

Comitato scientifico

Elio Borgonovi (coordinatore)
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche
Università Bocconi di Milano
Direttore Scuola di Direzione Aziendale

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Sabino Cassese
Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di economia - Università di Torino

Antonio Pedone
Ordinario di scienze delle finanze
Università La Sapienza di Roma

Fabio Roversi Monaco
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia
Direttore generale - Azienda ospedaliera S. Giovanni - Roma

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi

Redazione:

Coordinatore generale
Mario Del Vecchio

Coordinatori di sezione
**Gianmaria Battaglia - Luca Brusati - Giovanni Fattore -
Marco Parenti - Carlo Ramponi - Rosanna Tarricone**

Redattori

**Giorgio Casati - Giorgio Fiorentini - Andrea Garlatti -
Alessandra Massei - Marco Meneguzzo - Franco Sassi - An-
tonello Zangrandi - Francesco Zavattaro**

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Segreteria di redazione

Silvia Tanno

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77
Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23
Tel. 0258362600 - Fax 0258362598
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Pubblicazione

- edita da **SIPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982
- registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
- fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.
- stampata dalla **Grafica Ripoli**, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774381700, Fax 0774381700
- spedita in abbonamento postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma
- prezzo di una copia: L. 95.000

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda:

- che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;
- che chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a:
 - 1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da lire 100.000 a lire 4.000.000;
 - 2) azioni civili da parte di autori ed editori;
 - 3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da lire 1.000.000 a lire 10.000.000;
- che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

MECOSAN

*Italian Quarterly of Health
Care Management, Economics and Policy*
edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 **New economy e «nuova sanità»**
Elio Borgonovi
- Sez. 1ª - **Saggi e ricerche**
- 9 **Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche**
Mario Del Vecchio
- 29 **La Carta dei servizi sanitari: un'analisi dello stato di attuazione**
Riccardo Mussari
- 43 **Trend emergenti nella distribuzione intermedia del farmaco: il caso italiano in prospettiva comparata**
Erika Mallarini, Claudio Jommi
- 59 **L'informatizzazione della SDO: il caso della Clinica Urologica del Policlinico S. Orsola di Bologna**
G.L. Colombo, A. Bertaccini, F. Carparelli, E. Lamanna, G. Martorana
- Sez. 2ª - **Documenti e commenti**
- 75 **Dal plus orario al budget: un'Azienda sanitaria alla ricerca del miglior utilizzo delle risorse**
Vairo Contini
- 77 **Riflessioni sull'assetto istituzionale ed organizzativo del servizio sanitario della regione Friuli-Venezia Giulia**
Giuseppe Tonutti
- Sez. 3ª - **Esperienze innovative**
- 82 **Forme di aggregazione dei M.M.G. e i livelli di spesa programmata**
G. Cavazza, V. Gerri, D. Isola, G. Lupi, E. Magri, C. Rovinetti
- 93 **Il budget del Distretto sanitario: il modello organizzativo-gestionale dell'A.S.L. 3 di Pistoia**
F. Bellomo, P. Panigada, R. Bonini, D. Papini, V. Mundula
- 103 **Clima organizzativo e rapporti di lavoro: un'esperienza**
Giampaolo Marino, Barbara Boccafogli, Andrea Guerzoni
- Sez. 4ª - **La sanità nel mondo**
- 111 **La regionalizzazione dei servizi sanitari: l'analisi dell'esperienza canadese**
Damien Contandriopoulos, Jean-Louis Denis, Ann Langley, Annick Valette
- Sez. 5ª - **Sanità e impresa**
- 127 **Opzioni strategiche per lo sviluppo del sistema informativo nelle aziende sanitarie**
Claudio Caccia, Claudio Vella
- Sez. 6ª - **Biblioteca**
- 139 **Novità bibliografiche**
- 142 **Spoglio riviste**
- 146 **Bibliografia monotematica**

NEW ECONOMY E «NUOVA SANITÀ»

Elio Borgonovi

Una delle differenze tra la società del passato e quella attuale è costituita dal fatto che nella prima le esperienze e le conoscenze (reali o presunte) si traducevano nei proverbi, considerati la «saggezza dei popoli» (patrimonio di conoscenze accumulate), mentre la seconda è caratterizzata dall'utilizzo, in dati periodi, di «termini evocativi» che hanno lo scopo di attirare una forte attenzione, oltre che energie e risorse, su determinati aspetti. È il caso del termine-concetto «new economy» che, esploso in questi ultimi mesi, durerà per un periodo non troppo lungo (data la caratteristica della società moderna di «creare, sfruttare e buttare» slogan evocativi, oltre ai «miti» e agli «idoli» moderni), per poi lasciare il posto ad una nuova parola-slogan.

Si può dire che, sinteticamente, il termine «new economy» viene utilizzato per evocare, con immediatezza ma occorre dire anche con una certa dose di confusione e ambiguità, vari e diversi elementi che caratterizzano:

— *i problemi dell'economia che oggi sono considerati più rilevanti e più urgenti da risolvere;*

— *la natura delle conoscenze, criteri di scelta, comportamenti ritenuti utili e/o necessari per affrontare e risolvere tali problemi;*

— *più in generale i fattori che influenzano/determinano il successo in campo economico;*

— *le tendenze che stanno modificando la struttura e la dinamica dei moderni sistemi economici, in particolare le radicali modificazioni che stanno avvenendo nei processi di produzione, trasferimento e consumo dei beni a seguito dell'irrompere delle nuove tecnologie dell'informatica, telematica, telecomunicazioni, internet, ecc.*

Infatti, molte volte si usano come sinonimi i termini di New Economy, E.(Electronic)-Economy, I.(internet)-Economy. Non sempre è chiara la distinzione tra questi diversi livelli e tuttavia alcune idee-guida di quello che, troppo frettolosamente, a parere di chi scrive, è stato definito dalla cultura dominante un nuovo «paradigma» per la società del prossimo futuro, possono essere recepite e applicate al settore della tutela della salute. Di seguito si trattano, senza la presunzione di aver colto tutti gli elementi più significativi di uno schema concettuale così complesso e in così rapido cambiamento, alcuni degli aspetti di novità, adattandoli alla realtà della sanità.

La natura dei bisogni che guidano i comportamenti.

In essi sembra dominante il concetto di «virtualità» che si manifesta nel duplice aspetto di:

— *eliminazione di molte barriere di spazio e di tempo che in passato osta-*

colavano (o riducevano) la possibilità di dare risposte ad esigenze delle persone: aspetto considerato pienamente positivo da chi scrive sulla base dei propri valori;

— *possibilità per l'individuo di ricostruire una propria realtà seguendo la propria immaginazione, i propri istinti, le proprie emozioni, i propri sogni (appunto le cosiddette «realtà virtuali»): aspetto questo non privo di ambiguità e di rischi, sempre secondo i valori (quindi non tecnici) di chi scrive, perché da un lato consente una più piena valorizzazione della persona, dall'altro però favorisce e incentiva a volte la fuga dalla propria «realtà concreta» (familiare, sociale, culturale) da parte di molti che si sentono incapaci di affrontarla.*

Con riguardo alla sanità, le tecnologie e i processi che caratterizzano la new economy consentono di avere la presenza «virtuale» di persone che stanno fisicamente in luoghi diversi da quello del paziente, di simulare interventi chirurgici o i prevedibili effetti di determinate terapie sulla base della gestione integrata di immagini e parametri biomedici o di altre informazioni sui pazienti: ciò consente di intervenire su situazioni di salute sulle quali in passato era impossibile agire, migliorare l'efficacia delle risposte ai bisogni, ridurre i rischi per i pazienti.

D'altra parte, la società della «virtualità» è caratterizzata da una cre-

scente divaricazione, già segnalata in precedenti editoriali (Mecosan 30 e 32), tra la crescente possibilità di rispondere ai bisogni di salute «di ordine superiore» per una parte limitata (un quarto circa della popolazione mondiale, stando ad alcuni dati diffusi dalla Banca mondiale o da altri organismi del sistema delle Nazioni Unite) cui si contrappone un crescente disinteresse per i «bisogni primari» degli altri tre quarti della popolazione.

Il peso della tecnologia nel rendere più rapido il processo di trasformazione delle «potenzialità» del progresso scientifico in «atti» di effettiva tutela della salute.

Un decisivo salto di qualità nella possibilità di diffusione delle conoscenze e della loro applicazione in differenti contesti è stato favorito soprattutto dal diffondersi delle tecnologie dell'informatica, che consentono la conservazione, l'elaborazione e il confronto di enormi masse di dati e di informazioni, della telemedicina, che consente l'accesso da parte del medico, dell'infermiere o di altro operatore della salute e da parte dello stesso paziente a dati conservati in punti diversi, della telematica medica e sanitaria, che consente la trasmissione a distanza e l'utilizzo «congiunto» e «contemporaneo» di molte informazioni di carattere medico (telematica medica) e gestionale-organizzativo (telematica sanitaria). Si tratta di tecnologie che, se usate correttamente, consentono di coniugare aspetti dell'assistenza che fino ad alcuni anni fa erano considerati «opposti», se non proprio inconciliabili:

— concentrazione delle conoscenze in «punti di eccellenza» e contemporaneamente disponibilità diffusa delle stesse: ciò consente di mantenere un elevato livello di «accessibilità» (uno dei principi su cui si fondano i Servizi

sanitari pubblici) evitando il temuto «effetto di selettività» che spesso ha causato l'opposizione alle politiche di creazione dei «centri di eccellenza»;

— accesso alle cure e permanenza nel proprio ambiente: in passato per avere accesso ai servizi di tutela era necessario abbandonare temporaneamente il proprio ambiente (ricovero) o spostarsi fisicamente (day hospital o trattamenti in ambulatori specializzati), mentre oggi le tecnologie telematiche consentono trattamenti domiciliari con il mantenimento di elevati livelli di qualità, professionalità, sicurezza;

— razionalità, che è tipica degli scienziati e delle persone che raggiungono livelli di elevata professionalità, con relazionalità e umanizzazione del rapporto, che spesso non è elevata in questo tipo di persone mentre è caratteristica di altre persone che possono stare vicino al paziente (volontari, parenti, infermieri, altri operatori sociali): spesso nel caso della telemedicina si parla di assistenza «a distanza», mentre sarebbe più corretto parlare di processi che «avvicinano l'assistenza» ai luoghi del paziente.

Nella logica della new economy, le tecnologie servono soprattutto per trasformare beni in servizi, nella logica della «new health» (ossia nuova sanità) le tecnologie possono, e dovrebbero essere utilizzate per trasformare servizi (ancora troppo spesso freddi e impersonali) in maggiore attenzione alla persona nella sua globalità di individuo, soprattutto di «individuo inserito in un ambiente» fisico e sociale.

Personalizzazione dell'offerta con adattamento delle conoscenze ai bisogni, sia individuali che sociali, che si caratterizzano per un crescente grado di differenziazione e di eterogeneità.

Ciò significa per la sanità fare un passo in avanti, passando dalla natu-

ra di «servizi alla persona», che è una caratterizzazione intrinseca, a servizi «personalizzati», ossia che si adattano dinamicamente alla evoluzione delle esigenze delle persone e di gruppi di esse. La natura di servizi alla persona è legata all'oggetto dell'attività, la tutela della salute, che riguarda i destinatari dell'azione, mentre la personalizzazione esprime un carattere di tipo soggettivo da parte di chi compie le azioni, ossia legato ai valori, agli atteggiamenti, ai comportamenti di chi ha le conoscenze e il potere di garantire una risposta alle esigenze di coloro che hanno bisogni di salute. Fino ad un recente passato questi elementi soggettivi, la volontà di personalizzare i servizi, trovava seri ostacoli in tecnologie che imponevano metodiche di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione di tipo rigido (esempio ricovero, intervento chirurgico con necessità di allettamento per tempi più o meno lunghi, effettuazione di trattamenti solo in ambienti speciali attrezzati ad hoc, ecc.) Le nuove tecnologie, dagli strumenti di diagnosi mobili che possono essere portati al letto o nelle case dei pazienti, agli infusori di sostanze che regolano la salute (insulina e altre) che possono essere regolate sulla base delle caratteristiche dei pazienti o che addirittura si autoregolano, protesi che si modificano in relazione alle reazioni del paziente, la già citata trasmissione a distanza dei dati e delle immagini (che, ad esempio, consente di guidare «da lontano» gli interventi chirurgici o di formulare «da lontano» una consulenza diagnostica, ecc.) eliminano ostacoli oggettivi alla personalizzazione e quindi fanno emergere le differenze tra grandi tipologie di comportamenti:

— chi dichiara la necessità della personalizzazione e la propria disponibilità, ma poi nei fatti preferisce modelli predefiniti, omogenei quando

non addirittura standardizzati e rigidi;

— chi è disposto a personalizzare i servizi solo in presenza di adeguati incentivi, ossia in presenza di una possibilità/disponibilità dei destinatari dell'offerta «a pagare» la maggiore qualità dei servizi personalizzati;

— chi, al contrario, sulla base delle proprie valutazioni di ordine deontologico ed etico, applica il principio della personalizzazione in tutti quei casi in cui la ritiene utile e opportuna per il paziente, indipendentemente dalla sua capacità/disponibilità a pagare.

Nel caso della sanità la tecnologia flessibile è lo strumento per dare piena attuazione ai valori profondi connessi alla missione degli «operatori della salute» e non semplicemente lo strumento tramite cui si genera maggiore «valore economico» come accade invece in genere nella filosofia della new economy.

Va sottolineato, con riguardo a questo aspetto, che la flessibilità e la possibilità di personalizzare i servizi riguarda non solo e a volte non tanto, l'uso della tecnologia nei processi tecnico assistenziali, quanto nella flessibilizzazione dei processi di carattere gestionale e organizzativo.

La creazione di valore e la possibilità di governare l'intera catena del valore per ottimizzarne i risultati.

La new economy, detta anche economia digitale, delle telecomunicazioni, della multimedialità si rivolge soprattutto ai nuovi bisogni generati dalla crescente disponibilità di tempo libero dal lavoro nelle società economicamente progredite (la cosiddetta economia dell'entertainment) con l'obiettivo di massimizzare (anche tramite la riduzione dei costi di produzione di beni) il valore economico misurato negli scambi ed espresso monetaria-

mente. Al contrario l'applicazione dei principi della nuova economia nella sanità possono perseguire due diversi obiettivi:

1) simile a quello generale di massimizzazione del valore economico che si sviluppa però lungo la catena bisogni più rilevanti per le persone, come quelli (reali o indotti) della salute e offerta di servizi: questo è l'obiettivo tipo della sanità privata for profit;

2) la massimizzazione del valore di utilità finale «reale» per i pazienti lungo la stessa catena nel caso di sistemi sanitari pubblici e in quella componente della sanità affidata al privato non profit.

I principi della new economy in generale si possono sviluppare lungo la triplice direttrice di:

— induzione di bisogni ad elevata utilità percepita da pochi (esempio bisogni di status) o ad utilità percepita da un elevato numero di persone (possibilità di raggiungere contemporaneamente un numero di persone inimmaginabile in assenza delle nuove tecnologie);

— appropriazione del valore, sia quello elevato per i singoli perché legato al concetto di esclusività (si pensi a chi per primo ha accesso ai nuovi beni ad elevata tecnologia) sia di quello elevato globalmente anche se limitato con riferimento alla singola persona (si pensi ai beni venduti a prezzi bassi, ma in volumi elevatissimi in tempi brevi);

— massimizzazione del valore tramite la possibilità di rispondere ai nuovi bisogni con attività a costi di produzione molto bassi e decrescenti (effetto delle tecnologie sostitutive del lavoro) la cui incidenza in termini di ammortamento diminuisce rapidamente al crescere dei volumi di servizi erogati.

Quello della tutela della salute è perciò un settore ad elevatissimo po-

tenziale per la new economy in quanto:

— i bisogni di salute sono teoricamente infiniti senza la necessità di creare «bisogni virtuali»: esiste un enorme spazio per la lotta alle malattie acute (sia di quelle tipiche dei paesi progrediti, sia di quelle tipiche di paesi economicamente meno evoluti), per la prevenzione (le nuove conoscenze consentono di anticipare l'evoluzione dello stato di salute), per il miglioramento della qualità di vita nel caso delle malattie cronico-degenerative;

— il valore della vita (per gli interventi idonei ad evitare la morte quali sono le terapie intensive, le reti per fronteggiare le urgenze, ecc.), della eliminazione delle disabilità, del rapido recupero della propria funzionalità (per la riabilitazione), di una migliore qualità della vita è di per sé elevato e stabile, al contrario di quanto avviene per molti bisogni «indotti», e non di rado voluttuari ed effimeri, per sostenere la new economy.

Per la nuova economia, la sanità può diventare il settore «trainante» che sostituisce la funzione in passato, e in parte ancora oggi, svolta dall'edilizia, dalla cosiddetta industria pesante, dall'industria bellica.

Affinché ciò accada è necessario il cambiamento dei modelli interpretativi di carattere economico nel senso che la spesa sanitaria, o almeno parte di essa, debba essere considerata come un «investimento» per il Paese e non più come un consumo. Indipendentemente dalla sua natura di spesa corrente e di spesa in conto capitale che fa riferimento alla classificazione «contabile» sulla base della natura dei fattori produttivi, la spesa sanitaria che consente di soddisfare nuovi bisogni, di conservare il «capitale umano» creato dalla società con enormi investimenti (prolungamento della vita produttiva e sociale delle perso-

ne), di sviluppare la ricerca, rappresenta un «investimento» per la società.

La spesa per la salute può creare un elevato effetto di «indotto» sull'economia, ma affinché ciò avvenga occorrono due condizioni:

1) che i «decisioni delle politiche sanitarie» abbandonino la logica, ancora presente in molti paesi, di tipo «settoriale» (che considera la spesa solo in rapporto ai benefici diretti in termini di salute) per accogliere una prospettiva «maggiormente integrata» con le politiche dei settori fornitori della sanità;

2) che le imprese fornitrici del sistema sanitario abbandonino, a loro volta, la logica del semplice fornitore interessato a massimizzare i propri vantaggi economici nel breve periodo, per proporsi come partner che, contribuendo ad affrontare e a risolvere positivamente problemi di salute, contribuisce a generare nuovo valore nel lungo periodo, economico (legato allo sviluppo di nuove «aree di opportunità di affari») e sociale (migliore qualità di vita per milioni di persone).

Infine va sottolineato il possibile effetto sull'occupazione che sembra essere uno dei maggiori punti critici della nuova economia. Essa, infatti, è sicuramente in grado di creare nuove (e più qualificate) opportunità di occupazione nelle «nuove imprese» e nei «nuovi settori» (si pensi alle attività legate ad Internet), ma ciò in genere avviene con pesanti riduzioni dell'occupazione in altri settori e in altri paesi. Le analisi che citano ad esempio l'effetto positivo sull'occupazione negli U.S.A. e in alcuni altri paesi in termini occupazionali legati allo sviluppo delle attività che caratterizzano la new economy, traggono in qualche modo in inganno. Infatti, lo sviluppo di tale occupazione è avvenuto, almeno in parte, potendo «scaricare» gli

effetti di crescente disoccupazione su altri paesi.

La dinamica economica che si richiama ai modelli classici avviene secondo lo schema per cui le tecnologie «sostitutive» del lavoro riducono strutturalmente le possibilità occupazionali. Per una lunga fase dopo la rivoluzione industriale, ciò ha avuto effetti complessivi positivi, in quanto ha contribuito a «liberare la persona» da lavori pesanti, rischiosi e nocivi e ridurre il tempo di lavoro. Ora l'effetto sembra essere di tipo negativo, in quanto si è arrivati al punto in cui invece di «liberare le persone dalla schiavitù del lavoro», l'economia e la società non sono in grado di garantire un lavoro come «espressione della propria personalità» a milioni, e centinaia di milioni di persone nel mondo. Eliminata la schiavitù dal lavoro «subito», la società moderna non è in grado di offrire lavoro «gratificante» per la persona, ossia in molti paesi non è in grado di garantire il diritto al lavoro.

Di fronte a questa situazione, il settore della sanità può offrire grandi opportunità. Infatti, anche se la tecnologia fa enormi progressi sul piano della sostituzione del lavoro (si pensi agli esami di laboratorio automatizzati che hanno sostituito centinaia di migliaia di operatori), la tutela della salute resta una attività che strutturalmente ha un elevato contenuto di lavoro (data la sua essenza relazionale).

Anzi, il progresso tecnologico nella sanità ha i seguenti effetti:

— riduzione di costi nelle aree di assistenza «tradizionali», attività di diagnosi e cura per patologie acute;

— riduzione del contenuto di lavoro in queste aree di attività;

— contestuale creazione di un nuovo «spazio economico», possibilità di spesa, per aree di servizi ad elevato contenuto occupazionale quali assistenza ai portatori di disabilità, ma-

lattie cronico-degenerative, assistenza ai malati terminali, ecc.

Nella sanità è più facile realizzare un bilanciamento all'interno del settore tra perdita di occupazione in attività (diagnostiche, terapeutiche, ecc.) affidabili alle macchine e creazione di nuova occupazione per attività che, avendo un elevato contenuto relazionale, non possono essere delegate alle macchine, ma richiedono la presenza di persone.

In conclusione si può sottolineare come il dibattito sulla new economy da un lato e la riforma dei sistemi sanitari dall'altro (entrambi elementi prioritari punti critici nelle agende di molti paesi e di organismi internazionali con riguardo alle politiche di intervento) si svolgano stranamente su linee parallele ed autonome senza trarre rilevanti punti di collegamento, che pure esistono come si è cercato di evidenziare in questo contributo, il che fa perdere enormi potenzialità. Il primo, sembra concentrato sui benefici in termini di tasso di sviluppo economico e di occupazione, collegati alla messa a punto di nuove tipologie e di nuovi strumenti (i computer di ultima generazione, le reti, i sistemi di telecomunicazione interattivi, ecc.) sulla creazione di valore «finanziario» collegato a tali attività (valore di borsa dei titoli che sembra più collegato alle attese e alle «potenzialità» delle imprese che non ai loro risultati reali), sulla creazione di nuovi bisogni (quelli legati alla realtà virtuale) e considera in termini ancora marginali le opportunità di applicazione al settore sanitario. Infatti, anche se non trascurabili, gli investimenti e lo sviluppo di applicazioni legate alla telematica, alla informatica medica e sanitaria in generale sono da considerarsi ancora marginali, almeno nel nostro Paese, rispetto alle enormi potenzialità.

Per contro il dibattito sulla sanità è ancora concentrato su temi quali il contenimento della spesa, il rapporto conflittuale pubblico privato, la definizione dei livelli «garantiti dal servizio pubblico» e dei servizi aggiuntivi finanziabili con risorse private (fondi integrativi, assicurazioni private, ecc.) che, seppure importanti, potrebbero essere completamente stravolti dall'impatto delle nuove tecnologie.

Vi sono le premesse per un «matrimonio» tra nuova economia e nuova sanità che potrebbe generare enormi benefici sia in termini di creazione di «nuovo valore» economico che in termini di nuovo valore sociale (della qualità di vita). Un matrimonio che però sembra ostacolato, o per lo meno ritardato, nel nostro come in altri paesi, da culture, che meritano rispetto, ma che sembrano destinate ad essere

presto spazzate via dall'impatto di nuovi valori e nuovi comportamenti, le culture che vedono una contrapposizione strutturale tra perseguimento di interessi particolari (prevalentemente di ordine economico) che stanno alla base dello sviluppo della new economy e interessi pubblici (spesso presentati come di ordine etico, morale e di umanizzazione) che dovrebbero stare alla base delle politiche sanitarie.

Come sempre, nelle fasi di transizione rapida, culture tradizionali e nuove culture stentano a trovare punti di contatto e così si perdono enormi opportunità i cui sintomi sono:

— una new economy che si sviluppa vorticosamente e anche con grande instabilità, ma che stenta a dare «un senso» al nuovo sviluppo, il che è dimostrato dai crescenti sintomi di «ma-

lessere sociale» emergente proprio nei paesi che sono all'avanguardia su questo fronte;

— settori, identificati come «old economy» tra i quali sembra essere incluso quello sanitario, nei quali si guarda con sospetto (e se si vuole con troppa cautela) alle opportunità create dalle nuove tecnologie e dalla nuova economia.

Dare «un senso» alla new economy e utilizzare meglio in alcuni settori, tra cui la sanità, gli strumenti della new economy potrebbe essere una linea di indirizzo per la riflessione futura alla ricerca di convergenze verso una società nella quale la salute, come altri diritti fondamentali della persona, possa diventare sempre più un diritto garantito sul piano sostanziale, oltre che affrontato per legge e auspicato in termini astratti.

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

EVOLUZIONE DELLE LOGICHE DI ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

Mario Del Vecchio

CeRGAS-SDA - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. L'ambiente e le aziende: le pressioni economiche e competitive - 3. La struttura organizzativa: una variabile sbloccata - 4. Logiche e configurazioni del macro assetto organizzativo - 5. La moltiplicazione degli *staff* - 6. L'area amministrativa e alcune conclusioni.

In the last ten years in Italy the environment for healthcare public organisations has dramatically changed. They have experienced a transition from the classical «command and control» system toward a new system in which financial and competitive pressures along with a large potential autonomy are the main features. In order to cope with the new environment most of healthcare public organisations have changed their organisational structure. The article analyses these changes, their impact on the managerial roles and particularly which kind of new competencies they requires, the role of managerial education helping individuals to adjust competencies and behaviours to the new organisation. A clear tendency toward divisionalisation (merging of departments in larger organisational units) and the emerging role of staff units against traditional administrative sector are the main topics discussed.

1. Introduzione

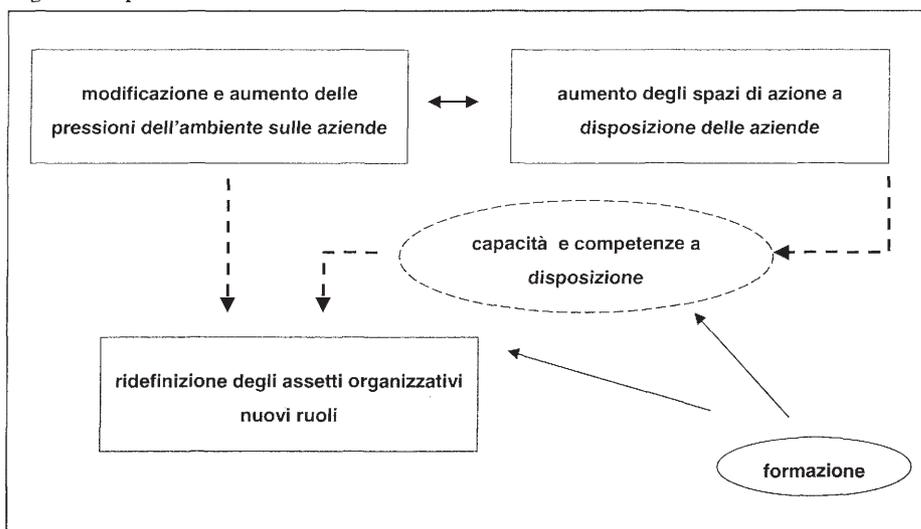
Il presente articolo sintetizza alcuni dei risultati di una ricerca il cui scopo principale è stato quello di analizzare le modificazioni in atto negli assetti organizzativi delle aziende sanitarie pubbliche, indagare i cambiamenti indotti da tali modificazioni nel sistema dei ruoli di direzione, individuare i possibili apporti della formazione manageriale nel facilitare le trasformazioni organizzative e manageriali con particolare riferimento ai nuovi ruoli e a quelli che hanno subito i cambiamenti più rilevanti (1).

Il quadro concettuale di riferimento per la ricerca è quello evidenziato nella figura 1, nella quale viene sottolineato come, da una parte un aspetto rilevante delle modificazioni in atto sia l'aumento degli spazi di autonomia potenzialmente a disposizione delle aziende e dall'altra come la mutata intensità delle pressioni (competitive ed economiche) cui sono sottoposte le

aziende spinge queste ultime a ricercare nuovi assetti organizzativi e a disegnare nuovi ruoli al fine di garantirsi adeguati livelli di coerenza con l'ambiente esterno. L'entità (gradi di effettivo utilizzo dell'autonomia potenziale) e la reale efficacia degli in-

terventi di riassetto e ridefinizione interna, innescati dai mutamenti nell'ambiente, vengono poi a dipendere dalle capacità e competenze che le aziende riescono a «mettere in campo», sia in termini di razionale disegno del riassetto, sia come capacità e

Figura 1 - I processi di cambiamento in atto



competenze delle risorse umane che daranno vita ai diversi ruoli. La formazione può aiutare le aziende, prima elevando capacità e competenze e quindi rendendo concretamente realizzabili un più ampio ventaglio di opzioni organizzative e poi contribuendo a più rapido e migliore adattamento delle persone ai diversi ruoli.

I metodi utilizzati nella ricerca, oltre alle consuete ricognizioni bibliografiche, sono stati essenzialmente quello delle interviste e la osservazione e ricostruzione di casi aziendali. Per quanto riguarda la prima fonte gli intervistati sono stati selezionati tra dirigenti sanitari e amministrativi partecipanti ad alcuni corsi di *general management* della Scuola di direzione aziendale dell'Università Bocconi. La scelta di attingere le informazioni da tale campione è stata motivata dall'assunzione che la partecipazione ai corsi potesse essere considerata da una parte rappresentativa di un fabbisogno generico da cui necessariamente partire al fine di definire quello specifico e dall'altra espressione di una realtà di provenienza dotata di un certo dinamismo e quindi impegnata nei processi di trasformazione. L'osservazione sul campo dei processi di innovazione gestionale ed organizzativa e dell'impatto di tali processi sulle strutture e sulle professionalità chiamate a gestirli è stata la seconda fonte principale. Alla semplice osservazione, in alcuni casi, si è aggiunta la partecipazione diretta, e quindi privilegiata, ad attività quali la produzione di piani strategici, introduzione di funzioni di *staff*, riassetto organizzativi, graduazione delle posizioni, introduzione di sistemi valutazione dei dirigenti.

Una menzione a parte merita il ruolo assolto nell'economia della ricerca dal «Club degli Staff di gestione» costituito presso il CeRGAS. Il *Club* che vuole esplicitamente rappresentare un ambito di discussione e confronto sul-

le innovazioni gestionali ed organizzative, sviluppando uno stretto raccordo tra attività e ambiti di ricerca e i fabbisogni di chi ha responsabilità gestionali in azienda, connette prevalentemente professionisti (attualmente circa 60) che ricoprono il ruolo di *staff* gestionale per la direzione generale (2). Le funzioni rappresentate si collocano all'interno di una gamma molto articolata che copre diverse aree quali: la programmazione e controllo, l'analisi e la progettazione organizzativa, la gestione del personale, il *marketing* e la comunicazione, i sistemi informativi, la strategia. I circa dieci incontri del *Club*, dedicati ognuno all'approfondimento di uno specifico strumento o area gestionale, hanno consentito alla ricerca di focalizzare i principali problemi relativi ai singoli argomenti oggetto degli incontri, di raccogliere materiali empirici e di testare la validità delle ipotesi che venivano emergendo.

2. L'ambiente e le aziende: le pressioni economiche e competitive

Il punto di partenza della riflessione è rappresentato dalla casella in alto a sinistra della figura 1 e più precisamente da ciò che sta avvenendo nell'ambiente rilevante per le aziende sanitarie pubbliche. Il concetto di ambiente rilevante per l'operare delle aziende in questione è necessariamente molto vasto e variegato e dovrebbe comprendere almeno (3):

— le dinamiche della domanda e dei bisogni e quindi le evoluzioni del quadro demografico ed epidemiologico insieme a tutti quei fattori sociali ed economici che possono influenzare i comportamenti degli utenti;

— l'evoluzione delle tecnologie disponibili e più in generale delle conoscenze scientifiche applicabili ai problemi di salute della popolazione in

rapporto anche alla loro effettiva diffusione;

— il sistema istituzionale e politico inteso come forme e regole che definiscono la modalità di rappresentanza e temperamento degli interessi e di distribuzione del potere (sistema istituzionale) e il loro concreto esercizio (sistema politico);

— il sistema economico e in particolare le dinamiche che governano la quantità complessiva delle risorse che la società intende destinare al settore e l'allocazione delle stesse tra le diverse aziende;

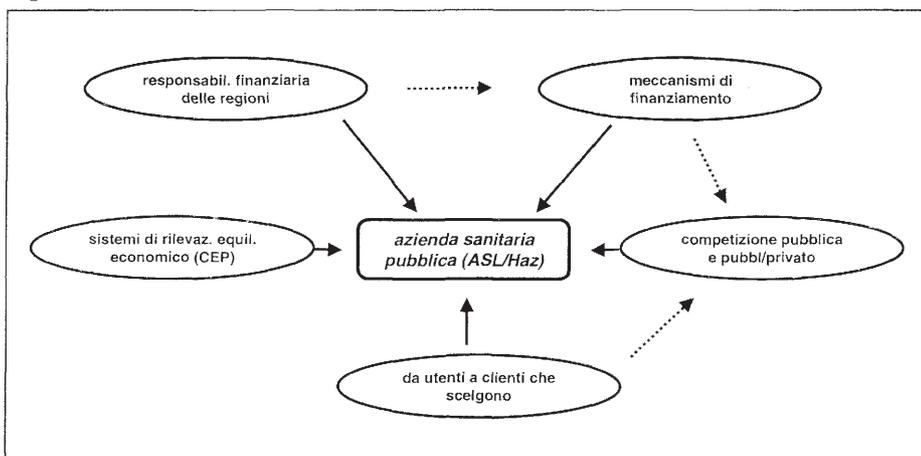
— i comportamenti di altri soggetti e le relazioni che con essi si instaurano, ed in particolare i rapporti di concorrenza e collaborazione nei confronti di altre aziende.

Ai fini del presente lavoro non è necessario cercare di esplorare compiutamente le modificazioni intervenute in tutto l'ambiente di riferimento, sarà sufficiente concentrarsi sul «sottoambiente» economico e competitivo perché questo sembra essere stato quello che ha maggiormente influenzato il comportamento delle aziende e, d'altra parte, esso in qualche modo incorpora bene il senso dei mutamenti complessivi.

L'evoluzione del SSN, almeno a partire dai primi anni '90, è caratterizzata da quella che può essere considerata una progressiva crescita di rilevanza dei meccanismi di finanziamento e del ruolo dell'equilibrio economico (si veda figura 2).

