dalla OCPre²⁷, più af-

²⁶ La stima ricalca i conteggi contenuti in Istituti Sociali Comunali di Lugano, Bilancio sociale, sezione socio sanitaria, Istituti di cura per persone anziane, novembre 2005.

²⁷ L'OCPre è l'Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e del-

Figura 2 Mappa dei flussi finanziari



fidabile da questo punto di vista è quindi l'esame della cifra d'affari dei fornitori per categoria, che fra l'altro include l'acquisizione di apparecchi in leasing. Qui le statistiche mostrano che le spese in investimenti tecnomedici e nuove tecnologie²⁸ sfiorano il 10% delle spese totali, più del doppio rispetto ad ospedali più grandi e meno specializzati.

Applicando invece il modello GRI si evidenzia un valore aggiunto creato medio annuo pari a Sfr. 64.6Mio (pari cioè al valore della produzione, ossia il valore delle prestazioni sanitarie erogate) ed un valore aggiunto distribuito pari a Sfr. 67.4Mio. Se da un lato il modello per la stesura di un bilancio sociale più adatto da applicare alla realtà di un ospedale è generalmente ritenuto quello pro-

posto dal GBS, in quanto il modello non prevede l'inserimento obbligatorio di un'analisi di performance ambientale, è importante sottolineare come la determinazione del valore aggiunto creato e redistribuito da un ospedale sia delineata in modo più appropriato dal modello del GRI. Nel caso del Cardiocentro, lo schema del GRI permette di cogliere l'effetto redistributivo del valore aggiunto nei confronti dei fornitori, fattore di particolare rilevanza per il Ticino, dal momento che il 43,72% dei fornitori si trova all'interno dei confini cantonali.

Senza ulteriormente dilungarsi sulle differenze fra i due modelli, possiamo concludere che l'insediamento del Cardiocentro ha significato per il Cantone Ticino l'arrivo di importanti flussi finanziari: tale effetto, quantificabile oggi intorno a Sfr. 65Mio all'anno, sarà mitigato dal 2012 dalle nuove regole del finanziamento ospedaliero. Sopra si presenta una mappa (figura 2) con cui si pongono in evidenza le direzioni in cui sono stati

le case di cura nell'assicurazione malattie. In base alla OCPre, devono essere contabilizzati come costi di manutenzione gli acquisti di apparecchi e attrezzature inferiori ai 10'000 Sfr.

²⁸ Includono non solo l'acquisto, ma anche la manutenzione, l'aggiornamento o l'upgrade di apparecchi e infrastrutture.

convogliati tali flussi finanziari, considerati esogeni proprio perché un tempo erano indirizzati fuori Cantone²⁹.

Dalla mappa emerge che l'entità dei flussi finanziari, immessi nel circuito economico ticinese nell'arco di 10 anni, è pari a Sfr. 525,16Mio (circa il 20% delle uscite correnti del Cantone del 2010). Tali flussi, ad eccezione dei pagamenti dei fornitori situati in altri cantoni (pari a Sfr. 20Mio annui), vengono re-investiti in Ticino sotto diverse forme, creando un indotto economico notevole, che risulta tanto maggiore quanto più è possibile reclutare sul territorio personale specializzato. Inoltre, al di là dell'indotto generato dalla porzione di salario destinata al consumo, si deve assolutamente evidenziare che con l'insediamento del Cardiocentro in Ticino, il Cantone ha beneficiato della creazione di 297 posti di lavoro senza alcun impiego di risorse pubbliche³⁰.

Infine va sottolineato che l'effetto economico reale della presenza del Cardiocentro sul territorio ticinese non è soltanto esprimibile in termini di valore aggiunto, flussi finanziari o in termini occupazionali; non si può infatti trascurare il miglioramento della qualità della vita in Canton Ticino e ulteriori prospettive: quelle della catena del valore a livello regionale, dei network sanità-ricerca-formazione, delle capacità che il Cardiocentro ha dimostrato di possedere quale promotore di nuove forme di collaborazione e sinergie intra e intersettoriali, tutto ciò a beneficio dei propri stakeholder e della competitività del proprio territorio³¹.

29 Cfr. Frey, Folloni, & Steiner, 2004.

30 Un ringraziamento particolare va al Prof. Baranzini, per aver messo a disposizione materiale prezioso per la valutazione dell'impatto economico del Cardiocentro.

31 Cfr. Parte terza.

PARTE TERZA: LA RELAZIONE CON L'AMBIENTE SOCIALE

Dal sistema sanitario allargato alla mappatura degli stakeholder

L'impatto degli attori del sistema sanitario sull'economia regionale e le possibili sinergie con i settori collaterali non può prescindere dall'identificare i diversi "cluster" che formano il sistema sanitario allargato e dall'analisi delle tendenze in atto a livello internazionale nel settore sanitario, sempre più interessato dalla creazione e diffusione di reti, o "network", sia a livello interaziendale che interorganizzativo.

Tra le principali motivazioni associate alla realizzazione di strategie di networking, particolare rilevanza viene attribuita al conseguimento di economie di scala nelle diverse fasi che caratterizzano il processo di produzione e offerta dei servizi sanitari. Negli ultimi anni, tuttavia, al concetto di economie di scala si è sovrapposto e ormai sostituito nella letteratura manageriale, nella strategia aziendale e nelle teorie organizzative, quello di interrelazione. Così, di fronte ad un ambiente economico sempre più globale e volatile, sono andati affermandosi nuovi modelli per l'analisi e la creazione del valore, che considerano l'azienda coinvolta in un flusso più ampio di attività, il *sistema del valore*. Non è

più sufficiente capire la catena del valore di un'azienda, bisogna prima considerare il modo in cui l'azienda si inquadra nel sistema del valore nel suo complesso. Utilizziamo qui il modello del sistema del valore per descrivere l'ambiente socio-sanitario in cui la Fondazione Cardiocentro Ticino (FCCT) si è insediata a partire dal 1995.

La **figura 3**, rielaborata secondo il modello presentato da Fiorani, Frey e Meneguzzo³², pone in evidenza le principali componenti del sistema del valore per il settore sanitario ticinese: i consumatori di servizi sanitari, i finanziatori o terzi paganti, gli erogatori dei servizi e le imprese fornitrici.

Applicando questo modello al sistema sanitario nazionale e regionale possiamo identificare in Svizzera e nel Cantone Ticino una chiara distinzione tra le componenti rappresentate da:

1. I consumatori di servizi sanitari, in altre parole i cittadini; guardando al Ticino, esistono diversi studi e statistiche³³ che analizzano i con-

³² Cfr. Fiorani, Frey e Meneguzzo, 2010.

³³ Dipartimento della sanità e della socialità del Cantone Ticino in collaborazione con l'Osservatorio, 2007; Crivelli, Filippini, Mantegazzini-Antonioli, & Pallotti, 2007.

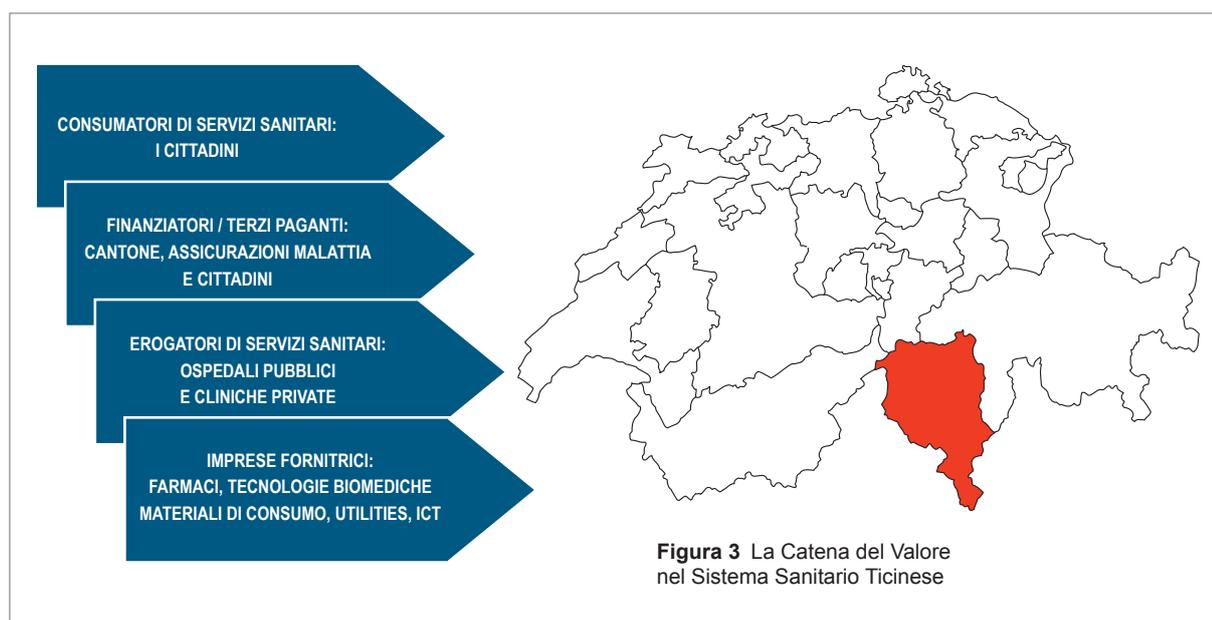


Figura 3 La Catena del Valore nel Sistema Sanitario Ticinese

sumi di cure e prestazioni sanitarie da parte dei ticinesi, che vengono confrontati con quelli del resto della Svizzera. Difficilmente si osserva una convergenza nelle conclusioni di tali studi; l'unica certezza è che il consumo di prestazioni sanitarie è un fenomeno complesso, legato a molteplici fattori demografici e culturali, ma anche ambientali e congiunturali.

2. I finanziatori/terzi paganti, ovvero il Cantone, gli assicuratori malattia e i cittadini stessi. In Svizzera i meccanismi di finanziamento della spesa sanitaria presentano forti particolarità. L'art. 3 della Costituzione federale – concernente la ripartizione delle competenze – affida ai Cantoni l'approvvigionamento sanitario e alla Confederazione la responsabilità di far sì che la popolazione possa assicurarsi a condizioni sopportabili contro i rischi della malattia e degli infortuni (art. 117 Cost.). L'assetto assicurativo scelto dalla Confederazione è disciplinato dalla LAMal (Legge federale sull'assicurazione malattie), che definisce il catalogo di prestazioni ad accesso universale, trasferisce su premi assicurativi individuali (obbligatori ma indipendenti dal reddito) parte del finanziamento dei consumi sanitari, prevede – fino all'entrata in vigore della nuova LAMal, prevista nel 2012 – la partecipazione finanziaria dei Cantoni per le sole prestazioni erogate dagli ospedali pubblici. In Ticino, rispetto al resto della Svizzera, una parte importante dell'offerta ospedaliera appartiene da molti anni al settore privato, sebbene i servizi erogati da queste cliniche rientrino nel fabbisogno sanitario di base della popolazione; questa strategia di approvvigionamento fa sì che in Ticino la spesa pubblica diretta sia più bassa rispetto alla media svizzera, per contro risultano superiori alla media svizzera i contributi ai premi di cassa malati per i cittadini con reddito modesto.³⁴
3. Gli erogatori di servizi sanitari, ossia principalmente ospedali pubblici e cliniche private. È in questa componente del sistema del valore che si è inserita la FCCT. Come già chiarito, il Cantone Ticino presenta da sempre, rispetto al resto della Svizzera, un numero decisamente elevato di cli-

niche di cura generale non sussidiate. Ma vi sono alcune interessanti caratteristiche dell'offerta sanitaria pubblica ticinese: la struttura a rete degli ospedali pubblici del Cantone (riuniti sotto l'Ente Ospedaliero Cantonale, EOC, recentemente riorganizzati nella forma di ospedale multisito); la presenza di imprese pubbliche fra le imprese erogatrici di fattori produttivi cruciali (il riferimento va fondamentalmente ai servizi centralizzati dell'EOC, fra cui il laboratorio di analisi EOLAB e i servizi centralizzati di Biasca per la lavanderia e la sterilizzazione). Altre strutture sanitarie private o pubbliche – fra cui gli studi medici, i laboratori di analisi e il settore sociosanitario (servizi di emergenza e pronto soccorso, strutture per la presa a carico di disabilità e dipendenze, e altri) – possono essere viste sia come fornitori di beni e servizi per ospedali pubblici e cliniche private, sia come fornitori diretti per i consumatori/cittadini. Rientrano infine in questa componente del sistema del valore i servizi di formazione e ricerca (scuole professionali, università e centri di ricerca) e i partner istituzionali per l'attivazione di progetti in vari ambiti.

4. La vastissima categoria delle imprese fornitrici: all'interno di quest'ultima i fornitori che assumono un ruolo chiave nella catena del valore sono rappresentati dal settore farmaceutico e dalle tecnologie biomediche. A questi si aggiungono i fornitori di materiale di consumo (sanitario e non), i servizi di supporto tecnico, logistico e alberghiero, i fornitori di *utilities*. Vanno inoltre ricordati i fornitori di ICT (*Information and Communication Technology*), i servizi di consulenza (legale, gestionale, amministrativa e sanitaria).