Tale fenomeno è in primo luogo frutto della crescente responsabilizzazione economica e finanziaria delle regioni e di conseguenza delle aziende. Per valutare appieno l'entità del mutamento è sufficiente ricordare come la logica prevalente prima della riforma del 1992-1993 fosse quella di un trasferimento delle risorse alle regioni sulla base della spesa storica con periodici e «garantiti» ripiani dei disa-

Figura 2 - L'ambiente e le aziende



vanzati e come tale logica informasse poi inevitabilmente i rapporti tra regioni e aziende sanitarie. In quel contesto i sistemi di finanziamento non potevano che assumere il semplice ruolo di aggiustamento e ratifica contabile (*ex post*) dei risultati prodotti da un insieme di meccanismi decisionali che tenevano scarsamente in conto gli effetti che le decisioni stesse avrebbero comportato sul piano finanziario. L'esempio classico, da questo punto di vista, è quello relativo al personale, laddove l'autorizzazione da parte della regione all'incremento delle unità rappresentava l'elemento decisionale chiave per l'azienda, costituendo l'autorizzazione stessa una copertura implicita degli eventuali squilibri finanziari. Seppure con una gradualità forse eccessiva, questo scenario si è venuto modificando e, in quadro di più generale federalismo fiscale, si può affermare che le regioni sono oggi responsabilizzate sulla spesa sanitaria; ciò comporta una nuova centralità dei meccanismi finanziari e dei vincoli di equilibrio economico per le aziende.

La conseguenza è stata una profonda trasformazione del ruolo che i meccanismi di allocazione delle risorse svolgono nei confronti delle aziende e delle regole che caratterizzano tali meccanismi. Se partiamo dalla «mec-

canica» dei sistemi di finanziamento è in atto una evidente convergenza dei diversi sistemi regionali verso il modello schematizzato nella figura 3, i cui elementi principali sono:

— allocazione delle risorse dalla regione alle aziende sanitarie locali su base prevalentemente *procapite*;

— «pagamento» da parte della ASL della mobilità in uscita (cittadini che ricevono prestazioni in strutture non gestite direttamente dalla ASL di appartenenza) nei confronti di altre ASL, aziende ospedaliere pubbliche e priva-

te, altri, cosiddetti, soggetti erogatori sulla base di appositi meccanismi tariffari;

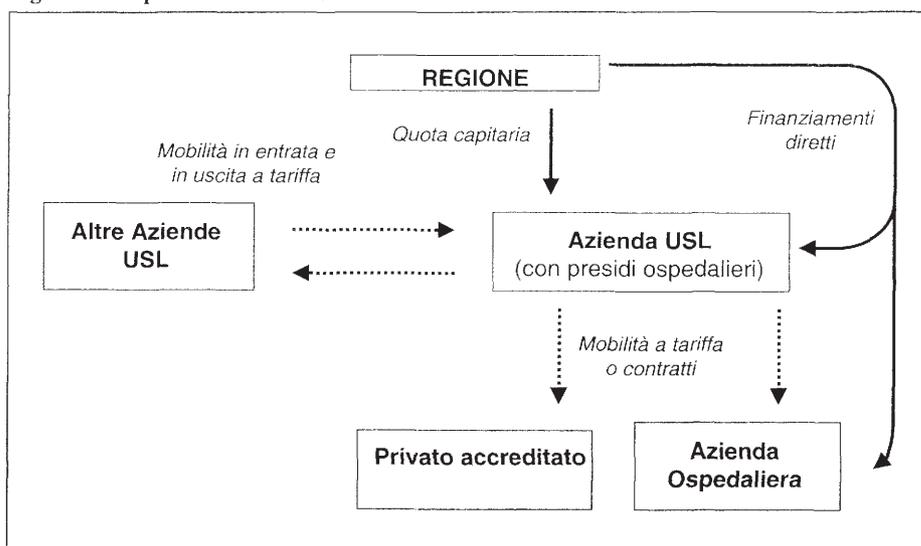
— «pagamento» alle ASL da parte delle altre aziende territoriali per le prestazioni erogate a favore di cittadini non residenti (mobilità attiva);

— forme di attenuazione della competizione come i tetti complessivi di spesa per i settori e/o i soggetti finanziati a tariffa o la previsione di accordi contrattuali tra i «finanziatori» e gli eventuali «erogatori», anche al fine di favorire il rispetto complessivo dei limiti finanziari regionali pur in presenza di sistemi tariffari per loro natura intrinsecamente inflazionistici.

Bisogna sottolineare come quello che potrebbe essere considerato come un semplice meccanismo abbia provocato e sia stato in parte il risultato di un cambiamento più profondo nel funzionamento dei sistemi e nel comportamento delle aziende sanitarie pubbliche.

Il risultato economico, misurato tra l'altro dai nuovi sistemi di rilevazione contabile, riesce finalmente a diventare una componente rilevante (da perseguire e non priva di conseguenze per l'azienda e il suo *management*) nel-

Figura 3 - Le pressioni dell'ambiente: il finanziamento



l'insieme delle finalità da raggiungere in quanto vengono a realizzarsi una serie di condizioni:

1) il sistema di «allocazione iniziale», tendenzialmente procapite e riferito ad aziende di dimensioni maggiori rispetto al passato, soddisfa un criterio immediato di equità (sostenere che ai cittadini di una certa zona debbano essere assegnate risorse diverse rispetto a quelle attribuite ai cittadini di una altra zona della stessa regione non è così semplice ed immediato), equità percepita che risulta fondamentale nella legittimazione di regole soggettive (istituzionalmente definite) e dei risultati che queste producono;

2) un ragionamento analogo vale anche per le modificazioni possibili rispetto alla allocazione iniziale (variazioni positive e negative) poiché l'aspetto di equità percepita derivante dall'aver collegato tali variazioni a fenomeni genericamente ascrivibili all'efficacia degli interventi e/o all'efficienza produttiva (mobilità, capacità di attrazione, competitività) è sicuramente superiore agli aspetti di discrezionalità, peraltro fortemente impliciti, insiti nella definizione delle tariffe o agli elementi di «distorsione della concorrenza» tipici del settore sanitario;

3) il richiamo alla competizione e alla libertà di scelta del cittadino (la rappresentazione del cittadino che come un «cliente» tramite le sue scelte determina conseguenze economiche) rafforza poi la legittimazione derivante dall'elemento di equità nei confronti delle aziende di cui al punto precedente (l'azienda che opera meglio e/o di più ha maggiori ricavi o minori costi) con un rafforzamento della posizione dell'utente (*empowerment*) in piena sintonia con l'evoluzione complessiva della società e del suo rapporto con i servizi di pubblica utilità;

4) da ultimo il progressivo avvicinarsi di alcune aziende alle condizioni di equilibrio economico, frutto anche delle pressioni esercitate in tal senso dal sistema, producono effetti cumulativi di rafforzamento del sistema stesso (quante più aziende si avvicinano anche potenzialmente all'equilibrio, tanto maggiore è la pressione che viene esercitata sulle rimanenti).

Lo scenario che si va consolidando è quindi quello di aziende i cui risultati divengono sempre più misurabili in termini oggettivati (4) e sottoposte a crescenti pressioni competitive, nel senso che per aree significative del proprio funzionamento, la capacità di guidare e di offrire risposta alla domanda (bisogno) influenza profondamente i risultati economici.

Le pressioni ambientali, che evidentemente non si riducono solo a quelle menzionate, sono state contemporaneamente e necessariamente accompagnate da un aumento dei gradi di autonomia delle aziende (figura 2). Se il risultato che si intendeva raggiungere era quello di una maggiore responsabilizzazione sui risultati generali di azienda e su quelli economici in particolare, è evidente la necessità di fornire al *management* un numero di leve gestionali adeguato per potere assolvere ai propri compiti. In termini molto semplificati, si tratta dell'abbandono del paradigma burocratico-amministrativo secondo il quale il quadro normativo (inteso nella sua accezione più vasta) predefinisce ciò che deve essere fatto, ma soprattutto come deve essere fatto, per il modello aziendale nel quale il *management* si assume la responsabilità di condurre l'azienda verso il raggiungimento delle sue finalità nel rispetto di un quadro di vincoli (limitazioni), più o meno «stretto». È questa, l'essenza del processo di aziendalizzazione che viene quindi a dipendere: a) dal quadro delle «regole» nel quale si svolgono le atti-

vità; b) dalla loro coerenza o meno rispetto alla possibilità delle aziende di perseguire l'economicità (5); c) dalla capacità del sistema aziendale (persone, cultura, meccanismi, etc.) di operare efficacemente in tale quadro.

Nell'ultimo decennio le regole e i vincoli, sia quelli generali e comuni all'intero settore pubblico, che quelli specifici attraverso i quali le regioni intervengono sull'operato delle aziende sanitarie pubbliche si sono trasformati, creando sempre maggiori spazi per l'azione delle aziende e addirittura hanno cercato di essere essi stessi uno stimolo per l'esercizio di tale discrezionalità. Non è il caso in questa sede di tentare una valutazione complessiva sul grado di coerenza delle regole rispetto alla responsabilizzazione richiesta alle aziende ovvero, in altri termini, se il quadro attuale sia tale da consentire (potenzialmente) il raggiungimento dei risultati richiesti. Dall'osservazione dei comportamenti prevalenti delle aziende appare comunque evidente come nella attuale situazione le maggiori difficoltà non derivino tanto dai vincoli giuridici che queste incontrano quanto dalla capacità e dalla volontà di utilizzare effettivamente gli spazi di autonomia oggi disponibili. Se ciò è vero, i progressi nella direzione di una piena «aziendalizzazione» andranno sempre meno ricercati nell'allargamento degli spazi a disposizione (autonomia potenziale) e sempre più negli strumenti che consentono un efficace utilizzo degli spazi di discrezionalità.

3. La struttura organizzativa: una variabile sbloccata

Segnalare come attualmente le difficoltà principali al miglioramento derivino dalle effettive capacità di utilizzo degli «strumenti aziendali» piuttosto che da eventuali vincoli di tipo giuridico e burocratico, non deve portare

a sottovalutare l'importanza della rimozione di alcuni fattori esterni che per lungo tempo hanno effettivamente limitato la capacità di azione delle aziende sanitarie pubbliche e in particolare quella relativa alla definizione della struttura organizzativa.

La dinamicità diffusa mostrata dalle aziende sanitarie sul terreno della struttura organizzativa e il senso complessivo della evoluzione di cui si cercherà di dare conto nel prosieguo, indicano come alcune modificazioni intervenute nelle «condizioni di ambiente», condizioni che maggiormente influivano su questa area, abbiano poi consentito alle aziende di iniziare a utilizzare più correttamente e con maggiore libertà una leva importante come l'articolazione stabile delle responsabilità.

La situazione di partenza, semplificando si può pensare alla condizione prevalente agli inizi degli anni '90, caratterizzava la struttura organizzativa come una variabile in parte «bloccata» e in parte «sovraccaricata»: bloccata nel senso che gli spazi di manovra (l'autonomia organizzativa) formalmente concessi alle aziende per potere definire le proprie strutture sono ridotti dall'estremo dettaglio delle normative regionali, sovraccaricata perché la struttura organizzativa è chiamata a rispondere a una serie di esigenze che poco o nulla hanno a che fare con la razionale distribuzione dei compiti all'interno di una azienda. Le due condizioni in parte venivano a intrecciarsi e si rafforzavano a vicenda per cui i modelli organizzativi «obbligatori» non erano pienamente funzionali e nel poco spazio di azione a disposizione delle aziende non riuscivano a prevalere logiche di razionale organizzazione.

I motivi e le forze che concorrevano a determinare la situazione ora accennata sono diverse, come diversi sono i fattori che stanno modificando radi-

calmente il quadro. Ne segnaliamo tre, i quali oltre a essere particolarmente significativi, contribuiscono a chiarire meglio il senso di quanto precedentemente affermato.

Alleggerimento della normativa regionale

Il primo ha una influenza diretta sugli spazi di azione ed è una diversa concezione ormai sufficientemente, anche se non completamente, diffusa delle modalità di governo e di indirizzo della regione nei confronti delle aziende sanitarie. L'approccio tradizionale vedeva nella definizione degli assetti organizzativi il prevalente se non unico strumento di guida e segnalemento di trasmissione delle politiche. Ignorando sostanzialmente il modello aziendale, nonostante questo fosse nominalmente posto a base di tutti gli interventi, veniva implicitamente assunto che la definizione delle diverse articolazioni organizzative determinasse automaticamente i servizi offerti. Così la volontà di rispondere a un certo bisogno, la gerarchia tra i bisogni stessi trovavano la loro esatta definizione nella struttura, e poiché tali decisioni per loro natura non potevano che essere uniformi sul territorio regionale (uguaglianza tra tutti i cittadini), queste venivano incorporate in una dettagliata prescrizione normativa. Inoltre nelle concezioni dominanti, a ben guardare, gli assetti organizzativi assumevano più la veste di assetti istituzionali, cioè di distribuzione e bilanciamento di potere tra organi diversi (es. autonomia dei servizi, previsione di alcune unità operative piuttosto che di altre) che di distribuzione di compiti tra parti di una entità che persegue finalità unitarie (6). In questa prospettiva diventava inevitabile che le scelte di organizzazione fossero avocate a livello regionale, lasciando a livello aziendale i soli dettagli di un

quadro già determinato. Bisogna infine sottolineare che l'intervento sulla struttura organizzativa risponde bene per sua natura ad alcune esigenze tipiche dei sistemi politico-istituzionali di visibilità, rapidità e «comunicabilità» nella (presunta) soluzione dei problemi, e diventava quindi il terreno privilegiato dei processi decisionali ufficiali. In conclusione, i pilastri fondamentali di una concezione largamente condivisa fra tutti gli attori del sistema hanno fatto in modo che la progettazione e l'attuazione delle scelte di organizzazione siano state quindi per lungo tempo al di là degli orizzonti di gestione delle aziende.

Bisogna riconoscere che il processo di aziendalizzazione ha inciso particolarmente su questo terreno. Se si analizzano anche solo le normative regionali di attuazione della riforma del '93 nella parte relativa alle strutture organizzative (cosiddette «leggi di organizzazione»), risulta abbastanza evidente una tendenziale inversione di rotta verso indicazioni concernenti solo i principi da seguire e i pilastri fondamentali (e quindi da mantenere uniformi) dell'architettura organizzativa. Le aperture iniziali del quadro normativo si sono poi costantemente consolidate attraverso un diffuso esercizio dell'autonomia organizzativa da parte delle direzioni generali che hanno spesso fatto della modificazione degli organigrammi e dell'attribuzione delle persone alle posizioni il segno più evidente e percepibile dell'azienda e del loro ruolo in particolare. L'evoluzione nella direzione dell'esercizio dell'autonomia è stata tale che eventuali tentativi di reintroduzione di modelli «centralizzati» e uniformi, che pure sembrano rintracciabili nell'impianto della recente legge di riforma del SSN (D.L. vo 229/99) non sembrano oggi destinati a influenzare significativamente il quadro di insieme.

Superamento del «pubblico impiego»

Un secondo fattore di cambiamento, i cui effetti sono forse meno evidenti, ma il cui impatto è potenzialmente molto maggiore, è rappresentato dal superamento nelle relazioni di lavoro tipiche del classico impianto del «pubblico impiego». Come la particolare configurazione dei rapporti di lavoro nel modello tradizionale di pubblica amministrazione riuscisse a condizionare la struttura organizzativa è parte di una analisi ormai largamente condivisa e che viene qui ripresa solo per sommi capi (Borgonovi, 1996). Nella costruzione del modello classico di amministrazione pubblica una delle preoccupazioni principali è quella della neutralità dell'amministrazione, la quale deve essere messa in grado di esercitare le proprie funzioni nel pieno rispetto della legge. Il principio di legalità dell'azione della pubblica amministrazione è posto a tutela di tutti cittadini, che possono così (solo con tali garanzie) accettare l'esercizio di poteri sovraordinati da parte del sistema pubblico. Nel contempo, lo stesso modello prevede che le decisioni possano essere prese solo dagli organi politici i quali, a differenza dei funzionari, sono stati legittimati a tale funzione avendo subito il processo democratico del sistema elettivo. Si ha quindi una situazione in cui gli organi politici sono chiamati a decidere e la cosiddetta «amministrazione» deve eseguire fedelmente ciò che gli organi di governo hanno deciso, a condizione però che tali decisioni rispettino la legge. La garanzia del rispetto del principio di legalità nell'azione dell'amministrazione non è affidata al solo sistema dei «controlli esterni», ma si fonda principalmente sulla diretta responsabilità dei funzionari.

Per rendere più concreto il ragionamento si immagini il funzionamento di una azienda sanitaria pubblica negli anni '80. Il potere di assumere deci-

sioni a rilevanza esterna era affidato al Comitato di gestione, organo di diretta emanazione dei Consigli comunali e quindi di natura politica. Se la decisione, ad esempio, di acquistare una attrezzatura poteva essere assunta solo dal Comitato di gestione, la concreta attuazione di tale decisione, e in particolare le modalità attraverso le quali procedere all'acquisizione (una qualunque forma di gara per tutelare l'uguaglianza di tutti i fornitori), era pertinenza del funzionario, al quale veniva demandata la responsabilità di una «corretta» applicazione della legge. I «politici» (il Comitato) potevano decidere l'acquisto, ma non dovevano potere influenzare il funzionario sulla scelta della procedura da applicare né tantomeno sulla effettiva scelta del fornitore.

È qui che nasce lo statuto del «pubblico ufficiale», esteso poi a tutto il pubblico impiego, inteso come una forma di relazioni di lavoro nelle quali una delle preoccupazioni principali è quella di «mettere al riparo» il funzionario dalle pressioni indebite (dirette e indirette) e soprattutto da quelle degli organi di governo (i politici), creando un opportuno sistema di garanzie. Tra queste un ruolo rilevante viene assunto dalla eliminazione di qualunque forma di discrezionalità da parte dell'azienda e dei suoi organi di governo sulle retribuzioni e sulle progressioni di carriera dei funzionari. Il modello si basava quindi sui seguenti elementi:

— entrata nel sistema prevalentemente dal basso (piede iniziale della carriera) al fine di garantire pari opportunità di accesso alla pubblica amministrazione e ridurre al minimo la discrezionalità nella selezione;

— differenze nelle retribuzioni e nelle altre condizioni di lavoro determinate unicamente dal ruolo svolto e quindi dalla posizione organizzativa con scarsi o nulli riferimenti alle qualità personali;

— standardizzazione delle posizioni organizzative in maniera tale che la struttura organizzativa fosse agevolmente articolabile in livelli relativamente omogenei (uffici, settori, divisioni, moduli, unità operative) cui corrispondessero retribuzioni simili;

— attribuzione delle posizioni organizzative (avanzamenti di carriera) tramite meccanismi «oggettivi» (concorsi) affidati a un soggetto neutrale (la commissione).

Uno dei risultati di questa costruzione, quello che qui ci interessa maggiormente, è l'intreccio tra dinamiche del personale e struttura organizzativa. Se l'unica possibilità di progressione di carriera e di retribuzione è quella verticale, collegata cioè all'assunzione di responsabilità organizzative, se tale possibilità si rende concretamente disponibile solo in presenza di «posizioni libere» e se tutto ciò accade in aziende in cui le pressioni per il perseguimento della razionalità economica sono strutturalmente deboli, è quasi inevitabile che le fisiologiche spinte del personale per avanzamenti di carriera si «scarichino» sulla struttura organizzativa moltiplicando posizioni e livelli. La struttura organizzativa che dovrebbe essere il risultato di una razionale distribuzione dei compiti e delle responsabilità in azienda diventa invece il terreno (sbagliato) su cui vengono soddisfatte le naturali (giuste in molti casi) attese dell'organismo personale (7).

Bisogna sottolineare inoltre come, rispetto al resto del comparto pubblico, la tendenza alla frammentazione organizzativa nelle aziende sanitarie abbia ricevuto poi una spinta aggiuntiva dalla natura professionale tipica di queste aziende. Nelle organizzazioni professionali la legittimazione dei gruppi di professionisti diversi per approccio, specializzazione, disciplina, competenza passa spesso per l'autonomia e la differenziazione organizza-

tiva, così riuscire a ottenere un riconoscimento sul piano organizzativo («l'istituzione della unità operativa») diventa la condizione prima della propria legittimazione professionale.

Mentre sul fronte professionale non sembrano emergere segnali che indichino grandi mutamenti in atto, e forse il problema potrebbe tendere ad aggravarsi per l'entrata in scena di sempre nuovi soggetti professionali che si aggiungono alla famiglia professionale finora dominante (quella medica), adottandone i modelli di comportamento, sul terreno delle regole l'impianto di fondo del rapporto di lavoro a partire dal 1996 è profondamente mutato.

L'impianto sottostante il nuovo assetto della gestione del personale è ormai delineato e poggia sui seguenti elementi (più chiaramente per la dirigenza (8), ma logiche analoghe stanno investendo anche il comparto):

a) ad ogni dirigente è attribuita una posizione (formalizzazione di un ruolo all'interno dell'organizzazione) cui corrisponde una parte della retribuzione complessiva, le posizioni (e le relative retribuzioni) si distinguono in posizioni di struttura (cui dovrebbero corrispondere responsabilità organizzative e gestionali) e posizioni di tipo professionale;

b) l'azienda autonomamente gradua le posizioni nel senso che definisce sia per le posizioni di struttura che quelle professionali la tipologia di posizioni (evidentemente per le posizioni di struttura la «griglia» è implicitamente predefinita dalla struttura organizzativa) e il livello economico relativo;

c) l'azienda non solo inserisce le singole persone nelle posizioni (inquadramento nella griglia predefinita), ma dovrebbe definire per le posizioni professionali le regole di «promozione» da una posizione all'altra;

d) una parte della retribuzione (retribuzione di risultato) è collegata al raggiungimento di obiettivi normalmente definiti dai sistemi di programmazione e controllo (*budget* o altri) e per sua natura dovrebbe rappresentare la parte variabile della retribuzione;

e) è prevista una estesa diffusione dei sistemi di valutazione i quali comportano un esplicito giudizio sulle *performances* dei dirigenti.

Il punto da sottolineare è che tale impianto consente e un certo senso impone di «sganciare» le progressioni di carriera dalla struttura organizzativa aziendale, rompendo il tradizionale intreccio perverso. Non è più necessario, infatti, definire nuove responsabilità organizzative, per potere fare progredire una persona nella carriera e nella retribuzione e potenzialmente dovrebbero venire meno le pressioni e i condizionamenti sulla struttura organizzativa. Nel prevedere le posizioni di tipo professionale con forcelle retributive in parte sovrapposte alle posizioni di struttura:

— si prende atto, almeno in linea di principio che in una organizzazione di professionisti può essere legittimo «fare carriera» dedicandosi esclusivamente alla professione;

— si stimolano le aziende ad iniziare ad affrontare il difficilissimo problema di come incentivare e guidare la crescita professionale e di come differenziare livelli di professionalità diversi.

Negli ultimi anni si sono inoltre ampliate le possibilità di attingere direttamente (sostanzialmente al di fuori delle tradizionali procedure concorsuali) dal mercato del lavoro per soddisfare le necessità di competenze specialistiche e/o dirigenziali, e ciò insieme ad altri elementi di «privatizzazione» del rapporto di lavoro, concorre a rendere più libere le scelte organizzative e a ricondurle verso logiche di maggiore razionalità.

Non si può comunque nascondere che il processo di superamento dei vincoli del «pubblico impiego» sia particolarmente complesso e che le aziende sanitarie pubbliche sembrano spesso preferire e riproporre le logiche consolidate piuttosto che affrontare, in condizioni peraltro oggettivamente difficili per mancanza di adeguate risorse economiche e competenze professionali, le sfide del passaggio dall'amministrazione del personale alla gestione delle risorse umane. Su questo terreno, forse più che in altri, vale quanto espresso alla fine del paragrafo precedente circa una limitazione all'azione derivante più dalla volontà e dalla capacità di utilizzo degli spazi di autonomia che dal permanere di vincoli di tipo giuridico/normativo. Pure in presenza di queste difficoltà almeno un sorta di «effetto annuncio», di impulso alle volontà di mettere mano alle strutture organizzative in maniera più libera rispetto al passato è certamente registrabile e da questo punto di vista la modificazione delle «regole del gioco» ha esercitato un ruolo positivo.

Diffusione meccanismi gestionali

Un terzo e ultimo elemento che ha contribuito a ridare alla struttura organizzativa un ruolo tra gli strumenti a disposizione del *management* è la diffusione e un relativo consolidamento dei meccanismi operativi e in particolare dei sistemi di programmazione e controllo. Secondo uno schema ampiamente conosciuto i meccanismi operativi, intesi come sistema di regole esplicite, presidiate da specifici organi con definite metodologie, che connettono l'azienda e la fanno funzionare unitariamente, insieme alla struttura di base e ai processi sociali costituiscono l'insieme delle variabili organizzative (9).

Astraendo qui per semplicità dai processi sociali, esiste una comple-

mentarietà necessaria tra la struttura e i meccanismi, intesa sia come necessità preliminare di coerenza che come possibilità di compensazione e rafforzamento reciproco. Si pensi ad esempio a come i sistemi di valutazione del personale concorrano a definire e specificare rispetto ai singoli individui ciò che l'azienda si aspetta dai diversi ruoli organizzativi (ad esempio il ruolo e la funzione attribuita al dipartimento nell'organizzazione aziendale dovrebbero trovare una sua specificazione negli *items* presi come base per la valutazione del direttore del dipartimento stesso).

La relazione con la struttura organizzativa è particolarmente intensa nel caso dei meccanismi di programmazione e controllo. Infatti se la struttura rappresenta l'articolazione su base relativamente stabile dei compiti e delle responsabilità, il sistema di *budget* (elemento chiave dei sistemi programmazione e controllo) rende operativi ed espliciti compiti e responsabilità impliciti nella struttura tramite la loro traduzione in variabili ben definite e quantificate. Tale declinazione in termini operativi dei contenuti di responsabilità può influenzare le condizioni di progettazione della struttura organizzativa attraverso due effetti diversi:

— un effetto di aggiustamento che potrebbe anche spingersi ben oltre un fisiologico *fine tuning* per arrivare a una sostanziale ridefinizione della distribuzione delle responsabilità e dei compiti (10);

— un effetto di sostituzione, nel senso che alcuni fabbisogni organizzativi (soprattutto quello di coordinamento) possono trovare risposta sia attraverso l'uno che l'altro meccanismo.

La diffusione e il relativo consolidamento dei sistemi di *budget* nelle aziende sanitarie pubbliche (11) ha comportato un «alleggerimento» delle pressioni sulla struttura organizzativa (diminuzione dei fabbisogni che sulla

struttura cercavano risposta) e un conseguente aumento degli spazi di manovra; in particolare la definizione operativa delle responsabilità connesse alle articolazioni organizzative ha:

— collegato responsabilità più precise alle posizioni e quindi reso meno «appetibili» rispetto al passato le posizioni stesse;

— reso possibili soluzioni organizzative che altrimenti sarebbero state praticabili solo sul piano formale e comunque avrebbero dato origine a elevata conflittualità (il riferimento quasi obbligato è qui all'introduzione di strutture a matrice che per loro natura necessitano di meccanismi che chiariscano la distribuzione delle responsabilità tra i due assi);

— spinto, nei casi in cui si è mantenuta una coerenza tra struttura e meccanismi, verso una maggiore rigosità nella progettazione delle strutture, in quanto la *fine tuning* dei meccanismi avrebbe reso particolarmente evidenti le eventuali incoerenze;

— sottratto alla struttura e restituito ai meccanismi la risposta ad alcune necessità che finivano per rendere inutilmente complicata (e quindi scarsamente efficace) la struttura stessa (l'assetto organizzativo previsto da alcune regioni italiane risultava semplicemente impraticabile per l'insieme dei collegamenti, di varia natura, tra le diverse parti dell'organizzazione che si pretendeva di imporre tramite struttura).

L'insieme delle dinamiche appena esposte (pressioni dell'ambiente ed elementi di «sblocco» della variabile organizzativa) ha prodotto notevoli cambiamenti nell'approccio ai problemi della struttura e nelle soluzioni concretamente applicate nelle aziende sanitarie italiane. Di tali cambiamenti verranno di seguito presentati gli aspetti più rilevanti, articolandoli in tre aree che ci sono sembrate di particolare interesse.

4. Logiche e configurazioni del macro assetto organizzativo

Una prima area di modificazioni che emerge in tutta evidenza riguarda il macro assetto organizzativo delle aziende considerate. Le modificazioni principali possono essere organizzate lungo tre direttrici principali che in parte interagiscono tra loro:

— una modifica delle logiche prevalenti di aggregazione delle attività che passano da criteri di omogeneità nei processi produttivi a quelli di identificabilità di risultati significativi e quindi di soddisfacimento di aree di bisogno definito;

— l'introduzione di nuovi livelli di responsabilità «di linea» che tende a sostituire il precedente modello «piatto» che costituiva la tradizionale caratteristica delle organizzazioni professionali e a contenere gli effetti della frammentazione organizzativa;

— una maggiore articolazione della struttura organizzativa tramite una più diffusa ed efficace adozione delle logiche a matrice.

Le pressioni dell'ambiente sulle aziende e in particolare quelle relative alla responsabilizzazione sui risultati hanno reso problematico il permanere di strutture, soprattutto di primo livello (quelle che rispondono direttamente alla direzione generale) basate sulla tradizionale logica di tipo funzionale che privilegia il principio della specializzazione produttiva. È noto che l'applicazione di questo principio, se da una parte dovrebbe consentire il perseguimento di economie di scala, dall'altra non permette di raggiungere adeguati livelli di responsabilizzazione in quanto consente uno scarto troppo ampio tra i risultati complessivi di azienda, così come si manifestano nei rapporti con l'ambiente, e quelli affidati alla specifica responsabilità delle articolazioni interne all'azienda (12). Così quando una serie di risultati o aree di risultato iniziano a evidenziarsi

e/o a produrre effetti significativi sulla vita aziendale, le aziende tendono a riconfigurare le responsabilità intorno ai risultati stessi. Ciò non significa l'abbandono puro e semplice su tutte le aree aziendali delle logiche specialistiche, che in effetti per alcuni settori di attività se opportunamente declinate possono arrivare a rappresentare vere e proprie aree di risultato (si pensi per esempio alla funzione ospedaliera nel suo complesso) quanto l'accoglimento di «stimoli alla divisionalizzazione» che possono presentarsi:

— nella forma più evidente di utilizzo di criteri di divisione del lavoro che nei contesti di impresa si richiamerebbero ai diversi mercati e che per le aziende sanitarie si traducono prevalentemente in gruppi definiti di popolazione identificati o su base geografica (distretti) o, in termini meno rilevanti, sulla base dei bisogni di cui sono portatori (per esempio gli anziani);

— in una forma più ambigua laddove la logica divisionale di riferimento è quella dei «prodotti» in quanto, poiché nel settore sanitario i prodotti non possono che avere un riferimento alla specializzazione tecnica (13), gli stimoli alla divisionalizzazione si esplicano solo nell'introduzione di aggregazioni organizzative sufficientemente ampie da rendere possibile l'attribuzione di responsabilità su fenomeni che non attengono esclusivamente alla produzione, ma che si estendono al consumo dei servizi e in alcuni casi ai risultati finali.

Quest'ultima osservazione non si applica solo alla prima linea di responsabilità organizzativa, ma si estende all'intero assetto producendo come effetto una maggiore articolazione delle responsabilità sulla linea verticale. Si assiste quindi al prevalere delle esigenze di natura aziendale di controllo e governo di fenomeni che diventano critici per la vita dell'azienda attraverso

lo sviluppo della linea verticale (inserimento di nuovi livelli) rispetto alla tradizionale configurazione delle organizzazioni professionali (unità operative di dimensioni medio-piccole, discrezionalità operativa e pochi livelli gerarchici, disegno organizzativo piatto e poco formalizzato (Ruffini, 1996).

L'emergere come livello effettivo di responsabilità di aggregazioni intermedie pur manifestandosi con configurazioni e anche denominazioni diverse (dipartimenti, aree funzionali, settori) investe tutte le aree del funzionamento aziendale (ospedale, territorio, prevenzione) e risponde a una serie di esigenze quali:

— la necessità, già più volte menzionata, di poter disporre di una coerente catena di livelli di responsabilità adeguata alla natura e qualità dei fenomeni che l'azienda deve governare;

— garantirsi livelli organizzativi in grado di confrontarsi con le dinamiche competitive presenti nell'ambiente potendo disporre di sufficienti capacità di manovra sia in termini di risorse che di ampiezza di competenze (14);

— consentire un aumento del grado di differenziazione e specializzazione all'interno di «contenitori organizzativi» che garantiscano integrazione e unitarietà dell'azione rispetto agli obiettivi da conseguire e che riducano quindi la frammentazione;

— perseguire un aumento della flessibilità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse eliminando duplicazioni e sovrapposizioni di compiti e servizi;

— introdurre sistemi di gestione innovativi;

— assicurare il coordinamento delle politiche e delle modalità di intervento e gestione sia per quanto riguarda i servizi da offrire che le risorse impiegate (segnatamente quelle umane).

Se consideriamo i dipartimenti come forma tipica e prevalente delle

nuove articolazioni organizzative (15), questi possono essere schematicamente ricondotti ad alcune tipologie ordinate secondo l'intensità e la forma di controllo che riescono ad esercitare sulle unità operative, da una parte e l'assegnazione o meno al dipartimento di responsabilità di natura economica dall'altra (Zangrandi, 1999, pagg. 243 e 244). È sufficiente qui segnalare come sia possibile distinguere in prima approssimazione tra dipartimenti che tendono a collocarsi lungo la linea verticale (dipartimenti strutturali) e quelli che si collocano lungo la linea orizzontale con compiti di coordinamento e standardizzazione (dipartimenti funzionali) e come tra i primi sia possibile rinvenire versioni forti caratterizzate da precise responsabilità economiche e collegati poteri e capacità di intervento sulle unità operative (es. allocazione delle risorse e modalità di impiego) e versioni deboli dove le responsabilità economiche si fanno più sfocate e i poteri di intervento spesso si limitano alle sole risorse esplicitamente messe in comune a livello dipartimentale.

Anche quando prevale la versione debole, e a maggior ragione nel caso di quella forte, l'introduzione di livelli di responsabilità intermedia sulla linea verticale tende a modificare il ruolo svolto dalle unità operative. In maniera speculare rispetto alle ragioni che incentivano aggregazioni intermedie, le unità operative subiscono una crisi del loro ruolo consolidato di unico e solo livello di responsabilità omnicomprensiva (economica, competitiva, organizzativa, scientifica e professionale) e in molte realtà è possibile assistere a un progressivo (lento) spostamento della funzione assoluta verso quella di gestione dei team di professionisti. In questa prospettiva la classica divisione, «alleggerita» delle dotazioni strutturali e delle responsabilità connesse, diventa una squadra di

professionisti che risponde di ben definiti livelli di attività.

A favore di tale evoluzione, e comunque a cambiare il quadro di riferimento circa il ruolo delle unità operative, hanno anche operato due ulteriori fenomeni di un certo rilievo.

Il primo è l'indebolirsi della distinzione gerarchica tra i diversi livelli delle «famiglie professionali» (per i medici la storica distinzione tra primario, aiuto, assistente) fino al ruolo unico sancito dal D.L.vo 229/99. La tensione verso più equilibrati (meno gerarchici) rapporti tra professionisti favorisce il, e in parte è l'effetto del, ripensamento del ruolo della unità operativa. Un ulteriore effetto in tal senso proviene anche dalla «spinta inflazionistica» al crearsi di nuove partizioni organizzative, o perlomeno di nuove autonomie, che il medesimo fenomeno genera: l'aumento delle unità e/o nuovi livelli di autonomia non possono che indebolire i ruoli gerarchici della vecchia struttura (16).

Il secondo è l'emergere e il progressivo legittimarsi di nuove componenti professionali che mettono in discussione la primazia medica e la struttura organizzativa su tale primazia fondata. Se alcune di queste professioni riescono a replicare il modello medico senza metterlo direttamente in discussione (es. gli psicologi con la psicologia clinica), a costo soltanto di un potenziale aumento della frammentazione organizzativa, per altre il confronto è più diretto e ricco di conseguenze. Si tratta essenzialmente di quelle che venivano definite «professioni sanitarie non mediche» (professionalità infermieristiche, tecnico sanitarie, ostetriche e riabilitative), le quali, a fronte di un mutato *status* professionale (si pensi all'inserimento universitario delle discipline infermieristiche) e a una migliore identificabilità e visibilità (17) del loro specifico apporto nei processi produttivi, accettano con

sempre maggiore difficoltà una strutturale subordinazione a livello di unità operativa. L'introduzione del dipartimento offre loro la possibilità consolidare ed estendere lo *status* attraverso non solo maggiori spazi per posizioni organizzative di direzione, che non si limitano alla sola tradizionale supervisione diretta (es. caposala), ma anche attraverso la proposizione e attuazione di modelli organizzativi intradipartimentali più coerenti con le differenziazioni su base professionale. Tutto ciò si traduce concretamente nello «spostamento in alto» (a livello di dipartimento) di una serie di responsabilità precedentemente affidate alle unità operative e nella modificazione del ruolo affidato alle unità stesse (18).

A completare un quadro di modificazione delle logiche prevalenti di macro assetto e di maggiore articolazione e ricchezza della struttura organizzativa intervengono la diffusione e un migliore utilizzo delle strutture a matrice. Le aziende sanitarie sono sempre state caratterizzate da una forte necessità di presidiare dimensioni diverse e, come abbiamo già avuto modo di notare, questa necessità si è «scaricata» sulla struttura organizzativa. Le strutture a matrice, le doppie e in alcuni casi le triple linee di responsabilità sono state la risposta a tale esigenza, risposta che è però stata data solo in termini di organigrammi. Ciò che per molto tempo è mancato sono stati, da una parte una maturazione delle linee verticali secondo le direzioni appena indicate e dall'altra i meccanismi operativi che potessero supportare un effettivo funzionamento su più linee di responsabilità. È abbastanza evidente che le strutture a matrice dichiarate da molti assetti regionali (articolazione su base territoriale che incrociava quella su base specialistica) non potevano che «rimanere sulla carta» in presenza di una struttu-

ra a elevata caratterizzazione funzionale (pluralità di Servizi a forte autonomia che al loro interno tendevano a replicare la medesima logica) e in assenza di sistemi che potessero bilanciare e orientare l'esercizio della mera sovraordinazione gerarchica. L'evoluzione delle logiche di aggregazione verticale e l'irrobustimento dei meccanismi insieme, e il punto non va assolutamente sottovalutato, al ribaltamento della matrice, che vede ora in molti casi l'assegnazione del potere gerarchico sulle risorse a quello che era precedentemente il lato perdente (territorio), hanno contribuito a rendere più praticabili ed effettivamente praticate le soluzioni in cui sono compresenti più linee di responsabilità.

Il processo evolutivo appena descritto ha incontrato nella sua concreta applicazione una serie di difficoltà e di ostacoli realizzativi. Questi possono essere certamente interpretati come espressioni di una generica resistenza al cambiamento e inevitabile inerzia organizzativa (19), ma è utile sottolineare il ruolo giocato in tal senso da almeno due fattori specifici.

Il primo, già più volte menzionato, è quello relativo allo stato di sviluppo dei meccanismi operativi. Se il consolidamento e la diffusione dei sistemi operativi hanno in una fase iniziale consentito l'apertura di effettivi spazi di manovra sul terreno delle strutture organizzative (si veda § 3 in fondo), la dinamica dell'evoluzione organizzativa appare sempre più condizionata dalla capacità delle aziende di accompagnare i cambiamenti nella struttura da adeguati meccanismi. Uno dei punti di maggiore criticità risulta quindi essere la capacità di definire chiaramente regole e meccanismi in grado di allocare operativamente responsabilità, poteri, risorse e compiti tra i diversi livelli e articolazioni della struttura.

Il secondo è rappresentato dalle capacità, competenze e orientamenti delle persone chiamate a ricoprire i diversi ruoli. Viene infatti spesso dimenticato che sono gli individui con le loro caratteristiche che interpretano e fanno funzionare strutture e meccanismi, quindi soluzioni apparentemente avanzate o ad alto tasso di razionalità possono poi non trovare le condizioni di applicabilità e sviluppo in assenza di un sufficiente grado di coerenza con lo «stato delle risorse umane». Ciò non significa assolutamente «ritagliare» l'organizzazione sulle persone, ma piuttosto trovare un equilibrio dinamico in cui il sistema dei ruoli, e ciò che essi richiedono, deve essere tale da mettere sufficientemente in tensione le persone, ma queste a loro volta devono essere messe in grado di rispondere in maniera adeguata a ciò che viene loro richiesto. In termini più concreti, se vengono ipotizzati riassetti che implicano mutamenti significativi nei ruoli tradizionalmente assolti è al contempo necessario porsi il problema di come le persone chiamate a coprire quei ruoli possano acquisire nuove competenze e modificare i propri comportamenti.

È proprio in questa prospettiva, quella cioè di una tensione troppo accentuata tra ruoli e competenze, con scarsi interventi su queste ultime, è possibile rileggere alcune delle difficoltà più evidenti sperimentate dalle aziende sanitarie nei processi di cambiamento. La funzione di direttore di dipartimento (20), ad esempio, risulta profondamente diversa da quella di responsabile di unità operativa. Il dipartimento, in senso strutturale, non è una «superdivisione» e quindi è necessario un salto qualitativo rispetto alle competenze sufficienti per dirigere una unità operativa. Dirigere un dipartimento significa sapere guidare verso l'ottenimento di risultati precisi una macchina complessa, spesso carente

di tensioni unitarie, su cui si ha inevitabilmente uno scarso grado di controllo diretto. In molti casi chi è stato scelto per dirigerlo, spesso selezionato in virtù dell'elemento chiave della accettabilità da parte dei colleghi piuttosto che delle capacità gestionali, quando ha voluto o dovuto esercitare il suo ruolo (perché chiamato a rispondere dei risultati) ha mostrato dei limiti riconducibili a:

— una carenza di strumenti e cognizioni di base del *management* (es. come analizzare un *report* gestionale in assenza di quella conoscenza diretta e specifica dei fenomeni tipica del responsabile di unità operativa);

— una scarsa conoscenza del funzionamento complessivo dell'azienda e delle sue relazioni con l'ambiente (es. meccanismi che influenzano l'equilibrio economico e in particolare regole di finanziamento);

— una sottovalutazione dell'impegno richiesto dalla posizione in relazione al tempo da dedicare alla conduzione della propria unità e all'esercizio della professione, con ovvie tensioni tra i diversi ruoli, peraltro non sempre felicemente gestite sia in termini di risultati che di *stress* personale;

— una difficoltà a gestire le relazioni con i responsabili delle unità operative e a contemperare i diversi elementi che le condizionano (responsabilità sui risultati di dipartimento, rispetto dell'autonomia professionale, rapporti di colleganza professionale e in alcuni casi rapporti di tipo personale).

Sono questi tutti elementi che hanno reso problematico il funzionamento effettivo delle strutture e che un adeguato investimento in percorsi formativi, assieme probabilmente a una selezione dei candidati meno sbilanciata verso il mantenimento degli equilibri interni al dipartimento, avrebbe potuto aiutare ad affrontare. Bisogna sottolineare, tra l'altro, che

nell'individuazione dei contenuti specifici di un percorso di formazione sulle aree di difficoltà indicate è possibile attingere a competenze consolidate, nel senso che i migliori programmi presenti sul mercato già da tempo offrono risposte mirate e convincenti. Il problema è semmai quello di un effettivo adattamento dei programmi alle realtà specifiche e di una loro focalizzazione sui singoli ruoli, piuttosto che l'effettuazione di programmi «preconfezionati» e genericamente orientati alle funzioni dirigenziali (21).

Un discorso sostanzialmente analogo potrebbe essere sviluppato per i responsabili «dell'altro lato della matrice», per coloro i quali hanno generalmente responsabilità di definizione delle politiche di intervento, standardizzazione dei servizi, sviluppo delle risorse e omogeneizzazione degli approcci. Qui il problema si presenta probabilmente con minore evidenza, in quanto, da una parte gli strumenti di controllo dell'efficacia dell'azione risultano più deboli, ad esempio manca in molti casi la possibilità di esprimere in termini quantitativi gli obiettivi da raggiungere, e quindi la pressione esercitata sulla posizione è molto minore, e dall'altra i contenuti di ruolo che caratterizzano attualmente queste posizioni sono distanti da alcuni ruoli tradizionalmente assolti meno di quanto non accada per le posizioni di struttura. Ciò nonostante, anche in questo caso, l'evoluzione effettiva della struttura dipende criticamente dall'adattamento delle persone ai ruoli e dallo sviluppo delle loro competenze. La minore visibilità del problema non lo rende meno reale e importante, a meno che la struttura a matrice non sia soltanto dichiarata e della dimensione orizzontale non si voglia fare un «cimitero degli elefanti» in cui parcheggiare i dirigenti che vengono ritenuti meno capaci. Evidentemente per chi dirige dipartimenti funzionali,

o strutture analoghe, i contenuti della formazione dovranno fare riferimento a quei ruoli di programmazione e di standardizzazione precedentemente citati e agli strumenti gestionali che ne consentono una presa effettiva sui funzionamenti aziendali.

Per i responsabili di unità operativa la prospettiva ipotizzata è quella di una tendenziale trasformazione del loro ruolo verso quello di responsabili di gruppi di professionisti all'interno di «contenitori organizzativi» di ampie dimensioni. Tale trasformazione in parte per sua natura e in parte per una certa gradualità dei processi in atto, non muta immediatamente e radicalmente le competenze e gli orientamenti coerenti per una efficace azione di direzione a questo livello. L'accento posto in questo scritto sui cambiamenti in atto, non può fare dimenticare che anche rispetto alle attuali responsabilità poste in capo alle unità operative esiste un rilevante fabbisogno di adattamento. Alle responsabilità gestionali che negli anni sono state progressivamente affidate ai professionisti che dirigono le diverse unità non corrisponde infatti ancora un livello diffuso di sufficienti competenze gestionali di base. Si tratta quindi di proseguire nello sforzo che molte aziende hanno intrapreso di trasferimento di conoscenze e consolidamento delle competenze manageriali dei propri responsabili, soprattutto, ma non esclusivamente, attraverso programmi formativi. I programmi dovranno però essere in grado di accompagnare e in qualche misura anticipare l'evoluzione del ruolo, fornendo sempre maggiori competenze nell'ambito della gestione dei gruppi professionali, sviluppando temi oggi solo in parte consolidati come quelli della valutazione e della motivazione di risorse umane ad alto tasso di professionalità.

Rimane infine da accennare ai fabbisogni espressi dalle nuove posizioni

che emergono per le professioni sanitarie. È questo il settore in cui è probabilmente maggiore la distanza tra competenze ed esperienze disponibili e i ruoli potenzialmente esercitabili, questi ultimi valutati non solo alla luce delle evoluzioni organizzative in atto, ma anche rispetto all'esperienza di altri contesti. I fabbisogni che oggi possono trovare adeguata risposta fanno prevalentemente riferimento al ruolo tradizionale di supervisione diretta degli operatori in un ambito di responsabilità fortemente settorializzato (caposala, capotecnico, etc). Il contributo che le aziende dovranno attendersi dai processi di formazione sarà quello relativo alle nuove funzioni in parte assimilabili a quelle di responsabili di vere e proprie unità operative e in parte riconducibili alle posizioni orizzontali di coordinamento e standardizzazione. Il punto che ancora non appare chiaro, che meriterebbe un approfondimento a sé stante per le implicazioni anche in termini di evoluzione di tutto il sistema dei ruoli, è se si svilupperanno processi e percorsi formativi dedicati per queste professioni (prospettiva di separazione che appare oggi come la più probabile) o se la separazione, considerata anche come condizione per un percorso di legittimazione, verrà a cadere e sarà possibile pensare a contenuti esclusivamente collegati ai ruoli indipendentemente dalla matrice professionale di provenienza.

5. La moltiplicazione degli staff

Una seconda area di modificazioni di particolare rilevanza è costituita dalla consistente e rapida diffusione di organi cosiddetti di *staff*. Non ci interessa qui analizzare se si tratta di *staff* veri e propri, unità catalogabili come tali applicando una definizione più o meno rigorosa in relazione alle funzioni effettivamente svolte, ma è sufficiente, per le tesi che si vogliono so-

stenere, che come tali vengano definiti. È necessario sottolineare che le unità in questione:

— sono ormai ampiamente diffuse nelle aziende;

— coprono un insieme variegato di esigenze e di funzioni (si veda la tabella 1), anche se le denominazioni non sono pienamente rappresentative delle aree effettivamente coperte;

— sono normalmente composte da poche unità di personale selezionato con modalità che si discostano in maniera abbastanza netta da quelle normalmente utilizzate per le altre posizioni organizzative (scarsa considerazione dei livelli formali e contrattuali, assunzioni dirette dall'esterno);

— sono generalmente costituite da persone relativamente giovani, caratterizzate da elevati livelli di motivazione e buone competenze di base che assicurano una certa duttilità (alti potenziali).

Una riflessione di una certa rilevanza riguarda la diffusione di questa soluzione organizzativa. Se si considera che fino ai primi anni novanta le uniche unità con funzioni dichiarate tendenzialmente analoghe agli attuali organi di *staff* erano i servizi affari generali e legali e lo stato della attuale diffusione e varietà, è difficile sfuggire all'impressione che le motivazioni dell'adozione della soluzione *staff* vadano più ricercate nelle caratteristiche del rapporto che lega questi organi alla

Tabella 1 - *Staff* censiti

SISTEMA INFORMATIVO
CONTROLLO DI GESTIONE
NUCLEO DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE E SVILUPPO
POLITICHE DEL PERSONALE
FORMAZIONE
RAPPORTI ORGANISMI ISTITUZIONALI
INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE
SICUREZZA
COMITATO DI DIREZIONE
COMITATO DEI DIPARTIMENTI
CARTA DEI SERVIZI
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

direzione generale (22), cui normalmente riportano, che alle aree di contenuto o ai problemi cui possono dare risposta in maniera più efficiente rispetto ad altre soluzioni organizzative. In altri termini, non sono i contenuti e i problemi da affrontare che suggeriscono l'adozione di uno *staff*, ma il fatto che lo *staff* può assicurare, per composizione e rapporti con la direzione, modalità diverse da quelle di altre soluzioni organizzative (servizi amministrativi) di «copertura» dei problemi. L'interpretazione che si propone è quindi quella di una moltiplicazione degli organi di *staff* in parte determinata dalla crisi del modello burocratico, che generalmente tende ancora a contraddistinguere il funzionamento degli apparati amministrativi, e in parte sorretta da alcuni degli elementi che qualificano la loro azione quali:

— *fiduciarità*, la selezione su base personale (personalistica) che caratterizza la composizione degli *staff* e la loro precarietà organizzativa (permanenza strettamente collegata alla direzione) assicura una fedeltà e una condivisione degli orientamenti particolarmente coerenti con le nuove esigenze delle direzioni generali e molto distanti dalla neutralità che caratterizza l'attività amministrativa tradizionale;

— *orientamento ai risultati*, si tratta spesso di piccole *task force* aggregate intorno a un progetto specifico che rappresenta chiaramente la misura del successo o dell'insuccesso del gruppo e anche quando si tratta di *staff* generici con funzioni di supporto ampio alla direzione (si veda oltre) i compiti assegnati fanno riferimento a specifici risultati da conseguire;

— *flessibilità* a meno di forte orientamento specialistico, raro da riscontrare in quanto gli *staff* si confrontano generalmente con funzioni innovative e a debole consolidamento, le competenze, caratteristiche e orientamenti

delle persone negli *staff* assicurano elevati gradi di flessibilità per quanto riguarda la possibilità di un rapido riorientamento sui contenuti, la flessibilità si esprime inoltre nella capacità di fare fronte ad ampie variabilità nei carichi di lavoro (picchi di attività collegate a urgenze e scadenze);

— *innovatività*, il terreno di elezione dell'azione degli *staff* sembra risultare quello dell'innovazione gestionale ed organizzativa, queste strutture organizzative non solo garantiscono quella focalizzazione al risultato necessaria per introdurre e diffondere nuovi strumenti di gestione, ma assicurano che le nuove attività, le nuove modalità e i nuovi compiti non vengano «soffocati» dalle *routine* operative (23) o deformati dalle culture tradizionali, svolgendo così un vero e proprio ruolo di incubatori dell'innovazione.

Da quanto espresso emerge che un punto critico da considerare nel valutare i possibili sviluppi degli *staff* è rappresentato dal rapporto di questi con l'area amministrativa. In parte alcune considerazioni verranno svolte quando tratteremo dell'evoluzione del settore amministrativo.

Per quanto concerne più direttamente gli *staff* può essere utile distinguere in prospettiva tre aree diverse di funzioni. La prima è quella propria di sviluppo degli *staff* in cui fiduciarità, orientamento ai risultati, flessibilità e innovatività rappresentano elementi chiave che caratterizzano in via permanente i compiti che costituiscono la funzione. Una seconda è quella di «supplenza» o sostituzione di funzioni che potrebbero essere allocate nell'area amministrativa e che vengono invece assolve dagli *staff* per una crisi del settore amministrativo, il quale non riesce a esprimere livelli sufficienti rispetto ai processi di aziendalizzazione di fiduciarità, orientamento ai risultati, flessibilità e innovati-

vità. La terza è quella di funzioni che solo in via transitoria trovano collocazione ottimale negli *staff* e che dopo un adeguato consolidamento, dovrebbero essere trasferite al settore amministrativo.

Uno sviluppo degli *staff* fisiologico, equilibrato e accompagnato da adeguati investimenti nelle risorse umane dovrebbe basarsi su una identificazione, almeno di massima, delle tre diverse aree, cercando soprattutto di evitare il rischio, che pare profilarsi in alcune aziende, di una eccessiva «staffizzazione» delle funzioni. L'affidamento in prospettiva permanente agli *staff* di funzioni che ricadono nella seconda o terza area, affidamento che evita di affrontare il difficile problema di una rifunzionalizzazione dell'apparato amministrativo, rappresenta una scorciatoia che già nel medio periodo può risultare scarsamente sostenibile. L'affidamento di funzioni improprie agli *staff*, oltre a ingenerare pericolosi circoli viziosi di deperimento della capacità di risposta nel settore amministrativo (24), sovraccarica gli *staff* di compiti per i quali essi non sono strutturalmente adatti. D'altra parte le peculiari caratteristiche delle risorse umane che costituiscono queste unità non permetterebbero neanche un dimensionamento tale da fronteggiare i volumi di attività conseguenti.

Le stesse caratteristiche delle persone impegnate negli *staff* rendono queste strutture un terreno privilegiato per i processi formativi, nel senso che investimenti coerenti con i reali fabbisogni possono garantire elevati ritorni all'azienda in termini di funzionalità. In questa direzione può risultare utile distinguere almeno tre tipologie di *staff* che esprimono fabbisogni formativi parzialmente differenziati, è possibili quindi identificare:

— *staff* di tipo generico, privi di focalizzazione i cui componenti, spesso singolarmente intesi hanno compiti

generali di supporto «a tutto campo» della direzione o di alcuni organi specifici;

— *staff* con una focalizzazione su aree specialistiche il cui contenuto è relativamente consolidato, relativamente in quanto si tratta pur sempre di innovazioni e consolidato nel senso che esistono e sono disponibili logiche e strumenti che riempiono di contenuti la funzione, esempi di *staff* di questo tipo sono quelli dedicati ai sistemi informativi o alle funzioni di programmazione e controllo;

— *staff* dedicati ad aree di contenuto fortemente innovativo, almeno per la loro applicazione alle aziende sanitarie pubbliche, il cui compito non si limita al pur difficile compito di gestire l'introduzione di uno strumento innovativo, ma si estende alla costruzione e adattamento dello strumento stesso, un esempio in tal senso è rappresentato dagli *staff* dedicati a temi collegati alla gestione delle risorse umane.

A fronte di questa distinzione tra diverse tipologie di *staff* è possibile riscontrare, come già segnalato all'inizio del paragrafo una certa omogeneità nelle figure dedicate agli organi in questione. Si tratta tipicamente di figure per ora maggiormente riferibili al profilo di «alto potenziale» o di generalista, se a maggiore anzianità (una minoranza), che a quello di specialista. Ci riferiamo quindi a persone che sono prevalentemente nella fase iniziale della carriera, sono tendenzialmente destinate a percorsi di carriera accelerati (almeno in termini di responsabilità loro affidate) e che se hanno una focalizzazione su un certo settore tale specializzazione rappresenta solo una tappa nei processi di apprendimento.

Se vengono combinati omogeneità presenti nelle figure e differenziazioni nei possibili profili degli organi di *staff* emergono gli elementi essenziali

dei fabbisogni formativi che possono trovare utile risposta combinando opportunamente a seconda dei contesti almeno i seguenti «blocchi» di contenuti:

— contenuti di *general management* sufficientemente approfonditi su tutte le aree funzionali, sviluppati sia in termini di logiche e approcci (maggiore enfasi) sia di strumenti, il tutto con un taglio e metodologie didattiche adatte ad alti potenziali (si tratta di una formazione di base per tutte le figure che operano nell'area degli *staff*);

— contenuti evoluti su specifiche aree funzionali definite però in maniera ancora ampia e con una attenzione particolare al trasferimento delle logiche di intervento e alla costruzione di autonome capacità di azione (dovrebbe essere questa una formazione da dedicare prioritariamente agli *staff* che operano sulle aree di forte innovazione);

— contenuti evoluti di taglio specialistico con elevata caratterizzazione sugli strumenti innovativi e sulla loro implementazione (formazione da destinare prioritariamente agli *staff* che operano su aree consolidate)

Al fine di dare contenuti più concreti alle osservazioni generali fin qui svolte, sono stati sinteticamente analizzati alcuni degli *staff* censiti nella tabella 1, e i risultati vengono di seguito proposti (le possibili funzioni assegnate a tali *staff* vengono riportate nella tabella 2).

Lo *staff* di programmazione e controllo assolve a funzioni ormai sufficientemente consolidate e quelli segnalati nella tabella 2 danno una idea abbastanza precisa dei compiti generalmente assegnati. Dopo una fase «pionieristica», di costruzione e adattamento degli strumenti (essenzialmente contabilità analitica e sistemi di *budget*), sono ormai disponibili una serie di esperienze e di professionalità. Il punto critico per questi *staff* è ormai

tipicamente rappresentato dalla capacità di apprendere dalle esperienze migliori (anche attraverso reti professionali in via di espansione) e di trasferire rapidamente ed efficacemente nella propria realtà quanto appreso. Nelle realtà con maggiore esperienza sulla funzione sembra essere in atto una tendenza alla focalizzazione sui compiti che dovrebbero rappresentare il core della funzione. Si assiste quindi all'abbandono di una serie di compiti il cui assolvimento nelle fasi iniziali ha rappresentato una consistente fonte di legittimazione per una funzione che doveva affermarsi. In molti casi viene così riconsegnata alla ragioneria la contabilità analitica che aveva rappresentato storicamente la base su cui erano stati costruiti i sistemi di *budget*, anche perché la contabilità economico patrimoniale, gestita dalle ragionerie in luogo di quella finanziaria, risulta oggettivamente più vicina alla contabilità analitica di quanto non fosse quella finanziaria. Lo stesso avviene per segmenti rilevanti del sistema informativo, quali quelli relativi a molti degli *output* inseriti nelle schede di *budget*, normalmente gestiti da questi *staff* e che ora vengono affidati a una rafforzata funzione di sistema informativo riprogettato in logica «datawarehouse» (25). Percorsi formativi per questa area oltre ai normali contenuti di base e a quelli specialistici relativi al ruolo di *controller* dovrebbero assicurare adeguate conoscenze e competenze sull'area dei sistemi informativi e quella di organizzazione e personale.

Il settore organizzazione e personale rappresenta un'area a elevata criticità per i motivi già discussi nel paragrafo 3 e che potrebbero essere sintetizzati nell'affermazione, ormai abusata, della necessità (e possibilità) di un passaggio dalla amministrazione del personale alla gestione delle risorse umane. Gli *staff* che insistono su

Tabella 2 - Possibili funzioni di alcuni *staff*

PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	ORGANIZZAZIONE E PERSONALE	COMUNICAZIONE, MARKETING, VENDITA SERVIZI	QUALITÀ E INNOVAZIONE NEI PROCESSI
<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Budget</i> ● Controllo di gestione ● Contabilità analitica ● Reportistica: <ul style="list-style-type: none"> — per CdR — per direzione ● Valutazione/analisi dei dati ● Miglioramento dei flussi informativi ● Aggiornamenti del processo di <i>budget</i> e della struttura di responsabilità nel rispetto dei cambiamenti aziendali ● Collegamento <i>budget</i> e salario di risultato ● Supporto ai CdR ● Collegamento <i>budget</i>/bilancio preventivo ● Collegamento COGE/COAN ● Analisi di convenienza economica ● Rapporti con enti esterni (Regione) e informazione esterna 	<ul style="list-style-type: none"> ● Analisi e progettazione della struttura organizzativa ● Analisi e progettazione della microstruttura (posizioni, ruoli e mansioni) ● Politiche retributive e graduazione delle posizioni ● Progettazione e gestione dei sistemi di valutazione del personale ● Selezione e inserimento del personale ● Politiche di sviluppo del personale (progettazione e gestione dei percorsi di carriera) ● Relazioni sindacali 	<ul style="list-style-type: none"> ● Comunicazione esterna e rapporti con la stampa ● Relazioni con il pubblico e gestione dei reclami ● Gestione libera professione: <ul style="list-style-type: none"> — attività ambulatoriale — ricoveri ● Gestione area a pagamento e delle convenzioni attive ● Analisi dei prodotti da offrire ● Analisi dei clienti e gestione rapporti ● Analisi e definizione delle tariffe di vendita ● Definizione delle modalità di retribuzione del personale coinvolto ● Gestione dei rapporti con i medici e il personale interno coinvolto e delle trattative sindacali ● Stesura del piano di <i>marketing</i> (interno e esterno) ● Analisi delle problematiche connesse alla logistica ● Razionalizzazione dei meccanismi di accesso (sistemi informativi, prenotazione, accesso, pagamenti) ● Rapporti con associazioni Onlus 	<ul style="list-style-type: none"> ● Introduzione e gestione dei sistemi di verifica della qualità delle prestazioni sanitarie (VRQ) e <i>audit</i> medico ● Gestione del <i>Total Quality Management</i> (TQM) ● Gestione <i>Business Process Re-engineering</i> (BPR) ● Definizione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) per le patologie più critiche ● Creazione di un sistema di controllo dei PDT ● Analisi delle variazioni sui PDT per le variabili più significative ● Gestione dei rapporti con i medici

questa area si trovano nella strana situazione di avere a disposizione una mole notevole di conoscenze e strumenti sperimentati da altre tipologie di aziende, ma che risultano di non facile adattamento al contesto peculiare delle aziende sanitarie pubbliche. La trasferibilità risulta difficile non solo per il permanere della cultura caratteristica del pubblico impiego che tende a rifiutare tutti gli strumenti e meccanismi di gestione del personale, ma anche per elementi più «strutturali» quali l'intensa componente professionale e la diffusione dei livelli di responsabilità ai quali compete una qualche funzione di gestione del per-

sonale. Si tratta quindi di avviare un percorso di costruzione della funzione e di approntamento degli strumenti con cui esercitarla, mentre è necessario mantenere ed estendere la legittimazione della funzione stessa all'interno dell'azienda. La situazione, da questo punto di vista, sembra ricalcare esattamente la condizione sperimentata dalla funzione programmazione e controllo con la difficoltà a trovare modelli e strumenti predefiniti e la necessità di conquistarsi «sul campo» una legittimazione, necessità accentuata dalla rottura netta sia di approccio sia organizzativa (lo *staff* come discontinuità) con le funzioni tradizio-

nali. La strada da seguire potrebbe quindi contemplare quello che potrebbe essere considerato l'elemento chiave nello sviluppo della funzione di controllo: un intenso utilizzo delle sperimentazioni accompagnato e collegato a una altrettanto intensa attività di formazione. In altre parole si tratta di costruire un processo di apprendimento organizzativo che veda lo *staff* come soggetto di produzione, accumulo e diffusione di conoscenze in tutta l'azienda.

Il terzo *staff* che viene presentato non rientra nella categoria di quelli «classici», e rappresenta la risposta a esigenze, in parte nuove e in parte da

tempo presenti, che hanno a che fare con i rapporti dell'azienda con l'ambiente esterno. In effetti è proprio la caratteristica comune di rivolgersi «all'esterno» che ha guidato in questo caso l'accorpamento delle funzioni. L'intensificarsi del ruolo esercitato dai cittadini e da tutti i portatori di interesse (collettività e istituzioni), le opportunità offerte dai nuovi sistemi di finanziamento, l'apertura di alcuni spazi di vero mercato, le nuove dinamiche competitive sono tutti fenomeni che l'azienda ha necessità di presidiare e che difficilmente avrebbero trovato risposta nel settore amministrativo. È questo un caso in cui sono nel complesso necessarie competenze variegate in parte maggiormente disponibili e consolidate (esempio le funzioni di comunicazione) e in parte di tipo innovativo (funzione di *marketing* su mercati e quasi-mercati pubblici). Qui l'apporto positivo della formazione sarebbe condizionato dalla capacità di accompagnare l'apprendimento e al contempo di trasmettere contenuti specialistici anche eterogenei.

Da ultimo è stato considerato uno *staff* dedicato alla qualità e alla innovazione nei processi. Si tratta di un caso interessante in quanto se da una parte la funzione di verifica e controllo di qualità è una attività consolidata normalmente collocata nelle direzioni sanitarie, dall'altra la rilettura in termini di processi in chiave gestionale rappresenta certamente una innovazione, come lo è la previsione di uno *staff* dedicato. La stretta vicinanza con i processi tecnici di «produzione», area fortemente caratterizzata dall'autonomia professionale, rende il compito di questo *staff* particolarmente delicato: un approccio troppo «tecnistico e razionalistico» potrebbe facilmente portare a dei conflitti o sancire l'irrelevanza della funzione. La sfida è quella di stimolare l'innovazione di fare in modo che le cose accadano sen-

za specifici poteri di intervento, le competenze, oltre a quelle tecniche, dovrebbero vertere essenzialmente sulle capacità di guida di gruppi e di realizzazione di progetti.

6. L'area amministrativa e alcune conclusioni

Una terza ed ultima area di modificazioni che può risultare utile segnalare concerne il settore amministrativo. Il tema è già stato in parte toccato nel paragrafo precedente, segnalando come a una crisi di funzionalità dell'apparato amministrativo si sia in parte posto rimedio trasferendo alcune funzioni agli *staff* e come le prospettive dei due comparti, sia in termini complessivi sia in termini di settori specifici, siano parzialmente collegate.

Il punto di partenza dell'analisi è la crisi del modello burocratico (26) di fronte ai processi di aziendalizzazione, e in particolare alle modificazioni delle pressioni che l'ambiente esercita sulle aziende. Se il modello burocratico e quello professionale erano riusciti a produrre un equilibrio accettabile nelle condizioni di ambiente prevalenti negli anni ottanta, i cambiamenti intervenuti successivamente (si veda § 2) hanno messo in discussione prevalentemente il primo, lasciando così esposto alle pressioni maggiori (interne ed esterne) il settore amministrativo. È a questo settore che viene infatti oggi richiesto il cambiamento più radicale rispetto alle modalità di funzionamento consolidate. Ciò che viene richiesto è il passaggio da una concezione «amministrativistica» (neutralità e orientamento agli atti) della propria funzione a una che privilegi la strumentalità dell'azione amministrativa rispetto ai processi produttivi e più in generale rispetto al perseguimento dei fini aziendali (27).

In termini molto generali, la prospettiva che si pone per l'area amministrativa è quella di una alternativa tra due sentieri evolutivi radicalmente diversi. Il primo, da considerarsi come un rischio da evitare, è caratterizzato da un deperimento o marginalizzazione del settore in quanto tale a favore, da una parte di forme di «autosufficienza professionale» (28) e dall'altra di un trasferimento di funzioni agli organi di *staff*. A questo primo scenario si potrebbe pervenire attraverso le seguenti fasi logiche:

a) con l'evoluzione dell'ambiente ampi settori dell'azienda tendono a modificare i propri comportamenti, in particolare le «linee operative», per affrontare adeguatamente le modificazioni della domanda e le nuove pressioni competitive, esprimono una maggiore (in qualità e quantità) richiesta di risorse e servizi normalmente intermediati dal settore amministrativo;

b) quest'ultimo non riesce a adeguare con sufficiente rapidità e profondità i propri modelli e modalità di funzionamento e mantiene sostanzialmente inalterati i livelli di funzionalità assicurati ai propri clienti interni (si tratta in effetti di un peggioramento considerato l'aumento di funzionalità richiesto);

c) questi, per alcune funzioni considerate particolarmente critiche e che per loro natura risultano più facilmente appropriabili, si autonomizzano dotandosi di proprie competenze e meccanismi in ciò facilitati anche dallo sviluppo dei processi di divisionalizzazione

d) altre funzioni di uguale criticità e che possono trovare risposta solo a livello aziendale vengono trasferite agli *staff* o vengono affidate in *outsourcing* a società di consulenza;

e) ai servizi amministrativi rimangono solo le funzioni di routine e a scarso contenuto professionale, con

un effetto di ulteriore deperimento della capacità di risposta.

Il principale punto debole della prospettiva appena delineata, su cui si fonda il giudizio di «non desiderabilità», è che comporta un sostanziale spreco di risorse. Viene infatti dato per scontato che una parte delle risorse umane che costituiscono l'azienda sia fondamentalmente inutilizzabile. Piuttosto che stimolare e supportare processi di adeguamento del comparto amministrativo ai nuovi bisogni, si ritiene più utile «bypassare», laddove possibile, la funzione anche a costo di un deperimento progressivo non solo delle capacità di risposta, ma anche delle stesse potenzialità di adeguamento.