Le componenti del sistema del valore sono macrocategorie di attori del sistema sanitario con le quali la FCCT ha intessuto relazioni istituzionali e informali. Proprio attraverso queste relazioni tali attori partecipano influenzando direttamente, perché coinvolti, o indirettamente, attraverso le loro proprie scelte strategiche, il processo decisionale della Fondazione. Queste prime considerazioni sull'applicazione del modello della catena del valore al sistema sanitario in cui si colloca il Cardiocentro possono essere sintetizzate nella figura 4, che individua quattro principali componenti o gruppi di "stakeholder chiave": gli stakeholder sociali, gli stakeholder istituzio-

³⁴ Per ulteriori approfondimenti cfr. Crivelli, Filippini, Mantegazzini-Antonioli, & Pallotti, 2007.

nali, i fornitori, i livelli superiori di regolazione. Lo schema è una fotografia ad oggi delle tipologie di attori che si inseriscono nei gruppi di stakeholder chiave. Attraverso la mappatura degli stakeholder chiave, si evidenziano quali sono i principali attori del sistema del valore sanitario ticinese con cui il management della FCCT si relaziona e delle cui esigenze si fa interprete senza perdere mai di vista l'obiettivo finale, ovvero la *mission*³⁵ cui la struttura si ispira.

La figura rappresenta un primo schema di riferimento, sono però necessari diversi approfondimenti, in particolare occorre considerare la mappa realizzata in ottica dinamica e spiegare il tipo di relazione che il Cardiocentro ha stabilito con i suoi stakeholder chiave.

Le reti nei sistemi sanitari come fonti di nuove sinergie

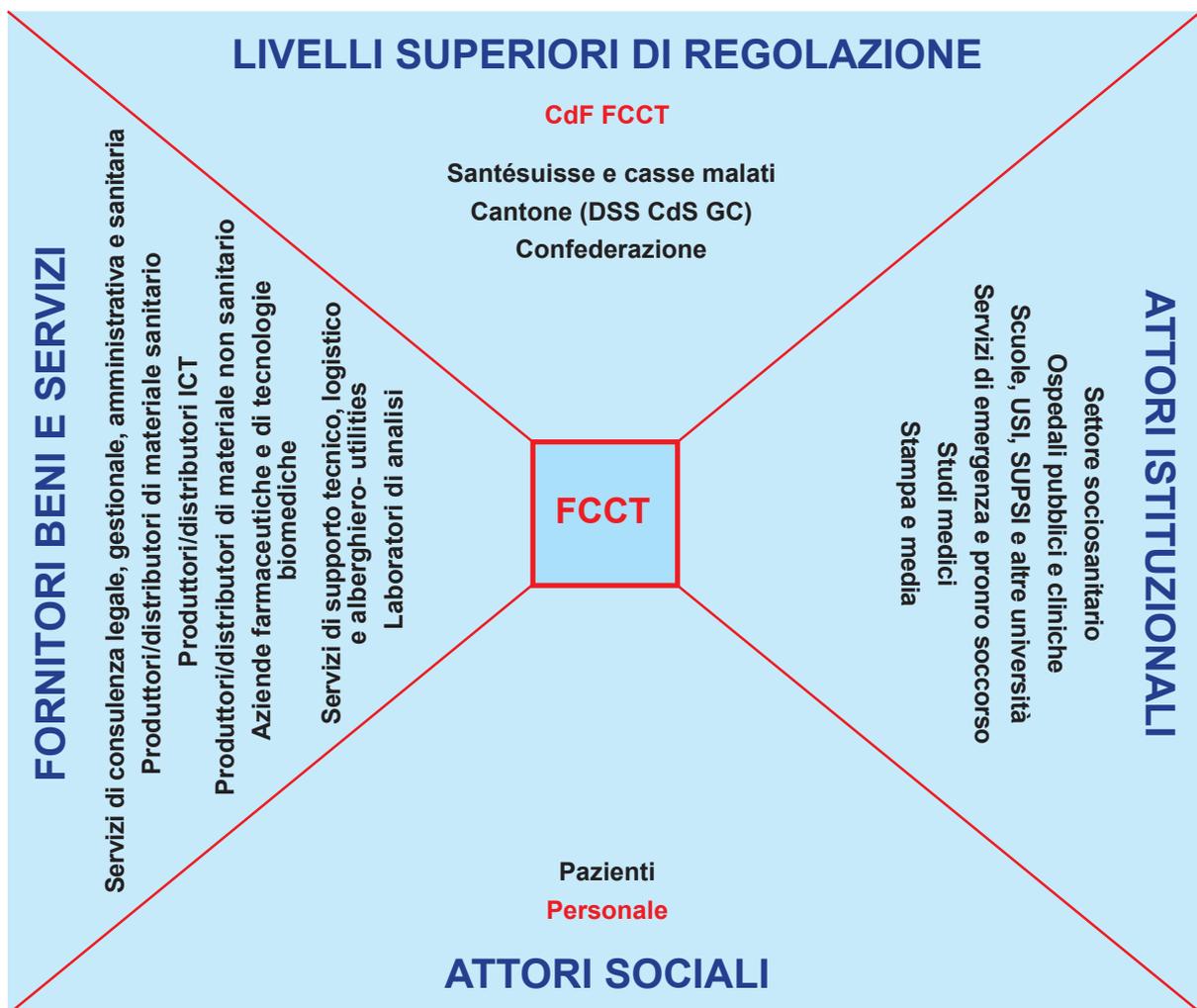
Come già ricordato sopra, nelle metodologie di economia aziendale "sempre più il focus dell'attenzione si sposta dall'impresa al settore e da questo al sistema del valore, all'interno del quale attori economici diversi – fornitori, partner, alleati e clienti – lavorano insieme per co-produrre valore"³⁶.

Al concetto di economie di scala si è sovrapposto quello di interrelazione e di strategie di networking, che alle economie di scala sui processi produttivi/distributivi (interrelazioni tangibili) associano economie di apprendimento, di conoscenza,

35 Cfr. Parte prima.

36 Cfr. Normann & Ramirez, 1993.

Figura 4 Mappa degli stakeholder, in rosso gli stakeholder interni.



tecnologia e ricerca (interrelazioni intangibili). Dovendosi confrontare con una realtà molto dinamica, per comprendere come l'azienda crea o potrebbe creare valore ci si deve basare su nuovi concetti interpretativi. Al concetto di catena si sostituisce oggi quello di rete. "Sequenziale, meccanicistico, statico l'uno; dinamico, reticolare, complesso e basato sullo scambio di conoscenza e valori intangibili l'altro"³⁷. Il settore sanitario subisce tuttora pressioni legate da un lato al contenimento dei costi e dall'altro al conseguimento di elevati livelli di qualità e recentemente anche alla innovazione tecnologica, all'impatto della *Information Communication Technology* e all'esigenza di garantire integrazione e continuità del processo assistenziale (*continuum of care*). Ecco quindi la nascita delle reti multispedaliere e multi-servizi, come i cosiddetti *network* interorganizzativi (*interfirm networks*) statunitensi ed europei: si tratta di forme di collaborazione e cooperazione molto differenziate per intensità e obiettivi, che si caratterizzano però per l'autonomia strategica e organizzativa delle singole organizzazioni sanitarie che ne fanno parte. Così a strutture quali il *franchising*, le *joint venture* e i *cluster* dei distretti industriali fanno eco nel settore sanitario nuove articolate forme di gruppi ospedalieri pubblici e privati, le *partnership* per la gestione comune di servizi (tipicamente l'accentramento della funzione di acquisto/logistica per medicinali, materiale sanitario o servizi alberghieri) o le scelte di *contracting out* di servizi verso organizzazioni sanitarie private.

In letteratura si distinguono due macrotipologie di reti: reti interorganizzative e reti intraorganizzative. Le reti interorganizzative vengono formate tra aziende distinte e si realizzano per scambiare risorse, esperienze e *know how*, favorendo un rafforzamento e consolidamento della posizione competitiva. Nel settore sanitario si realizzano tra diverse tipologie di organizzazioni sanitarie; da ospedali per acuti alle strutture di lungodegenza e riabilitazione, da studi di singoli professionisti medici a centri di diagnostica strumentale. Se nei diversi settori industriali si sono sviluppati *network* di questo tipo per far fronte all'incertezza informativa e alla complessità del mercato, nel settore sanitario esse si sono diffuse per meglio gestire le dinamiche istituzionali che chiama-

no strutture pubbliche e private a realizzare obiettivi di politica sanitaria regionale e locale, oltre che per sfruttare economie di scala e conoscenza. Ora, se la letteratura economico-aziendale tende a spiegare la nascita delle reti come risposta all'incertezza e alla complessità del mercato, la diffusione delle reti come nuova forma organizzativa nel settore sanitario è innanzitutto da attribuire al contesto istituzionale, prevalentemente orientato al conseguimento di economie di scala e di conoscenza o al conseguimento di obiettivi di politica sanitaria.

Anche in Ticino è in atto da anni questa tendenza; un ottimo esempio è fornito dalla rete degli ospedali pubblici cantonali ora raggruppati nell'ospedale multisito (ogni ospedale dell'EOC è per il paziente punto di accesso alla intera struttura ospedaliera EOC e alle specializzazioni offerte), dai processi di esternalizzazione e accentramento di funzioni e/o unità operative di cui di nuovo si è reso fautore l'ente pubblico (ci si riferisce qui per esempio all'accentramento di alcune funzioni amministrative per tutto l'EOC; alla creazione dei già citati servizi centralizzati che offrono le loro prestazioni nel campo della lavanderia e sterilizzazione sia ai singoli ospedali della struttura dell'EOC, sia a clienti esterni), da diverse forme di collaborazione pubblico-privato nel campo della riabilitazione (è il caso della rete REHA-TICINO, *partnership* fra EOC e Clinica Hildebrand di Brissago), ma anche più recentemente – come approfondiremo in seguito – dalle nuove interessanti forme di *partnership* che il Cardiocentro ha saputo instaurare con diversi stakeholder.

Gli stakeholder chiave del Cardiocentro

Per motivi di spazio saranno presi in considerazione solo gli stakeholder chiave avvertiti come più rilevanti dal management. Per gli Stakeholder istituzionali cfr. anche "La storia", pp. 7-9.

Stakeholder istituzionali. Strategie di networking fra Cardiocentro e EOC

Come si è visto, la collaborazione tra i due istituti inizia già nel 1995, con la concessione da parte dell'EOC di un diritto di superficie sul terreno si-

37 Cfr. Mazzucchelli, 2009.

tuato accanto all'ORL per la costruzione del futuro Cardiocentro. La condivisione di spazi e le conseguenti relazioni logistico-fisiche fra i due istituti costituiscono solo l'inizio di un rapporto ormai consolidato.

Storicamente la collaborazione prende forma visibile con il trasferimento dei 10 letti di Cardiologia interventistica dell'Ospedale Regionale di Lugano (ORL) al Cardiocentro – prevista dalla lista ospedaliera del 1997 – e con il successivo sostegno finanziario temporaneo del Cantone fino alla definitiva sentenza del Consiglio Federale³⁸. Su queste prime basi infrastrutturali e normative si è sviluppata negli anni fra Cardiocentro e EOC una costellazione di collaborazioni, con effetti estremamente positivi sia per le economie dei due istituti, sia per l'economia cantonale, ma soprattutto per la qualità delle cure offerte ai pazienti ticinesi.

Il Cardiocentro ricorre alle prestazioni dell'EOC per servizi quali la medicina nucleare, la radiologia, il laboratorio di analisi, il farmacista, la prevenzione infezioni e tutti i servizi centralizzati dell'EOC (lavanderia, sterilizzazione, pasti), generando evidentemente per il nuovo ospedale multisito significative economie di scala ed offrendo ai propri pazienti servizi di ottimo livello prontamente disponibili.

Vi sono poi ulteriori punti di contatto nella gestione del personale (previdenza professionale, asilo nido aziendale, progetti di formazione), nella prevenzione delle infezioni, oltre a collaborazioni didattiche e attività di ricerca e formazione in comune.

La stretta collaborazione delle due parti ha permesso un importante ulteriore servizio alla popolazione ticinese, che consiste nel picchetto cardiologico per il pronto soccorso dell'ORL, gestito dal Servizio di cardiologia dell'ORL in collaborazione con il Servizio di cardiologia della FCCT.

L'ultima novità risale al 2010: EOC e FCCT condividono TAC e Risonanza Magnetica, la prima collocata fisicamente presso l'ORL e la seconda impiantata presso il Cardiocentro; l'accordo ha permesso di spuntare condizioni contrattuali vantaggiose con i fornitori, mentre i costi di gestione delle due apparecchiature vengono condivisi e i pazienti ticinesi beneficiano di prestazioni di altissimo livello tecnologico.

Per i pazienti del Cardiocentro è indubbiamente un vantaggio poter accedere ai servizi medici dell'ORL, quali la medicina nucleare e la radiologia, rimanendo all'interno della stessa struttura; dall'altro lato il Cardiocentro e i suoi pazienti traggono vantaggi dalla vicinanza fisica di questi servizi specializzati e l'ORL contemporaneamente realizza economie di scala.

Analogamente il servizio di Pronto Soccorso dell'ORL può contare sulla stretta collaborazione dei medici del Cardiocentro e sulla disponibilità 24 ore al giorno per ogni giorno dell'anno di servizi specializzati per la diagnosi e il trattamento di pazienti con problematiche cardiovascolari: un nuovo esempio di come la condivisione di spazi e costi produca anche un migliore servizio alla popolazione.

Discorso identico vale per il laboratorio di analisi dell'ORL (Dipartimento di Medicina di Laboratorio EOLAB), che con l'arrivo del Cardiocentro ha acquisito un nuovo importante cliente, mentre il Cardiocentro e i suoi pazienti possono contare sulla accuratezza, precisione e tempestività offerte a tutti gli altri utenti dell'EOC.