Il secondo percorso evolutivo, quello che potrebbe rivelarsi di maggiore utilità per le aziende in una ottica di medio periodo e su cui molte aziende si stanno impegnando, prevede una «rifunzionalizzazione» e rivitalizzazione dell'area amministrativa tramite una acquisizione o potenziamento delle competenze gestionali e una equilibrata ripartizione dei compiti tra strutture nuove (*staff* e nuove unità dipartimentali) e strutture consolidate (servizi amministrativi). Per la concreta realizzazione di questo secondo scenario risultano come elementi critici:

— il consolidamento e la diffusione di competenze gestionali di base per tutto il settore amministrativo con approfondimenti mirati sulle singole funzioni o strumenti a seconda dei diversi settori e ruoli;

— la modificazione di orientamenti culturali non coerenti con la prospettiva proposta e l'affermazione e diffusione di nuovi modelli di ruolo (anche in questo caso la formazione potrebbe contribuire);

— un ricambio generazionale (nuovi dirigenti adeguatamente formati) che non si limiti alle sole posizioni e

compiti innovativi, ma investa anche le attività più tradizionali.

Per specificare meglio le coordinate di massima di quella che abbiamo definito come una «equilibrata ripartizione di compiti» può risultare utile cercare di ipotizzare quali possano essere le linee di sviluppo per alcuni nuclei consolidati di attività amministrativa.

Il settore personale è probabilmente quello al quale le nuove esigenze aziendali pongono una richiesta di cambiamento più intensa. Queste esigenze sono chiare e hanno una grande rilevanza: si tratta di costruire una funzione di gestione del personale. Come è stato già chiarito le variabili chiave per la gestione del personale, che sono state per lungo tempo al di fuori dell'ambito aziendale, oggi sono state riaffidate alle aziende e la capacità di utilizzarle sarà probabilmente ciò che differenzierà una azienda dalle altre. Il problema che si pone è come sviluppare accanto alle tradizionali funzioni di amministrazione del personale le nuove funzioni di gestione e sviluppo delle risorse umane e se le due aree possano convivere nello stesso «contenitore organizzativo» (un settore personale che includa amministrazione e gestione). La sfida di un unico contenitore, che consentirebbe un elevato grado di integrazione tra i diversi meccanismi che convergono sul personale, sembra oggi difficilmente affrontabile dalla maggior parte delle aziende, ciò non solo per le considerazioni già svolte circa la necessità di disporre di un incubatore per le funzioni innovative, ma anche per la scarsità di persone che dispongano oggi delle competenze e delle caratteristiche adatte a ricoprire il ruolo di responsabile del personale. Pochi degli attuali responsabili del personale (amministrazione) per formazione e orientamenti sembrano in grado di assolvere alla funzione di «capo del personale»,

acquisizioni dall'esterno mostrano il duplice limite della peculiarità delle aziende sanitarie pubbliche per cui le competenze maturate in altre aziende potrebbero risultare poco spendibili e dei livelli retributivi che le aziende sanitarie sono in grado di offrire e, infine, chi sta iniziando a sperimentare la funzione di gestione del personale è spesso ancora troppo poco legittimato per assumere un ruolo di così grande potere e responsabilità. Se la soluzione quasi obbligata è quella dello *staff*, eventualmente supportato da competenze esterne, che inizia a sperimentare e a costruire gli strumenti per la gestione, ciò non significa che l'amministrazione del personale possa rimanere come è attualmente. Quest'area necessita infatti di:

— un chiarimento e una focalizzazione dei propri contenuti (gli aspetti amministrativi del rapporto con i dipendenti e collaboratori), al fine di eliminare quelle ambiguità che impediscono una esplicita assunzione di responsabilità e fanno venire meno gli stimoli allo sviluppo;

— una decisa razionalizzazione e modernizzazione delle modalità operative prevalenti anche attraverso l'informatizzazione delle procedure (in questo settore è particolarmente ampio lo scarto tra l'informatizzazione possibile e quella realizzata);

— un «raccordo forte» con la funzione di gestione del personale che permetta di allineare i diversi meccanismi e inizi a porre le basi per la costruzione di un settore integrato.

Anche il settore economico finanziario (la «ragioneria») è soggetto a esigenze intense di cambiamento, a partire dalla progressiva eliminazione della contabilità finanziaria e dalla sua sostituzione con quella economico patrimoniale (29). La gestione della contabilità finanziaria, che avendo una funzione autorizzativa rappresentava un passaggio chiave del processo de-

cisionale, costituiva non solo l'oggetto principale dell'attività del settore, ma anche la fonte di un rilevante potere organizzativo. La gestione che avrebbe dovuto essere meramente tecnica del sistema finiva spesso quindi per affidare un potere sostanziale, almeno di veto e di ostruzione, alla ragioneria. Il passaggio da una «contabilità delle decisioni» a una «contabilità degli effetti» e il contestuale trasferimento del controllo sulle decisioni ad altri meccanismi (es. *budget*) corre il rischio di indebolire e svuotare il ruolo di questa unità, a meno di un suo deciso impegno (e legittimazione) sulle nuove aree. Le prospettive di sviluppo dovrebbero basarsi almeno su:

a) una riacquisita competenza, in termini di responsabilità e di capacità effettive, su tutti i sistemi di rilevazione contabile e quindi sulla contabilità generale, ma anche su quella analitica (su questo terreno il ruolo della formazione per una costruzione e diffusione rapida delle competenze è fondamentale);

b) una espansione e qualificazione delle competenze verso l'area della gestione finanziaria intesa in senso aziendale (es. strumenti innovativi per il finanziamento della investimenti).

Per quanto riguarda le unità deputate a gestire i processi di acquisto (provveditorato) l'evoluzione non può che ricalcare lo schema generale di abbandono della pura gestione amministrativa verso assunzioni di responsabilità e utilizzo di strumenti gestionali. In questo caso si tratta di passare dalla gestione della gara alla gestione dell'intero processo di acquisto assumendosi anche la responsabilità della qualità (rispondenza dei beni e servizi acquisiti ai requisiti) e dei prezzi di acquisto. Il passaggio non è evidentemente semplice in quanto presuppone lo spostamento delle competenze dalle regole (norme giuridiche) ai contenuti (prodotti, di-

namiche dei mercati di approvvigionamento, fornitori) in aziende caratterizzate da estrema differenziazione dei beni e servizi da acquisire e dal contenuto fortemente specialistico (elevata integrazione nei processi professionali) di molti di essi. Tutto ciò implicherà e comporterà una ristrutturazione profonda nell'attuale organizzazione di queste unità e un riaggiustamento degli attuali (squilibrati) rapporti con le componenti professionali nell'acquisizione di molti beni e servizi di diretto utilizzo nei processi assistenziali.

Una prospettiva per molti versi analoga è quella che si offre a quello che può essere definito il settore tecnico e logistico. Qui la rifunzionalizzazione passa attraverso la capacità di:

— diventare effettivamente responsabile (costruire i meccanismi per) nei confronti dei clienti interni, in altre parole riuscire ad agire come dei veri e propri fornitori di servizi spesso in concorrenza con altri fornitori;

— assumere il ruolo di gestore complessivo delle risorse materiali e dei flussi di queste all'interno dell'azienda;

— gestire i necessari e complessi processi di *outsourcing* (governo dei servizi esternalizzati).

In conclusione di questo tentativo di interpretazione delle dinamiche che stanno investendo le strutture organizzative delle aziende sanitarie pubbliche italiane, delle cause e dei fattori che le determinano e degli impatti che queste hanno sui ruoli organizzativi è opportuno dedicare alcune brevissime considerazioni alle condizioni che permettono un apporto positivo delle formazione ai processi di cambiamento. All'inizio di questo contributo abbiamo sottolineato come la formazione possa aiutare i processi di cambiamento «prima elevando capacità e competenze e quindi rendendo concretamente realizzabili un più

ampio ventaglio di opzioni organizzative e poi contribuendo a più rapido e migliore adattamento delle persone ai diversi ruoli». Questo contributo è tanto più efficace quanto più le aziende:

— sanno identificare il senso delle trasformazioni in atto e guidare i propri specifici processi di cambiamento organizzativo;

— rispetto alle trasformazioni generali identificano quali capacità e competenze debbano essere generalmente potenziate e in relazione a quali figure o segmenti di personale;

— collegano i cambiamenti specificamente in atto a livello di struttura alle modificazioni richieste ai ruoli che le persone debbono assolvere per dare efficacemente «corpo» al nuovo assetto organizzativo;

— sono in grado di identificare con chiarezza il *gap* tra le caratteristiche attuali delle persone e quelle richieste, distanza che rappresenta il punto di riferimento tra;

— riescono a utilizzare i processi formativi in maniera mirata per elevare le potenzialità e rendere più facile l'adattamento.

Se consideriamo quanto appena esposto come una griglia di criteri rispetto ai quali valutare la capacità delle aziende sanitarie di «fare fruttare» gli investimenti, in alcuni casi rilevanti, in formazione la valutazione difficilmente potrebbe essere soddisfacente. Ancora troppo spesso i programmi, e la responsabilità non può essere ascritta alle sola domanda e investe anche i comportamenti dell'offerta, sono assolutamente slegati non solo dai processi specifici ma anche dalle trasformazioni generali. La formazione così non risponde a nessun fabbisogno reale e ingenera anche un rifiuto di strumenti che, se adattati al contesto e alle necessità, potrebbe realmente aiutare le persone e le aziende nelle quali queste operano.

I contenuti di questo scritto sono stati pensati anche come un contributo in tal senso.

(1) La ricerca cui si fa riferimento è stata finanziata dal CNR all'interno del progetto «Problemi prioritari e politiche di razionalizzazione del Sistema sanitario nazionale».

(2) Nel corso dello scritto con il termine direzione generale o semplicemente direzione si intenderà la funzione massima di direzione che in molte aziende viene esercitata dall'operare congiunto del direttore generale, sanitario e amministrativo e in altre include solo il direttore generale. Quest'ultimo caso esprime un certo affievolimento del rapporto fiduciario nella «squadra di direzione».

(3) Per una prima sistematizzazione del concetto di ambiente e dei suoi rapporti con l'azienda si veda Airoidi, Brunetti, Coda (1994) cap. 14. Il tema è particolarmente trattato nei contributi che si occupano di strategia e quindi si rimanda a Del Vecchio (2000) e Reborra, Meneguzzo (1990), Duncan (1995).

(4) È opportuno chiarire una volta di più che non si intende ridurre l'area dei risultati che l'azienda sanitaria pubblica deve conseguire solo a quelli di carattere economico e che nella impostazione assunta il rispetto del vincolo economico è una delle condizioni di «buon funzionamento», quanto ribadire la crescente importanza annessa ai risultati economici così come rappresentati dalle risultanze di bilancio nella valutazione delle complessive *performances* aziendali.

(5) L'economicità è definita come equilibrio dinamico nel tempo tra la quantità delle risorse impiegate nei processi tipici di un'azienda pubblica e le attività, servizi, funzioni proprie della stessa (Zangrandi, 1999, pag. 14) e rappresenta una condizione di funzionamento dell'azienda per il conseguimento delle proprie finalità (Airoidi Brunetti Coda, 1989). Il termine esprime in maniera sintetica il raggiungimento delle finalità in condizioni di efficacia ed efficienza nel rispetto dei vincoli economici.

(6) Per usare le parole di Borgonovi (1996, pag. 257): «La concezione di base secondo cui l'attività consiste nell'esercizio di poteri e non nella produzione di beni o di risposte a problemi porta a definire i contenuti delle posizioni organizzative in rapporto all'analisi dei processi di "applicazione delle norme" e alle esigenze di "bilanciamento dei poteri" e non all'analisi dei bisogni da soddisfare, dei risultati da produrre, dei processi tecnici e organizzativi da realizzare».

(7) Un esempio molto evidente di quanto affermato nel testo è rappresentato dall'introduzione dei «moduli» come articolazione organizzativa delle unità operative. A fronte di un limitato numero di situazioni in cui al modulo corrispondeva un livello di autonomia organizzativa vero, derivante dalla necessità di fronteggiare e ridurre a livelli accettabili la complessità organizzativa, nella maggioranza dei casi si è trattato di una semplice «rappresentazione», necessaria nel contesto descritto per potere soddisfare le attese di un certo segmento di personale (i cosiddetti aiuti anziani).

(8) Si ricorda che la cosiddetta dirigenza nel settore sanitario pubblico comprende sostanzialmente tutti i professionisti (prevalentemente medici) operanti nell'azienda.

(9) Per usare le parole di Airoidi (1980, pag. 4) «Si fa qui riferimento ad un modello generale di rappresentazione dei sistemi organizzativi derivante dai contributi dei filoni di studio che si rifanno, in senso lato, alla teoria dei sistemi socio-tecnici. Secondo tale modello i sistemi operativi con la struttura organizzativa e con la distribuzione del potere organizzativo compongono la classe delle variabili organizzative; queste interagiscono con le variabili individuali, sociali, tecniche ed istituzionali (nel loro insieme definite variabili di contesto) determinando il comportamento organizzativo e, conseguentemente, i risultati dell'istituto». I meccanismi operativi vengono invece così definiti da Rugiadini (1979, pagg. 267 e 268) «Per meccanismi operativi (o meccanismi organizzativi) si intende l'insieme dei processi che fanno funzionare "operativamente" il sistema organizzativo, inducendo adeguati stimoli al comportamento; mentre la struttura organizzativa definisce gli elementi di base relativamente stabili del sistema di ruoli, i meccanismi operativi ne rappresentano l'elemento dinamico».

(10) Evidentemente uno stravolgimento delle responsabilità e dei poteri formalmente definite dalla struttura organizzativa operato tramite il sistema delle regole comporta la rottura delle auspicabili condizioni di coerenza tra i due sistemi.

(11) Per una valutazione dello stato di diffusione dei sistemi di *budget* nelle aziende del SSN si veda Casati *et al.* (1998).

(12) Vantaggi e svantaggi delle diverse configurazioni organizzative sono un contenuto su cui convergono la maggior parte dei manuali di organizzazione, per tutti si rimanda a Perrone (1990).

(13) È ben noto che nel campo delle attività e forte componente professionale un prodotto o servizio si definisce non tanto e non solo in relazione alla tipologia di bisogno o domanda a

cui esso da risposta, ma dalle competenze professionali utilizzate per dare risposta a quel bisogno. Tale caratteristica è bene rappresentata dal «pidgeonholing», dal processo attraverso il quale il paziente può ricevere risposte diverse al proprio bisogno a seconda della casella alla quale si rivolge (Mintzberg, 1985).

(14) Si pensi come situazione esemplificativa a ciò che è avvenuto nelle dinamiche competitive nel caso dell'attività ostetrica nelle aree metropolitane. A fronte di un calo delle nascite e di una più attiva selezione degli ospedali in cui partorire i diversi ospedali presenti in tale area hanno sì sono trovati a competere per attirare le pazienti. Queste oltre ai fattori tradizionalmente in gioco (conoscenza dei medici, vicinanza) prendono ora in considerazione altri fattori quali il *comfort* durante il ricovero, i servizi pre e post parto, i livelli di sicurezza clinica. Se ci soffermiamo su questi ultimi una importanza fondamentale ha la presenza di una «buona» patologia neonatale, ma questa non può essere assicurata (alimentata) senza una adeguata diagnostica prenatale. Senza continuare oltre nell'esempio e nelle catene causali sembra evidente che la singola divisione è ormai sempre più «troppo piccola» per poter affrontare la competizione.

(15) Anche sul piano normativo il dipartimento è posto in tale posizione. Il decreto legislativo 229/99 infatti prescrive che «l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie».

(16) Un direttore sanitario intervistato spiegava di avere utilizzato e «accompagnato» le tendenze descritte adottando la strategia «*todos caballeros*», la strategia cioè di «inflazionare» le posizioni primarie e le corrispondenti unità operative (che diventavano estremamente piccole e specializzate) per fare emergere come livello cardine delle responsabilità gestionali il dipartimento.

(17) Il fatto che venga riconosciuto ad esempio l'apporto specifico della componente infermieristica nell'attività di un reparto non è solo il frutto di una maggiore legittimazione professionale dell'assistenza infermieristica in quanto tale, ma anche dell'affinamento dei sistemi di gestione quali quelli di programmazione e controllo o quelli di ricompensa (retribuzioni incentivanti). Sempre più spesso è così possibile incontrare sistemi di obiettivi o addirittura *budget* veri e propri relativi a tale personale.

(18) Sulla progressiva assunzione di responsabilità da parte di alcune figure delle professioni sanitarie si veda Zuffada (1999) e Filannino (1999).

(19) Sul concetto di inerzia organizzativa e più in generale sui processi di cambiamento organizzativo si veda il cap. VI di Rebora-Meneguzzo (1990).

(20) Continuiamo a utilizzare il dipartimento come rappresentazione tipica di tutti i nuovi livelli di responsabilità intermedia e in particolare anche di quelle organizzate su base territoriale come i distretti.

(21) L'affermazione non va intesa nel senso che corsi di alfabetizzazione manageriale (formazione manageriale di base) per professionisti che ricoprono, a qualunque livello e titolo, posizioni di responsabilità gestionale non siano utili, quanto piuttosto che se il bisogno è quello di supportare i dirigenti a ricoprire specifici ruoli considerati critici è necessario che la formazione sia mirata sui contenuti ritenuti prioritari per quei ruoli, contenuti che necessariamente differiscono da quelli che caratterizzano altri ruoli. La considerazione potrebbe sembrare banale, ma è purtroppo largamente diffusa una visione indifferenziata delle responsabilità gestionali nelle aziende sanitarie.

(22) Il termine viene utilizzato nel senso indicato alla nota 2.

(23) Si consideri che alle normali operazioni è generalmente connessa una obbligatorietà (risultati da produrre e tempi da rispettare), mentre l'innovazione è quasi sempre «facoltativa» (anche quando prevista per legge). Accade quindi che la pressione, reale o semplicemente avvertita, delle normali operazioni dilaziona inevitabilmente l'introduzione dell'innovazione quando le due attività vengono poste sotto la responsabilità della stessa unità organizzativa.

(24) Sul concetto di circolo vizioso e in particolare per una discussione del fenomeno per cui a una progressiva allocazione di funzioni qualificanti ad altri organi corrisponde un deperimento delle capacità di risposta degli organi in questione, deperimento che a sua volta rende ancora più giustificato il trasferimento di funzioni si veda Rebora (1985).

(25) Sui sistemi informativi e sui *datawarehouse* in particolare nelle aziende sanitarie si veda Caccia (1997) e Buccoliero (1999).

(26) Tra le diverse accezioni e prospettive di osservazione del fenomeno burocratico adottiamo qui la schematizzazione di Borgonovi (1996, pp. 434 e 435) che sottolinea come la logica di fondo su cui si basa la burocrazia, e

da cui derivano una serie di conseguenze sia sul piano dell'organizzazione sia sul piano dei meccanismi di funzionamento, sia contraddistinta dall'idea che:

— è possibile scomporre l'attività amministrativa in operazioni elementari;

— per ogni operazione o classi di operazioni è altresì possibile predefinire e quindi codificare modalità ottimali di esecuzione delle stesse;

— lo svolgimento delle attività secondo i processi codificati equivale al conseguimento dei risultati.

(27) Sottolineare il carattere strumentale dell'attività amministrativa implica allontanarsi dall'idea che una sequenza di attività come ad esempio l'acquisizione di una attrezzatura debba essere valutata prevalentemente dal punto di vista del rispetto delle norme e procedure che regolano l'attività stessa. Chi è responsabile di un certo insieme di attività deve rispondere dei risultati ottenuti e nel caso specifico i risultati sono l'attitudine delle risorse acquisite per qualità, quantità, tempi e costi a rispondere alle necessità per le quali il bene era stato acquisito.

(28) Per un approfondimento dei rapporti tra componente professionale e componente amministrativa si rimanda a Del Vecchio, Meneguzzo (1993) pp. 140-143

(29) Sulle caratteristiche del nuovo impianto contabile si vedano: Battaglia G., Zavattaro F. (1997); Santesso E., Sostero U. (1999).

BIBLIOGRAFIA

AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (1989), *Lezioni di economia aziendale*, Il Mulino, Bologna.

BATTAGLIA G., ZAVATTARO F. (1997), «L'introduzione della contabilità economico patrimoniale», *Mecosan*, 21.

BORGONOV E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BUCCOLIERO L. (1999), «I sistemi informativi delle aziende sanitarie: fabbisogni e percorsi evolutivi verso l'adozione degli ERP», *Mecosan*, 28.

CACCIA C. (1997), «Sistemi informativi e supporto decisionale in sanità: l'utilizza dei data-warehouse», *Mecosan*, 23.

CACCIA C., LONGO F. (1994), «L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio-sanitario pubblico», *Mecosan*, 10.

CASATI G. (A CURA DI) (2000), *Programmazione e controllo nelle aziende sanitarie?*, Milano.

CASATI ET AL. (1998), «Valutazione sullo stato di sviluppo della programmazione budgetaria nelle aziende sanitarie italiane», *Mecosan*, 26.

DEL VECCHIO M. (2000), *La programmazione strategica nelle aziende sanitarie*, in Casati G. (a cura di).

DEL VECCHIO M., MENEGUZZO M. (1993), «Il cambiamento organizzativo e gestionale nell'area della sanità pubblica», *Cerisdi Studi e Ricerche*, n. 2, Cerisdi, Palermo, 1993.

DUNCAN W.J., GINTER P.H., SWAINE L.E. (1995), *Strategic management of health care organizations*, Blackwell Publishers, Cambridge.

FILANNINO C., «La funzione manageriale delle professioni non mediche delle aziende sanitarie», *Mecosan*, 24.

LEGA F. (1999), «Dalla struttura alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento», *Mecosan*, 30.

MINTZBERG H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, il Mulino, Bologna.

PERRONE V. (1990), *Le strutture organizzative d'impresa*, Egea, Milano.

REBORA G. (1983), *Organizzazione e direzione dell'ente locale*, Giuffrè, Milano.

REBORA G., MENEGUZZO M. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Utet, Torino.

RUFFINI R. (1996), «Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie», *Mecosan*, 18.

SANTESSO E., SOSTERO U. (1999), «La sterilizzazione degli ammortamenti: alcune riflessioni critiche», *Mecosan*, 30.

ZANGRANDI A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche*, Giuffrè, Milano.

ZUFFADA E. (1999), «Il ruolo dei quadri intermedi delle professioni sanitarie nel processo di aziendalizzazione. Alcune evidenze empiriche», *Mecosan*, 32.

LA CARTA DEI SERVIZI SANITARI: UN'ANALISI DELLO STATO DI ATTUAZIONE

Riccardo Mussari

Dipartimento di Studi aziendali e Sociali, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Siena

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Questioni di metodo - 2.1. La valutazione interna - 2.2. La valutazione esterna - 2.3. I successivi interventi legislativi - 3. Le fonti disponibili per l'indagine - 3.1. Il primo processo di autovalutazione promosso dal Ministero della sanità - 3.2. Il secondo processo di autovalutazione promosso dal Ministero della sanità - 3.2.1. Le opinioni delle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini - 4. Conclusioni.

The aim of this article is to evaluate to what extent the citizen's charter is implemented in the Italian health sector. The article is divided into three parts. The first is a critical description of the underlying logic and instruments behind internal and external evaluation of the quality of the health services and their accordance with the regulations laid out in the citizen's charter from 1994 to the present day. The second part of the article is an analysis of and comment on the results of the implementation of the citizen's health service charter. The sources used are two reports published by the Ministry of Health in 1997 and 1999. Particular attention is given to the degree of diffusion of the charter, to what extent the standards have been adopted, the use of the complaint procedures and the citizen's knowledge of the charter. The paper concludes with some brief considerations of the progress made over the last five years by the health structures adopting the citizen's charter as well as of the difficulties which are still being incurred. In the author's opinion the citizen's charter still does not offer complete protection for the user nor act as a precious source of information for the management of the health service inasmuch as the charter is not that well-known among users.

1. Premessa

La Carta dei servizi è senza dubbio una componente importante del vasto processo di riforma e modernizzazione che, ormai da qualche anno, sta interessando le pubbliche amministrazioni italiane.

La prospettiva d'indagine che intendiamo privilegiare in questo scritto è la valutazione dello stato di attuazione di tale istituto con particolare riferimento al settore sanitario.

A tal fine, dopo un sintetico richiamo alla valutazione della qualità dei servizi così come regolata nelle disposizioni normative aventi ad oggetto la Carta, prenderemo in considerazione i risultati contenuti nei due Rapporti pubblicati dal Ministero della sanità nel 1997 e nel 1999 (1). Ulteriori indicazioni verranno desunte dalla valuta-

zione realizzata nel 1997 dal Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi pubblici.

2. Questioni di metodo

A partire dal 1994 sono stati introdotti importanti cambiamenti, peraltro non sempre «univoci», nella politica della Carta. Tuttavia, fatta salva l'istituzione delle Autorità indipendenti e in attesa della concreta attuazione delle disposizioni del recente decreto legislativo n. 286 del 30 luglio 1999, sul tema della «valutazione di risultati» l'impianto previsto nel provvedimento del 1994 non è stato mai formalmente mutato.

La Carta dei servizi è stata introdotta in Italia a seguito dell'approvazione della direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 27 gennaio 1994

recante «Principi sull'erogazione dei servizi pubblici» (direttiva Ciampi) (2).

L'iniziativa, che s'inseriva in un vasto progetto di modernizzazione e razionalizzazione delle pubbliche amministrazioni, pur presentando importanti caratteri di originalità, traeva chiaramente ispirazione dall'esperienza britannica (3).

Non rientra tra le finalità di questo scritto analizzare contenuti, potenzialità e limiti della direttiva Ciampi o di altri provvedimenti del Legislatore. Diversamente, riteniamo sia utile soffermarsi brevemente sul tema della valutazione, convinti che ciò sia utile a meglio comprendere le nostre successive considerazioni.

Ai fini della sintesi e, auspicabilmente, della chiarezza, distinguiamo:

a) la valutazione interna (controllo esercitato da parte del soggetto che produce servizi pubblici)

da

b) la valutazione esterna (controllo esercitato sul soggetto erogatore da parte di un organismo «indipendente»).

Nell'ambito di queste due distinte, ma connesse, forme di controllo, andremo a individuare quattro elementi fondamentali: soggetti, oggetto, meccanismi di verifica, sistema di premio/sanzione.

2.1. La valutazione interna

Nonostante, la direttiva Ciampi si presenti ricca di contenuti, il fulcro del provvedimento è certamente il riconoscimento all'utente del diritto al rimborso o, in alternativa, a forme di ristoro da parte dei «soggetti erogatori» di servizi pubblici nei casi in cui è possibile dimostrare che «il servizio reso è inferiore per qualità e tempestività agli *standard* pubblicati».

Il riconoscimento di tale potestà implica, a monte, che ogni soggetto erogatore definisce e rende pubblici:

- 1) fattori dai quali dipende la qualità del servizio;
- 2) indicatori di qualità;
- 3) *standard* di qualità e quantità per ciascuno degli indicatori individuati (4);
- 4) procedure di reclamo non vessatorie (5);
- 5) procedure di rimborso/ristoro idonee a consentire all'utente un rapido indennizzo in caso di «provato disservizio», cioè qualora la qualità di una data prestazione sia realmente inferiore rispetto allo *standard* specifico prefissato (6).

Data quest'impostazione, il produttore del servizio pubblico dovrebbe essere «spontaneamente» interessato a tenere sotto controllo gli *standard* di qualità resi pubblici. Infatti, da un

lato, il mancato rispetto del livello qualitativo «pattuito con l'utente» genera conseguenze di tipo economico e finanziario, dovendosi assicurare forme di ristoro e di rimborso e, dall'altro, specie nell'ipotesi di servizi non gestiti in monopolio e venduti contro il pagamento di un prezzo, la pubblicazione ed il rispetto di *standard* di qualità elevati costituisce un sicuro elemento di distinzione rispetto alla concorrenza e di attrazione per l'utente (7).

Tuttavia, la direttiva non lascia totalmente alla sensibilità ed all'iniziativa dei singoli soggetti erogatori la possibilità di mettere a punto forme di valutazione con riguardo alla qualità dei servizi resi. Al contrario, tale forma di valutazione è definita come un «dovere» del soggetto erogatore tanto che, forse in virtù della scarsa attitudine di molte amministrazioni pubbliche per il monitoraggio dei risultati, se ne individuano in modo chiaro e sufficientemente dettagliato contenuti e metodologie.

In particolare, spetta ai soggetti erogatori:

- a) determinare gli indici da utilizzare per la misurazione o la valutazione dei risultati conseguiti;
- b) fornire una base di comparazione per raffrontare i risultati effettivamente ottenuti con gli obiettivi previsti;
- c) descrivere gli strumenti da impiegarsi al fine di verificare e convalidare i valori misurati;
- d) acquisire periodicamente la valutazione degli utenti circa la qualità dei servizi apprestati (8);
- e) adottare ogni anno piani diretti a migliorare progressivamente gli *standard* dei servizi.

Pertanto, la prospettiva suggerita è quella del monitoraggio periodico del livello qualitativo delle prestazioni realizzate al fine di favorire l'adeguamento ed il miglioramento continuo

non solo in termini di *standard* più elevati, ma anche nel senso di integrazione e/o sostituzione di *standard* «promessi» all'utente.

Nella realizzazione di tali attività, il rapporto con gli utenti è essenziale. Essi, da meri recettori di servizi diventano, attraverso l'attivazione di differenziati canali di comunicazione, interlocutori privilegiati per il soggetto erogatore.

D'altro canto, configurare il rapporto informativo fra chi produce e chi utilizza il servizio come elemento qualificante del processo di valutazione interna della qualità non risponde soltanto alle logiche della managerialità, ma favorisce la completa realizzazione di uno dei principi fondamentali della stessa direttiva: la partecipazione (9). Infatti, se correttamente inteso ed attuato, tale principio non si riduce alla tutela del diritto «alla corretta erogazione del servizio», ma, attraverso uno scambio continuo di informazioni, favorisce «la collaborazione nei confronti del soggetto erogatore» anche al fine di «prospettare osservazioni, formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio».

In tale prospettiva, anche i reclami forniscono preziose indicazioni. Al riguardo, la direttiva stabilisce che il primo «contatto» fra utente ed azienda si realizzi presso l'Ufficio relazioni con il pubblico il cui personale è, fra l'altro, chiamato a coadiuvare l'utente che desidera sporgere reclamo. I reclami vengono comunque indirizzati all'ufficio interno di controllo che li esamina nella sua qualità di organo dell'amministrazione cui compete in via specifica l'esercizio della funzione di valutazione dei risultati conseguiti.

Spetta a tale ufficio:

- a) comunicare all'utente il nominativo del dipendente responsabile dell'indagine, i tempi previsti ed i mezzi dei quali dispone in caso di risposta sfavorevole;

b) riferire all'utente degli accertamenti compiuti entro un periodo che non può superare i trenta giorni indicando i termini entro i quali si provvederà a rimuovere le irregolarità riscontrate o al ristoro del pregiudizio arrecato (10);

c) promuovere, qualora riscontri un effettivo pregiudizio arrecato all'utente, le azioni mirate a compensare il disservizio subito.

Così operando, l'ufficio di controllo interno:

a) è, al pari dell'ufficio relazioni con il pubblico, un importante interlocutore dell'utente in quanto dialoga con lo stesso in una delle fasi più delicate e significative, cioè quando lo stesso attende una risposta a seguito di un reclamo sporto per il mancato rispetto di uno *standard* specifico;

b) dispone di informazioni utili tanto per il *management* aziendale, cui spetta il compito di individuare le soluzioni gestionali atte a sanare le disfunzioni ed i disservizi eventualmente verificatisi, che per l'esercizio di una delle funzioni tipiche dell'ufficio di controllo, cioè valutare la *performance* dei dirigenti.

Oltre a quelli ricordati, la direttiva assegna un altro delicato compito allo stesso organo: informare sulla materia dei reclami l'organismo indipendente cui è affidato dalla direttiva un secondo livello di tutela, cioè il Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi pubblici.

Quanto alle conseguenze che possono derivare a seguito della valutazione interna della qualità dei servizi prestati la direttiva prevede che:

a) i soggetti erogatori fatta salva l'applicazione delle leggi vigenti, si rivalgono nei confronti del dipendente al quale è imputabile per dolo o grave negligenza, il mancato rispetto degli *standard*;

b) l'inosservanza dei principi della direttiva è valutata ai fini delle

applicazioni delle sanzioni amministrative e disciplinari previste a carico dei dirigenti generali, dei dirigenti e degli altri dipendenti.

2.2. La valutazione esterna

La direttiva Ciampi disciplina in modo puntuale anche la «valutazione esterna» della qualità del servizio affidando ad un organismo indipendente, il Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi pubblici (Comitato), il ruolo di «garante» dell'osservanza dei «principi e delle procedure» che informano la direttiva medesima (11).

Con riguardo ai profili oggetto di questo scritto, spettava al Comitato (12):

a) valutare l'idoneità degli *standard* di qualità del servizio adottati dai soggetti erogatori a realizzare i principi stabiliti nella direttiva ed indicare, ove necessario, le correzioni da apportare;

b) vigilare sull'osservanza degli *standard* e segnalare ai soggetti erogatori le eventuali difformità riscontrate;

c) valutare l'adeguatezza delle procedure di reclamo e delle misure di ristoro;

d) controllare l'esattezza, la completezza e la comprensibilità delle comunicazioni che i soggetti erogatori rendono al pubblico;

e) acquisire dati e informazioni sul gradimento degli utenti;

f) determinare le procedure attraverso le quali gli utenti sono consultati in ordine agli *standard* relativi ai singoli servizi e al rispetto di tali *standard* da parte dei soggetti erogatori (13).

Per svolgere le sue attività il Comitato poteva valersi del supporto tecnico degli uffici competenti della Presidenza del Consiglio, del Dipartimento della funzione pubblica e di alcuni Ministeri (pubblica istruzione, università

e ricerca scientifica, sanità, poste e telecomunicazioni, interno, trasporti e navigazione).

Tuttavia, ciò che rileva al fine del nostro argomentare è che la direttiva disciplinava puntualmente il rapporto fra soggetto erogatore e Comitato con riguardo alla valutazione dei risultati conseguiti in materia di qualità delle prestazioni.

Al Comitato dovevano pervenire due distinte tipologie di relazioni (14):

a) una prima, a cadenza annuale, da inviarsi a cura del soggetto erogatore entro e non oltre il 31 marzo di ogni anno;

b) una seconda, semestrale, che doveva essere predisposta dall'Ufficio interno di controllo.

Per mezzo della relazione annuale il soggetto erogatore informava il Comitato sui risultati conseguiti nel precedente esercizio e dava conto delle verifiche effettuate con gli utenti circa la qualità del servizio reso.

Dato l'impianto della direttiva, in tale documento particolare enfasi era posta sugli *standard*. Infatti, il soggetto erogatore era tenuto a:

a) analizzare i risultati ottenuti in rapporto agli *standard* definiti per l'esercizio rispetto al quale si «rendeva conto»;

b) definire gli *standard* per l'esercizio in corso anche in rapporto ai risultati dell'anno precedente;

c) descrivere le ragioni per l'eventuale mancato conseguimento degli *standard* e rimedi proposti;

d) indicare i criteri direttivi in base ai quali avrebbe predisposto il piano di miglioramento degli *standard*.

La relazione semestrale, invece, aveva per oggetto esclusivo l'analisi dei reclami rispetto ai quali il Comitato doveva ricevere informazioni circa la numerosità, tipologia e seguito a loro dato dal soggetto erogatore.