Circa i vari servizi generali che il Cardiocentro acquista dall'EOC, è evidente che il Cardiocentro – clinica oggi di 30 letti – non avrebbe da un punto di vista economico la massa critica per gestire in proprio:

1. un servizio di lavanderia o un servizio di sterilizzazione. Si tratta di prestazioni altamente specializzate, che devono rispettare norme severissime (cosa che richiederebbe massicci investimenti oltre a elevati costi di gestione);
2. per motivi analoghi, un proprio laboratorio di analisi funzionante 24 ore al giorno tutti i giorni della settimana per tutti i possibili tipi di analisi necessarie o un proprio farmacista, e così via.

Grazie alla stretta collaborazione con l'EOC, il Cardiocentro acquisisce fattori produttivi a costi analoghi a quelli degli altri ospedali dell'Ente (e valutati dal Cardiocentro come competitivi rispetto a fornitori alternativi): pur essendo quindi una clinica di piccole dimensioni la FCCT non soffre di inefficienze di scala, al contrario contribuisce a creare economie di dimensione e ne beneficia essa stessa.

Da sottolineare inoltre che le diverse decisioni di *make or buy* del Cardiocentro – clinica altamente

38 Cfr. Parte prima, pp. 7-9 "La storia".

specializzata – sono state dettate non solo da criteri di economicità ma anche da scelte di qualità e affidabilità, cosa che crea all'interno dell'ente pubblico una giusta tensione concorrenziale (con ogni probabilità destinata a decadere con l'assorbimento della FCCT nell'EOC); non va infatti dimenticato che alcune di queste decisioni di *contracting in/out*, con il mutare delle condizioni tecnologiche e con lo sviluppo della clinica, sono state modificate nel tempo³⁹.

Riassumendo: le collaborazioni mediche, tecniche e commerciali della FCCT con l'EOC hanno fatto salire il valore del rapporto fra la qualità della medicina offerta ai pazienti ticinesi e i relativi costi. I due istituti guardano ora fiduciosi ai progetti futuri, quelli già sulle scrivanie dei rispettivi responsabili (Neurocentro, nuovo ingresso ambulanze, nuovo autosilo, progetti di ampliamento fisico, master in medicina) e quelli che arriveranno.

Stakeholder istituzionali.

La collaborazione fra Cardiocentro e Clinica Luganese SA, dalle economie di scala alle economie di conoscenza e apprendimento

La Clinica Luganese SA è un attore sociale con il quale la FCCT ha stabilito preziose alleanze, oltre a diverse collaborazioni in materia di aggiornamenti professionali e progetti di formazione in campo amministrativo.

La relazione in assoluto più importante si è concretizzata nell'accordo fra i due istituti, siglato all'inizio del 2009, in base al quale esiste oggi un unico servizio di anestesiology attivo contemporaneamente presso le due strutture ospedaliere, diretto dal Dr. Cassina, primario della FCCT e dal 2010 presidente della SSAR (Società Svizzera di Anestesiologia e Rianimazione). Concretamente i due istituti dispongono ciascuno del proprio personale e del proprio servizio, ma è unificata sotto il Dr. Cassina la gestione e la direzione del servizio di anestesia.

Per comprendere pienamente l'importanza dell'accordo occorre però considerarne non solo gli aspet-

ti economici di condivisione di costi fra le due strutture, ma anche gli sviluppi sul fronte della formazione di personale specializzato, sia medico che infermieristico.

Grazie a questa particolare forma di collaborazione la FCCT è stata riconosciuta (ufficialmente da settembre 2010) dalla Croce Rossa Svizzera quale centro di formazione pratica post-diploma in anestesia. Gli infermieri diplomati presso la Scuola superiore specializzata in cure infermieristiche possono oggi specializzarsi in anestesia seguendo il percorso formativo offerto da FCCT e Clinica Luganese SA, percorso che copre una gamma pressoché completa di specialità mediche. Dal canto loro le due cliniche possono formare al proprio interno personale specializzato, senza dispersione di risorse umane e finanziarie (senza cioè essere costrette a trasferire a proprie spese presso altre strutture le risorse in formazione, con il rischio poi di perderle).

L'offerta formativa potrà in futuro essere allargata anche al personale medico nei due siti in cui è attivo il servizio, garantendo ai giovani medici assistenti migliori opportunità di completare la propria specializzazione sotto il controllo della FMH. In sostanza, grazie a queste sinergie, cresce il grado di attrattività dei posti di lavoro offerti dai due istituti, perché il personale medico e paramedico può alternare la propria presenza nelle due strutture ospedaliere, approfittando di un'attività variegata e importante sia in termini di competenze richieste che di casistica. Alla specializzazione cardiovascolare offerta dal Cardiocentro Ticino fa infatti riscontro l'elevato numero di interventi eseguiti presso la Clinica Luganese, in particolare nei settori della chirurgia generale, della chirurgia vascolare, dell'urologia, dell'otorinolaringoiatria, dell'ortopedia e di altre specialità mediche.

Stakeholder istituzionali.

La partnership fra il Cardiocentro, la FCTSA e la Croce Verde, le "strategie orizzontali" in chiave medica

La Croce Verde è uno stakeholder particolare, che assume nei confronti della FCCT forme molto diverse: è da sempre il principale fornitore di servizi di trasporto pazienti, collabora con il Cardiocentro

³⁹ Ne sono esempio il ricorso al servizio tecnico dell'ORL, che è stato sostituito da un servizio interno del CCT, così come la condivisione del centralino telefonico e del sistema informativo gestionale.

per la formazione dei medici assistenti, usufruisce di servizi (picchetto medico) in outsourcing offerti dal reparto di Anestesia e Cure intensive della FCCT, fornisce servizi infermieristici al Cardiocentro. Il vincolo più forte, tuttavia, è rappresentato dalle persone che dividono il loro impegno (ma più propriamente lo raddoppiano) tra il lavoro al Cardiocentro e il servizio di pronto soccorso sul territorio con la Croce Verde Lugano.

È importante ricordare anche in questa sede quanto sia strategico il servizio di trasporto del paziente in caso di urgenza cardiologica, ossia quanto una corretta presa a carico del paziente da parte dei servizi di pronto soccorso sul territorio influenzi il successo dell'intervento complessivo. Tecnicamente si parla di "catena di soccorso", ovvero l'insieme degli interventi coordinati di soccorritori e ospedali: ciò che Porter⁴⁰ definirebbe il coordinamento fra le catene del valore dei due attori costituisce dal punto di vista medico la cosiddetta "presa a carico orizzontale del paziente" e le sinergie fra catene del valore (definite da Porter *strategie orizzontali*) significano nella pratica medica un trattamento migliore del paziente ed una probabilità di successo maggiore. Di qui l'importanza per le due strutture Cardiocentro e Croce Verde – ma soprattutto per il paziente – di un'efficiente collaborazione e comunicazione, garantita da sempre dalla condivisione di obiettivi da parte di FCCT e Croce Verde.

Un altro esempio concreto è il progetto – attivo in tutto il Cantone da settembre 2011 – realizzato con la FCTSA (Federazione Cantonale Ticinese Servizi Autoambulanze) per la trasmissione telematica in tempo reale del tracciato elettrocardiografico effettuato in ambulanza. I dati arrivano dall'ambulanza direttamente sull'iPhone del cardiologo di picchetto al Cardiocentro, il quale, dopo aver analizzato il tracciato e dopo contatto telefonico con la centrale operativa dell'ambulanza, può escludere o confermare la diagnosi di infarto. In quest'ultimo caso l'ambulanza viene deviata direttamente al Cardiocentro, dove personale preallertato sarà in grado di accogliere il paziente e di prestargli le cure più indicate. Normalmente i soccorsi sul territorio seguono un protocollo di intervento che prevede la rianimazione precoce, se

necessaria, il ricovero all'ospedale di riferimento rispetto all'area geografica in cui ha avuto luogo il soccorso e quindi, solo se necessario, il trasferimento al Cardiocentro per le cure specialistiche. Abbreviare il percorso, cioè portare subito al Cardiocentro il paziente colpito da infarto, significa spesso salvare delle vite, o limitare il danno al miocardio, ma perché ciò possa avvenire è indispensabile che il personale di primo soccorso possa disporre in tempi brevissimi di una corretta e specialistica valutazione del caso. Questo oggi è possibile grazie alla tecnologia, ma anche grazie alla stretta collaborazione.

Negli anni, il legame fra personale della FCCT e personale della Croce Verde si è anche istituzionalizzato nell'offerta comune di un percorso formativo di sei mesi nella medicina extra-ospedaliera, un programma rivolto ai medici assistenti e che consente di ottenere l'attestato di medicina d'urgenza (riconosciuto dalla Società svizzera di medicina d'urgenza). Nel quadro di questa collaborazione è ora previsto che il servizio di anesthesiologia della FCCT si occupi del progetto di medicalizzazione dell'ambulanza e di rianimazione del paziente urbano, che rappresenta una percentuale importante del servizio della Croce Verde. In buona sostanza, si tratta per la FCCT di mettere a disposizione della CVL in outsourcing un proprio medico (già formato in medicina d'urgenza) per due giorni alla settimana nell'eventualità di casi complessi. Un ulteriore esempio di condivisione di costi e moltiplicazione di prestazioni con positivi effetti non solo finanziari.

Stakeholder istituzionali.

Scuole e università

Negli ultimi anni l'attenzione di studiosi e operatori economici si sta sempre più aprendo alla considerazione di un nuovo ruolo svolto dalla spesa sanitaria⁴¹: quello di volano dello sviluppo economico di una determinata area. La spesa sanitaria non è più considerata solo quale allocazione di fondi alternativa e a discapito di altre risorse e investimenti, ma anche come un vero e proprio investimento produttivo.

Un'analoga evoluzione dei propri obiettivi di fondo, e per motivi peraltro molto simili, ha riguar-

40 Cfr. Porter, 1985.

41 Cfr. Fiorani, Frey, & Meneguzzo, 2010.

dato anche la realtà delle scuole e delle università: la formazione (nella piena accezione anglosassone di *Education*, che è anche istruzione universitaria) e la ricerca rappresentano sempre più il necessario supporto alla competitività economica di un determinato territorio. Le università in particolare sono sempre più indicate quali attori fondamentali nel perseguimento dell'eccellenza, purché sviluppino un rapporto strutturato con il mondo aziendale, diano maggiore spazio a progetti di ricerca applicata basati sulla collaborazione con imprese e istituzioni locali, rivedano in parte i loro programmi di studio per realizzare una più efficace partnership con imprese e autorità pubbliche (c.d. "tripla elica"⁴²).

Dall'altro lato oggi la crescita di complessità delle nuove tecnologie impone alle imprese incisivi processi di innovazione per fronteggiare la concorrenza, ma spesso le aziende (specie laddove prevalgono quelle di dimensioni medio-piccole) non dispongono dell'organizzazione e delle risorse finanziarie necessarie a svolgere attività di ricerca scientifica. Ecco quindi che sempre più le aziende perseguono strategie di *open innovation*, ossia instaurano collaborazioni con università e centri di ricerca, finalizzate alla realizzazione di progetti di ricerca comuni.

Il settore della sanità non sfugge a questa situazione, al contrario: l'evoluzione dei suoi servizi prefigura un futuro nel quale il concetto di eccellenza verrà continuamente aggiornato al rialzo. Le tecnologie, le competenze e le conoscenze richieste esigeranno un aggiornamento continuo e investimenti sempre più importanti. In questa prospettiva il Cardiocentro è consapevole che, in futuro, per un ospedale ad alta componente tecnologica e di eccellenza, sarà fondamentale:

1. poter reclutare personale sanitario estremamente qualificato, grazie alla presenza di adeguate scuole sul territorio e alla continua "osmosi" di conoscenze fra queste ultime e la realtà ospedaliera;
2. essere capaci di allacciare sinergie e mettersi in rete con altri centri di eccellenza, con l'industria farmaceutica, con scuole e istituti universitari di primo piano, in Svizzera e all'estero, al fine di collaborare su comuni progetti di sviluppo.

42 Cfr. Etzkowitz & Leydesdorff, 2000.

Il Cardiocentro, consapevole dell'importanza del ruolo attivo che è in grado di svolgere nella formazione, coltiva numerosi rapporti di collaborazione con istituti di diverso livello e di diversa provenienza geografica, come evidenziato dallo schema alla pagina seguente, riferito all'anno 2010.

Si tratta di un'offerta formativa molto varia, che spazia dall'area amministrativo-contabile alla fisioterapia, dal livello di apprendistato alla formazione nelle specializzazioni mediche in cardiologia, chirurgia e anestesia.

Il Cardiocentro soffre, come tutti gli istituti di cura in Svizzera, della scarsità di personale sanitario qualificato presente sul territorio. Si tratta di un tema scottante, a cui è stata fra l'altro dedicata da Confederazione e Cantoni la 12ª Giornata di lavoro della Politica nazionale della sanità nel novembre 2010⁴³. In questa occasione è stato presentato un rapporto, realizzato dall'Osservatorio svizzero della salute (Obsan), in cui viene fornita una descrizione statistica relativa alla immigrazione di professionisti del settore sanitario in Svizzera. Si conferma la forte dipendenza del nostro sistema sanitario dall'immigrazione di professionisti qualificati, provenienti per la stragrande maggioranza dai Paesi confinanti, e solo in minima parte da Paesi extra-europei. Nel rapporto viene evidenziato, al contempo, un dato preoccupante, ossia che tra il 2002 e il 2008 la formazione in Svizzera ha subito un calo, mentre l'immigrazione ha registrato un aumento. Da più parti si raccomanda quindi di sostenere in Svizzera la formazione di personale sanitario qualificato e il Cardiocentro si impegna quindi intensamente su questo fronte. Così la formazione dei medici assistenti offerta dal Cardiocentro è riconosciuta dalla FMH e, in base ai punteggi conseguiti nel 2010, fra le migliori in Svizzera⁴⁴.