Al Comitato non erano assegnati poteri sanzionatori. Poteva proporre al

Ministro competente l'adozione di misure sanzionatorie adeguate nel caso in cui il soggetto erogatore non si fosse adeguato alle indicazioni provenienti dal Comitato nell'esercizio della funzione di vigilanza sull'osservanza degli *standard*.

Il Comitato proponeva al Presidente del Consiglio dei ministri le misure regolamentari e legislative idonee a migliorare la protezione dei diritti dell'utente, l'attribuzione di attestati di qualità ai soggetti che si fossero distinti quanto ad efficienza del servizio reso, qualità degli *standard*, osservanza degli stessi, gradimento degli utenti.

Come riteniamo sia evidente dalla sintetica descrizione, la direttiva Ciampi dà ampio spazio e risalto al problema della valutazione dei risultati conseguiti. L'idea che ne viene fuori è quella di una Carta dei servizi interpretata come un «patto con l'utente» dinamico nei contenuti e da monitorare periodicamente in maniera tale da renderlo sempre più rispondente alle necessità dell'utenza e alle capacità tecniche del produttore (15). Prevalle la logica dell'autovalutazione, dell'apprendimento e del miglioramento progressivo posto che nello svolgere la sua funzione di «verifica» il Comitato operava in forma sostanzialmente collaborativa con i soggetti erogatori.

2.3. I successivi interventi legislativi

Gli interventi normativi che sono seguiti a quello del 1994 hanno profondamente modificato la «politica della Carta».

Ci riferiamo in particolare al D.L. 12 maggio 1995, n. 163, convertito con modificazioni ed integrazioni in legge 11 luglio 1995, n. 273 (legge Frattini), alla legge 14 novembre 1995, n. 481, con la quale si dettano disposizioni per la concorrenza e la regolazione dei servizi di pubblica uti-

lità e si procede alla istituzione delle relative Autorità nonché al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286.

In particolare, la legge Frattini ha previsto:

a) l'emanazione con decreti del Presidente del Consiglio dei ministri gli Schemi generali di riferimento di carte di servizi pubblici, predisposti, d'intesa con le amministrazioni interessate, dal Dipartimento della funzione pubblica;

b) l'adozione da parte degli enti erogatori di servizi pubblici, entro centoventi giorni dalla data dei decreti con i quali si emanano gli Schemi generali, delle rispettive carte dei servizi pubblici sulla base dei principi indicati dalla direttiva e dello Schema generale di riferimento, dandone adeguata pubblicità agli utenti e comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica.

In sostanza, pur restando efficace il disposto della direttiva Ciampi, il singolo soggetto erogatore viene a disporre di un nuovo ausilio, lo Schema generale che, nell'intenzione del Legislatore, dovrebbe agevolare nella realizzazione del non sempre facile compito di scrivere una Carta dei servizi.

Di fatto, gli schemi generali, interponendosi fra la direttiva e le singole carte che i soggetti erogatori devono adottare, hanno generato un processo di accentramento della politica della Carta. Diversamente dalla impostazione del 1994, i Ministeri competenti ed il Dipartimento della funzione pubblica vengono ad assumere un ruolo decisivo.

Se ci si ferma alla lettera della legge Frattini, si può concludere che nulla questa ha mutato con riguardo al tema della valutazione della qualità dei servizi. Tuttavia, l'ingresso di un «nuovo attore», cioè il Ministero, ha comportato, almeno nel caso della sanità, che questo assumesse su di sé non soltanto la funzione fondamentale di scrivere

lo Schema generale di riferimento, ma anche quelle di promozione e verifica sullo stato di attuazione che, stando alla direttiva Ciampi, spettavano certamente al Comitato (16).

Non è agevole stabilire la misura in cui l'esercizio di tali attribuzioni sia dovuto alla scarsa efficacia delle iniziative del Comitato piuttosto che a ragioni diverse. Certamente occorre osservare, in generale, che il Comitato è stato fortemente limitato nell'esercizio delle sue funzioni dall'evidente squilibrio fra la numerosità e complessità dei compiti attribuiti e la scarsità delle risorse assegnate e, in particolare, che i produttori di servizi sanitari hanno mostrato molta più disponibilità nei confronti del Ministero e delle Regioni quando sono stati da questi stimolati a valutare la qualità dei servizi piuttosto che verso il Comitato quando questo li ha sollecitati all'invio delle relazioni annuali e semestrali.

In ogni caso, occorre riconoscere che, almeno con riferimento ai settori non sottoposti alla vigilanza di una Autorità, la sanità si distingue per l'impegno che il Ministero e Regioni hanno profuso per favorire la diffusione della Carta e promuovere la valutazione dei suoi effetti.

Sempre nel 1995, c'è da ricordare l'istituzione dell'Autorità di regolazione del settore dell'energia e del gas. Spetta all'Autorità definire gli *standard* e controllarne il rispetto (17).

In sostanza, con riferimento ai settori per i quali vengono istituite Autorità di regolazione, i principi e gli strumenti della politica della Carta dei servizi sono stati «internalizzati» nella regolamentazione di settore e all'autorità di regolazione sono stati attribuiti i compiti per la sua attuazione.

La terza fase della politica della Carta dei servizi nel nostro Paese ha avuto inizio con l'approvazione del decreto legislativo 286 del 1999.

La più evidente innovazione è quella di «tornare all'antico».

È stato abrogato l'articolo 2 della legge 11 luglio 1995, n. 273 la qual cosa significa che non saranno più emanati Schemi generali di riferimento.

Diverse sono le implicazioni di tale scelta:

a) le decisioni fondamentali riguardo la Carta (definizione, adozione e pubblicazione degli *standard*, i casi e le modalità di adozione delle Carte dei servizi, criteri di misurazione della qualità dei servizi, tutela degli utenti, casi e modalità di indennizzo automatico e forfetario, ecc.) saranno assunte per mezzo di direttive del Presidente del Consiglio dei ministri, aggiornabili annualmente (18);

b) ciascun soggetto erogatore redigerà autonomamente la propria Carta basandosi sulle direttive;

c) restano esclusi da questa futura regolamentazione i servizi pubblici soggetti al controllo di Autorità indipendenti, mentre per i servizi erogati direttamente o indirettamente dalle Regioni e dagli Enti locali è previsto il ricorso ad atti di indirizzo e coordinamento adottati d'intesa con la Conferenza unificata;

d) gli Schemi generali già pubblicati restano applicabili sino a diversa disposizione adottata con direttiva;

e) sono esclusi dalla politica della Carta il Dipartimento della funzione pubblica e i Ministeri;

f) una «apposita struttura» della Presidenza del Consiglio supporterà il Primo Ministro nelle iniziative di coordinamento, supporto operativo e monitoraggio sulla attuazione.

È del tutto evidente che il «futuro della Carta» dipende, a questo punto, dall'efficacia dell'azione della «apposita struttura» di supporto al Presidente del Consiglio le cui competenze dovranno essere più puntualmente definite (19).

3. Le fonti disponibili per l'indagine

Il settore sanitario è uno dei pochi per i quali sono disponibili due fonti di valutazione dei risultati sullo stato di attuazione della Carta. Da un lato, il Ministero della sanità ha prodotto due distinti rapporti di valutazione nel marzo 1997 e nel giugno 1999, dall'altro, anche il Comitato ha acquisito documentazione sullo stato di attuazione della Carta nel settore sanitario nel 1997 con riferimento ai dati 1996.

Nel proporre un sintetico esame delle risultanze emerse faremo riferimento più dettagliato ai due rapporti del Ministero della sanità laddove l'analisi della documentazione prodotta dal Comitato ci consentirà di formulare qualche breve considerazione di chiusura.

3.1. Il primo processo di autovalutazione promosso dal Ministero della sanità

Il primo Rapporto di valutazione sullo stato di attuazione della Carta dei servizi è datato 31 marzo 1997 (20).

Prima di prendere brevemente in esame alcuni dei molti dati disponibili, è indispensabile mettere in risalto alcuni elementi.

1. I risultati raccolti nel primo Rapporto sono stati ottenuti a seguito della somministrazione di un corposo questionario compilato direttamente dai soggetti erogatori coinvolti nell'indagine; ciò significa, in altri termini, che le elaborazioni statistiche del Ministero sono fondate su informazioni fornite dai soggetti aderenti all'iniziativa senza che si sia provveduto ad alcuna azione di verifica da parte di soggetti terzi di quanto comunicato dai produttori dei servizi sanitari. In altre parole, come correttamente viene rilevato dal Ministero, il grado di autoreferenzialità dei dati è massimo.

2. Nel rapporto ministeriale esplicitamente si afferma che la valutazione

è stata compiuta «nello spirito delle indicazioni fissate dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri 27 gennaio 1994 che prevede il dovere di valutazione della qualità del servizio (titolo II, art. 5) per le amministrazioni che erogano servizi pubblici, individuando lo strumento nella Relazione annuale».

3. L'approccio seguito per la raccolta dei dati ha visto il pieno coinvolgimento di Regioni e Province autonome, la qual cosa ha certamente favorito l'adesione.

4. Hanno ricevuto il questionario non tutti i produttori di servizi sanitari, cioè quelli comunque tenuti alla redazione della Carta dei servizi (pari a 943 unità secondo il rapporto del Comitato permanente redatto nel 1997), ma soltanto 310 Aziende sanitarie.

5. I dati raccolti dal Ministero si riferiscono alla fine di luglio 1996. È bene notare che a quel tempo tutti i soggetti erogatori di servizi sanitari avrebbero già dovuto provvedere a dotarsi di una Carta dei servizi (in base alla legge Frattini) nonché a produrre una prima autovalutazione dei risultati conseguiti (in base alla direttiva) essendo la scadenza per l'adozione della Carta dei servizi sanitari stabilita per il 13 ottobre 1995 (21).

Partendo da queste considerazioni preliminari, prendiamo in analisi alcuni fra i dati più significativi del rapporto del 1997.

In primo luogo, bisogna osservare che l'adesione all'iniziativa è stata molto elevata. Il carattere istituzionale del processo di autovalutazione ha certamente aiutato a conseguire tale obiettivo.

Solo il 4% delle aziende coinvolte non ha risposto al questionario, la qual cosa equivale a dire che ben 299 aziende su 310 hanno accettato di sottoporsi all'indagine.

Tuttavia, quando si passano a considerare dati più significativi, i risultati

sono assai meno soddisfacenti. Solo 190 aziende (pari al 63,5%) delle 299 rispondenti dichiaravano di avere adottato la Carta. Ciò consente di riflettere sulle scelte fatte dal Legislatore. La decisione di produrre «al centro» uno Schema generale di riferimento e di fissare un termine entro il quale ogni soggetto erogatore avrebbe dovuto produrre la propria Carta, non ha consentito, almeno in una prima fase, di risolvere completamente il problema più evidente che si era manifestato nella fase di attuazione della direttiva Ciampi: l'insufficiente adesione da parte dei soggetti erogatori.

Ciò a ribadire che le possibilità di successo, nel settore sanitario così come in altri, sono in larga misura dipendenti dal diffondersi di una coscienza economica e manageriale all'interno delle strutture produttive che sono chiamate ad adottare la Carta. Solo la piena comprensione delle potenzialità che tale strumento ha per la tutela dell'utenza e per il processo di governo e di autocontrollo dei risultati può favorirne l'affermazione. Un'efficacia minore sembrano avere i tradizionali strumenti della determinazione di una *deadline* e/o di un modello statico precostituito da un'autorità politica sovraordinata (Ministero, Regione).

Quanto appena osservato trova ulteriore conferma nel momento in cui si osservano i dati relativi all'implementazione.

Una larga porzione (87%) delle aziende sanitarie dotate di Carta vi avevano inserito *standard* di qualità (22).

Nel Rapporto, pur notandosi un cambiamento di orientamento che sembra porre al centro dell'agire aziendale il cittadino-utente, sono evidenziati importanti fattori limitativi:

— il significato di *standard* appare confuso;

— gli *standard* sono generici, fotografano la situazione attuale e non diventano, quindi, obiettivi di miglioramento;

— i percorsi che hanno portato alla definizione degli *standard* non sono chiari onde manca sistematicità nell'individuazione dei punti critici sui quali concentrare l'attenzione del *management*.

Le carenze evidenziate nel Rapporto sono gravi in quanto solo se la definizione degli *standard* è correttamente progettata e realizzata diventa espressione della volontà nonché della possibilità tecnica da parte del soggetto erogatore di individuare e tenere sotto controllo le determinanti dei livelli qualitativi effettivi delle prestazioni erogate.

Per tale ragione, avere definito, auspicabilmente con il contributo degli utenti, *standard* specifici di qualità non è di per sé sufficiente. Si tratta semplicemente di una condizione necessaria per dare avvio ad un complesso processo di comunicazione, misurazione e miglioramento. Pertanto, è significativo distinguere quanti dei soggetti erogatori che avevo inserito negli *standard* di qualità nella propria Carta hanno poi curato di tenere sotto osservazione i risultati ottenuti e, conseguentemente, di assumere le opportune iniziative.

I valori disponibili al riguardo sono alquanto deludenti. Solo il 45% delle strutture che si erano dotate della Carta hanno dichiarato di aver monitorato gli *standard* di qualità.

D'altro canto, anche a voler prescindere dalle cifre appena menzionate, c'è da considerare che esiste una stretta dipendenza fra le modalità con le quali sono definiti gli *standard* e le successive possibilità di verifica. Va da sé che se gli *standard* sono individuati senza ripercorrere criticamente il processo di produzione delle prestazioni e senza considerare le potenzia-

lità attuali e prospettive del sistema informativo aziendale, la loro verifica diventa difficile e, comunque, assistematica.

Purtroppo, le aziende sanitarie che hanno utilizzato i risultati per migliorare i propri *standard* di qualità risultano pari a circa il 38% di quelle che dotate di Carta.

Quindi, potremmo concludere che, almeno sul piano strettamente formale, solo il 38% circa dei 190 soggetti che avevano adottato la Carta dei servizi sanitari dichiaravano di sfruttare pienamente le potenzialità di questo strumento.

In altri termini, tutto ciò significa 72 soggetti su 299 (totale delle aziende sanitarie che hanno aderito all'iniziativa), pari al 24% del totale, un valore alquanto modesto considerato l'impegno del Ministero e delle Regioni.

In ogni caso, la percezione che non fosse diffusa una completa «coscienza» della valenza dell'istituto si ha chiaramente quando si osservano i dati relativi ad altri elementi qualificanti: le procedure di reclamo, i rimborsi, la conoscenza della Carta da parte degli utenti.

Al riguardo, i valori del rapporto del 1997 ci consentono di mettere in risalto ulteriori carenze.

Se, da un lato, il 76% dei soggetti dotati di Carta aveva una procedura di reclamo (tuttavia, il fatto che il 24% di strutture con una propria Carta fosse privo di una procedura di reclamo resta un dato grave) ed oltre il 50% dichiarava di utilizzare i reclami ai fini del miglioramento, solo il 17% delle strutture dotate di Carta dichiarava di avere intrapreso una campagna promozionale distintamente diretta agli utenti, mentre addirittura il 25% non aveva posto in essere alcuna iniziativa.

La conseguenza di quanto riportato è semplice e grave al contempo: la

probabilità che l'utenza sia stata informata anche soltanto dell'esistenza della Carta dei servizi sanitari è molto bassa, mentre quella che sia stata attivamente coinvolta, così come la direttiva Ciampi prevedeva, nell'individuazione dei fattori di qualità e degli *standard* è, di fatto, ridottissima. È agevole concludere che, in molti casi, che la Carta esisteva «solo sulla carta», cioè come atto unilaterale dell'azienda assai poco noto all'esterno. Dalla lettura del primo Rapporto del Ministero della sanità si evince che la Carta non è ancora un «patto» fra produttore ed utente, ma, in molti casi, un adempimento formale ad una disposizione normativa.

3.2. Il secondo processo di autovalutazione promosso dal Ministero della sanità

Di recente è stato pubblicato un secondo rapporto di autovalutazione sullo stato di attuazione della Carta dei servizi nel settore sanitario. Tale indagine copre il periodo compreso fra agosto 1996 e marzo 1998. Per quanto la stampa specializzata abbia reso noti alcuni risultati dell'indagine nel dicembre 1998, il Rapporto definitivo è stato reso disponibile solo nel Giugno 1999, cioè con grave ritardo rispetto al termine dello studio.

Il secondo Rapporto, pur ponendosi in una linea di continuità logica rispetto al primo, presenta alcuni caratteri che lo distinguono significativamente.

a) Il documento è più lungo e dettagliato del precedente, contiene più informazioni anche se non è sempre agevole, per le ragioni che diremo, istituire autonomamente confronti significativi con i risultati resi pubblici nel 1997 (23).

b) Il processo di autovalutazione ha in questa seconda esperienza riguardato non solo Aziende USL ed Aziende ospedaliere, ma anche Istituti di ri-

covero e cura a carattere scientifico, policlinici, ospedali classificati e case di cura accreditate (24). In totale, sono stati coinvolti nell'indagine 451 produttori di servizi sanitari contro i 310 del Rapporto 1997. Ciò ha certamente consentito di avere un quadro più ampio ed approfondito sullo stato di attuazione della Carta dei servizi sanitari nel nostro Paese.

c) Le informazioni sono state raccolte seguendo la medesima metodologia adottata precedentemente. Tuttavia, al fine di mitigare il carattere di autoreferenzialità è stata introdotta un'importante innovazione: oltre ai produttori sono state ascoltate le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini e utenti operanti all'interno delle strutture sanitarie (25).

d) Il Rapporto annuncia la pubblicazione di rapporti regionali non previsti nella precedente valutazione.

e) La porzione più ampia del rapporto è dedicata alle esperienze di miglioramento della qualità delle strutture sanitarie.

Come abbiamo già ricordato il Rapporto del 1999 è molto ricco di informazioni e dati onde non è in alcun modo possibile proporre un commento esaustivo. Pertanto, anche al fine di favorire un'analisi longitudinale sullo stato di attuazione della Carta e muovendo dalle considerazioni proposte nella prima parte di questo lavoro, ci limiteremo a considerare quella parte delle informazioni disponibili che ci appare coerente con l'impostazione data al nostro scritto.

Il livello di partecipazione è stato significativo. Considerando l'intero insieme delle strutture coinvolte, il tasso di risposta si colloca allo 85,6% (386 unità su 451), un valore elevato, ma certamente migliorabile; naturalmente, non è dato sapere se i «non rispondenti» abbiano o meno adottato una propria Carta, ma è forte la tentazione di interpretare la mancata ade-

sione all'iniziativa come un sintomo di scarsa attenzione per il tema specifico e, più ampiamente, per questo tipo di iniziative.

Il valore sopra riportato non è, però, immediatamente comparabile con quello del 1997 in quanto la tipologia di produttori di servizi sanitari è molto più ampia nel secondo Rapporto rispetto al primo. Effettuando un confronto omogeneo si constata che il tasso di partecipazione all'iniziativa è rimasto sostanzialmente invariato. In termini assoluti il numero di Aziende USL ed Aziende ospedaliere che hanno aderito è rimasto pari a 299, anche se il tasso di adesione risulta diminuito di circa l'1%.

Un confronto dettagliato fra le diverse categorie di soggetti erogatori coinvolti evidenzia piuttosto chiaramente che il livello di risposta è molto più elevato per le strutture che avevano partecipato alla prima iniziativa di valutazione (Aziende USL 96,9% e Aziende ospedaliere 91,9%). La percentuale più modesta è quella degli ospedali classificati che presentano un valore pari al 48,8% seguiti dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (66%) mentre case di cura private e policlinici si assestano, rispettivamente, su valori pari a 70% e 80%.

Passando a considerare l'adozione della Carta nelle diverse strutture, si riscontra un consistente tasso complessivo di diffusione (87,9%) la qual cosa ci porta ad affermare che la Carta dei servizi nel settore sanitario è ormai una realtà. Tuttavia, quando si procede a scindere il dato globale articolandolo per le diverse categorie di soggetti erogatori, il quadro diventa più chiaro e differenziato.

Così, se le Aziende USL e quelle ospedaliere mostrano valori eccellenti, rispettivamente 94,1% e 92,4%, lo stesso non può dirsi per i policlinici (50%) e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (67,7%); dal can-

to loro gli ospedali classificati e le case di cura private presentano percentuali superiori, cioè 70% e 72,4%.

Ovviamente, occorre considerare che i valori relativi alla diffusione della Carta sono calcolati non sul totale delle strutture esistenti, ma sul totale di quelle che hanno partecipato all'indagine. Se, nella nostra analisi, considerassimo i non partecipanti, i risultati circa la diffusione, specie per alcune tipologie di soggetti erogatori, sarebbero più deludenti.

Posto che, ad esempio, su 41 ospedali classificati hanno risposto solo 20 e che il tasso di adozione per tali strutture è pari al 70%, ne deriva su 41 ospedali classificati esistenti, solo 14 hanno adottato certamente la Carta, mentre 6 certamente non l'hanno fatto e 21 (cioè la maggioranza) non rispondono dando, quanto meno, un segnale di scarso interesse.

Si consideri il caso dei policlinici. Il totale di quelli esistenti è pari a 10 unità; di questi hanno risposto 8. La percentuale di adozione della Carta è pari al 50% la qual cosa significa che, in Italia, alla data del 31 marzo 1998, solo 4 policlinici su 10 avevano certamente adottato la Carta.

Non riteniamo utile dilungarci a commentare questi dati; ci limitiamo ad osservare che per alcune tipologie di produttori di servizi sanitari i risultati sul tasso di adozione sono troppo modesti posto che l'adozione della Carta non è facoltativa e che sono ormai trascorsi alcuni anni dall'introduzione di tale istituto nel nostro sistema normativo. Ben diversa è la situazione per le aziende USL ed ospedaliere. I dati evidenziano una diffusione soddisfacente della Carta dei servizi in tali aziende, con un incremento nel tasso di diffusione rispetto ai dati del Rapporto 1997 di circa il 30%. La sola dichiarazione di adozione di uno «strumento», come vedremo, è condizione

necessaria, ma non sufficiente per un'efficace applicazione.

Un quadro riassuntivo sul tasso di adesione all'indagine e di adozione della Carta è fornito nella tabella 1.

Diversamente dall'indagine del 1997, i soggetti erogatori sono stati interrogati anche sulle ragioni della mancata adozione. La principale difficoltà incontrata è la resistenza culturale che riteniamo possa spiegarsi come conseguenza di una mancata comprensione dell'utilità dello strumento. Ulteriori impedimenti sono l'incertezza del contesto istituzionale e le difficoltà di tipo tecnico e metodologico. Il quarto più significativo ostacolo è quello che desta maggiori preoccupazioni: la Carta non è un obiettivo prioritario.

Quando si passa a considerare i contenuti della Carta dei servizi sanitari, la lettura del Rapporto lascia qualche perplessità.

Infatti, nel Rapporto 1999, diversamente da quanto accaduto nel rapporto 1997, i risultati sullo stato d'attuazione sono riferiti esclusivamente alla totalità delle strutture aderenti alla valutazione, cioè non si forniscono informazioni riferite esclusivamente alle strutture dotate di Carta.

Tale scelta metodologica lascia più di un dubbio nel momento interpretativo in quanto riferire al totale delle strutture i valori percentuali relativi a tutti i parametri di valutazione adottati per «indagare» sullo stato d'attuazio-

ne non consente un'analisi approfondita.

Infatti, con riferimento all'adozione degli *standard* di qualità a pagina 122 del Rapporto 1999 si legge che «rispetto alla totalità delle strutture sanitarie che sono state coinvolte ... quasi i tre quarti (72,4%) hanno dichiarato di avere adottato degli *standard* di qualità». In assenza di ulteriori specificazioni, non è dato sapere quante delle strutture dotate di Carta avessero regolato la delicatissima materia degli *standard*.

Per chiarire il senso della nostra osservazione, ci valiamo di un esempio, ritornando al caso dei policlinici. Se la percentuale di adozione degli *standard* (75%) va riferita agli otto che hanno aderito all'indagine, ne deriva che sei policlinici hanno dichiarato di avere definito degli *standard*. Quanto scritto dimostra che non sempre chi ha definito gli *standard* lo ha fatto nell'ambito di una Carta dei servizi. Infatti, si ricorda che sono soltanto quattro i policlinici che hanno adottato una Carta (si veda la tabella 1). Naturalmente, è impossibile affermare con certezza che i tutti e quattro i policlinici dotati di Carta hanno provveduto a definire gli *standard* all'interno di quel documento, mentre è certo che due lo abbiano fatto.

In sintesi, sulla base delle informazioni disponibili nel Rapporto 1999 non è possibile sapere quante strutture hanno definito gli *standard* nella pro-

Tabella 1

Tipologia di strutture	Strutture esistenti	Strutture partecipanti	Tasso di adesione (su strutture esistenti)	Strutture con Carta	Tasso di adozione (su strutture partecipanti)
Aziende USL.....	227	220	96,9%	207	94,1%
Aziende ospedaliere	86	79	91,9%	73	92,4%
Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico	47	31	66,0%	21	67,7%
Policlinici	10	8	80,0%	4	50,0%
Ospedali classificati	41	20	48,8%	14	70,0%
Case di cura private accreditate	40	28	70,7%	20	72,4%

pria Carta, la qual cosa ci priva di importanti elementi di confronto con i dati del Rapporto 1997.

Lo stesse considerazioni appena proposte sono valide anche per altri parametri rilevanti quali: verifica dello stato di attuazione, adozione di sistemi di gestione dei reclami, pubblicizzazione del diritto al reclamo, interventi di miglioramento a seguito dell'analisi dei reclami.

A quanto osservato c'è da aggiungere che per alcuni dei parametri oggetto d'indagine non si forniscono dati di dettaglio relativi a ciascuna categoria di produttori di servizi sanitari, ma viene riportato solo un valore complessivo. È il caso dell'adozione di meccanismi e procedure per la verifica degli *standard* di qualità (il valore, peraltro modesto, è pari al 60%).

È comunque del tutto plausibile che si sia ripetuto quanto già illustrato nel Rapporto 1997. Alcune strutture hanno compreso appieno la funzione della Carta riempiendola di contenuti e rendendola operativa, altre hanno adottato la Carta pressoché formalmente, mentre ulteriori produttori di servizi sanitari hanno fatto uso di alcuni meccanismi e strumenti (*standard*, procedure di reclamo, ecc.) disgiuntamente dall'adozione della Carta. Comunque, sulla base dei dati resi disponibili, la quantificazione di tali fenomeni è, purtroppo, impossibile.

Tale limitazione non è di secondaria importanza. Infatti, se *prima facie* potrebbe considerarsi un segnale positivo il ricorso diffuso, anche se a volte disordinato, ad una strumentazione finalizzata ad una maggiore responsabilizzazione del produttore dei servizi nei confronti dell'utenza, per l'altro non si può trascurare che ben altra valenza ed impatto sul sistema del *management* avrebbero avuto tali iniziative se fossero state progettate, realizzate e formalizzate nell'ambito di un «patto» scritto con l'utenza, di-

namico nei suoi contenuti e armonico col sistema informativo e di controllo aziendale.

La situazione complessiva con riguardo ad alcuni parametri significativi sullo stato di adozione della Carta è riassunta nella tabella 2.

Se i valori esposti nella tabella 2, pur riferiti al totale delle strutture partecipanti, sembrano fornire un quadro abbastanza rassicurante, ben altra situazione emerge quando si passa a considerare uno degli aspetti più delicati nella definizione e monitoraggio della qualità dei servizi pubblici: la diffusione dell'informazione.

Il 77,3% delle strutture dichiara di avere diffuso informazioni sulla Carta, soltanto il 61,2% sui meccanismi di tutela, mentre un misero 31% sugli *standard* (26).

Quest'ultimo valore è particolarmente significativo perché può idealmente confrontarsi con quello delle strutture che hanno dichiarato di avere adottato *standard*, pari, lo ricordiamo, al 72,4%. Dal raffronto fra le due percentuali emerge con chiarezza che, in troppi casi, la dichiarata determinazione di obiettivi di qualità non è resa nota al pubblico utente e resta un fatto interno all'azienda. Ribadiamo il nostro giudizio negativo su tali comportamenti che, di fatto, impediscono l'attivazione dei meccanismi di verifica, apprendimento e miglioramento progressivo delle prestazioni posti alla

base della logica di funzionamento della Carta.

Le stesse considerazioni valgono anche nel caso delle procedure di reclamo. La percentuale di adozione di sistemi di gestione dei reclami sono molto elevate per tutte le tipologie di produttori di servizi sanitari coinvolti (si veda tabella 2), ma quando si passa a considerare la percentuale di strutture che ha pubblicizzato il diritto al reclamo i valori si riducono drasticamente, come evidenziato nella tabella 3, palesando un serio difetto di comunicazione che rischia di rendere assai poco significative le percentuali dell'adozione di azioni di miglioramento poste in essere a seguito dell'analisi dei reclami. È del tutto evidente, infatti, che la probabilità di ricevere reclami e, quindi, di porre in essere azioni correttive è strettamente dipendente dalla circostanza che gli utenti sappiano come, dove e rispetto a cosa sporgere reclamo. A quanto osservato non possiamo fare a meno di aggiungere che nulla viene detto dal Rapporto ministeriale sui comportamenti adottati dai produttori con riguardo alle modalità con le quali si può sporgere reclamo, l'accessibilità delle procedure, i tempi di risposta, gli esiti per gli utenti (rigetto, rimborso, ristoro). In ogni caso, se manca una corretta determinazione degli *standard* e/o una loro adeguata pubblicizzazione, i reclami finiscono per avere ad oggetto servizi

Tabella 2

Tipologia di strutture	Strutture partecipanti	Adozione Carta	Adozione <i>standard</i>	Adozione procedure di reclamo	Interventi migliorativi a seguito analisi reclami
Aziende USL.....	220	94,1%	73,2%	93,2%	71,8%
Aziende ospedaliere	79	92,4%	78,5%	94,9%	84,8%
Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico	31	67,7%	64,5%	83,9%	61,3%
Policlinici	8	50,0%	75,0%	100,0%	87,5%
Ospedali classificati	20	70,0%	50,0%	85,0%	65,0%
Case di cura private accreditate	28	72,4%	72,4%	75,9%	65,5%

Tabella 3

Tipologia di strutture	Strutture partecipanti	Adozione procedure di reclamo	Pubblicizzazione diritto al reclamo
Aziende USL.....	220	93,2%	77,7%
Aziende ospedaliere	79	94,9%	72,2%
Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico	31	83,9%	35,5%
Policlinici.....	8	100,0%	50,0%
Ospedali classificati	20	85,0%	55,0%
Case di cura private accreditate.....	28	75,9%	48,3%

o contenuti dei servizi rispetto ai quali non si è provveduto a concordare uno *standard*, l'analisi dei reclami rischia di generare interventi di adeguamento asistematici e, al limite, contraddittori perché episodici e non supportati dall'analisi delle modalità di produzione dei servizi che dovrebbe precedere la definizione degli *standard* e, quindi, porsi all'inizio di un processo logico e responsabile di gestione aziendale e non al suo termine.

A conferma di quanto scritto, osserviamo che solo il 7,9% delle strutture dichiara di avere posto in essere iniziative volte a verificare la conoscenza della Carta da parte di cittadini e che le stesse strutture richieste di fornire una stima del livello di conoscenza della Carta da parte dei cittadini forniscono percentuali inferiori generalmente al 10% con un valore minimo per i policlinici pari all'1%.

Stando così le cose, non è sorprendente leggere che le strutture sanitarie ritengono che il principale obiettivo della Carta dei servizi, il miglioramento delle relazioni con gli utenti, sia quello meno perseguito, laddove l'adeguamento alla normativa, obiettivo considerato penultimo per importanza, sia quello maggiormente raggiunto.

3.2.1. Le opinioni delle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini

Come abbiamo già ricordato, uno degli elementi di maggiore interesse

del Rapporto 99 è l'acquisizione del parere delle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini.

L'opinione di tali gruppi è stata raccolta secondo la seguente metodologia:

1) le strutture sanitarie hanno ricevuto dal Ministero o in alcuni casi dalle Regioni le schede di valutazione,

2) le strutture sanitarie hanno trasmesso le schede dei pareri esterni alle associazioni che le hanno compilate e restituite (27);

3) le strutture sanitarie hanno inviato le schede compilate sia al Ministero che alla Regione di appartenenza;

4) il Ministero ha provveduto all'elaborazione consegnando i risultati alle Regioni.

L'indagine ha coinvolto nel complesso 956 associazioni un numero che il Ministero definisce «notevole se si considera il delicato rapporto tra strutture e le associazioni».

Questo giudizio del Ministero trova immediata conferma quando si passa ad esaminare quante e quali strutture hanno raccolto il parere delle associazioni.

Nel complesso il 68% delle strutture aderenti alla valutazione ha raccolto ed inviato i pareri delle associazioni, ma solo le Aziende USL e le Aziende ospedaliere mostrano percentuali significative, rispettivamente il 77,3% ed il 78,5% mentre tutte le altre strut-

ture presentano cumulativamente un valore pari al 36,4%.

Il dato merita una sottolineatura in quanto le aziende sanitarie già precedentemente coinvolte in processi di valutazione sono riuscite, diversamente da tutte le altre, a raccogliere e far pervenire al Ministero dati che certamente non erano per loro particolarmente favorevoli.

I fattori di qualità rispetto ai quali è stato chiesto il parere delle associazioni erano: tempo, strutture e logistica, aspetti alberghieri e di *comfort*, informazioni, aspetti burocratici ed amministrativi, umanizzazione, aspetti relazionali, tutela ed ascolto. Le quattro fasce di giudizio possibili erano: per nulla soddisfatte, poco soddisfatte, abbastanza soddisfatte, molto soddisfatte.

Il livello di soddisfazione riscontrato sui fattori di qualità del servizio non raggiunge mai la sufficienza.

Per nessun fattore, alcun gruppo di strutture (Aziende USL, Aziende ospedaliere, altre strutture) ha raggiunto complessivamente il livello abbastanza soddisfatto. Il risultato migliore in assoluto lo conseguono le altre strutture (che lo ricordiamo sono quelle che percentualmente hanno raccolto meno pareri) per il fattore umanizzazione che sfiora la fascia di giudizio «abbastanza soddisfatte».

È significativo notare che le Aziende ospedaliere e USL presentano risultati normalmente inferiori a quelli delle altre strutture fatta eccezione per il fattore tutela ed ascolto ove il migliore risultato è conseguito dalle Aziende ospedaliere.

Non dissimili sono i risultati riferiti al livello di soddisfazione delle associazioni relativamente a impegni delle strutture sui temi della Carta (Conferenze dei servizi, Informazioni sui servizi, *Standard* e impegni, Gestione dei reclami).

4. Conclusioni

Giunti al termine della nostra analisi, ci sembra che diversi problemi restino aperti e siano meritevoli di ulteriori e successive discussioni ed approfondimenti.

Nel settore sanitario il processo di adozione della Carta appare ad un buon livello di sviluppo. Tale considerazione vale in misura maggiore per le Aziende USL e ospedaliere le quali, seppure con qualche differenza, hanno nella quasi totalità dato vita ad iniziative legate all'adozione della Carta dei servizi. A tal fine è risultato senza dubbio determinante l'impegno del Ministero della sanità e degli Assessorati regionali competenti per il coordinamento delle varie fasi del programma di attuazione. Per gli altri produttori di servizi sanitari il processo sembra, invece, andare più a rilento e mostra ritardi, a volte, gravi.

Il sovrapporsi di interventi normativi aventi ad oggetto la Carta moltiplica il numero dei soggetti istituzionali competenti, mentre il Legislatore, instancabile, continua ad introdurre variazioni nel quadro normativo costringendo gli operatori ad affannosi e, spesso, parziali adeguamenti. Così operando, si finisce per svilire l'importanza di alcune innovazioni, non ultima la Carta dei servizi, che presto «passano di moda» soppiantate da nuove e più urgenti «cose da fare».

Il processo di miglioramento della qualità attraverso la stipula di un patto di garanzia sui livelli minimi di servizio, richiede un notevole impegno da parte dei soggetti erogatori, i quali si trovano spesso non completamente preparati. La rilevanza degli interessi pubblici coinvolti, la non completa adeguatezza delle capacità esistenti in molti soggetti erogatori ai fini della produzione delle Carte e del loro successivo controllo ed aggiornamento suggeriscono la necessità, almeno fino a quando il «sistema Carta» non rag-

giunga una fase di maturazione, che «dall'esterno» si sostenga questo «sforzo culturale» assumendosi l'onere di verificare il processo di attuazione al fine di stimolarne la completa realizzazione. Chi debba essere il soggetto istituzionale chiamato ad svolgere tale ruolo è questione fondamentale che, a parere nostro, trova risposta nel decreto legislativo 286 del 1999. Tale disposizione sembra escludere i Ministeri, in quanto le «iniziative di coordinamento, supporto operativo alle amministrazioni interessate e monitoraggio sull'attuazione sono adottate dal Presidente del Consiglio dei ministri, supportato da apposita struttura della Presidenza del Consiglio dei ministri». Tuttavia oltre al «chi» è importante il «come» tali funzioni saranno esercitate. Le difficoltà operative incontrate dal Comitato e le esperienze del recente passato devono servire da utile esempio ed ammonimento.

I rapporti del Ministero della sanità rappresentano la migliore iniziativa settoriale di monitoraggio del processo di attuazione delle Carte dei servizi (se si escludono i rapporti dell'Autorità per l'energia), ma non possono sostituire la necessaria attività di autovalutazione che le aziende dovrebbero attivare nell'ambito del processo di attuazione della Carta dei servizi. Noi continuiamo a ritenere che, specie in una fase di liberalizzazione della produzione e distribuzione dei servizi pubblici, occorre avere a disposizione tanto una valutazione interna che una esterna della qualità dei servizi resi e dello stato di attuazione della Carta. I rapporti rappresentano indubbiamente un valido punto di partenza volto a stimolare e guidare il processo di valutazione, ma tale processo assume valore solo se sentito dalle aziende stesse come necessario a rispondere alle richieste della propria utenza. In tal senso, sono molto significativi i risultati dell'indagine condotta dal Comitato.

Fino ad ottobre 1997 il Comitato aveva ricevuto solamente 3 relazioni annuali del settore sanitario. La situazione si è modificata a seguito di una lettera di richiamo inviata a fine ottobre ai soggetti erogatori operanti in tale settore. A seguito di tale iniziativa, il Comitato ha ricevuto 304 documenti dei quali 177 erano assolutamente identici a quelli inviati dalle aziende al Ministero della sanità. Dei restanti 127, redatti autonomamente, soltanto 33 erano di produttori sanitari rientranti fra quelli che il Ministero aveva coinvolto nella prima valutazione (Aziende sanitarie) (28). È fondato il sospetto che, con riferimento all'indagine ministeriale 1997, la valutazione dei risultati sia stata fatta dalla maggior parte delle aziende sanitarie solo a seguito di una specifica pressione del Ministero e delle Regioni. In sostanza, se il processo di «valutazione» va dal centro alla periferia rischia di divenire, per una buona parte dei soggetti erogatori, un mero adempimento onde, di fatto, il risultato ottenuto non esattamente né una vera e propria autovalutazione, né una valutazione esterna.

I soggetti erogatori dei servizi sanitari sembrano incontrare ancora oggi significative difficoltà nell'interpretazione dei concetti di qualità del servizio e *standard* di qualità. Dai rapporti del Ministero e dall'esperienza di valutazione del Comitato emerge che i soggetti erogatori fanno riferimento a tali concetti, ma il significato ad essi attribuito non sempre collima con quelli della direttiva, dello Schema generale di riferimento di settore e delle Linee guida del Ministero della sanità.

Nei rapporti del Ministero non si forniscono informazioni sui rimborsi e sulle forme di ristoro, cioè sulle conseguenze a vantaggio dell'utenza del mancato rispetto di *standard* di qualità contenuti nella Carta.

Il grado di «autoreferenzialità» della valutazione è tuttora troppo elevato. Le associazioni, coinvolte per la prima volta, sembrano ancora delle antagoniste dei produttori dei servizi sanitari. È del tutto evidente che occorre una loro maggiore partecipazione al processo di stesura, monitoraggio ed aggiornamento delle Carte. Le associazioni devono essere parte del processo in modo continuativo. È legittimo attendersi un significativo contributo di tali organismi con riguardo a questioni quali la reperibilità e la leggibilità delle Carte che, in molti casi, sono documenti lunghi, poco comprensibili ove è difficile trovare informazioni su *standard*, procedure di reclamo e di rimborso/ristoro.

Le Carte sono quasi sconosciute e, quindi, non possono fungere da strumento di tutela dell'utente e da fonte preziosa di informazioni per il management aziendale. Mancanza di volontà ed incapacità di comunicare probabilmente coesistono. Certamente è questo il segnale più negativo che emerge dall'analisi dei rapporti del Ministero perché la Carta dei servizi, anche in sanità, è ancora un fenomeno prevalentemente interno del quale l'utente non ha conoscenza. In questo senso, dal confronto fra i due rapporti non emerge alcun significativo miglioramento.

Le sintetiche osservazioni proposte ci sembrano sufficienti per sostenere che gli obiettivi e criteri ispiratori della politica della Carta dei servizi pubblici, pur essendo del tutto armonici con il processo di riforma nel quale il nostro Paese è impegnato, hanno trovato attuazione solo in parte in sanità. Ciò assunto, riteniamo che nel dare attuazione alle novità normative e per riempire di contenuti operativi le funzioni di coordinamento, supporto operativo e monitoraggio sull'attuazione, sia importante tenere presenti gli errori e le migliori esperienze del recente

passato fra le quali quella maturata nel settore sanitario rappresenta senza dubbio una delle più significative (29).

(1) Per ragioni di completezza e chiarezza è opportuno ricordare che i principi di garanzia della qualità e di partecipazione degli utenti erano già espressi dagli articoli 10 e, in particolare, 14 del D.L.vo. 502/92.

(2) La direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 27 gennaio 1994 recante «Principi sull'erogazione dei servizi pubblici» considera «servizi pubblici, anche se svolti in regime di concessione o mediante convenzione, quelli volti a garantire il godimento dei diritti della persona, costituzionalmente tutelati, alla salute, all'assistenza e previdenza sociale, alla istruzione e alla libertà di comunicazione, alla libertà ed alla sicurezza della persona, alla libertà di circolazione ai sensi dell'art. 1 della legge 12 giugno 1990, n. 146, e quelli di erogazione di energia elettrica, acqua e gas». Pertanto, ai fini della stesura della Carta, ciò che rileva maggiormente non è la «natura giuridica» del soggetto che rende la prestazione (che può essere anche non pubblico) quanto la «qualità pubblica» della prestazione medesima che, in quanto tale, merita apposita regolamentazione a tutela degli utenti. Ai soli fini della completezza occorre ricordare che la direttiva del 1994 risulta cogente nei confronti delle pubbliche amministrazioni laddove «per i servizi in regime di concessione o mediante convenzione o comunque svolti da soggetti non pubblici, il rispetto dei principi della direttiva è assicurato dalle amministrazioni pubbliche nell'esercizio dei loro poteri di direzione, controllo e vigilanza». In altre parole, per i soggetti «non pubblici» la direttiva opera per via mediata.

(3) Il *White paper The Citizen's Charter: Raising the Standard*, pubblicato nel luglio 1991 costituì uno dei punti di forza del programma dell'allora primo ministro John Major. Per un'analisi comparativa delle carte dei servizi adottate nei Paesi europei si legga: *Carta dei servizi pubblici. Proposta e materiali di studio*, Quaderni del Dipartimento per la funzione pubblica, n. 5, 1994.

(4) Gli *standard* sono «generalisti» se riferiti all'insieme delle prestazioni di un certo tipo, mentre si dicono «specifici» quando riferiti alle singole prestazioni. La direttiva richiede di rendere pubblici gli *standard* e di sottoporli a verifica con gli utenti al fine di appurare che riflettono i contenuti del servizio più interessanti per l'utenza ed individuino livelli di prestazio-

ne soddisfacenti. L'osservanza degli *standard* non può essere soggetta a condizioni. Essi sono derogabili solo se i risultati sono più favorevoli agli utenti.

(5) Si tratta di uno dei punti più qualificanti della direttiva Ciampi. «Le procedure di reclamo devono essere accessibili, di semplice comprensione e facile utilizzazione; svolgersi in tempi rapidi, predeterminati dai soggetti erogatori; assicurare un'indagine completa ed imparziale circa le irregolarità denunciate e garantire all'utente un'informazione periodica circa lo stato di avanzamento dell'indagine stessa; prevedere una risposta completa all'utente e forme di ristoro adeguate, ivi compreso il rimborso». I reclami presentati dall'utente circa la violazione dei principi della direttiva sono ricevuti dall'ufficio interno di controllo. Le informazioni acquisite attraverso questo «canale» possono adeguatamente alimentare il processo informativo interno al fine di apportare tutte le «correzioni» organizzative e gestionali che possono favorire il miglioramento della qualità delle prestazioni rese.

(6) Con riguardo al diritto di rimborso, nella direttiva Ciampi si legge: «Le procedure di rimborso devono essere tali da non rendere difficile, per complessità, onerosità o durata, l'esercizio del diritto dell'utente».

(7) È ben noto che un incremento della domanda di un servizio può tradursi in uno «svantaggio» per l'azienda che lo appresta quando non vi è correlazione diretta fra l'aumento della domanda e quello delle risorse disponibili. In tale ipotesi, che si realizza, ad esempio, quando un servizio viene apprestato senza il pagamento di un prezzo da parte del cliente, una migliore qualità offerta rischia di trasformarsi in maggiore pressione sulle strutture e sul personale senza che se ne tragga un correlato ed adeguato «beneficio».

(8) La direttiva Ciampi richiede che anche al momento della definizione degli *standard* si debba consultare l'utenza. È infatti previsto che «gli *standard* sono sottoposti a verifica con gli utenti in adunanze pubbliche». È intuitivo che la modalità di verifica individuata nella direttiva non è certamente l'unica attivabile né, probabilmente, la più efficace. Ogni soggetto erogatore, al momento della definizione degli *standard* può fare ricorso a modalità di comunicazione e di confronto che meglio rispondono alle caratteristiche dell'utenza servita ed alla tipologia di servizi apprestati. «Tale consultazione, tuttavia, ancorché obbligatoria, non risulta vincolante per l'ente quanto agli esiti, restando di competenza dello stesso, l'adozione delle determinazioni finali». Vesperini G., Battini S. (1995).

(9) I principi fondamentali individuati nella direttiva Ciampi sono: eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia.

(10) La direttiva Ciampi prevede che «trascorsi quindici giorni, l'ufficio informa comunque l'utente circa lo stato di avanzamento dell'indagine».

(11) Il Comitato, nominato dal Ministro per la funzione pubblica e composto da tre esperti di riconosciuta indipendenza e di notoria esperienza nel settore dei servizi pubblici, era istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della funzione pubblica. I compiti ed i poteri del Comitato sono disciplinati dal paragrafo 2 del III titolo (La tutela) della direttiva Ciampi.

Abbiamo già ricordato che il «primo» livello di tutela per il consumatore dei servizi pubblici è da individuare nell'ufficio di controllo interno al quale devono essere indirizzati i reclami nei casi di violazione dei principi della direttiva.

(12) Al Comitato la direttiva Ciampi affida non solo compiti di controllo, ma anche di promozione, prescrizione e proposta.

(13) La determinazione delle procedure da impiegare per la consultazione degli utenti costituisce l'unico caso in cui la direttiva Ciampi assegna al Comitato un «potere di prescrizione con effetti vincolanti sull'agire dell'ente. [...] Anche in questo caso, però, a prescindere dalla diversa qualificazione del potere, il Comitato potrà opportunamente fare ricorso ad una determinazione concordata delle relative misure con gli enti medesimi, salva la possibilità di potere superare, in via autoritativa, gli eventuali dissensi da quelli opposti». Vesperini G., Battini S. (1995).

(14) Il Comitato stesso poteva anche richiedere ai soggetti erogatori atti e documenti, convocare e riunioni con gli amministratori ed i dirigenti degli stessi.

(15) Occorre ricordare che la direttiva Ciampi prevede l'impegno del Governo ad adottare tutte le misure legislative, regolamentari ed amministrative necessarie a dare piena effettività ai principi enunciati.

(16) D'altro canto, all'articolo 3 del D.P.C.M. 19 maggio 1995 (Schema generale di riferimento della Carta dei servizi sanitari) si ricorda che spetta al Comitato valutare gli standard di qualità adottati dai soggetti erogatori ed indicare, se del caso, le correzioni da apportare.

(17) È compito delle autorità di regolazione definire i livelli di qualità delle prestazioni, mentre ai soggetti erogatori è riconosciuta la facoltà di partecipare al relativo procedimento

in contraddittorio con i rappresentanti dei consumatori e degli utenti.

(18) Condividiamo pienamente l'esigenza dell'aggiornamento periodico della direttiva in quanto la politica della Carta ha ovviamente bisogno di revisioni periodiche al fine di favorirne l'evoluzione in armonia con il mutare delle esigenze dell'utenza e con le trasformazioni in atto nelle pubbliche amministrazioni. È auspicabile che gli aggiornamenti si realizzino attraverso la consultazione di soggetti qualificati a rappresentare il punto di vista degli operatori e degli utenti.

(19) Non vi potrà, comunque, essere alcuna sovrapposizione fra questa nuova «struttura» e il Comitato. Infatti, l'allora Ministro per la funzione pubblica nel decreto del 6 luglio 1999 non ha inserito il Comitato fra gli organismi collegiali, svolgenti attività amministrativa, che sono indispensabili per le attività istituzionali affidate al Dipartimento della funzione pubblica. Pertanto, il Comitato è stato soppresso a decorrere dal mese successivo all'emanazione del provvedimento.

(20) Si veda Ministero della sanità, Dipartimento della programmazione, Sistema informativo sanitario, «Rapporto nazionale di valutazione sul programma di attuazione della Carta dei servizi nel servizio sanitario nazionale», Roma, marzo 1997.

(21) È opportuno menzionare che la scadenza del termine di adozione della Carta dei servizi sanitari (13 ottobre 1995) è interpretata nelle linee-guida n. 2/95 del Ministero della sanità come «termine iniziale», piuttosto che «termine finale», del processo di adozione delle Carte.

(22) Nel condurre l'indagine, il Ministero ha distinto due categorie principali di standard: quelli riguardanti l'umanizzazione, la personalizzazione e l'informazione e quelli attinenti ai tempi di attesa.

(23) In molti casi i confronti con il dato 1997 è fornito nel Rapporto 1999. In quest'ultimo, per ragioni di comparabilità, viene proposta, con riferimento ai valori del 1997, una distinzione fra Aziende USL e Aziende ospedaliere che nel primo rapporto non è rintracciabile in quanto tutti i produttori di servizi sanitari coinvolti erano riuniti nell'unica dizione Aziende sanitarie.

(24) Sono state coinvolte nel processo di autovalutazione soltanto le case di cura private accreditate con più di 200 posti letto e caratterizzate da una proporzione di posti letto per lungodegenza non superiore al 50% del totale.

(25) Per completezza occorre ricordare che nel Rapporto 1997 un paragrafo era dedicato

alla «Verifica degli impegni con la partecipazione delle associazioni dei cittadini».

(26) Relativamente ai parametri ricordati nel testo, nel Rapporto 1999 non sono fornite informazioni di dettaglio relative alle diverse tipologie di produttori di servizi sanitari coinvolti nell'indagine.

(27) Ad ogni struttura sanitaria era stato chiesto di contattare al massimo 7-8 associazioni tra le più rappresentative del proprio territorio.

(28) I risultati della valutazione svolta dal Comitato sono contenuti nel: «Rapporto sull'attività di analisi delle relazioni annuali sui risultati conseguiti. Settore sanità», Roma, 1997.

(29) Per una valutazione complessiva sullo stato di attuazione della politica della Carta dei servizi si leggano: Lo Schiavo L. (1998) e Mussari R. (1999).

BIBLIOGRAFIA

- COMITATO PERMANENTE PER L'ATTUAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI (1997), *Rapporto sull'attività di analisi delle relazioni annuali sui risultati conseguiti. Settore sanità*, Roma.
- LO SCHIAVO LUCA (1998), «La Carta dei servizi pubblici ha funzionato in Italia?», *Consumatori, Diritti e Mercato*, 3: pagg. 52-66.
- MINISTERO DELLA SANITÀ, DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (1997), *Rapporto nazionale di valutazione sul programma di attuazione della Carta dei servizi nel servizio sanitario nazionale*, Roma.
- MINISTERO DELLA SANITÀ, DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE (1999), *La qualità dei servizi al cittadino nel servizio sanitario nazionale: valutazione dello stato di attuazione della Carta dei servizi e dei risultati delle esperienze di miglioramento della qualità*, Roma.
- MUSSARI RICCARDO (1999), *La Carta dei servizi pubblici fra passato e futuro*, Ministero per i beni e le attività culturali. Per una gestione manageriale dei musei italiani, Roma, volume I: pagg. 178-194.
- PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI (1994), «Carta dei servizi pubblici. Proposta e materiali di studio», *Quaderni del Dipartimento per la funzione pubblica*, n. 5, Roma.
- VESPERINI GIULIO, BATTINI STEFANO (1995), *La Carta dei servizi*, Maggioli, Rimini.

TREND EMERGENTI NELLA DISTRIBUZIONE INTERMEDIA DEL FARMACO: IL CASO ITALIANO IN PROSPETTIVA COMPARATA

Erika Mallarini¹, Claudio Jommi²

¹ SDA - Università «L. Bocconi» - Milano

² Osservatorio Farmaci CeRGAS-SDA - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La distribuzione intermedia del farmaco: tendenze strategiche in Europa e negli Stati Uniti - 3. La regolamentazione pubblica del settore distributivo nei principali Paesi UE - 4. La reazione del settore distributivo alla regolamentazione pubblica - 5. Quale futuro per la distribuzione intermedia e finale in Europa?

The European pharmaceutical distribution market is undergoing some important changes. These changes are particularly affecting wholesalers: mergers, diversification and acquisitions of pharmacies are the main processes. This European trend seems to be similar to the USA trend. However the European market is more (but differently depending on countries) regulated than the USA market. This study presents and discusses: (i) the reasons of the concentration and diversification processes (reaching economies of scope, meeting with the concentration process in the pharmaceutical industry and the drugs wholesalers' market, facing up to the threat of e-commerce); (ii) the regulatory environment in the main EU countries, traditionally not so favourable to concentration as the American one (with the relevant exception of the United Kingdom), but possibly involved in the future in a deregulation process (some reform proposals seem to go this way); (iii) how the wholesalers' companies are trying to bypass the binding rules (f.e., setting up virtual pharmacies' chains in many countries) and exploiting possibilities (f.e., the privatisation of pharmacies' chains owned by the Municipalities in Italy). The authors conclude with some considerations on the advantages and risks of concentration and diversification process, which would be fostered if the deregulation proposals were to be implemented.

1. Introduzione

Il presente contributo intende fornire un quadro complessivo delle tendenze di mercato nel settore della distribuzione intermedia in Europa, settore nel quale è in atto un dinamico processo di concentrazione e diversificazione. La principale motivazione del processo di concentrazione è rappresentata dal fatto che la stessa garantisce, in un mercato maturo e caratterizzato da profitti relativamente modesti in rapporto al fatturato, la realizzazione di economie di scala che consentono l'offerta di nuovi servizi a elevato valore aggiunto. Il processo di concentrazione è accompagnato poi da un graduale processo di diversificazione che si traduce, laddove possibile, nell'acquisizione da parte dei distributori intermedi di ampie quote di

mercato nella distribuzione finale (integrazione verticale a valle).

Tali tendenze di mercato, che sembrano prefigurare in Europa quanto già avvenuto negli Stati Uniti, si confrontano con una regolamentazione del settore farmaceutico (i) generalmente più articolata e stringente rispetto al contesto americano (1), (ii) ma nel contempo diversificata da paese a paese. Un secondo obiettivo dello studio è quindi di analizzare in termini comparativi la regolamentazione del settore della distribuzione intermedia e finale nei principali Paesi dell'Unione Europea al fine di evidenziare il quadro delle regole in cui si muovono le aziende, esplicitandone le motivazioni, il contenuto e le tendenze di riforma in atto.

La presenza di regole tuttavia vincola solo parzialmente l'azione strate-

gica delle aziende di distribuzione intermedia che, in un contesto regolamentato e caratterizzato nella maggior parte dei Paesi UE dal divieto di realizzare catene di farmacie, stanno comunque sfruttando gli spazi esistenti per implementare strategie di integrazione a valle, attivando così le condizioni per una maggiore diversificazione della propria attività.

Quale impatto potrebbero avere tali strategie di concentrazione e diversificazione sui diversi attori del sistema (imprese farmaceutiche, distributori intermedi, farmacisti e pazienti)?

L'articolo è frutto del lavoro congiunto degli autori, tuttavia ai fini della specifica attribuzione dei paragrafi è di Claudio Jommi il §3 e di Erika Mallarini il §2 e il §4. L'introduzione e le conclusioni sono di entrambi gli autori.

Quali i vantaggi ed i limiti di tale processo? Quali le motivazioni della regolamentazione pubblica del settore distributivo? Sono queste le principali domande a cui si è cercato di dare risposta, in un momento in cui, dati i progetti di riordino del sistema distributivo italiano, il tema della «deregulation» risulta particolarmente dibattuto.

2. La distribuzione intermedia del farmaco: tendenze strategiche in Europa e negli Stati Uniti

La distribuzione intermedia del farmaco è oggetto di profondi cambiamenti dettati sia dall'emergere di nuove realtà come il commercio via *Internet*, sia dall'intensificarsi di problematiche che già da tempo caratterizzano il settore, quali la concentrazione e l'integrazione verticale dell'industria, le importazioni parallele e le pressioni della distribuzione *short line* (2).

L'osservazione delle strategie adottate dalle principali aziende di distribuzione negli Stati Uniti consente di avanzare alcune ipotesi sulla possibile evoluzione del mercato in Europa. Infatti, nonostante i diversi valori sociali e culturali e i diversi contesti regolatori nei quali si muovono le aziende nei due continenti, si stanno affermando alcuni fattori che contribuiscono ad attenuare il *gap* esistente nella struttura dei due mercati. In Europa dove il settore farmaceutico si presenta tutt'oggi maggiormente regolamentato (cfr. *infra*) e in buona parte frammentato rispetto al consolidato e liberista mercato statunitense, si stanno di fatto delineando diverse spinte alla liberalizzazione e al consolidamento. L'introduzione dell'Euro e di possibili *standard* paneuropei potrebbero portare il mercato verso una progressiva unificazione ed omogeneizzazione della regolamentazione dei prezzi e delle modalità di erogazione dell'assistenza farma-

ceutica, così come l'introduzione di regole ispirate ai principi della libera concorrenza nonché la crescita a livello internazionale di alcune aziende di distribuzione potrebbero spingere verso la globalizzazione del mercato e ad un suo graduale consolidamento.

Concentrazione e diversificazione sono le due direttrici che si sono imposte nel mercato nordamericano, e dall'analisi delle strategie adottate dalle aziende europee emerge come queste ultime stiano ricalcando il medesimo percorso.

In particolare il processo di concentrazione, evidente in tutti i principali Paesi del mondo (grafico 1), ha portato negli Stati Uniti a una crescita della quota cumulata dei primi tre distributori dal 44% al 60% negli ultimi sei anni, e parimenti in Europa tale quota è passata dal 25% al 49,5% (3).

Le ragioni che giustificano questa comune tendenza risiedono innanzitutto nel fatto che la concentrazione consente alle aziende di distribuzione di fornire adeguate risposte, in termini sia di servizio che di forza contrattuale, alla crescente concentrazione dell'industria, suo primo referente [oggi i primi dieci gruppi farmaceutici mon-

diali detengono il 34% del mercato (IFPW, 1998)]. Inoltre in mercati come quello della distribuzione, maturi e fortemente competitivi, caratterizzati da profitti percentualmente modesti in rapporto al fatturato, la concentrazione rappresenta una necessità per realizzare economie di scala. Il raggiungimento di economie di scala costituisce una tappa fondamentale per la diversificazione dell'attività aziendale verso lo sviluppo e l'offerta di servizi a elevato valore aggiunto (cfr. figura 1 per un'analisi di correlazione tra sviluppo delle aziende di distribuzione e stadio evolutivo dei mercati nazionali).

Tuttavia, il processo di concentrazione nel settore della distribuzione sta diventando sempre più problematico (le prime 10 società mondiali coprono infatti già il 44% dell'intero mercato), in particolare in Paesi come gli Stati Uniti dove tale processo ha raggiunto livelli tali da determinare l'intervento dell'Antitrust. È apparso significativo il fatto che nel 1997 quest'ultima non abbia autorizzato le già annunciate fusioni tra i colossi della distribuzione McKesson (primo distributore americano) e Amerisource

Grafico 1 - Concentrazione del mercato della distribuzione intermedia (anno 1998)

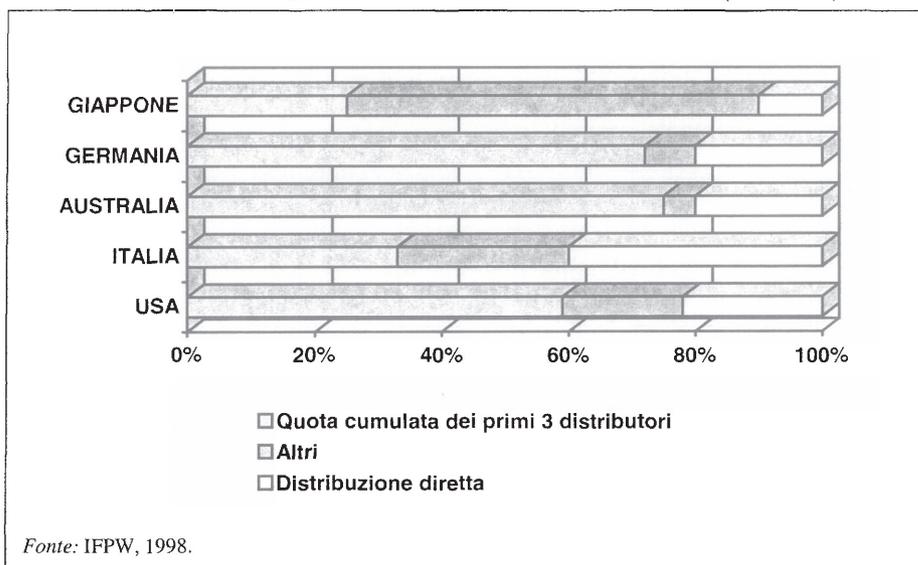
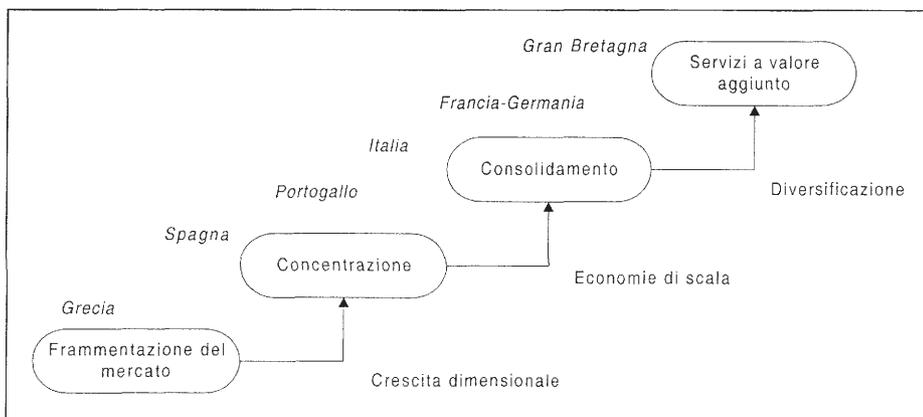


Figura 1 - Scala evolutiva del mercato della distribuzione farmaceutica e livelli di sviluppo aziendale



(quarto) e tra Cardinal Health e Bergen Brunswig (rispettivamente secondo e terzo distributore) (tabella 1).

Esaurita la fase della concentrazione le aziende statunitensi hanno rivolto i propri interessi alla diversificazione: nel 1998 Cardinal Health ha annunciato l'acquisizione di Allegiance, società attiva nei prodotti medici, chirurgici e da laboratorio (operazione valutata 5,4 miliardi di dollari) e McKesson quella di HBOC, società operante nel comparto dell'informatica della salute (con una valutazione dell'operazione pari a 14,2 miliardi di dollari), investimenti che hanno consentito alle due aziende di ridurre il rischio imprenditoriale portando l'incidenza dell'attività di distribuzione sul valore di capitalizzazione al 33% per la Cardinal Health e al 25% per McKesson.

Al contrario in Europa esistono ancora spazi per la concentrazione in quanto la maggiore frammentazione del mercato a livello di singoli Stati rende la situazione più fluida rispetto a quella nordamericana. I primi due distributori — Gehe e Alliance UniChem — realizzano tutt'oggi meno del 40% del proprio fatturato in un solo Paese e possiedono quote di mercato che consentono ulteriori fusioni

nella maggior parte dei mercati nazionali (figura 2).

Ciò nondimeno già da qualche anno anche queste aziende hanno iniziato a orientare i primi passi in direzione della diversificazione.

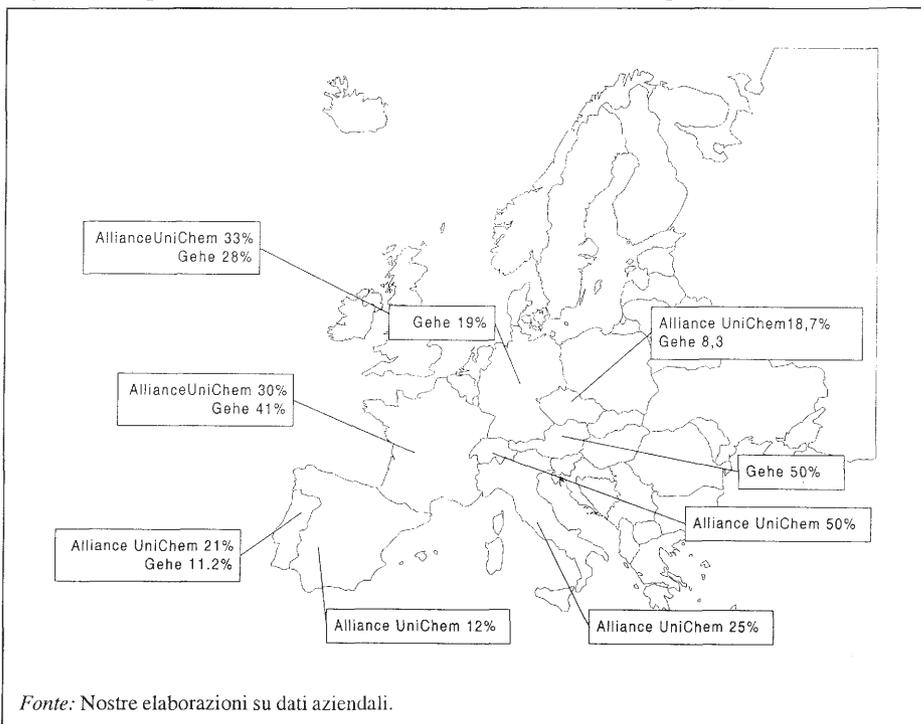
Nel 1993 il gruppo Gehe, primo gruppo di distribuzione in Europa, ha strutturato la propria organizzazione in tre divisioni: Pharmaceutical Wholesale Division, focalizzata sulla distribuzione intermedia; Healthcare Service Division, per la produzione di apparecchi medicali; Mail Order Division, per la gestione delle vendite

Tabella 1 - Fatturato delle principali imprese di distribuzione negli Stati Uniti (anno 1999)

Anno 1999 (% variazione 1998)	Valore assoluto (miliardi \$)	% variazione 1998
McKesson	21,568	7.30
Cardinal Health	17,661	19.60
Bergen Brunswig	16,420	30.30
AmeriSource	9,200	18.80

Fonte: BT. Alex Brown.

Figura 2 - Le quote di mercato di Gehe e di Alliance UniChem nei principali Paesi europei



per posta. A seguito delle acquisizioni delle 250 farmacie della catena Hills (1995) e delle 920 della catena Lloyds Chemists (1997), l'azienda ha adottato una chiara strategia di integrazione a valle e nel 1998 il numero delle divisioni è stato portato a quattro con l'aggiunta della Divisione Pharmacy Retail. Nel 1999 i principali investimenti di Gehe sono stati nuovamente orientati all'integrazione verticale a valle. Da una parte l'azienda ha consolidato la propria posizione sul mercato al dettaglio britannico attuando un'impegnativa strategia di ristrutturazione e «re-branding» della propria rete di farmacie (4) che tra l'altro ha allargato con l'acquisto dei 43 punti vendita della catena Peel Street Pharmacy nel Northwest inglese. Dall'altra Gehe ha fatto ingresso nel mercato italiano, grazie al processo di privatizzazione delle farmacie comunali (cfr. *infra*): nell'aprile dello scorso anno l'azienda si è aggiudicata per 117 miliardi di lire la gara per l'acquisizione dell'80% dell'Azienda farmaceutica municipalizzata (AFM) di Bologna, alla quale fanno capo 36 farmacie e il relativo magazzino.