Il Cardiocentro inoltre ingaggia i propri reparti nella formazione di personale infermieristico, anche oltre i limiti della sua dimensione di piccola clinica e, in base alle considerazioni esposte, ritiene che le risorse dedicate alla formazione siano un importante investimento per il futuro della regione ma soprattutto per il proprio futuro di clinica specializzata.

43 Cfr. www.news_admin.ch. La Svizzera e il personale sanitario estero; presentazione di tre nuovi studi.

44 Cfr. http://www.fmh.ch/awf/qs_2010.

FONDAZIONE CARDIOCENTRO TICINO – OFFERTE DI FORMAZIONE 2010			
Area di formazione	Profilo professionale richiesto	Offerta	Scuole/enti di riferimento
FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE	Studenti in scienze motorie	Stage formativi	ARDSU - Azienda Regionale per il diritto allo studio Universitario - Ferrara
			Univ. degli Studi di Milano - facoltà di scienze motorie
			Univ. Cattolica di Milano - facoltà di scienze motorie
	Studenti in fisioterapia	Stage formativi (12 settimane) e lezioni presso la scuola	ETH - Dipartimento scienze motorie - Zurigo
Hes so - scuola fisioterapia Sion (Svizzera orientale)			
INFERMIERISTICO	Infermieri diplomati	Specializzazione in anestesia (CCT + Clinica Luganese)	CRS - Scuola superiore specializzata in cure infermieristiche
		Specializzazione in CI (CCT + EOC)	
	Studenti infermieri	Stage formativi in degenza e cure intense per l'ottenimento del diploma	Scuola superiore medico tecnica, Trevano
	Studenti tecnici di sala operatoria	Stage formativi e lezioni presso la scuola	
Studenti infermieri	ETC (European Transfer Credit) per il modulo cardiovascolare	Supsi - Laurea in cure infermieristiche (bachelor)	
DIVERSI	Studenti soccorritori professionali	Stage in cure intense	CRS - Scuola superiore specializzata in cure infermieristiche
	Studenti maturità socio sanitaria	Stage formativi 6 mesi per l'ottenimento della maturità	Scuola specializzata per le professioni sanitarie e sociali
MEDICO	Medici assistenti	Sorse di studio per la specializzazione in cardiologia	FMH
		1 anno per la specializzazione in chirurgia cardiovascolare	
		2 anni per la specializzazione in cardiologia	
		1 anno per la specializzazione in anestesia, 1 per cure intense + Clinica Luganese	
Studenti in medicina	Stage di 4 settimane come requisito per accedere agli studi in medicina	Facoltà di medicina ZH e Losanna	
AMMINISTRATIVO CONTABILE	Apprendisti amministrativi	Formazione estesa 3 anni con maturità integrata	SIC Società impiegati di commercio
		Pratica di 39 settimane per l'ottenimento della maturità professionale	Scuola media di commercio
	Apprendisti in logistica	Formazione estesa 3 anni	ASFL (Associazione Svizzera per la formazione professionale in Logistica)
	Studenti in economia	Stage formativi	USI - Laurea in economia

Figura 5 L'offerta formativa del Cardiocentro riferita al 2010

Stakeholder istituzionali. Le sinergie con la SUPSI e la nascita del Cardiocentro Cluster for Life Sciences

Come appena ricordato, il Cardiocentro, quale ospedale moderno e di alta specializzazione, ritiene che il suo futuro si giochi anche nella capacità di interpretare responsabilmente un ruolo negli ambiti della Ricerca e della Formazione. Tanto più che gli sforzi in queste direzioni si traducono pressoché immediatamente in vantaggio per il paziente: maggiore accuratezza diagnostica, miglioramento delle terapie, approcci sempre meno invasivi. L'ospedale moderno è quello che crea conoscenza e trasferimento di competenze, quello in cui

la ricerca alimenta la qualità delle cure. In questo disegno l'incontro con la SUPSI ed in particolare con il suo Dipartimento Tecnologie Innovative ha rappresentato una tappa fondamentale. Siamo abituati a pensare che la scienza e la medicina procedano in una direzione univoca, ossia che esista un percorso più o meno accidentato che approda alla clinica a partire dalla ricerca di base. E così è, infatti, molto spesso. Altre volte, al contrario, è la clinica che alimenta e "ispira" la ricerca. È questo il caso della collaborazione fra Cardiocentro e SUPSI, il cui Dipartimento Tecnologie Innovative ha saputo farsi interprete delle idee cliniche del Cardiocentro, traducendole in progetti e applicazioni tecnologiche.

La collaborazione con l'istituto universitario ha inizio nella seconda metà del 2007 con il mandato "BIONOVA", a partire dal quale la SUPSI ha identificato possibili oggetti di indagine, ha saputo concretizzarli con la ricerca di partner e ne ha curato l'organizzazione e la gestione.

Ne sono esempio una serie di progetti già avviati, fra i quali possiamo citarne due:

1. il progetto "POWERSTIM" per la realizzazione di un dispositivo che prolunghi la durata di vita dei pacemaker, recuperando l'energia meccanica sviluppata dal movimento del portatore dell'apparecchio; aumentare la durata di vita dei pacemaker permetterà di ridurre il numero di interventi a cui il paziente deve sottoporsi, riducendo di conseguenza anche il costo delle cure mediche;
2. il progetto "NOWIRE" per la realizzazione di un sistema wireless finalizzato alla riduzione delle connessioni via cavo dell'impianto di monitoraggio del paziente in sala operatoria e in cure intensive, con grande impatto sulla qualità delle cure e sull'efficienza con cui vengono prestate.

Cardiocentro e SUPSI sono anche i principali soggetti del nuovo Cardiocentro Cluster for Life Sciences, che riunisce una decina di società e fondazioni con l'obiettivo comune di sviluppare nuovi prodotti e nuovi progetti di ricerca con un occhio di riguardo per la medicina rigenerativa. Il progetto parte da lontano allorché nel 2004 per la prima volta in Svizzera si effettua presso il Cardiocentro un trapianto di cellule staminali autologhe nel miocardio di un paziente colpito da infarto. Da allora molto è stato fatto in questo ambito al Cardiocentro, e anche la legislazione che regola le terapie cellulari (nuovo e affascinante capitolo nel grande libro della medicina) si è "perfezionata", statuendo che a partire da luglio 2007 qualsiasi reinfusione di cellule staminali in pazienti avrebbe dovuto essere preparata in locali speciali, detti "camere bianche". Il CCT con la sua "Cell Factory" dal novembre 2009 è accreditato per queste terapie e il neonato Cluster coordinerà le competenze e le risorse che ruotano attorno a queste promettenti biotecnologie (fra gli altri: istituti universitari svizzeri, la SUPSI, istituti di ricerca, laboratori).

Occorre considerare le diverse conseguenze che

queste forme di networking di conoscenze hanno per il Cardiocentro e per il suo territorio:

1. il Cardiocentro sarà in grado di offrire ai suoi pazienti cure di alta qualità;
2. la SUPSI aumenterà la propria competitività nel panorama universitario svizzero e internazionale, nonché la qualità della formazione offerta;
3. di fronte ai primi frutti di queste sinergie, è inevitabile pensare al possibile futuro deposito di brevetti, alla nascita in Ticino di nuove realtà aziendali caratterizzate da un forte contenuto di innovazione e di ricerca (*skill intensive*) in un settore strategico;
4. l'attivazione di un circolo virtuoso potrà a sua volta alimentare la ricerca scientifica, incrementare il numero di ricercatori e di personale qualificato presente e attivo sul territorio, con una positiva ricaduta su tutto il Ticino, in termini di crescita culturale, di prestigio e certamente anche di sviluppo economico.

Stakeholder istituzionali.

I media, stakeholder pericolosi?

Secondo un'interessante teoria di economia aziendale⁴⁵ è possibile classificare gli stakeholder (definiti come "gruppo o individuo che può influenzare o essere influenzato dal perseguimento degli obiettivi dell'organizzazione") in base ad uno o più dei seguenti attributi:

1. Il **potere** dello stakeholder di influenzare l'azienda può essere utilitaristico e/o normativo; esso definisce una relazione tra le parti per cui uno o l'altro possono avere accesso a mezzi utilitaristici o normativi per imporre la propria volontà.
2. La **legittimazione** della relazione dello stakeholder con l'azienda. Suchman (1995) la definisce come una "percezione generalizzata o una premessa secondo cui le azioni di un'entità sono desiderabili, proprie o appropriate, all'interno di un sistema sociale di norme, valori, credenze e definizioni" (1995, p. 574).

45 Cfr. Freeman, Rusconi e Dorigatti 2007.

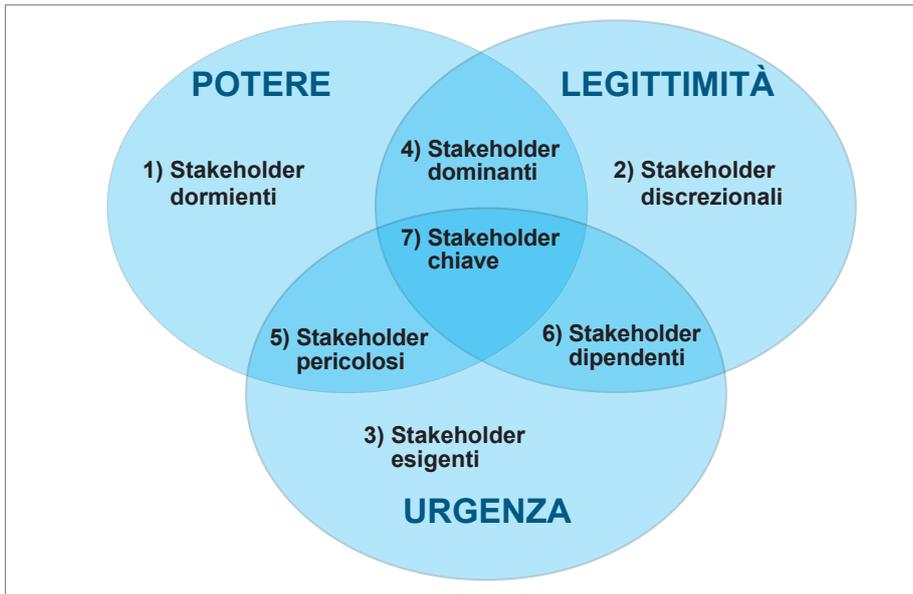


Figura 6 Classificazione gerarchica degli stakeholder in base agli attributi di Potere, Legittimità e Urgenza

3. **L'urgenza** conferisce dinamicità allo studio dei rapporti; è definita come il grado in cui le aspettative degli stakeholder richiedono attenzione immediata.

Focalizzando l'attenzione su queste tre categorie si perdono di vista tutti coloro che non possiedono neanche uno di questi attributi: essi non sono così considerati stakeholder. I portatori d'interesse, in quanto tali, devono possedere almeno uno degli attributi esplicitati sopra, però per essere tenuti in considerazione dal management è importante che ne abbiano almeno due, altrimenti vengono percepiti solo come stakeholder potenziali.

La stampa, la televisione e i media in generale sono uno stakeholder dotato dell'attributo del potere nei confronti del Cardiocentro. Questo gruppo di portatori di interesse è un veicolo di informazione essenziale per la popolazione civile: l'articolo del Corriere del Ticino del 14 luglio 2009, scritto da Fabio Pontiggia in occasione del decennale di attività della clinica, intitolato "Un cuore che batte da 10 anni"⁴⁶ ripercorre brevemente la storia della clinica in modo assolutamente neutro ed è indicativo di come si percepisca all'esterno l'immagine di una struttura che offre un grande servizio alla popolazione.

Talvolta i media non sono così neutri nei confron-

ti del Cardiocentro. È il caso delle pesanti strumentalizzazioni mediatiche e politiche di cui è stato oggetto il Cardiocentro negli anni dal 1998 al 2002, oppure il caso del servizio "Cardiochirurgia a cottimo" trasmesso da "Falò" in prima serata RSI in data 23.04.2009. Questo servizio presentava pratiche di malasanità di un ospedale lombardo, all'epoca ancora oggetto di indagini da parte della magistratura italiana; veniva tuttavia anche citato un medico nel frattempo passato alle dipendenze del Cardiocentro. Dal servizio trapelavano poi gravi insinuazioni nei confronti del Cardiocentro che hanno causato forte ansia e preoccupazione nei pazienti cardiopatici ticinesi e nelle loro famiglie. Il Cardiocentro ha reagito immediatamente alle insinuazioni, ma indubbiamente in questo caso i media, nella loro veste di stakeholder, hanno esercitato un potere illegittimo a danno del Cardiocentro.

A parte episodi singolari, come quello sopraccitato, il Cardiocentro ha sempre avuto la possibilità di collaborare con le istituzioni del mondo della comunicazione in modo professionale, grazie a figure di riferimento molto competenti.

Stakeholder sociali. I pazienti

I pazienti sono i principali portatori d'interesse, in quanto destinatari veri e propri dei servizi e delle prestazioni erogate. Durante il periodo

⁴⁶ Per leggere l'articolo nella sua completezza si veda: <http://www.cdt.ch/commenti-cdt/editoriale/8254/un-cuore-che-batte-da-10-anni.html>.