Il gruppo Alliance UniChem, a sua volta, già nel 1991 (ancora come UniChem Plc, ovvero prima della fusione

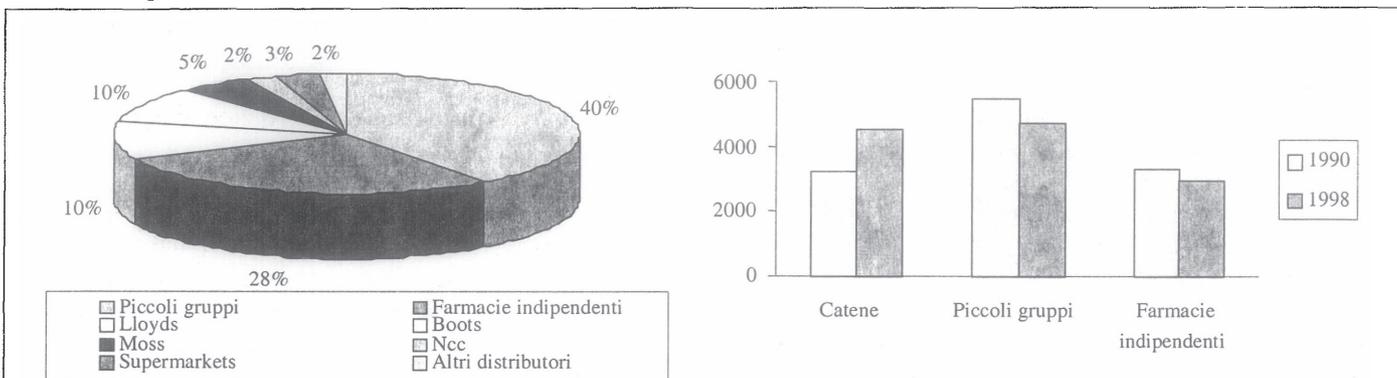
con Alliance Santè, avvenuta nel 1997), ha dato inizio alla propria attività di integrazione a valle con l'acquisto dei 92 punti vendita della catena di farmacie Moss Chemists nel Regno Unito. Negli ultimi anni Alliance ha provveduto ad allargare la propria divisione al dettaglio portando la rete britannica a 614 farmacie e rendendo Moss la terza catena del Regno Unito (grafico 2). Dall'aprile del 1999 tale Gruppo ha rivolto la propria attenzione al settore della distribuzione al dettaglio italiano prendendo parte, come Gehe e Phoenix (terzo gruppo di distribuzione in Europa), alla corsa per l'acquisizione delle farmacie comunali di Bologna. Due mesi dopo (giugno 1999), ha acquisito per 23 miliardi di lire una partecipazione del 74% di AMFA S.p.A. società che controlla le otto farmacie comunali di Rimini e il relativo magazzino. Inoltre Alliance UniChem sta perseguendo una strategia di integrazione a monte attraverso lo sviluppo del «prewholesaling» (attività di deposito per conto dell'industria farmaceutica) che gestisce attraverso alcune aziende consociate oggi indipendenti tra di loro (Depofarma in Spagna, Alliance UniChem Plc. in Portogallo, UDG nel Regno Unito, Plus nella Repubblica Ceca, Alleanza

Salute Depositi in Italia, e dal novembre 1999, Galenica in Svizzera) con l'obiettivo di dare vita in breve tempo ad un *network* di prevendita all'ingrosso in grado di offrire all'industria un servizio su scala europea.

Anche il Gruppo Phoenix, tra la fine del 1998 e l'aprile del 1999 ha concentrato gran parte dei propri investimenti nell'integrazione verticale a valle: entrato nel mercato inglese con l'acquisto di tre distributori regionali (Philip Harris plc. in Inghilterra, L. Rowland & Co. Ltd. in Galles, e Foster Healthcare nel Lancashire), il gruppo ha acquisito la proprietà di circa 150 farmacie nel Regno Unito; Phoenix è quindi entrato a far parte di una catena di oltre 150 farmacie in Ungheria e ha acquisito altri punti vendita al dettaglio in Olanda e nella Repubblica Ceca.

Tanto interesse verso l'integrazione verticale è dovuto anche al fatto che questa strategia consente alla distribuzione intermedia di dare risposta alle nuove esigenze dell'industria: la crescente incertezza della domanda, infatti, insieme alla sempre più ridotta durata del ciclo di vita dei prodotti, porta l'industria farmaceutica alla ricerca di una maggiore flessibilità nell'organizzazione e all'adozione di un

Grafico 2 - La composizione del mercato della distribuzione al dettaglio nel 1998 e sua crescita per tipologia di distributori al dettaglio nel Regno Unito



Fonte: Nostre elaborazioni su dati Moss.

nuovo approccio alla previsione delle tendenze del mercato (5). Per l'industria emergono nuovi bisogni in termini di informazione, monitoraggio e comunicazione sul punto vendita. La filiera cessa pertanto di essere intesa come un semplice flusso di merci dal produttore al consumatore, ma diventa anche un flusso di dati e di informazioni dal consumatore al produttore. Tutto ciò lascia spazio a nuove forme di servizio che la distribuzione può offrire all'industria, come la cessione di informazioni relative al ciclo dell'ordine ed eventualmente derivanti dall'integrazione dei sistemi di trasmissione telematica, ma che, nel caso di distributori in possesso di catene di farmacie, si possono estendere a dati sulle vendite dirette, sul numero di prescrizioni o possono addirittura dare vita a test di mercato o ad altri progetti su specifica richiesta dell'industria committente.

Il distributore che controlla catene di farmacie, oltre che gestire i flussi di informazione dal consumatore al produttore, può permettere poi all'industria di trasferire rapidamente informazioni lungo la filiera fino ad arrivare al consumatore finale, rendendo pertanto più immediato ed efficace il lancio di nuovi prodotti o di specifiche campagne promozionali (6). La comunicazione sul punto vendita viene resa per l'industria maggiormente controllabile nonché più efficiente attraverso la combinazione e l'integrazione delle azioni di *marketing* dei due soggetti. Inoltre se il distributore è paneuropeo o comunque copre territori che oltrepassano i confini nazionali, le opportunità per l'industria aumentano significativamente: diventa infatti possibile sviluppare strategie di *marketing* globali, che siano comunque del tutto coerenti con le esigenze locali, riducendo tra l'altro i costi di transazione. Si può di conseguenza ipotizzare che per il distributore intermedio diventi

sempre più determinante gestire catene di farmacie al fine di stringere alleanze verticali con l'industria farmaceutica e avviare processi di integrazione di tipo logistico-informativo e comunicativo che conferiscano dignità strategica alla filiera, il cui approccio tende pertanto a passare da una logica *cost eliminated* a una logica *value delivered*, a consolidamento del ruolo del distributore.

Ma l'integrazione verticale a valle ha anche un altro obiettivo: fronteggiare la crescente minaccia di Internet e dell'*e-commerce*. Oggi sono gli Stati Uniti a costituire il motore trainante delle attività *on-line* con 64 milioni di utenti e 67.000 nuovi collegamenti al giorno, ma è l'Europa, i cui attuali 34 milioni di utenti sembrano destinati ad aumentare fino a raggiungere i 170 milioni in meno di tre anni, ad apparire come la frontiera più calda del futuro di Internet (Anonimo, 1999a). Negli Stati Uniti gli utenti che si servono regolarmente delle rete per ricevere informazioni su salute e benessere ammontano a circa 22,3 milioni (IFPW, 1999b). Inoltre mentre il numero di farmacie virtuali appare in continua crescita, si stanno sviluppando i primi accordi per lo sviluppo di sistemi di prescrizione *on-line* (7).

In Europa non si è ancora concluso l'iter di approvazione della direttiva sul commercio via Internet che dovrebbe creare una base legislativa comune che definisca criteri omogenei per lo sviluppo del fenomeno nei diversi paesi. D'altra parte se si arriverà ad autorizzare il commercio elettronico dei farmaci, il distributore intermedio correrà il rischio di essere scavalcato da un'industria che potrebbe non avere più bisogno di un intermediario soprattutto se per intermediario si intende la figura tradizionale del grossista; al contrario operatori commerciali estranei al settore farmaceutico, ma specializzati nel commercio via Inter-

net, potrebbero inserirsi facilmente nel mercato, proprio come sta attualmente avvenendo negli Stati Uniti. Già da oggi diviene pertanto critico per i grandi gruppi europei della distribuzione sviluppare *know-how* specifico sul commercio in rete. Recentemente il gruppo Gehe ha aggiunto alla propria rete Intranet, Point Intranet, [imposta nel 1997 in Germania e adattata al mercato francese prima (1998) e a quello inglese poi (1999)], un sito, *Apotheke.com*, nel quale i farmacisti clienti del distributore possono tra l'altro creare una propria «homepage». Alliance UniChem, a sua volta, ha acquisito da IMS Health Limited la licenza del *software* Mediphase Pharmacy, programma dotato di un sistema per l'approvvigionamento dei farmaci *on-line* e il trattamento dei medicinali in regime di rimborsabilità.

In questo contesto, se da un lato diventa critico per il distributore collegarsi in rete con i propri clienti farmacisti, dall'altro acquista sempre maggiore importanza poter fare affidamento anche su un canale diretto con il pubblico attraverso l'integrazione verticale a valle. In tal modo si attenua il rischio dell'essere estromessi dalla filiera industria-distributore e farmacie e, nel caso di un'eventuale espansione dell'*e-commerce* nel settore farmaceutico europeo, si crea un vantaggio competitivo sui potenziali entranti estranei al settore sanitario: la reputazione e l'esperienza della catena rappresenterebbero cioè una garanzia per il consumatore.

Se risultano evidenti le motivazioni dei processi di diversificazione in atto nel settore della distribuzione intermedia, è anche vero che recentemente il mercato americano ha dimostrato come investimenti azzardati in settori diversi da quello di origine possano rivelarsi fallimentari: tra la fine del 1998 e la fine del 1999 i titoli McKesson e

Bergen Brunswig, società che più delle altre avevano investito in settori estranei alla distribuzione, hanno infatti riportato una caduta delle proprie azioni rispettivamente del 74% e del 69%, coinvolgendo anche i corsi azionari di tutto il settore sia negli Stati Uniti, dove i titoli Amerisource e Cardinal Health sono scesi del 47% e del 31%, sia in Europa, dove le quotazioni della distribuzione sono scese di circa il 25-30%. La diversificazione, infatti, consente di diminuire il rischio imprenditoriale solo se offre benefici in termini di condivisione di risorse e di competenze, ovvero se permette di conseguire economie di scopo superiori ai costi di gestione di una «corporate» diversificata. Fino ad oggi le scelte migliori in tema di diversificazione si sono dimostrate quelle, precedentemente analizzate, di (i) integrazione verticale-*prewholesaling* (integrazione a monte) e vendita al dettaglio attraverso l'acquisizione di catene di farmacie (integrazione a valle) e (ii) di investimento in settori correlati al proprio *core business* (dai servizi per l'industria — *packaging* e raccolta ed elaborazione dati — ai servizi per il dettaglio — informatica gestionale, aggiornamento e consulenza) (figura 3).

Questo genere di investimenti consente infatti alle aziende di sfruttare benefici e sinergie che in prevalenza

derivano dal mettere a frutto economie di scopo (i) a livello operativo, ovvero uso di risorse comuni fisiche, come nel *prewholesaling*, o di *know-how*, come nel mercato dell'informazione del medicinale piuttosto che nei sistemi informatici di gestione delle farmacie, (ii) e a livello strategico attraverso il trasferimento delle proprie competenze gestionali nonché della propria reputazione in diverse attività correlate: dalla fornitura di attrezzature per l'ospedalizzazione a domicilio alla gestione di catene di farmacie.

Sembra quindi che le aziende europee stiano seguendo un orientamento simile a quello americano. Tuttavia le difficoltà derivanti dal diverso *background* sociale e culturale dei paesi europei, dalle profonde differenze nei sistemi sanitari tra loro e rispetto al sistema sanitario americano, e dal diverso grado di regolamentazione del settore farmaceutico in generale e del settore distributivo in particolare, comportano il persistere di un elevato grado di localizzazione nelle strategie aziendali, che da una parte rende più problematico lo sviluppo di quelle economie di scopo che si è detto essere condizione necessaria per la diversificazione, dall'altra porta il settore distributivo a trovare soluzioni innovative come le catene virtuali per po-

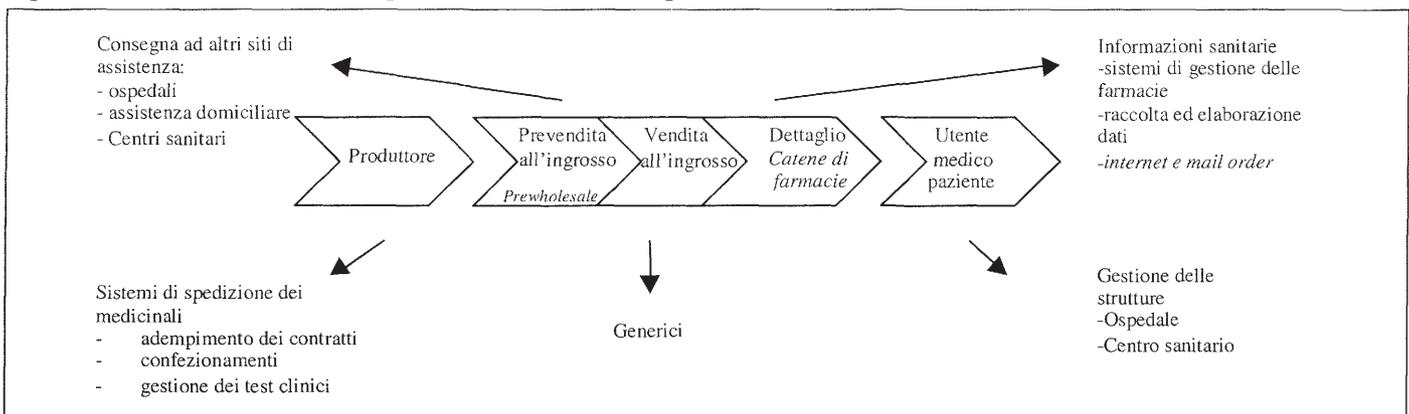
tere sfruttare comunque potenziali economie di scopo.

3. La regolamentazione pubblica del settore distributivo nei principali Paesi UE

Risulta quindi importante fornire un quadro complessivo della regolamentazione pubblica del settore distributivo nei principali Paesi UE, per poter (i) comprendere le difficoltà incontrate dalle aziende di distribuzione intermedia nell'adozione delle strategie dei distributori statunitensi, (ii) valutare appieno le differenze tra sistema americano, cui sembrano convergere le strategie aziendali dei distributori europei, e regolamentazione europea, (iii) analizzare le contro-strategie adottate dai distributori per superare almeno in parte i limiti normativi (cfr. par. 4).

L'intervento pubblico nella regolamentazione della distribuzione presenta differenti motivazioni. Alcune riguardano in generale gli interventi regolatori e possono essere ricondotti: (i) alla natura etica del bene farmaco (ovvero alla sua finalità rappresentata dalla tutela della salute della popolazione); (ii) alle ipotesi classiche relative ai fallimenti del mercato in sanità (asimmetria informativa dal lato della domanda e monopolio «naturale» le-

Figura 3 - La diversificazione delle imprese di distribuzione all'ingrosso



gato alle dimensioni notevoli degli investimenti per ottenere farmaci innovativi), cui si aggiungono elementi specifici e di regolazione «dinamica» del settore farmaceutico, ovvero la garanzia di porre il settore in grado di destinare risorse alle funzioni di ricerca e sviluppo e mantenere quindi un tasso di innovazione coerenti con la domanda di salute da parte del cittadino (monopolio legale generato dal brevetto, regolamentazione dei prezzi orientata a «premiare» l'innovazione reale e non quella imitativa); (iii) all'esigenza, per la componente di mercato per cui viene garantita la copertura pubblica, di monitorare il consumo e la spesa farmaceutica.

Altre motivazioni riguardano in senso stretto il settore distributivo ed in particolare quello della distribuzione finale e sono riconducibili essenzialmente alla funzione e ruolo della farmacia nella sua duplice accezione di «distributore» commerciale e di «soggetto che offre un servizio al paziente/consumatore». Da questo punto di vista la liberalizzazione del settore distributivo è generalmente considerata un veicolo di de-professionalizzazione del farmacista, che diventerebbe un mero dispensatore di farmaci, e di allentamento della sua funzione indiretta di tutela del consumatore.

L'oggetto della regolazione pubblica riguarda in alcuni casi solo il comparto etico e dei farmaci senza obbligo di prescrizione, ma con caratteristiche tali da non poter essere pubblicizzati nelle forme e nei modi comuni ai normali beni di consumo, in altri casi tutti i farmaci (quindi anche quelli da banco)

L'analisi delle principali differenze tra i diversi ambiti regolatori è stata condotta per i principali Paesi UE (Italia, Germania, Francia, Regno Unito) considerando dapprima gli interventi sull'attività di grossisti e farmacisti (essenzialmente i margini alla distri-

buzione), concentrandosi poi sulla normativa (meno stringente) riguardante la distribuzione intermedia e la regolamentazione (più stringente in alcuni paesi) della distribuzione finale. L'analisi della normativa si chiude con l'attuale dibattito in Italia e in Germania sulla deregolamentazione del settore distributivo.

3.1. La regolamentazione della remunerazione della distribuzione intermedia e finale

I modelli di regolamentazione della remunerazione dei farmacisti presentano notevoli diversità da paese a paese anche se, elemento comune a tutti i paesi, riguardano solo i farmaci rimborsabili (8).

Tali modelli possono essere ricondotti a tre categorie. Una categoria è rappresentata dal margine proporzionale al prezzo al pubblico (al netto o meno di IVA) o al prezzo praticato dal precedente soggetto nella catena distributiva («ex fabrica» per i grossisti; «ex fabrica» + margine grossisti per le farmacie). Il margine proporzionale presenta indubbi aspetti positivi (semplicità applicativa; difesa dei margini di remunerazione dei distributori in caso di aumento dei prezzi). Nello stesso tempo ha lo svantaggio di agire come effetto moltiplicatore della spesa e di rappresentare un incentivo, qualora fosse collegato alla possibilità del farmacista di sostituire farmaci prescritti o si fosse in presenza di prescrizione generica, al cosiddetto «effetto mix», ovvero al trasferimento dei consumi verso farmaci più costosi (Garattini, 1996). Tra i paesi considerati solo l'Italia presenta margini proporzionali, con riferimento ai soli grossisti (6,65% sul prezzo al pubblico al netto di IVA (9); margini proporzionali si riscontrano a livello di Unione Europea solo in Spagna e Portogallo). La seconda categoria è rappresen-

tata dai margini regressivi, margini che hanno vantaggi e svantaggi simmetrici a quelli proporzionali. La remunerazione regressiva per fasce di prezzo predeterminate è presente in Germania (10), Francia (11) e, di fatto, in Italia (12) per la distribuzione finale. L'ultima tipologia di margini alla distribuzione è costituita dai sistemi di remunerazione «ad hoc» della dispensazione farmaceutica. Il fatto di sganciare la remunerazione del farmacista dai prezzi dei farmaci da una parte ha il vantaggio di non correlare la prestazione del farmacista al valore economico del farmaco dispensato (e, quindi, ad evitare comportamenti opportunistici propri dei margini proporzionali) dall'altra può rappresentare un ostacolo alle politiche tese ad incentivare i farmacisti a partecipare all'obiettivo di razionalizzazione della spesa (ad esempio, facendo leva sui *mix* margini regressivi/sostituzione). Un esempio di remunerazione «ad hoc» del farmacista è rappresentato dal Regno Unito: al farmacista spetta un onorario fisso per ogni dispensazione ed altre indennità per le preparazioni magistrali e per le dispensazioni in *bulk* (ovvero le confezioni fatte dai farmacisti).

3.2. La regolamentazione della distribuzione intermedia

La distribuzione intermedia è regolamentata dalla Direttiva CEE 92/25 ed in parte da normative specifiche nazionali che rendono più o meno stringenti le previsioni comunitarie.

Gli aspetti regolati dell'attività di distribuzione intermedia riguardano (Garattini, 1996):

— l'autorizzazione all'esercizio della funzione (soggetto competente e condizioni richieste). In generale l'autorizzazione viene rilasciata dal Ministero della sanità (Francia) o da specifiche agenzie governative (Inghilterra)

ra); in Italia, invece l'autorizzazione è concessa dalla regione (o dalla Provincia autonoma) nel cui territorio opera il grossista (13). Il rilascio dell'autorizzazione viene poi subordinato normalmente alla presenza di locali ed attrezzature idonei a garantire una buona conservazione e distribuzione dei medicinali. Solo in Germania è sufficiente un avviso all'autorità competente e non è necessaria una specifica autorizzazione;

— obblighi rispetto alla presenza e funzione dei farmacisti. Su questo aspetto la normativa risulta fortemente differenziata da paese a paese: si passa infatti dal principio secondo cui le imprese di distributori devono essere dirette da un farmacista ed il numero di farmacisti impiegati deve essere proporzionale al numero totale di lavoratori impiegati (Francia), alla meno vincolante richiesta di presenza in magazzino di un responsabile laureato in farmacia, chimica o chimica e tecnologie farmaceutiche (Italia), all'assenza di norme in materia (Germania);

— obblighi del distributore rispetto allo stoccaggio, alla «copertura» di mercato, con riferimento in particolare a quello etico (e conseguente limitazione della distribuzione diretta imprese-farmacie), ai tempi di consegna alle farmacie, alla gestione delle procedure di ritiro dei farmaci per i quali viene revocata l'autorizzazione all'immissione in commercio. Su tali aspetti risulta particolarmente restrittiva la normativa francese (viene, ad esempio, richiesto al grossista di detenere in magazzino un quantitativo di specialità medicinali equivalente in valore al consumo mensile delle farmacie che vengono abitualmente servite; inoltre i distributori devono assicurare la consegna delle specialità medicinali comprese nel loro assortimento alle farmacie clienti abituali e a quelle più importanti della zona di

competenza entro 24 ore dalla ricezione dell'ordine) ed italiana (viene previsto l'obbligo di detenzione del 90% delle specialità medicinali in commercio e di fornitura con la massima sollecitudine e comunque non oltre le 12 ore lavorative successive alla richiesta). Nel Regno Unito non esiste invece una normativa specifica sugli aspetti relativi alla gestione del magazzino, essendo tale attività informalmente regolamentata dal «Code of Practice» della BAPW (*British Association of Pharmaceutical Wholesalers*).

3.3. La regolamentazione della distribuzione finale

Gli ambiti principali della regolamentazione delle farmacie riguardano la presenza o meno di una situazione di monopolio nella distribuzione di farmaci da banco, il numero e la distribuzione di farmacie sul territorio, la proprietà e la titolarità delle farmacie (e la conseguente possibilità di realizzare o meno catene nel settore della distribuzione finale), gli orari e i turni delle farmacie e le qualifiche professionali del personale impiegato.

Con riferimento al primo aspetto in tutti i paesi considerati esiste una situazione di monopolio sulla distribuzione al dettaglio di farmaci etici (tale circostanza è presente in generale in tutti i Paesi UE). In quasi tutti i Paesi UE è poi prevista l'estensione del monopolio anche ai farmaci da banco, con la sola eccezione:

— della Germania, in cui le farmacie non detengono il monopolio assoluto dei farmaci da banco, essendo alcuni di essi venduti nei supermercati (14);

— del Regno Unito ed Olanda, dove le farmacie detengono il monopolio solo sui farmaci etici e (nel Regno Unito) sui farmaci senza obbligo

di prescrizione (ma non da banco) (15).

La regolamentazione del numero e della distribuzione delle farmacie (la cosiddetta «pianta organica»), finalizzata ad evitare la concentrazione delle farmacie nelle zone più redditizie a discapito delle aree disagiate (con conseguente limitazione delle possibilità di accesso della popolazione all'esercizio farmaceutico), è presente in Italia e Francia, mentre non è prevista in Germania e Regno Unito (16). In Italia la regolamentazione del numero delle farmacie si basa su criteri demografici (una farmacia ogni 5.000 abitanti nei comuni con meno di 12.500 abitanti e una farmacia ogni 4.000 abitanti per i comuni con più di 12.500 abitanti) e geografici (la distanza minima tra farmacie deve essere di 200 metri); l'accesso alle farmacie di nuova istituzione avviene per concorso pubblico (per titoli ed esami) bandito annualmente da Regioni e Province autonome; per i comuni è previsto un diritto di prelazione sulla metà delle sedi vacanti e di quelle di nuova istituzione a seguito della revisione (biennale) della «pianta organica» (17). In Francia la programmazione del numero di farmacie si basa su criteri demografici (una farmacia per 3.000 abitanti nei comuni con più di 30.000 abitanti; una ogni 2.500 per quelli con popolazione tra 5.000 e 30.000; per i comuni con meno di 5.000 abitanti una ogni 2.000). Nel Regno Unito, come sopra osservato, non esistono limiti all'apertura di nuove farmacie; è infatti sufficiente la sola iscrizione all'albo delle farmacie e dei farmacisti e la presenza di un farmacista regolarmente iscritto all'albo (farmacista che peraltro non deve essere necessariamente il responsabile della gestione). Esistono tuttavia degli strumenti che riescono a garantire la sopravvivenza delle farmacie di minori dimensioni. In alcune circostanze le HAs (*Health*

Authorities) hanno contingentato il numero di convenzioni con il NHS (*National Health Service*) per la dispensazione dei farmaci etici. Tali limitazioni di fatto hanno agito nella direzione di mantenere sostanzialmente stabile il numero di farmacie: per ottenere tale convenzione le farmacie devono infatti dimostrare alle HAs che è necessario fornire agli assistiti dell'area interessata i relativi servizi farmaceutici. Nello stesso tempo le limitazioni sono state in parte «aggirate» o «sfruttate»: ad esempio, i supermercati hanno indotto farmacie indipendenti detentrici delle convenzioni a trasferirsi nel proprio supermercato (sfruttando la possibilità di trasferire la farmacia nella stessa giurisdizione locale). Altra pratica adottata dai grandi gruppi è quella di fare concorrenza sui prezzi per i farmaci non etici (per i quali è comunque previsto un prezzo minimo al dettaglio) alle farmacie locali per farle chiudere ed acquisire i contratti dalle HAs. La distribuzione territoriale delle farmacie è poi indirettamente regolata dall'erogazione di supporti finanziari alle farmacie rurali. Incentivi all'apertura di farmacie in aree rurali a scarsa densità di popolazione sono presenti anche in Germania.

In materia di orari e turni, mentre negli altri paesi considerati viene estesa alle farmacie la normativa relativa agli esercizi commerciali, con alcune eccezioni riguardanti il sistema di rotazione (18), in Italia la riforma del commercio non è stata estesa alle farmacie e gli orari ed i turni di apertura delle stesse vengono tuttora determinati dal sindaco, in conformità con le norme fissate dal prefetto, sentito l'ordine dei farmacisti territoriali competente.

La normativa sul personale della farmacia prevede in tutti i paesi, con la sola eccezione del Regno Unito, che la responsabilità gestionale dell'eserci-

zio sia affidata ad un farmacista. Tuttavia solo in Francia (e Portogallo e Belgio, tra gli altri Paesi UE) viene regolato il numero di farmacisti aggiunti ed assistenti (in Francia tale numero dipende dal fatturato della farmacia).

L'aspetto più rilevante in materia di regolamentazione del settore distributivo finale, in relazione alle sue conseguenze in termini di integrazione verticale a valle del settore, è la normativa inerente la proprietà e la titolarità delle farmacie. Nella maggior parte dei Paesi UE è prevista la coincidenza tra proprietà e titolarità (e responsabilità gestionale) della farmacia ed entrambe sono affidate ad uno o più farmacisti. Unica eccezione tra i paesi considerati è il Regno Unito, dove (come avviene in Irlanda, Olanda e Belgio) sono ammesse le catene di farmacie.

Nel Regno Unito è infatti ammessa la proprietà multipla di farmacie (e la conseguente presenza di catene di farmacie). Inoltre la proprietà non deve necessariamente essere di uno o più farmacisti, anche se è comunque obbligatoria la presenza nell'esercizio di almeno un farmacista responsabile nei confronti della «Royal Pharmaceutical Society of Great Britain», società che gestisce l'albo delle farmacie e dei farmacisti. Il fenomeno della concentrazione nel settore della distribuzione finale è rilevante, anche se ciò non ha comportato la scomparsa delle singole farmacie autonome: l'equilibrio tra grandi gruppi e farmacie indipendenti è mantenuto da una serie di meccanismi di regolazione del mercato tra i quali spiccano per importanza il supporto finanziario alle farmacie rurali, le convenzioni stipulate dalle HAs per la distribuzione dei farmaci coperti dal NHS (cfr. *supra*) e la fissazione di un prezzo minimo al dettaglio per i farmaci non soggetti all'obbligo di prescrizione medica, prezzo che limita la concorrenza sul prezzo di prodotti per

i quali non è previsto il monopolio delle farmacie (19).

La situazione italiana presenta delle peculiarità rispetto al contesto europeo, in relazione alla presenza di farmacie comunali ed al processo di privatizzazione in atto delle stesse (Zappulla, 2000). Tale processo innescato dalle innovazioni introdotte dalle leggi di riforma degli enti locali hanno nella sostanza introdotto un regime derogatorio rispetto al principio della monoproprietà delle farmacie private. I comuni possono infatti costituire aziende speciali o affidare a società per azioni (non necessariamente a prevalente capitale pubblico) la gestione delle farmacie comunali. Così è avvenuto per le trentasei farmacie comunali di Bologna e le otto di Rimini, acquisite rispettivamente da Gehe e AllinaceUnichem (cfr. *supra*), acquisizioni che di fatto hanno introdotto per la prima volta in Italia catene di farmacie (cfr. *infra*). Tale processo di concentrazione della distribuzione finale (ed integrazione verticale a valle della distribuzione intermedia) potrebbe essere poi ulteriormente incentivato dall'esercizio del diritto di prelazione riconosciuto alle farmacie comunali: pur privatizzate le ex farmacie comunali, lasciando al sindaco la titolarità delle stesse, potrebbero esercitare il diritto di prelazione ed acquisire nuove farmacie.

Un ultimo aspetto relativo alla regolamentazione della distribuzione finale di interesse rispetto alle tematiche qui analizzate è la facoltà o meno concessa al farmacista di sostituire i farmaci prescritti dal medico. Tale facoltà risulta rilevante se connessa in termini generali alle politiche di incentivo all'uso dei generici come strumento di contenimento della spesa farmaceutica pubblica e dalle strategie adottate da alcune aziende di distribuzione intermedia di integrazione verticale a monte nella filiera di produzio-

ne relativa a tali farmaci: in sostanza in presenza di un processo produttivo/distributivo fortemente integrato per i generici e in prospettiva di un ricorso sempre più massiccio al generico ed all'incentivo al suo uso tramite la leva della sostituzione da parte del farmacista, le aziende titolari di tale processo produttivo si troverebbero in una posizione di forte vantaggio competitivo: verrebbe infatti loro riconosciuto il diritto di sostituzione di specialità medicinali con generici che potrebbero rientrare nel proprio *mix* di prodotti. I principali Paesi UE che prevedono la facoltà di sostituzione sono Germania e Francia. In Germania viene da tempo concessa al farmacista la facoltà di sostituire il farmaco prescritto dal medico con un farmaco con analoghe componenti o effetto terapeutico, pur in presenza dell'assenso del medico. In Francia il diritto di sostituzione, accompagnato da altre misure tese ad incentivare l'uso dei generici come strumento di contenimento della spesa farmaceutica pubblica, è stato introdotto nel 1999 (20) (Anonimo, 1981; Anonimo, 1999b).

3.4. I progetti di riforma del sistema distributivo in Italia

Da alcuni anni è in atto un tentativo di introdurre elementi di deregolamentazione nel settore distributivo in Italia, finalizzati in parte all'introduzione di tensioni competitive (e quindi a ridurre le ipotizzate «rendite» di posizione delle farmacie ed aumentare il livello di efficienza) ed in parte a contenere la spesa pubblica.

Tale tentativo ha avuto inizio nel 1995 nell'ambito della Commissione tecnica per la spesa pubblica presso il Ministero del tesoro (Commissione Galeotti), commissione che propose (Gugiatti, 1995): i) l'abolizione della pianta organica, ii) la dismissione delle farmacie comunali, iii) la separazio-

ne della titolarità della farmacia dalla responsabilità professionale del farmacista, iv) la libertà di vendita commerciale dei farmaci da banco sotto la sorveglianza di personale «qualificato» e quindi l'abolizione del monopolio della vendita dei farmaci da banco. Le proposte in materia di abolizione del monopolio nella distribuzione dei farmaci sono state fatte poi proprie nel 1997 dalla Commissione Onofri (nel «Documento di lavoro per la compatibilità macroeconomica della spesa sociale») (Zamagni, 1997) ed estese anche alle specialità etiche, fatta salva la presenza di un farmacista laureato come responsabile del punto vendita (21). La Commissione Antitrust nel 1998 (Autorità garante della concorrenza e del mercato, 1998), partendo dal riconoscimento di una situazione distorsiva della concorrenza e del corretto funzionamento del mercato derivante dalla normativa sull'esercizio della farmacia, ha preso posizione in favore della liberalizzazione del settore distributivo, ma più blanda rispetto alle commissioni tecniche che l'hanno preceduta: le proposte della Commissione hanno spaziato (i) dalla liberalizzazione della vendita di farmaci da banco, (ii) alla revisione dei criteri relativi all'accesso alla titolarità ed esercizio delle farmacie, con l'ipotesi di rendere meno restrittivi quelli della pianta organica e di eliminazione del diritto di prelazione per i comuni, (iii) alla revisione (ed allargamento) dei vincoli inerenti gli orari (mantenendo comunque una garanzia di copertura del servizio 24 ore su 24).

Il dibattito è stato ricondotto in ambito parlamentare con il progetto di legge di riordino complessivo della politica del farmaco predisposto dal Comitato ristretto farmaci della Commissione igiene e sanità del Senato (Progetto Bernasconi). Tale progetto attualmente in discussione rappresenta una revisione di un documento ini-

zialmente redatto dal Comitato, che prevedeva una maggiore liberalizzazione del settore distributivo. L'attuale testo propone l'abolizione della pianta organica, anche se viene mantenuta un'attività di programmazione territoriale del numero di farmacie spettanti a ciascun comune (e non l'individuazione concreta sul territorio dell'area all'interno della quale deve essere presente una farmacia), programmazione basata su criteri demografici (con un aumento del rapporto farmacie/abitanti a 1 su 2.500 e l'istituzione di un fondo di solidarietà per le farmacie urbane), topografici ed urbanistici (22). Viene inoltre salvaguardato il diritto di prelazione per i Comuni ma viene previsto che il Comune debba attivare la farmacia entro un anno.

3.5. Il progetto di riforma del sistema distributivo in Germania

Anche in Germania è in atto un tentativo di deregolamentare il settore della distribuzione finale (Censis, 1997). Di tale iniziativa si sono fatte promotrici le Casse mutue, con l'obiettivo di ridurre la spesa farmaceutica: la proposta di riforma del modello di distribuzione finale prevede l'abolizione del divieto di proprietà estera e della comproprietà delle farmacie (per ridurre i costi della distribuzione), l'introduzione di un sistema di remunerazione non correlato al prezzo, l'introduzione della possibilità di stipulare dei contratti di vendita con specifiche farmacie (limitando di fatto la libertà di scelta del paziente), la licenza a commercializzare farmaci per corrispondenza, attraverso *partner* e farmacie privilegiate, l'introduzione di un diritto di dispensazione per i medici (che già esiste, anche se in forma limitata, in altri paesi, quali la Francia ed il Regno Unito).