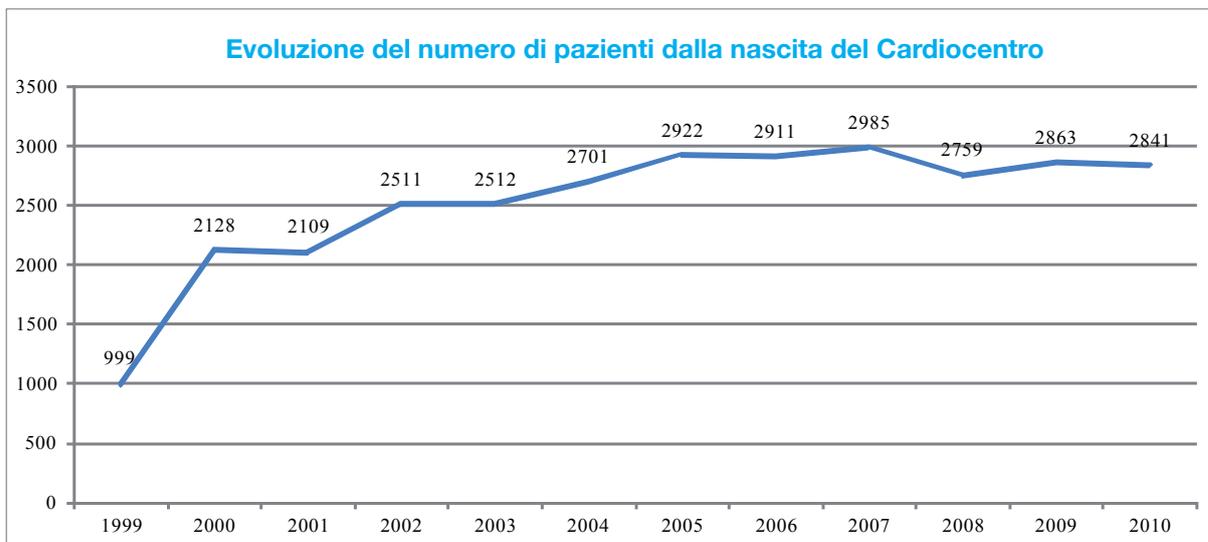


Figura 7 Numero dei casi di pazienti degenti, fonte dati CCT

di degenza o nelle visite ambulatoriali, entrano in contatto in modo diretto con la struttura e con il personale e fruiscono del servizio necessario. I loro interessi si focalizzano sulla qualità e l'appropriatezza delle cure, quindi l'efficienza e l'efficacia del servizio, cui concorrono nell'ordine la competenza del personale e non da ultimo la gentilezza e l'umanità del rapporto che si instaura con i curanti durante la degenza.

Questa categoria di stakeholder potrebbe essere considerata l'unica davvero dipendente dal Cardiocentro: in Ticino non esistono altri centri specialistici per la cura di patologie cardiache, alcuni pazienti, tuttavia, possono scegliere di andare a curarsi in centri specialistici oltre Gottardo, laddove le assicurazioni malattia riconoscano la libera scelta dell'ospedale. Negli anni abbiamo assistito ad un progressivo aumento del numero di casi trattati al Cardiocentro, indice di conquista della fiducia della popolazione: nel 2003 ci sono stati circa 2'500 casi degenti, negli ultimi 3 anni il numero è aumentato sensibilmente stabilizzandosi intorno ai 2'900. Analogamente il numero di giornate di cura erogate si è stabilizzato negli anni intorno a 12'500 e la degenza media quindi intorno a 4.4 giorni.

Inoltre dal 2006 nella pianificazione ospedaliera il numero di letti è stato aumentato da 20 a 30, quindi del 50%, proprio per garantire la copertura della crescente domanda.

Considerando anche i parametri di provenienza ge-

ografica ed età, si conferma che il 90% dei pazienti è ticinese, mentre gli altri pazienti provengono per metà dal resto della Svizzera e per metà dall'estero, e che la fascia di età più soggetta a ricoveri al Cardiocentro è quella che va dai 66 ai 75 anni⁴⁷.

Il paziente è al centro della strategia del CCT⁴⁸: per garantire la soddisfazione del paziente e per essere conformi alle linee guida svizzere sulla qualità negli ospedali, è stato istituito un gruppo di lavoro specifico sulla qualità che tiene monitorati diversi parametri e che riporta annualmente al Consiglio di Fondazione. La qualità delle cure viene continuamente migliorata e la percezione della stessa viene monitorata due volte all'anno mediante una scheda valutativa inviata a tutti i pazienti che sono stati degenti nell'arco di periodi prefissati di tre mesi. La rilevazione della soddisfazione dei pazienti, progettata in collaborazione con la Sezione sanitaria del Cantone e un consulente esterno, è stata effettuata per la prima volta nel 2010 con ottimi risultati.

La votazione media è di 5.21 (su un massimo di 6), con dei massimi di 5.6-5.7 per i parametri concernenti la qualità delle cure, l'atteggiamento del personale medico ed infermieristico e il comfort della struttura. Laddove il punteggio non raggiungeva almeno il valore 5 il gruppo di lavoro sulla qualità ha proceduto a un incontro con i responsabili interessati per studiare i correttivi da apportare. Sarà però solo con la rilevazione pianificata

⁴⁷ Cfr. p. 33 figura 8.

⁴⁸ Cfr. Parte prima.

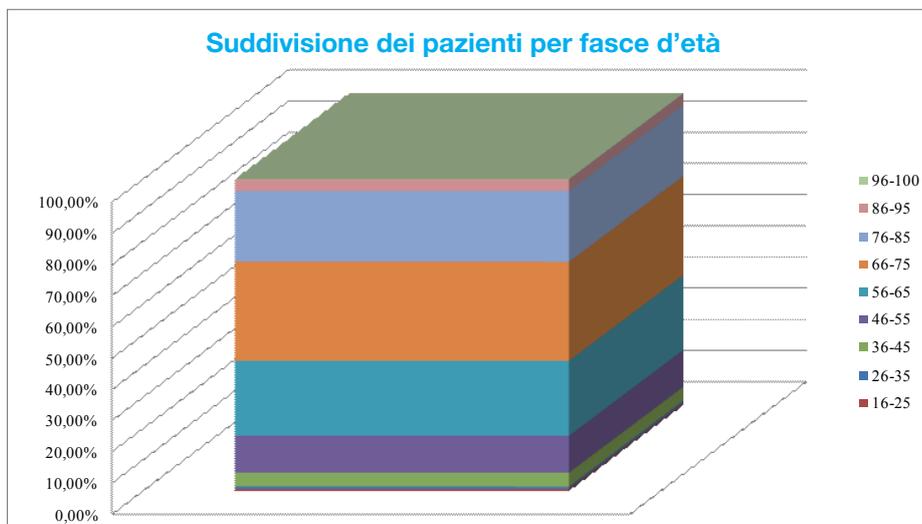


Figura 8 Suddivisione dei pazienti per fasce di età (media 2005-2010), fonte dati CCT

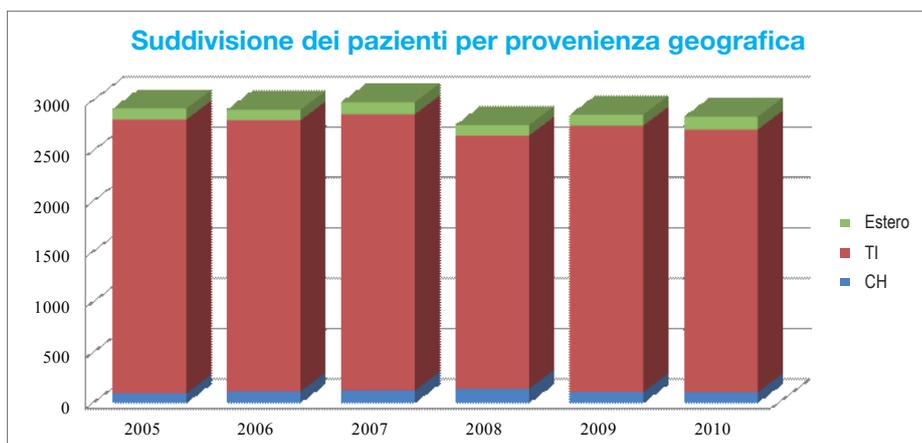


Figura 9 Provenienza geografica dei pazienti 2005-2010, fonte dati CCT

per la fine del 2011 che si potrà stabilire l'efficacia delle misure correttive intraprese. Le aree di indagine sono le cinque seguenti.

L'informazione

Innanzitutto si è chiesto al paziente di esprimersi sull'eshaustività dell'informazione e i risultati sono stati più che soddisfacenti, al di sopra della linea di demarcazione gialla che identifica la soglia di accettabilità definito dal Cardiocentro. Fa eccezione l'informativa di carattere organizzativo, per la quale è stato pensato di preparare una brochure presente ora in tutte le camere⁴⁹.

Il comfort e la relazione

Il comfort e la relazione con medici e pazienti sono stati giudicati più che buoni, così come i risultati riguardanti la qualità delle cure mediche e in-

fermieristiche e dei servizi di fisioterapia e riabilitazione hanno ricevuto una valutazione più che soddisfacente, come si può vedere dai grafici alla pagina seguente⁵⁰.

La valutazione dei tempi di attesa e le risoluzioni di eventuali problematiche

La valutazione dei tempi di attesa e della tempestività ed efficacia con cui sono stati risolti eventuali disagi ha ricevuto una valutazione negativa, come evidenziato dal grafico specifico⁵¹, in cui si può notare come le valutazioni si trovino al di sotto della soglia. Questa rilevazione non deve stupire il lettore in quanto la problematica maggiore trova la sua spiegazione nella tipologia stessa del paziente tipo per il CCT – paziente entrato in urgenza –, tuttavia sono stati effettuati diversi in-

⁴⁹ Cfr. figura 10.

⁵⁰ Cfr. figura 11 e figura 12.

⁵¹ Cfr. figura 13.

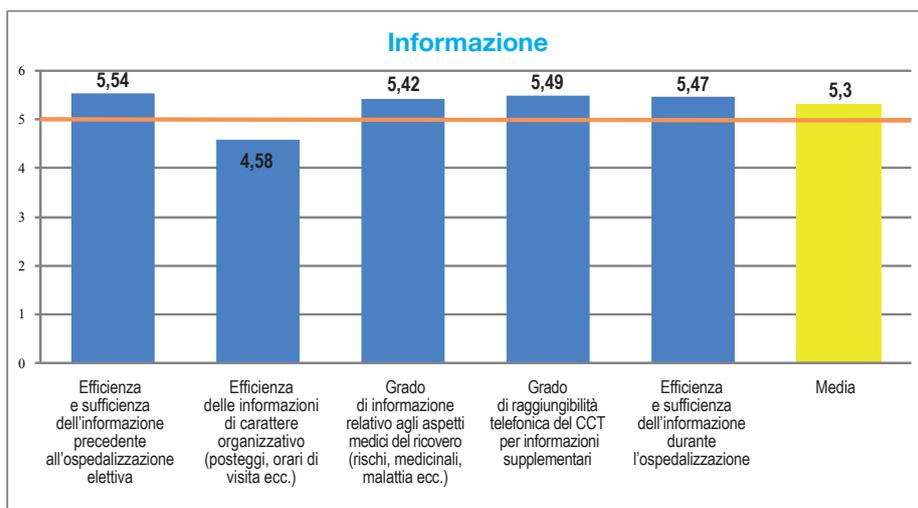


Figura 10 Risultati soddisfazione del paziente sull'informazione

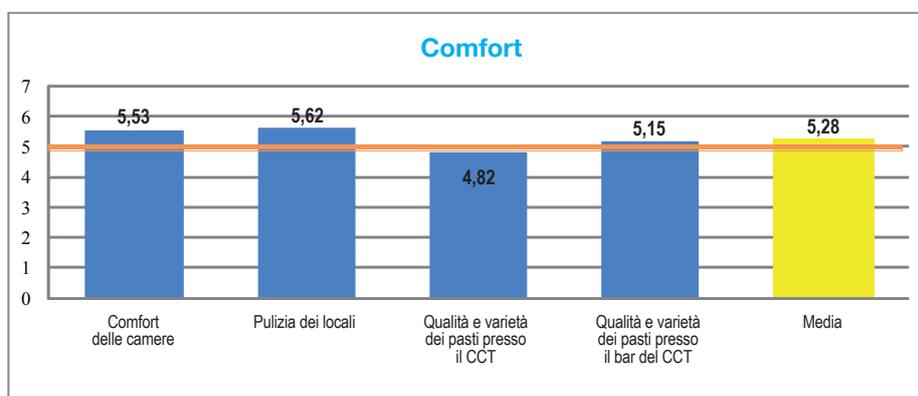


Figura 11 Risultati soddisfazione del paziente sul comfort

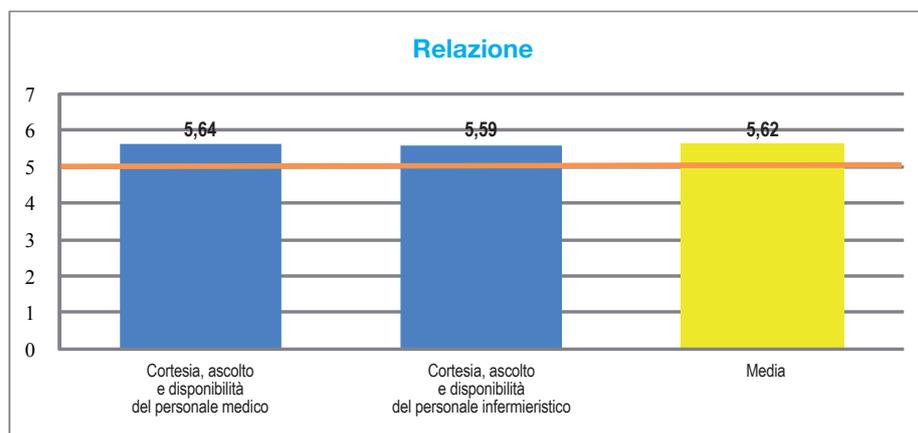


Figura 12 Risultati soddisfazione del paziente sulla relazione

contri con i medici responsabili ed è stato deciso di inserire nella brochure informativa il contatto del responsabile degli infermieri e del caporeparto, che possono essere chiamati direttamente in caso di reclami. Solo con le statistiche che deriveranno dalla conclusione dell'attuale sondaggio si capirà se questo rimedio porterà a risultati migliori del punteggio precedente di 3.95.

La qualità e i servizi

Dal sondaggio è emerso che il paziente riconosce il servizio di qualità eccellente che gli viene offerto, così come sono più che soddisfatti dai servizi complementari quali la fisioterapia e la riabilitazione. Difficile invece valutare l'impatto del Cardiocentro sul tasso di mortalità in Ticino per malattie cardiovascolari: le fonti a cui attingere sono qui statisti-

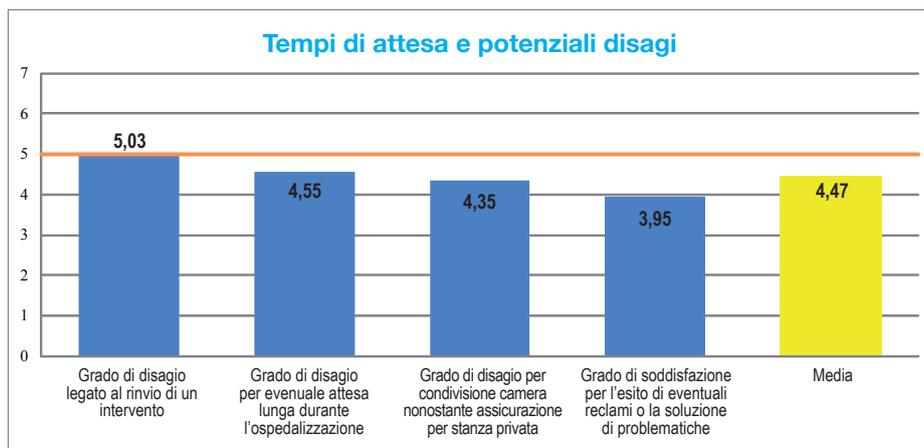


Figura 13 Risultati soddisfazione del paziente sui tempi di attesa ed eventuali disagi

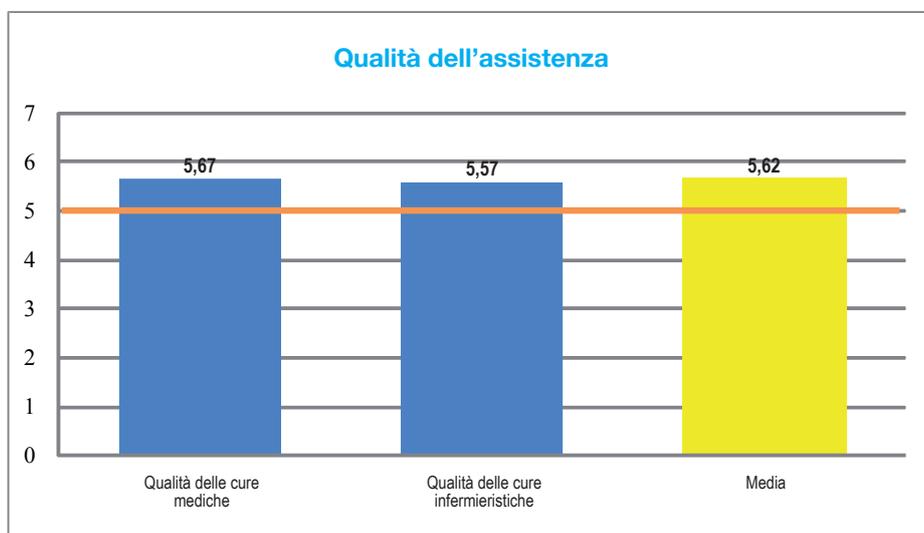


Figura 14 Risultati soddisfazione del paziente sulla qualità dell'assistenza

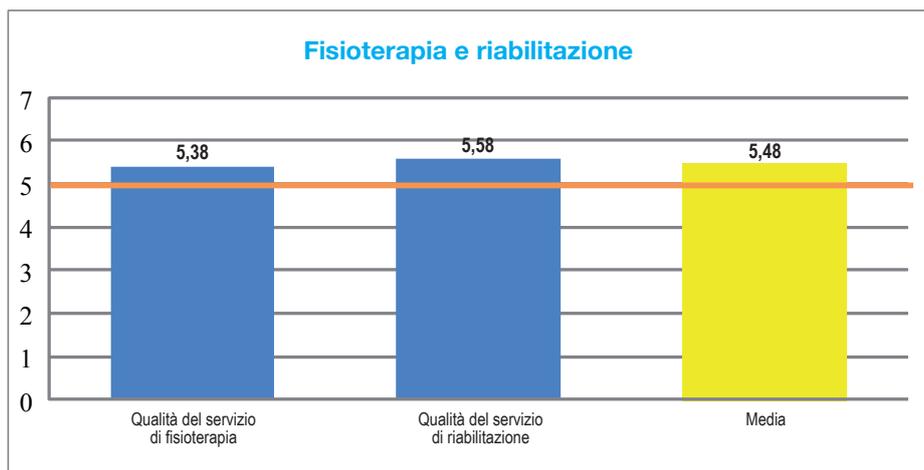


Figura 15 Risultati soddisfazione del paziente sui servizi complementari

che epidemiologiche cantonali e federali, non sempre di facile lettura e interpretazione. Sicuramente in Svizzera le malattie cardiovascolari, insieme con il cancro, rappresentano da tanti anni la prima cau-

sa di morte⁵², sicuramente l'arrivo del Cardiocentro ha ridotto in Ticino la mortalità per malattie car-

⁵² Cfr. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.htm>.

diovascolari⁵³, ma per utilizzare questi dati correttamente o eseguire confronti sensati bisognerebbe capire bene le specificità dei singoli dati e della loro raccolta, i cambiamenti intervenuti in queste statistiche federali e nei relativi sistemi di codifica, i controlli di qualità dei dati posti in essere dai singoli istituti e dagli uffici cantonali e federali preposti alla loro raccolta ed elaborazione.

Citiamo infine l'Associazione Amici del Cardiocentro Ticino, che è indipendente ed è stata costituita principalmente con lo scopo di creare una community.

Stakeholder sociali. Il personale

Il Cardiocentro, cosciente del ruolo strategico essenziale svolto dal suo personale nella realizzazione degli obiettivi aziendali, da sempre investe nella valorizzazione e nello sviluppo delle risorse umane: è soprattutto dalle capacità e dalla motivazione dei propri collaboratori che dipende la capacità della clinica di perseguire l'eccellenza.

L'importanza assegnata al fattore risorse umane è testimoniata da vari aspetti:

1. Il numero di persone occupate e la relativa evoluzione: dai dati al 31.12.2010 ricaviamo che la clinica si avvale di 297 collaboratori, per un totale di 259 Unità a Tempo Pieno (UTP), in cui sono rappresentate 13 nazionalità diverse; sono numeri molto importanti, se si considera che nel 1999, all'apertura del centro, erano presenti solo 83 collaboratori e che, nei primi turbolenti anni di attività, il loro numero non è mai andato oltre le 200 unità.
2. L'alto livello di formazione del personale: a conferma della vocazione della clinica per le tecnologie di punta e per l'eccellenza, il Cardiocentro ha collaboratori con una formazione media molto alta; oltre il 60% del personale possiede infatti una formazione superiore (laurea o post-grade⁵⁴); da sottolineare poi che la creazione di occupazione qualificata ha un importante impatto economico sul territorio.
3. L'impegno della struttura nella formazione del personale e la recente destinazione di una fi-

gura al 20% dedicata alla formazione interna continua.

4. Il forte coinvolgimento del personale medico nella definizione e implementazione delle strategie aziendali.
5. La presenza nell'organigramma aziendale del responsabile delle cure, ovvero un responsabile della gestione del personale specifico per il personale infermieristico (che rappresenta oltre la metà degli addetti e ha problematiche gestionali molto specifiche).
6. L'ottenimento nel 2011 (prima e unica azienda ticinese, primo e unico ospedale) del decimo posto al prestigioso Swiss Arbeitgeber Award⁵⁵, che premia ogni anno i 25 migliori datori di lavoro sulla base di un sondaggio fra i collaboratori. Promossa dall'Unione svizzera degli imprenditori, dal magazine economico "Bilanz" e dalla società di ricerche di mercato GfK Switzerland, l'indagine – rivolta a tutte le aziende svizzere con più di 100 dipendenti – è stata condotta dai ricercatori e consulenti della Icommit di Küsnacht, leader nei sondaggi fra dipendenti. Un risultato significativo, soprattutto in un contesto ospedaliero, dove la qualità del lavoro e il benessere organizzativo significano molto in termini di qualità della cura e del benessere dei pazienti. L'ottenimento di questo riconoscimento è comunque per il Cardiocentro un punto di partenza, l'indagine ha infatti permesso di evidenziare possibili miglioramenti e il management si sta ora impegnando per metterli in atto.

Vi sono poi altre cifre e fatti interessanti da osservare, come per esempio la presenza di ben 99 collaboratori a tempo parziale (pari a un terzo dell'effettivo, fra i quali 74 donne su un totale



Figura 16 Attestato ricevuto per il concorso "Swiss Arbeitgeber Award" – 10° posto

53 Cfr. http://www.ti.ch/DFE/USTAT/DATI_CANTONE/default_3.asp?menu=14&key1=14&key2=03&key3=04.

54 Cfr. p. 37 figura 17.

55 Cfr. www.swissarbeitgeberaward.ch.

di 179 e 25 uomini su un totale di 118) unitamente alla creazione e gestione in collaborazione con l'ORL di un asilo nido aziendale: due misure a favore delle famiglie in cui entrambi i genitori esercitano un'attività lavorativa.

A livello di ripartizione per profili professionali, non stupisce la netta prevalenza del personale infermieristico e medico⁵⁶, mentre merita una più attenta considerazione la ripartizione per tipo di permesso di lavoro⁵⁷. Il 39% dei collaboratori del Cardiocentro ha un permesso di tipo B o G, in altre parole è soggetto all'imposta alla fonte e si tratta per lo più di infermieri con diverso grado di specializzazione; questo fatto da un lato conferma quan-

to esposto più sopra a proposito della preoccupante carenza in Svizzera di personale infermieristico, dall'altro lato riduce l'indotto economico che il Cardiocentro è in grado di generare sul proprio territorio, poiché una fetta importante di imposte sul reddito e di consumi indotti viene "esportata" all'estero, prevalentemente nella vicina Italia.

Stakeholder nell'approvvigionamento: i fornitori di beni e servizi

Dopo aver approfondito la relazione della FCCT con i livelli superiori di regolazione, gli attori istituzionali e gli attori sociali, analizziamo ora i rapporti della clinica con i fornitori di beni e servizi, atto-

56 Cfr. figura 18.
57 Cfr. figura 19.

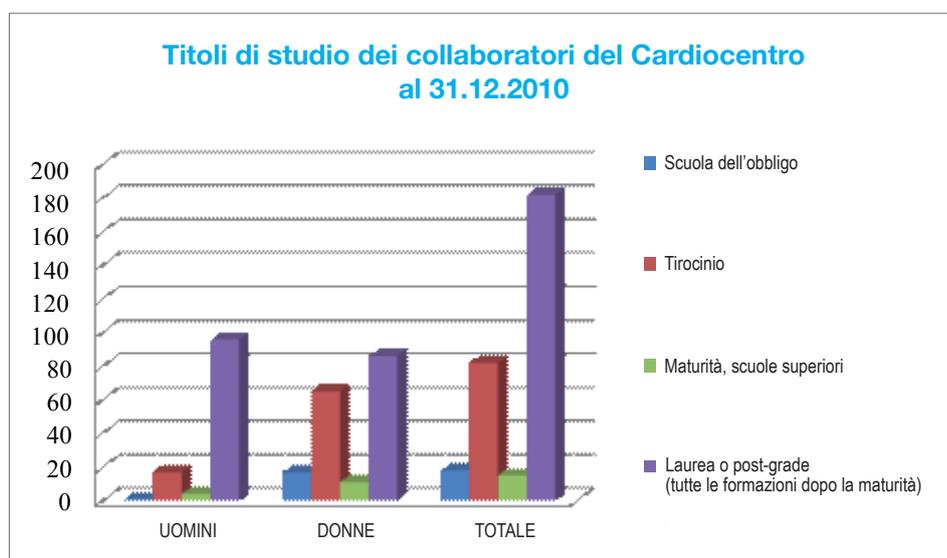


Figura 17 Titoli di studio dei collaboratori del Cardiocentro al 31.12.2010

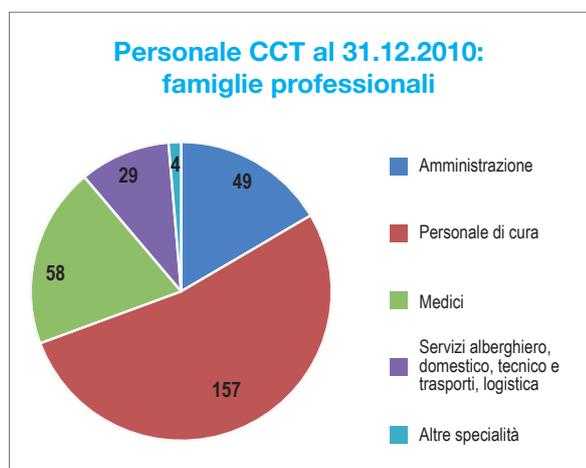


Figura 18 Profili professionali dei collaboratori del CCT

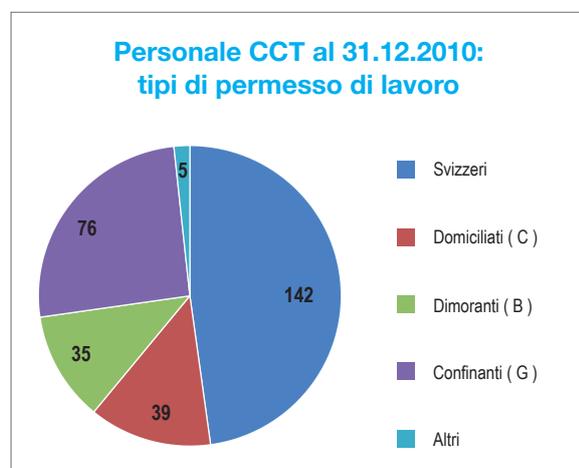


Figura 19 Permessi di lavoro dei collaboratori del CCT

CONFRONTO TRA CONTO ECONOMICO DELLA FCCT E DELL'EOC				
	01.01.2009 31.12.2009 FCCT	%	01.01.2009 31.12.2009 EOC	%
COSTI				
Costi del personale	28.162.531	44,33%	371.697.326	67,33%
Costo del materiale di uso medico	25.562.855	40,24%	84.554.089	15,32%
Altri costi	9.801.784	15,43%	95.839.105	17,36%
TOTALE COSTI	63.527.170		552.090.520	

Figura 20 Confronto fra conto economico della FCCT e dell'EOC

ri chiave della catena del valore del sistema sanitario ed estremamente importanti per una clinica come il Cardiocentro, votata alle tecnologie di punta. Per il Cardiocentro il peso relativo degli acquisti di materiali e il costo degli investimenti sul proprio bilancio è molto più importante che in altri ospedali. La differenza in questione è di tipo strutturale e conseguentemente gli acquisti, la gestione dei materiali e dei rapporti con i fornitori hanno ricevuto un'attenzione particolare, sia nella definizione delle linee guida, sia nella loro gestione corrente. Per comprendere meglio tale diversità si propone sopra una riclassificazione semplificata del conto economico del Cardiocentro⁵⁸ rispetto a quello dell'EOC⁵⁹, sottolineando che i dati contabili sono perfettamente paragonabili, perché l'Associazione degli Ospedali Svizzeri H+ impone agli associati un piano contabile comune, oltre a regole di contabilizzazione e ai diversi modelli di contabilità analitica.

Dalla tabella emerge che la quasi totalità dei costi per la FCCT si suddivide equamente tra costi del personale (44.33%) e costo del materiale di uso medico (40.24%). Tale proporzione è di gran lunga differente per l'EOC per il quale la porzione di costi del personale rappresenta i due terzi dei costi totali, mentre il costo del materiale di uso medico incide sul totale dei costi solo per il 15.32%, quindi per meno di un sesto.

Il Cardiocentro applica da sempre una politica rigorosa nella gestione degli approvvigionamenti, siano essi acquisti di beni durevoli, di materia-

li di consumo o di servizi. Questa politica è stata (ed è tuttora) oggetto dell'analisi dei rischi che il Cardiocentro deve obbligatoriamente realizzare, quale struttura soggetta alla revisione ordinaria⁶⁰. L'analisi dei rischi del cosiddetto "ciclo passivo"⁶¹, allestita per la prima volta nel 2008 da una società di consulenza esterna, ha confermato che esistono presso la clinica procedure interne che costituiscono ottimi controlli contro una serie di rischi (per esempio: l'invio di ordini per acquisti non precedentemente approvati, invio di ordini a fornitori non approvati secondo le procedure interne che garantiscono la qualità e la trasparenza, ecc.). L'analisi dei rischi ha considerato tutti i rischi attuali e potenziali in cui la FCCT potrebbe incorrere, ma per ognuno sono in atto procedure ormai consuete di prevenzione, che costituiscono una sorta di assicurazione positiva sui conti annuali⁶². Da sempre la scelta dei materiali e dei fornitori avviene collegialmente fra medici e amministrazione: in particolare, direzione medica, direzione generale e ufficio acquisti. Per i materiali di impianto e per quelli finanziariamente più importanti vengono gestite aste annuali per le quali la selezione avviene in base a diversi criteri, fra cui principalmente il rapporto qualità-prezzo e la diversifica-

60 Cfr. quanto prescritto all'art. 663b C.O.

61 Per analisi del "ciclo passivo" si intende la valutazione dell'impatto che i costi e i creditori, nonché il magazzino, hanno sulle voci del conto annuale. Per ogni categoria del ciclo passivo, in rispetto della normativa vigente, la FCCT ha allestito, con il supporto di consulenti esterni, l'analisi dei rischi, che si riassume in diverse fasi tra cui l'individuazione della presenza di rischi cui la FCCT è oggettivamente esposta e le conseguenti azioni di prevenzione o di cura, qualora il rischio diventasse un evento reale da affrontare. (CoSO *Committee of sponsoring organizations of the tradeway commission*, 1992). Cfr. Kofel, 2008 e Aquila, 2010.

62 Cfr. Stenz & Zemp, 2009.

58 Estratto del Conto Economico Cardiocentro Ticino, Rapporto di revisione 2009 del CCT.

59 Estratto del Conto Economico EOC, Rapporto Annuale EOC 2009.

zione dei rischi. A questo proposito non si vogliono creare rapporti esclusivi con i fornitori perché è ritenuto rischioso legarsi per alcuni materiali sensibili ad un unico fornitore. Per le decisioni di investimento è richiesta anche la partecipazione del Consiglio di Fondazione e del servizio tecnico. La collegialità nelle scelte di acquisto e di investimento porta a una condivisione di responsabilità e obiettivi fra diversi servizi all'interno della clinica e conferisce oggettività e affidabilità alle decisioni. Nel corso della sua storia il Cardiocentro ha potuto stabilire vere e proprie partnership con alcuni dei suoi maggiori fornitori. Non si fa qui riferimento soltanto alle strategie di *networking* con l'EOC, ma anche ai fornitori di beni d'investimento e materiale medico (in particolare di materiale di impianto).

Nei suoi primi anni di vita, senza il riconoscimento delle prestazioni da parte degli assicuratori malattia⁶³, il Cardiocentro ha attraversato gravi problemi di liquidità, ma i fornitori più importanti hanno sostenuto la clinica, accettando piani di liquidazione degli scoperti a lungo termine e correndo essi stessi qualche rischio finanziario. Oggi la clinica affianca queste grandi aziende nello sviluppo di nuovi prodotti, nuove tecnologie e nuovi metodi di cura. Ecco due esempi concreti:

1. La Abbott AG di Baar ha scelto il Cardiocentro quale sede per il Registro svizzero delle MitraClip. La MitraClip, utilizzata negli Stati Uniti dal 2008, è attualmente l'unico dispositivo medico in commercio a offrire un'opzione non chirurgica di riparazione della valvola mitrale per i pazienti che soffrono di rigurgito mitralico funzionale e degenerativo; dopo i primi interventi eseguiti in Svizzera presso il Cardiocentro nel 2009, alla clinica ticinese è stato assegnato questo ruolo di coordinatore nazionale;
2. Un pool di grandi aziende produttrici di dispositivi cardiaci ha scelto il Cardiocentro quale elemento fondamentale per lo sviluppo in Ticino del futuro Centro di Competenza di Medicina Telematica (CCMT): sempre più pazienti sono oggi portatori di dispositivi di re-sincronizzazione cardiaca (pacemaker e defibrillatori) di nuova generazione; questi apparecchi sono dotati di un microchip in grado di trasmettere per via

telematica segnali sul funzionamento dell'apparecchio a un programma informatico installato presso la clinica e monitorato da personale specializzato (tutto ciò durante le ore notturne e senza che il paziente avverta alcun fastidio).

È interessante anche osservare le cifre in gioco. Nel corso degli ultimi 10 anni gli oltre 1'500 fornitori di beni e servizi a cui il Cardiocentro ha fatto capo hanno realizzato una cifra d'affari globale di oltre 256 milioni di franchi.

La suddivisione dei fornitori per cifra d'affari costituisce un'ulteriore prova di quanto i fornitori di materiale medico costituiscano una risorsa di approvvigionamento fondamentale per il CCT.

Attribuendo all'Ente Ospedaliero Cantonale un livello di cifra d'affari pari a 60 milioni di franchi (se si considerano anche le prestazioni della previdenza professionale del FEOC e i Servizi centralizzati EOC), esso risulta essere, da solo, il primo fornitore in assoluto del CCT. Come si può notare dal grafico alla pagina successiva ([figura 21](#)), l'11% dei costi totali sono destinati all'EOC. Il grafico pone inoltre in evidenza come il 20% delle risorse distribuite tra i creditori siano assorbite dal pagamento degli oneri sociali, imposte e tasse e indirizzate, quindi, agli organi cantonali deputati. Dalla suddivisione dei fornitori per area geografica di appartenenza, descritta graficamente in [figura 22](#), emerge che la quasi totalità dei fornitori (97.17%) del Cardiocentro ha sede nella Confederazione. I fornitori della Svizzera italiana, con 138 milioni di franchi totalizzano rispettivamente il 45% del totale speso in Svizzera e il 43.72% del totale globale.

Bisogna tuttavia precisare che una buona parte dei beni e servizi acquistati in Svizzera lo sono attraverso filiali di grandi imprese multinazionali che hanno sedi commerciali in Svizzera ma stabilimenti produttivi all'estero. Questo significa che i flussi finanziari generati tramite i pagamenti di fatturato e imposte rimangono tutti in territorio elvetico, però l'indotto industriale in certi casi viene a mancare visto che l'apparato produttivo si trova all'estero.

Non stupisce quindi che l'analisi ABC⁶⁴ condotta

⁶⁴ L'analisi ABC è uno strumento utile ai fini della gestione del magazzino, che si basa sul teorema di Pareto detta Legge 80/20, per il quale l'80% degli effetti può essere riconducibile con una relazione di dipendenza al 20% delle cause. Essa individua tre categorie di pro-

⁶³ Cfr. Parte prima, pp. 7-9 "La storia".

sui fornitori regionali riveli il grande peso dell'EOC (43% della cifra d'affari), che insieme ad AVS ed Imposte alla fonte copre il 65% della cifra d'affari regionale. Il rimanente 35% vede protagonisti il Servizio Trasfusionale, oltre a fornitori locali attivi nell'ambito di tecnologie informatiche, consulenze amministrative, *utilities*, sorveglianza, trasporto pazienti.

La stessa analisi ABC condotta sui fornitori sviz-

zeri rivela invece una minore concentrazione: oltre il 50% della cifra d'affari è infatti detenuta dai primi cinque fornitori di materiale di uso medico e in particolare di materiali di impianto, mentre i fornitori di materiale medico nel loro insieme raggiungono l'87% della cifra d'affari realizzata nella Svizzera tedesca e francese. La cifra restante è invece destinata per lo più ai fornitori di tecnologie e servizi di manutenzione delle infrastrutture.

dotti: quelli più rilevanti che costituiscono la "classe A", che da soli contano circa il 40% del totale, i prodotti di media rilevanza, "classe B", che è composta da prodotti di fornitori che godono del 20 - 30% della cifra d'affari totale, ed infine si individua la "classe C", che comprende i prodotti dei fornitori meno significativi in termini di cifra d'affari (Vona, 2004)

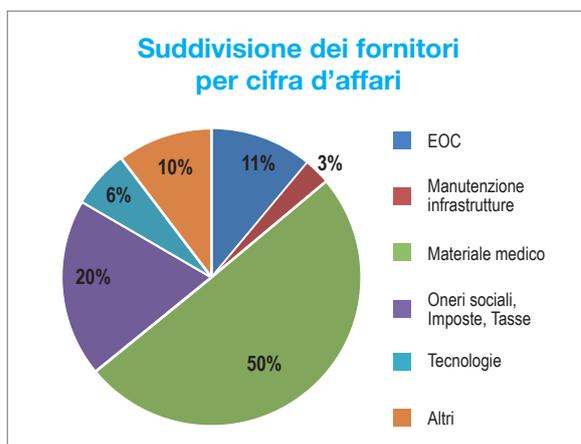


Figura 21 Suddivisione dei fornitori per cifra d'affari

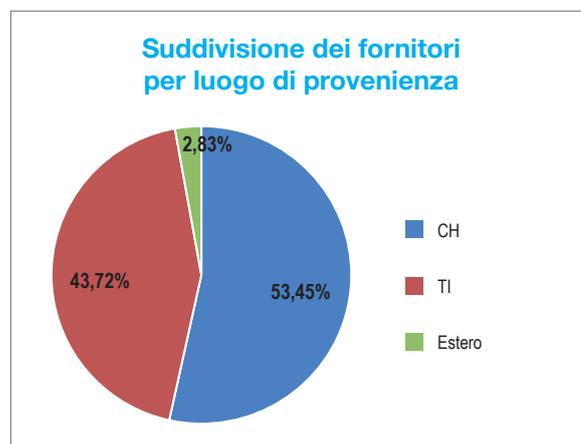


Figura 22 Suddivisione dei fornitori per luogo di provenienza

CONCLUSIONI

La stesura di un bilancio sociale rappresenta per il Cardiocentro una logica conseguenza del ruolo che l'ospedale riveste a livello ticinese quale erogatore di servizi pubblici, quale datore di lavoro e quale punto di riferimento per la ricerca e la formazione.

Il bilancio sociale, per il Cardiocentro, è lo strumento che consente di riflettere sui risultati globali raggiunti dalla sua nascita ad oggi, di integrare i tradizionali strumenti di controlling economico-finanziario con variabili non economiche e/o non quantificabili e soprattutto di soffermarsi sul reale "valore pubblico" creato dalla struttura.

Dalla lettura del lavoro si giunge alla conclusione che l'effetto economico reale dell'operato del Cardiocentro sul territorio ticinese non è soltanto esprimibile in termini di valore aggiunto, di flussi finanziari o in termini occupazionali. Non si può infatti trascurare il miglioramento della qualità di vita in Canton Ticino prodotto dalla presenza di una clinica di alta specializzazione, ma soprattutto non si possono dimenticare le ulteriori prospettive: quelle della catena del valore a livello regionale, dei network sanità-ricerca-formazione, delle capacità che il Cardiocentro ha dimostrato di possedere quale promotore di nuove forme di collaborazione e sinergie intra e intersettoriali, tutto ciò a beneficio dei propri stakeholder e della competitività del proprio territorio.

Dal punto di vista più strettamente economico-finanziario è stato quantificato il valore aggiunto creato e distribuito secondo i modelli di calcolo disponibili ed è stato evidenziato come la nascita del Cardiocentro abbia convogliato da altri cantoni verso il Ticino notevoli flussi finanziari (effetto che in parte sarà mitigato a partire dal 2012 con il nuovo finanziamento ospedaliero); è stato inoltre rappresentato come ogni anno il valore aggiunto distribuito superi quello prodotto, a beneficio di fornitori locali e nazionali, del personale (purtroppo in parte non domiciliato, data la grave carenza in Svizzera di personale infermieristico) e della pubblica amministrazione.

La redazione del bilancio sociale è stata per il Cardiocentro anche un'opportunità per avvalorare il progetto di revisione del piano strategico, conclusosi nel 2008. Viene esposto come, in seguito a questo riorientamento strategico, il Cardiocentro abbia scelto di non rimanere una piccola clinica monospecialistica, ma di accettare la sfida di diventare centro di eccellenza e creare così valore pubblico per il proprio territorio. Perseguendo questo obiettivo il Cardiocentro ha inoltre visto nello sviluppo di nuove forme di collaborazione con partner locali la possibilità di sopperire alle lacune organizzative legate alla sua piccola dimensione, di creare sinergie a vari livelli (finanziario, formativo, medico...) e soprattutto di aprire diverse opportunità per migliorare l'offerta dei servizi sanitari alla popolazione contenendone i costi.

Le principali scelte strategiche del Cardiocentro, eccellenza a livello nazionale e networking a livello locale, sono esempi di piani strategici per lo sviluppo della *governance*: "... nel caso di strutture (sanitarie) di alta specializzazione la competizione dovrebbe spostarsi a livello nazionale, mentre a livello locale devono incoraggiarsi forme di collaborazione reticolare... Senza differenziazione e specializzazione i soggetti erogatori non subiscono pressioni competitive reali e pertanto non si diffondono *best practices* e innovazione"⁶⁵.

Alla luce di queste analisi il pensiero corre inevitabilmente all'anno 2020, ossia alla data prevista in cui la Fondazione Cardiocentro Ticino verrà sciolta e il suo patrimonio verrà devoluto all'Ente Ospedaliero Cantonale. Si deve qui affermare che, perché continui in questo processo di crescita, sviluppo ed eccellenza, è fondamentale che il Cardiocentro possa conservare la sua autonomia gestionale e la sua indipendenza, altrimenti saranno il sistema sanitario ed il territorio ticinese a perdere un attore fondamentale per lo sviluppo economico e la competitività.

Ci si augura quindi che questo lavoro possa anche diventare uno strumento di comunicazione istituzionale verso la collettività, non sempre corretta-

⁶⁵ Cfr. Cuccurullo & Meneguzzo, 2005.

mente informata o a conoscenza di quale sia il “capitale sociale” per il Ticino di una struttura quale il Cardiocentro.

Infine il bilancio sociale deve rappresentare per l’azienda Cardiocentro un momento di riflessione interna, perché consente di acquisire maggiore consapevolezza di quanto si è fatto e quanto rimane da fare, rafforzando i legami fra gli attori coinvolti e l’impegno verso i valori costitutivi e la collettività.

BIBLIOGRAFIA

- Allee, V., & Taug, J. (2006), *Collaboration, innovation, and value creation in a global telecom. The Learning Organization: An International Journal*, 569-578.
- Aquila, C. (2010), *L'analisi dei rischi ed il sistema di controllo interno della Fondazione Cardiocentro Ticino*, Lugano: Università della Svizzera Italiana
- Bagnoli, D., Riccaboni, A., & Nante, N. (2005), *Il Bilancio Sociale come strumento di controllo strategico per un'azienda sanitaria locale. Determinanti di misurazione di performance e di rendicontazione sociale pubblica*. Organizzazione Sanitaria 21-33.
- Bergamaschi, M. (2009), *Creazione del valore e organizzazione in sanità*, Milano: McGraw-Hill.
- Borgonovi, E. (2001), *Il concetto di valore pubblico*, Azienda Pubblica, n. 2-3.
- Bryson, J. M. (2004), *Strategic Planning for Public and Non Profit Organizations. A guide to Strengthening and Sustaining Organizational Achievement*, San Francisco: Jossey-Bass publishers.
- Cepiku, D. (2007), *Stakeholder management. Gestione dei rapporti con i portatori di interesse*, Roma: Università di Roma "Tor Vergata".
- Consiglio di Fondazione Cardiocentro Ticino, (2008), *Analisi strategica e proposte di misure di miglioramento gestionali per il Cardiocentro Ticino CCT di Lugano*, Lugano: Fondazione Cardiocentro Ticino.
- Crivelli, L., Filippini, M., Mantegazzini-Antonioli, B., & Pallotti, F. (2007), *I costi dell'assicurazione malattia nel Cantone Ticino. Rapporto finale*, Lugano: Università della Svizzera Italiana; Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana.
- Cuccurullo, C., & Meneguzzo, M. (2005), *Dai piani strategici ai piani per la salute: tendenze in atto nella pianificazione strategica delle Aziende Sanitarie italiane*, Roma: Rapporto Ceis.
- Cyntha, D. S., Tennis, T. J., & Robe, G. T. (1995), *Visione, Valori, Missione, come costruire gruppi di lavoro vincenti*, Milano: Edizioni Franco Angeli.
- Di Filippo, E., Montefiori, C. (2006), *La creazione e la diffusione della conoscenza: l'esperienza del Programma Cantieri*, Milano: Azienda Pubblica 471-500.
- Dipartimento della sanità e della socialità del Cantone Ticino in collaborazione con l'Osservatorio (2007), *La salute nel Cantone Ticino. Risultati dell'Indagine sulla salute in Svizzera 2007*, Neuchâtel: Osservatorio svizzero della salute.
- Etzkowitz, H., & Leydesdorff, L. (2000). *The dynamics of innovation: from National Systems and "Mode 2" to a Triple Helix of university-industry-government relations*, Research Policy, 109-123.
- Fiorani, G., Frey, M., & Meneguzzo, M. (2010), *La sanità come volano dello sviluppo economico*, Edizioni ETS.
- Freeman, E. R. (1984), *Strategic management: A stakeholder approach*, Boston: Pitman.
- Freeman, E. R., Rusconi, G., & Dorigatti, M. (2007), *Teoria degli stakeholder*, Milano: Franco Angeli.
- Frey, R. L., Folloni, G., & Steiner, M. (2004), *Il Bilancio economico e sociale dell'USI e della SUPSI*, Rapporto per il Consiglio di Stato del Cantone Ticino. Basilea/Trento/Graz.
- G.B.S. Gruppo di studio per il Bilancio Sociale, (2001), *Principi di redazione del Bilancio Sociale*, Roma: Adnkronos Comunicazione S.p.A.
- Global Reporting Initiative (2000): www.globalreporting.org/ReportingFramework/
- Global Reporting Initiative (2000-2010), *Indicator Protocols Set Economic (EC) NGO Sector Supplement*, Amsterdam: Global Reporting Initiative, <http://www.globalreporting.org>.
- Global Reporting Initiative (2000-2010), *Indicator Protocols Set Society (SO) NGO Sector Supplement*, Amsterdam: Global Reporting Initiative, <http://www.globalreporting.org>.
- Global Reporting Initiative (2000-2011), *Sustainability Reporting Guidelines*, Amsterdam: Global Reporting Initiative, <http://www.globalreporting.org>.

- Global Reporting Initiative (2011), *GRI Sustainability Reporting Guidelines G3.1 - Reference Sheet*, Amsterdam: Global Reporting Initiative, <http://www.globalreporting.org>.
- Global Reporting Initiative: www.globalreporting.org/AboutGRI/WhatIsGRI/History/OurHistory.
- Hill, C. W., & Jones, T. M. (1992), *Stakeholder-Agency Theory*, *Journal of Management Studies*, 131-154.
- Hinna, L. (2002), *Il Bilancio Sociale*, Milano: Il Sole 24 ORE.
- Kaplan, D., & Norton, P. (2004), *Measuring the strategic readiness of intangible assets*, *Harvard Business Review*, 52-63.
- Kaplan, R., & Norton, D. (2000), *Having trouble with your strategy? Then map it*, *Harvard Business Review*, 167-176.
- Kaplan, R., Norton, D. (1992), *The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance*, Harvard: Harvard Business Review.
- Light, P. (1998), *Sustaining Innovation: Creating Nonprofit and Government Organizations That Innovate Naturally*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Mazzucchelli, C. (2009), *Dalle catene di valore alle reti di valore*. RETI DI VALORE: <http://www.retidivalore.it>.
- Meneguzzo, M. (1996), *Strategia e gestione di reti di aziende sanitarie*, Milano: EGEA.
- Meneguzzo, M. (2000), *I terreni dell'innovazione organizzativa: le reti sanitarie multispedaliere e multi servizi*, in Bergamaschi M. (2000, a cura di), *L'Organizzazione nelle aziende sanitarie*, Milano: McGraw Hill.
- Meneguzzo, M. (2005), *Creazione di valore e sviluppo del capitale sociale: la sfida per il sistema della PA italiana*, *Rivista italiana di ragioneria ed economia aziendale*, 705-720.
- Meneguzzo, M. (2006), *La strategia e la governance delle amministrazioni pubbliche*. In Hinna, L., Meneguzzo, M., Mussari, R., & Decastri, M. (2006), *Economia delle aziende pubbliche* (pp. 1-138), Roma: McGraw Hill.
- Meneguzzo, M., & Rebora, G. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Milano: Utet.
- Meneguzzo, M., et. al. (2007), *Management pubblico in Ticino: esperienze a confronto tra Svizzera e Europa*, Milano: McGraw-Hill.
- Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997), *Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts*, *Academy of Management Review*.
- Moore, M. (1995), *Creating public value: Strategic management in Government*, Cambridge: Harvard University Press.
- Moore, M. H. (2003), *The Public Value Scorecard: A Rejoinder and an Alternative to "Strategic Performance Measurement and Management in Nonprofit Organizations" by Robert Kaplan*, Hauser Center Working Paper, The Kennedy School of Government, Harvard University.
- Nashef, S., Roques, F., Michel, P., Gauducheau, E., Lemeshow, S., & Salamon, R. (1999, Marzo 29), *European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE)*, *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, pp. 9-13.
- Norman, R., & Ramirez, R. (1995), *Le strategie interattive d'impresa*, Milano: Etas Libri.
- Normann, R., & Ramirez, R. (1993), *From Value Chain to Value Constellation: Designing Interactive Strategy*, *Harvard Business Review*, 65-77.
- Osservatorio per la finanza e la contabilità degli enti locali (2007), *Linee guida per la rendicontazione sociale negli enti locali*, Roma: Ministero dell'interno italiano.
- Pellicelli, G. (2005), *Strategia d'impresa*, Milano: EGEA.
- Penrose, E. (1959), *The Theory of the Growth of the Firm*, New York: John Wiley and Sons.
- Porter, M. (1985), *Competitive Advantage: creating and sustaining superior Performance*, New York: Free Press.
- Rainey, H. G. (1997), *Understanding and managing public organizations*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Schumpeter, J. A. (1954), *History of Economic Analysis*, New York: Oxford University Press.
- Soda, G. (1999), *Reti tra Imprese: modelli e pro-*

spettive per una teoria del coordinamento, Roma: Carocci Editore.

Stenz, T., Zemp, R. (2009), *Erste erfahrungen mit der ordentlichen revision. Neuerungen haben sich mehrheitlich bewaehrt*, Zürich: Der Schweizer Treuhaender.

Suchman, M. C. (1995), *Managing Legitimacy. Strategic and Institutional Approaches*, Academy of Management Review, 571-610.

Tanese, A. (2004), *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, Roma / Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane Spa.

Vignati, E., Bruno, P. (2004), *Balanced Scorecard in Sanità. Un nuovo sistema di management per tradurre la strategia in azione*, Milano: Franco Angeli.

Von Hippel, E. (2007), *Horizontal innovation networks - by and for users*, Industrial and Corporate Change, 293-315.

Watts, P., Lord Holme (2000), *Corporate Social responsibility*, Geneva: World Business Council for Sustainable Development .

World Bank Institute (2005), *Social Accountability in the Public Sector*, Washington: DCWBI Working Paper.

SITI WEB

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>

http://www.ti.ch/DFE/USTAT/DATI_CANTONE/default_3.asp?menu=14&key1=14&key2=03&key3=04

<http://www.retidivalore.it>

<http://www.globalreporting.org>