4. La reazione del settore distributivo alla regolamentazione pubblica

La regolamentazione del settore distributivo finale presenta quindi notevoli elementi di eterogeneità in Europa, pur condividendo i paesi europei un maggior peso regolatorio rispetto al mercato statunitense. Ciò nonostante nelle diverse Nazioni d'Europa, tutti e tre i colossi della distribuzione (Gehe, Alliance UniChem e Phoenix) stanno implementando strategie di integrazione verticale a valle attraverso l'acquisto di catene di farmacie sfruttando le possibilità offerte da normative più flessibili (Regno Unito, Olanda) o solo in parte non ostative alla creazione di catene di farmacie (privatizzazione delle farmacie comunali in Italia) (cfr. *supra* e tabella 2). Tale dinamismo deriva in parte dagli indubbi vantaggi di cui i distributori godrebbero a seguito dell'integrazione verticale, in parte da attese di una progressiva *deregulation* del settore della distribuzione finale.

Nel frattempo, nei Paesi nei quali la normativa non consente la costituzione di catene di farmacie, il mercato ha trovato come espediente la costituzione delle cosiddette «catene virtuali».

Tra il tradizionale rapporto «distributore fornitore»-«farmacia cliente» e la diretta proprietà del punto vendita da parte del distributore esistono infatti una serie di stadi intermedi che vanno dal servizio al contratto (figura 4). Al crescere della complessità dei servizi offerti e dell'estensione dell'orizzonte temporale sul quale si impianta la strategia di entrambi gli attori, il rapporto tra distributore e farmacia va consolidandosi in *partnership*, per cui la farmacia, pur mantenendo di fatto la propria autonomia, ha la possibilità partecipare a progetti promossi dal distributore — *marketing* sul punto vendita, lancio di nuovi prodotti, elabora-

zione dati ecc. — aderendo a singole iniziative o associandosi in Gruppi di acquisto. Questi ultimi costituiscono una forma di associazionismo, in veste più o meno formalizzata, tra gruppi di farmacie e un distributore e possono essere considerati come il primo passo verso la catena virtuale. Lo scopo è quello di consentire ai primi di migliorare condizioni e modalità di acquisto dall'industria sia a livello di condizioni commerciali che di rotazione delle vendite grazie alle iniziative di *marketing* attuabili sul punto vendita, al secondo di rafforzare la propria posizione nei confronti dell'industria rendendolo un riferimento non solo logistico, ma anche strategico in grado di offrire una serie di servizi del tutto assimilabili a quelli di un distributore integrato verticalmente a valle, dalla

raccolta ed elaborazione dati al *marketing* integrato (tabella 3).

La catena virtuale può risultare conveniente anche nei Paesi dove è consentito costruire catene reali: non a caso nel Regno Unito i Grandi gruppi di distribuzione, pur gestendo catene di proprietà, hanno comunque sviluppato catene virtuali con le farmacie indipendenti. Ad esempio Alliance UniChem attraverso la propria catena di farmacie Moss ha sviluppato diverse forme di contratto con i punti vendita indipendenti (tabella 4).

Attraverso il contratto di gestione la farmacia indipendente mantiene la proprietà del punto vendita per il quale può utilizzare sia il proprio marchio che il marchio Moss. In cambio di una percentuale concordata sui profitti, Moss gestisce l'esercizio attraverso farmaci-

Tabella 2 - Farmacie di proprietà dei 3 principali distributori intermedi europei nel Regno Unito e in Italia

	Regno Unito	Italia
Gehe	1275 farmacie e 145 drugstore	36
Alliance UniChem	614 farmacie	8
Phoenix	150	

Fonte: Nostre elaborazioni su dati aziendali.

Figura 4 - La logica delle catene virtuali

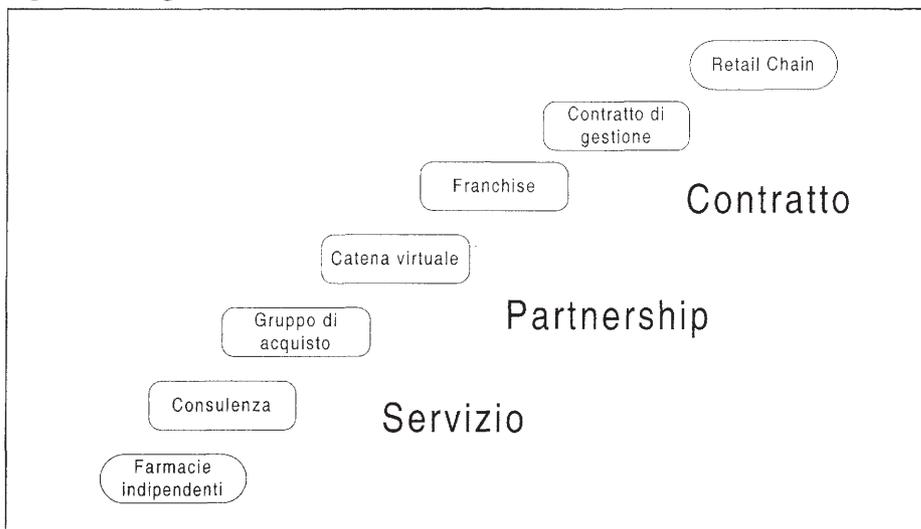


Tabella 3 - Vantaggi derivanti dalla costituzione di Gruppi di acquisto

Industria	Distributore intermedio	Farmacia
<ul style="list-style-type: none"> ● Programmazione reale e dati effettivi di vendita ● Attuazione di politiche di <i>sell-out</i> ● Stabilità sul punto vendita ● Comunicazione costante a livello di tutti i punti vendita ● Sincronismo pubblicità-utente finale 	<ul style="list-style-type: none"> ● Innovazione del proprio ruolo di intermediatore e interlocutore con la farmacia ● Possibilità di offrire servizi ad alto valore aggiunto per l'industria: elaborazione e fornitura di dati, <i>marketing</i> integrato, ecc. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Migliori condizioni commerciali ● Minore <i>stock</i> di magazzino ● Maggiore rotazione delle merci ● Condivisione delle strategie con gli altri attori del canale ● Innovazione

Tabella 4 - Strategie di integrazione a valle di Alliance Unichem nel Regno Unito

	Catena	Contratto di gestione	Franchise	Proprietà differita	Pharmacy Alliance	Servizi di consulenza
<i>Proprietà della farmacia</i>	Moss	Terzi	Terzi	Terzi (trasferimento a Moss in un determinato periodo)	Terzi	Terzi
<i>Proprietà del marchio</i>	Moss	Moss o terzi	Moss	Moss	Terzi	Terzi
<i>Controllo prodotti, servizio, standards</i>	Moss conformità 100%	Moss conformità 100%	Moss conformità 100%	Moss conformità parziale	Moss, ma su servizi concordati	Terzi (Moss fornisce servizio senza garanzia di conformità)
<i>Rapporto di lavoro del farmacista</i>	Dipendente Moss	Moss o terzi	Terzi	Terzi	Terzi	Terzi
<i>Fonte di profitti Moss</i>	100%	% concordata dei profitti	% concordata vendite	% concordata vendite	Quota regolare fissa	Quota regolare fissa

sti propri dipendenti o dipendenti del proprietario; in quest'ultimo caso i farmacisti devono rendere conto del proprio operato ad un dirigente di zona (a ciascun dirigente di zona fanno capo non più di 20 punti vendita). La catena garantisce al proprietario e al consumatore la conformità ai propri *standard* di prodotto e di servizio.

Il contratto di *franchise* prevede che proprietà e gestione della farmacia restino in capo a terzi. L'esercizio utilizza il marchio Moss e con esso si impegna a rispettare i suoi *standard* in termini di prodotto e di servizio. Nella maggior parte dei casi anche il *lay-out* della farmacia rispetta le disposizioni

della catena. Quest'ultima viene remunerata con una percentuale concordata sulle vendite.

La proprietà differita implica invece il trasferimento alla catena della proprietà dell'esercizio per un periodo determinato durante il quale la farmacia utilizzerà il marchio Moss. La conformità agli *standard* è garantita in maniera parziale in quanto il carattere provvisorio di questo genere di contratto potrebbe non rendere remunerativi azioni di modifica che richiedano investimenti di lungo periodo da parte dell'uno o dell'altro contraente, e di conseguenza risulta funzione della durata del contratto.

Tra queste forme di contratto e i servizi di consulenza, Moss ha realizzato l'iniziativa «Pharmacy Alliance» aderendo alla quale le farmacie indipendenti hanno la possibilità di partecipare ad iniziative singole promosse dalla catena. Tali farmacie possono pertanto lasciare a Moss la gestione di alcuni spazi espositivi del proprio punto vendita, partecipare a iniziative di *trade marketing* o seguire politiche di acquisto o di offerta promosse dalla catena. Le farmacie che aderiscono a «Pharmacy Alliance» pagano una quota regolare fissa proporzionale al numero di iniziative alle quali prendono parte.

Attraverso queste diverse forme di catena virtuale Alliance UniChem ha potuto sia accrescere le economie di scala per i propri servizi, sia sfruttare economie di scopo e godere di una redditività delle vendite mediamente superiore rispetto a quella ottenibile attraverso la gestione delle farmacie di proprietà (23).

Alliance Unichem ha avuto inoltre la possibilità di allargare la propria presenza sul territorio senza dover per questo acquisire nuove farmacie di proprietà in zone poco remunerative (oltre il 64% dei punti vendita di proprietà di Moss sono concentrati nei centri urbani e nei centri commerciali). In tal modo è in grado di offrire all'industria un servizio più esteso e capillare che gli consente di rafforzare ulteriormente il proprio potere contrattuale. D'altra parte questo potere non sarebbe esercitabile se il distributore non fosse in possesso anche di una catena reale, perché comunque è questa che garantisce all'industria uno scambio efficiente di risorse, dati e informazioni.

5. Quale futuro per la distribuzione intermedia e finale in Europa?

L'analisi delle tendenze di mercato a livello internazionale mostra come vi sia una forte pressione di alcuni attori (in particolare i grandi gruppi della distribuzione intermedia e le eventuali catene di farmacie già esistenti) ad una graduale deregolamentazione della distribuzione finale. Altri attori, in parte per difendere la propria posizione di mercato ed in parte sulla base delle motivazioni di una maggiore presenza pubblica (natura etica del bene farmaco, esigenza di tutela del consumatore, funzione e ruolo della farmacia, necessità di mantenere il controllo sulla spesa farmaceutica pubblica), si mostrano invece in parte o del tutto contrari ad una modifica

dell'attuale assetto regolatorio. Il dibattito in corso riguarda in particolare modo la proprietà, ovvero il principio, vigente nella maggior parte dei paesi considerati, «un farmacista-una farmacia».

Rispetto al tema in questione, si può osservare che la formazione di catene di farmacie e l'acquisizione delle stesse da parte dei distributori intermedi possa non rappresentare in sé e per sé un fattore negativo e possa anche essere non del tutto incoerente con un approccio maggiormente orientato alle regole (quale quello presente nella maggior parte dei paesi europei). Una ricaduta positiva di tale processo potrebbe aversi sul consumatore in termini di possibili maggiori servizi e maggiori *standard* qualitativi. L'esigenza che tali *standard* qualitativi vengano rispettati potrebbe poi rappresentare l'occasione per un maggiore investimento in programmi di formazione permanente dei farmacisti e del personale assistente.

Tuttavia non si può non riconoscere che la regolamentazione della distribuzione finale abbia delle solide motivazioni e che la «deregulation» rispetto agli assetti proprietari possa avere delle ripercussioni negative. Ciò è vero soprattutto quando la deregolamentazione comporta (e non è chiaro come ciò possa essere impedito) l'ingresso sul mercato di attori estranei al settore sanitario e con strategie non sempre coerenti con la logica di tutela della salute del cittadino.

Un primo aspetto negativo è rappresentato da un possibile eccessivo orientamento al consumo farmaceutico, con un potenziale impatto negativo sulla salute dei cittadini. L'aumento del livello di concentrazione del settore distributivo potrebbe poi ridurre il livello di accessibilità: se il processo di concentrazione è accompagnato da un allentamento dell'attività di programmazione della dislocazione delle

sedi delle farmacie è molto probabile che l'attività di distribuzione si concentri nelle zone più redditizie, creando seri problemi di accesso alle farmacie (24). L'offerta di farmaci, con riferimento al mercato non etico, potrebbe poi concentrarsi su pochi prodotti con conseguenze negative sul consumatore. È possibile anche che la deregolamentazione comporti un ulteriore svilimento della professionalità del farmacista, accentuando gli aspetti più strettamente commerciali della sua attività. La concentrazione nel settore della distribuzione finale comporta poi un aumento del potere contrattuale del distributore intermedio «integrato a valle»: in un contesto regolato e caratterizzato da un'attenzione al contenimento della spesa pubblica, non è improbabile che le autorità possano inasprire la propria pressione regolatoria sull'industria farmaceutica, il che andrebbe in direzione opposta rispetto all'attuale tendenza, volta a riequilibrare il peso della regolazione dall'offerta alla domanda indotta, e sul medico, che sente già duramente minata la propria autonomia professionale proprio a causa di tale riequilibrio. Uno dei presunti effetti positivi della *deregulation* è una riduzione dei prezzi (con riferimento ai prodotti per i quali ovviamente esiste una situazione di concorrenza sul prezzo). Rispetto a tale tema occorre distinguere tra prezzi liberi (in genere farmaci senza obbligo di prescrizione medica) e prezzi regolati. Sui prodotti con prezzi liberi inizialmente potrebbe aumentare il livello di competizione, ma in una fase successiva il possibile processo di concentrazione genererebbe tendenze monopolistiche con conseguente negative sui prezzi e sul consumatore. Se invece i prezzi sono regolati, i margini alla distribuzione legali (che determinano il prezzo al pubblico) potrebbero essere ridotti dallo Stato, che non deve più garantire al farmacista indipen-

dente margini remunerativi potenzialmente elevati: ciò ha un effetto positivo in termini di riduzione della spesa privata (se il farmaco è a carico del cittadino o se le compartecipazioni alla spesa su prodotti rimborsabili sono correlate al prezzo) o della spesa pubblica (se il farmaco è rimborsato); d'altra parte l'abbattimento dei prezzi riduce ancora di più le possibilità di sopravvivenza delle farmacie indipendenti e potrebbe quindi ulteriormente accelerare il processo di concentrazione del mercato. Un ultimo aspetto che non deve essere trascurato è che, con possibili tendenze monopolistiche dal lato della distribuzione intermedia e finale (in quanto il distributore finale di piccole dimensioni ha un basso potere contrattuale, ed ha conseguentemente un'elevata probabilità di fallimento) e dal lato dell'industria (in quanto le industrie medio-piccole hanno un basso potere contrattuale con i grossi distributori), vi potrebbero essere sensibili variazioni sui margini reali di spettanza dei diversi soggetti economici sul prezzo.

Su tali aspetti è necessario riflettere per evitare da una parte una chiusura preconcepita o motivata da interessi di parte ad una deregolamentazione che vada a vantaggio del consumatore e delle professionalità coinvolte nel settore distributivo, dall'altra di appoggiare ciecamente qualunque forma di *deregulation* e dover poi riconoscere *ex post* i vantaggi della regolamentazione pubblica.

(1) Negli Stati Uniti la regolamentazione del settore farmaceutico è particolarmente stringente in materia di registrazione dei farmaci, mentre per quanto concerne prezzi, modalità di classificazione dei prodotti, rimborsabilità (bassa) e distribuzione, il settore farmaceutico risulta fortemente deregolamentato.

(2) Per distribuzione «short line» si intendono i grossisti che tengono un assortimento limitato delle specialità medicinali presenti sul

mercato e che propongono un'offerta di grossi lotti di merce a prezzi estremamente bassi.

(3) Si osserva come molto probabilmente i dati '99 (non ancora disponibili) confermeranno (ed amplieranno) i valori '98, essendo il processo di concentrazione ancora in atto.

(4) Hills e Lloyds Chemist sono state accorpate in unica catena sotto il nome di LloydsPharmacy.

(5) Per una corretta previsione delle vendite la serie storica non appare più un'indicazione sufficiente; occorre infatti una raccolta delle informazioni precisa e puntuale che tenga conto del tasso istantaneo di variazione della domanda attraverso il monitoraggio in tempo reale dei dati di vendita, collegato ad un controllo costante degli *stock* di magazzino sia della distribuzione intermedia che del punto vendita finale.

(6) Ovviamente tale azione, con riferimento al consumatore finale, è possibile solo per i farmaci da banco.

(7) Haltheon Corporation, azienda *leader* nell'*E-commerce*, e Merck Medco, azienda di «Managed care», hanno ultimamente siglato un accordo in tal senso per un progetto pilota che coinvolge i medici curanti dei pazienti che aderiscono ai programmi di assistenza della Merck Medco.

(8) Solo in Inghilterra la regolamentazione pubblica dei margini alla distribuzione intermedia comprende solo una parte dei farmaci rimborsabili, ovvero le specialità, escludendo quindi i generici rimborsabili.

(9) Nel Regno Unito i produttori devono concedere uno sconto del 12,5% sul prezzo di vendita al pubblico ai grossisti; il margine reale del grossista dipende ovviamente dagli sconti praticati al farmacista, sconti che vanno a decurtare il prezzo di rimborso al farmacista da parte del NHS attraverso il meccanismo del «Clawback» (il prezzo di rimborso al farmacista viene decurtato di una certa percentuale corrispondente allo sconto medio percepito dalle farmacie nell'anno precedente).

(10) Le fasce di prezzo sono 15 per i grossisti (dal 12% al 21% sul prezzo «ex fabrica») e 13 per i farmacisti (dal 30% al 68% sul prezzo massimo di acquisto dal grossista).

(11) Per i farmacisti i margini sono regressivi dal 1990: dal settembre '99 le fasce di prezzo sono due (fino al settembre del '99 le fasce di prezzo erano sei) (20,1% sul prezzo «ex-fabrica» per farmaci con prezzi fino ai 150 franchi; 10% per i farmaci a prezzo più elevato). Ai margini regressivi si aggiunge una tariffa fissa di 3,5 franchi per confezione venduta. Per i grossisti i margini sono cambiati dal settembre '99: si è infatti passati da margini proporzionali (pari al 9,7%) del prezzo al pubblico a margini

variabili a seconda delle due sopraindicate classi di prezzo dei farmaci (10,7% e 6%) (Anonimo, 1999a).

(12) La regolamentazione dei margini alla distribuzione per le farmacie è diventata piuttosto complessa dal 1997 (prima del '97 esisteva un margine fisso sui farmaci rimborsabili ed uno sconto fisso sui farmaci effettivamente rimborsati dal SSN). Si possono distinguere tre classi di farmaci:

— farmaci rimborsati dal SSN, eccetto quelli soggetti a procedura negoziale per la determinazione del prezzo: margine legale fisso del 26,7% (al netto di IVA) e sconto progressivo in relazione al prezzo (quattro fasce di prezzo-sconto dal 3,75% al 12,5% sul prezzo al pubblico al netto di IVA, ad eccezione (i) delle farmacie rurali che godono dell'indennità di residenza, per le quali rimane in vigore il regime di sconti precedente, pari all'1,5%, e (ii) delle farmacie con fatturato inferiore ai 500 milioni i cui sconti sono ridotti del 60%);

— farmaci rimborsabili dal SSN, ma effettivamente non rimborsati (in quanto non prescritti su ricettario SSN), per i quali vige il margine legale fisso del 26,7% (al netto di IVA), non essendo applicati gli sconti al SSN per i farmaci effettivamente rimborsati;

— farmaci soggetti a prezzo contrattato (la contrattazione è stata introdotta per i farmaci registrati con procedura centralizzata dal '97 ed estesa successivamente anche a quelli registrati con procedura di mutuo riconoscimento), per i quali è previsto un margine regressivo per fasce di prezzo (dal 6,65%-26,7% rispettivamente per grossisti e farmacisti per farmaci con prezzo inferiore a 300 mila lire fino a margini dell'1,6%-13,5% per farmaci con prezzi superiori ai due milioni e mezzo), cui si va ad aggiungere lo sconto progressivo in caso di effettivo rimborso dal SSN.

(13) È quindi necessaria un'autorizzazione per ogni regione/Provincia autonoma in cui opera il grossista (D.L. 382/92).

(14) Si tratta di prodotti omeopatici, disinfettanti esterni, integratori vitaminici, prodotti per l'infanzia e lassativi (Garattini, 1996).

(15) Sono compresi antiacidi, antisettici, piccole confezioni di aspirina (Garattini, 1996).

(16) Altri Paesi UE dove non esiste una regolamentazione del numero e distribuzione territoriale delle farmacie sono Irlanda e Paesi Bassi.

(17) Tale elemento, teso a tutelare il ruolo delle farmacie comunali, potrebbe rappresentare in futuro, dato il processo di privatizzazione delle stesse, una spinta alla realizzazione di catene di farmacie in Italia (cfr. *infra*).

(18) Più specificatamente:

— in Francia orari e turni sono regolamentati dalle norme del diritto commerciale;

— nel Regno Unito gli orari di apertura sono analoghi a quelli degli esercizi commerciali, mentre il servizio di rotazione viene disposto a livello locale in accordo con le HAS;

— in Germania gli orari di apertura e chiusura sono regolati da una legge quadro che disciplina tutti gli esercizi di vendita ed una legge specifica per le farmacie; le Camere di commercio locali possono poi, in accordo con le autorità locali, prevedere variazioni a tali orari a livello di Lander.

(19) Delle 12.000 farmacie, 3.000 sono controllate dalle due maggiori catene (Boots e Lloyds), 4.000 fanno capo a piccole catene, 4.500 sono indipendenti e 500 sono incluse nei supermercati (Garattini, 1996).

(20) Nel Regno Unito la sostituzione non è consentita. Tuttavia una delle caratteristiche della prescrizione medica è il fatto di essere spesso «generica» e ciò dà al farmacista la possibilità di scelta della confezione. Un'altra caratteristica (che sta però riducendosi in relazione all'obbligo comunitario del foglietto illustrativo ed alla pressione industriale) è la creazione da parte del farmacista di confezioni *ad hoc* in relazione al ciclo terapeutico. In Italia la sostituzione è ammessa solo in circostanze eccezionali: la sostituzione è infatti possibile con un altro medicinale di uguale composizione e forma farmaceutica e di pari indicazione terapeutica solo in caso di irreperibilità nel normale ciclo di distribuzione o in cui la farmacia ne risulti sprovvista. Tra gli altri Paesi UE, le esperienze più significative sono rappresentate da Spagna, Danimarca e Olanda. In Olanda la sostituzione non solo è consentita, ma incentivata dato che un terzo del differenziale di prezzo tra farmaco prescritto e generico consegnato al paziente viene trattenuto dalla farmacia (NERA, 1998).

(21) Inutile rilevare come l'applicazione di tale proposta avrebbe di fatto collocato l'Italia in posizione anomala rispetto agli altri Paesi UE (Jommi, 1998).

(22) Di fatto la distanza risulta essere il principale criterio per regolare il trasferimento della sede delle farmacie evitando quindi la loro concentrazione in zone maggiormente

redditizie (l'altro criterio, a valenza più generica, è quello della soddisfazione delle esigenze di assistenza farmaceutica da parte della popolazione).

(23) La redditività delle catene è mediamente dell'8%, contro il 2%-8% delle farmacie indipendenti.

(24) Ovviamente tale problema potrebbe essere in parte superato grazie alla diffusione del commercio via *internet*, diffusione che potrebbe tuttavia portare a conseguenze negative sul livello di tutela della salute del cittadino.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1998), *Health Future for US Wholesalers*, C4Q Health Care Distribution Overview by BT Alex. Brown.
- ANONIMO (1981), «Prossimo decollo per i generici in Francia: il farmacista potrà sostituire principi equivalenti», *Partnership*, 4.
- ANONIMO (1999A), «USA: prescrizioni e farmacie on line», *Farmamondo*, n. 10.
- ANONIMO (1999B), «French substitution begin», *Script*, n. 2434/35: 3.
- ANONIMO (2000), «AllianceUniChem avanza in Europa, dove espansione fa (ancora) rima con aggregazione», *Partnership*, 1.
- AUTORITÀ GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO (1998), «Regolamentazione degli esercizi farmaceutici», *Agenzia Sanitaria Italiana*, 27: 29-30.
- CASATI P. (1999), «E-Commerce: non perdere il treno», *Help for tomorrow*, 11/99.
- CENSIS (1997), *Farmaco e distribuzione*, Franco Angeli, Milano.
- FATTORE G., JOMMI C. (1998), «The new pharmaceutical policy in Italy», *Health Policy*, vol. 46, n. 1, pp. 21-41.
- GARATTINI L. (A CURA DI) (1996), *La distribuzione dei farmaci nei principali paesi europei*, Kailash, Milano.
- GRANT R. (1994), *L'analisi strategica nella gestione aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- GUGIATTI A. (1995), «Cambiamenti nell'assistenza farmaceutica: deregolamentazione e rilancio del settore», *Mecosan*, n. 15, pp. 22-25.
- IACOVONE L. (1991), «Distribuzione ed associazionismo nel settore farmaceutico», *Commercio*, n. 42, pp. 31-63.
- IFPW (1998), *Vertical Integration to Increase*, Focus Annual Report.
- IFPW (1999A), «E-Commerce: the focus of GIRP'S 40th General Meeting», *Focus*, 13/5/99.
- IFPW (1999B), «Patient use Internet for Health Information», *Focus*, 10/6/99.
- JOMMI C. (1998), «La regolamentazione pubblica del settore farmaceutico in Italia: aspetti critici e prospettive di sviluppo», *Mecosan*, anno VII, n. 27, pp. 53-76.
- MILLER K.J., (2000), «Europe: Bigger, Better, Brighter», *Newsweek*, 1 Jan.
- NERA (1998), *Policies relating to generic medicines in the OECD*, Final Report for the European Commission, 20/12/1998.
- PETERS T., WATERMAN R. (1982), *In Search of Excellence*, Harper & Row, New York.
- PONTAROLLO E., COLOMBO G. (1998), *La distribuzione dei farmaci: realtà italiana e confronto internazionale*, in Lucioni C. e Minghetti P. (a cura di), *Economia e normativa del farmaco*, UTET, Torino.
- SABBADIN E. (1997), *Marketing della distribuzione e marketing integrato*, Egea, Milano.
- SEKKAT K. (1992), *Les relations verticales inter entreprises*, Editions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles.
- SIRI G. (1999), «E-Commerce e catene», *Farmamondo*, n. 9, Ott. '99.
- SIRI G. (1999), «E-Commerce: è vera minaccia?», *Farmamondo*, n. 10, Nov.-Dic. '99.
- WU CH'ANG CH'I (1992), *Strategic aspects of oligopolistic vertical integration*, North Holland, Amsterdam.
- VOLLMAN T., CORDON C. (1999), «A Demand Chain creates competitive advantage», *Focus*, 4/3/99.
- ZAMAGNI S. (A CURA DI) (1997), *Questioni aperte nel sistema sanitario italiano e linee di intervento*, documento di lavoro per la «Commissione per la compatibilità macroeconomica della spesa sociale», Agenzia Sanitaria Italiana, 12: 9-19.
- ZAPPULLA P. (2000), «Farmacie comunali: da servizio oneroso a business», *Farmacia News*, 1, 10 febbraio.

L'INFORMATIZZAZIONE DELLA SDO: IL CASO DELLA CLINICA UROLOGICA DEL POLICLINICO S. ORSOLA DI BOLOGNA

G.L. Colombo¹, A. Bertaccini², F. Carparelli², E. Lamanna², G. Martorana²

¹ S.A.V.E. Studi Analisi Valutazioni Economiche, Milano

² Clinica Urologica, Policlinico S. Orsola di Bologna

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La gestione delle informazioni nell'attività ospedaliera: riferimenti normativi - 3. L'esperienza di informatizzazione della Clinica Urologica del Policlinico S. Orsola di Bologna - 4. Risultati dell'esperienza - 5. Discussione - Appendice. Caratteristiche delle innovazioni introdotte.

The aim of this work is to present an experience of computerisation of procedures — in particular of the Uniform Hospital Discharge Data Set (SDO in Italy) — made in Bologna, Clinica Urologica of Policlinico S.Orsola, and shows their costs and benefits, and their relevance in the context of the hospital. The work starts with the analysis of the use of Uniform Hospital Discharge Data Set (SDO) -in the hospital (legal references, filling in procedures, quality check). Then, the experience of computerisation of the SDO which includes a computerisation of the whole procedures of the patient, from the reservation to the out-patient treatment, made in Bologna, Clinica Urologica of Policlinico S.Orsola from 1996, is presented. In conclusion the costs and benefits that the hospital got from this experience are estimated.

1. Introduzione

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) sta vivendo un processo di profonda riforma dagli esiti ancora incerti. Sugli esiti insisteranno soprattutto gli effetti generati dall'emanazione, dei decreti legislativi derivanti dalla legge delega n. 419 del 30 novembre 1998 («Delega del Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502»). La riforma, iniziata nel 1992 con l'emanazione del decreto legislativo n. 502 del 1992, integrata dal decreto legislativo n. 517 del 1993, e successivamente rivisitata e modificata dai decreti legislativi derivanti dalla legge delega del 1998 (Norme per la razionalizzazione del SSN, la cosiddetta «Riforma *ter*») si propone essenzialmente, sotto la spinta della crisi fi-

nanziaria, di limitare e razionalizzare la spesa sanitaria, recuperando efficienza nella gestione delle risorse all'interno di un preciso vincolo di bilancio. Gli strumenti per raggiungere tali obiettivi vengono individuati, da un lato, in un forte decentramento (a regioni, province autonome e ASL) nella gestione e nel finanziamento dei servizi sanitari, e dall'altro, nell'adozione di nuovi meccanismi di regolamentazione degli scambi finanziari all'interno e all'esterno del SSN. In particolare, per quanto concerne i servizi ospedalieri, settore che rappresenta la voce più importante nella spesa sanitaria a carico della collettività (assorbe infatti il 55% circa delle risorse finanziarie e quasi il 77% del personale del SSN), il cammino successivo della riforma ha introdotto un sistema di pagamento basato su un doppio canale:

— finanziamento *ex-ante* basato sul costo standard per determinate funzioni assistenziali individuate dalle Regioni che riguardano tra l'altro malat-

tie croniche di lunga durata e ricidivanti, malattie rare, programmi di prevenzione, emergenza e trapianti;

— tariffe prestabilite per caso trattato e per prestazione limitatamente ad episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria, di *day hospital* prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e diagnostico-strumentali.

Per quanto riguarda il meccanismo basato su tariffe prestabilite, a tale sistema di remunerazione viene affidato il compito di incentivare l'efficienza nella produzione dei servizi ospedalieri, eliminando o riducendo i forti differenziali nei costi per prestazione che permangono all'interno del settore pubblico, tra settore pubblico e settore privato e tra regioni. Infatti, se i produttori vengono remunerati in rela-

Il presente lavoro di ricerca è stato realizzato grazie al contributo di AstraZeneca S.p.a.

zione alle prestazioni effettivamente erogate agli assistiti, per minimizzare il proprio rischio finanziario essi dovranno ottimizzare i processi produttivi cercando di raggiungere, da un lato, più elevati livelli di efficienza tecnica e, dall'altro, elevati livelli qualitativi delle prestazioni per riuscire ad attrarre un volume di «clienti» che (per quantità e per casistica) sia adeguato alla struttura di offerta creata (Vitullo *et al.*, 1997; Fattore, 1996).

Uno degli effetti più significativi del nuovo sistema di pagamento è dunque quello di spostare dai finanziatori (ossia l'asse Regione-ASL) ai produttori (ossia i presidi delle stesse ASL, nonché gli ospedali-azienda pubblici e privati) il rischio finanziario indotto dal possibile sbilancio fra le entrate (casi trattati per tariffa predeterminata) ed i costi effettivamente sostenuti nel periodo di riferimento. Dato che questi sono costituiti da costi fissi più costi che variano in funzione dei casi trattati, il suddetto rischio di sbilancio è funzione inversa sia della capacità di minimizzare i costi (a fronte di un certo *standard* qualitativo) sia di mantenere il volume di attività vicino alla piena occupazione delle strutture (CRESA, 1995).

In tale contesto la gestione delle informazioni sull'attività e sui singoli ricoveri nelle strutture ospedaliere acquisisce una nuova importanza. Prima dell'introduzione del pagamento a prestazione, le informazioni sull'attività e sui singoli ricoveri erano infatti in qualche modo parallele e non intimamente correlate alla dinamica economica dell'azienda ospedale, in quanto i soggetti erogatori (USL ed ospedali) venivano rimborsati sulla base dei costi sostenuti (spesa storica) e non sul volume e sulla tipologia dei servizi prodotti. Alla luce del nuovo contesto istituzionale e organizzativo del SSN, anche il valore assunto dall'informazione prodotta attraverso il

flusso della SDO muta radicalmente: i dati contenuti nella parte sanitaria sono essenziali per la determinazione del DRG/ROD e della tariffa da applicare a quell'episodio di ricovero (Taroni *et al.*, 1991; Taroni F., 1996). Infatti, per far fronte a tale carico di lavoro, i principali ospedali si sono attrezzati costituendo uffici appositi che si occupano del controllo e della verifica dei dati riportati sulla SDO. La motivazione, l'interesse e il controllo a cui deve essere sottoposto il flusso informativo della SDO sono quindi cresciuti drammaticamente e la gestione e la manutenzione di questo flusso informativo divengono fondamentali ed imprescindibili dalla dinamica economica e dalla vitalità finanziaria dell'ospedale, oltre che per la comprensione e valutazione della produzione ospedaliera.

Obiettivo di questo lavoro è quello di presentare l'esperienza di informatizzazione della cartella clinica, con particolare riferimento alla Scheda di dimissione ospedaliera (SDO), attuata nella Clinica Urologica del Policlinico S. Orsola di Bologna a partire dal 1996, al fine di evidenziare i vantaggi presenti nell'automazione di alcune procedure, considerate in genere burocratiche da parte del medico, ma estremamente importanti per l'ospedale. A tal proposito, si cercherà di valorizzare i risultati di tale esperienza dal punto di vista economico-gestionale, cercando di ricondurla all'interno del complessivo processo di riforma in corso all'interno del nostro SSN.

In particolare il presente lavoro verrà sviluppato innanzitutto di analizzando la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) nel contesto dell'ospedale (riferimenti normativi, regole di compilazione, verifica della qualità). Successivamente verrà descritta l'esperienza di informatizzazione della SDO all'interno della Clinica Urologica del Policlinico S. Or-

sola di Bologna, che a partire dal 1996 ha sviluppato un progetto di informatizzazione del percorso del paziente, dalla prenotazione al controllo ambulatoriale. Si cercherà infine di analizzare, all'interno di questa esperienza, i costi e benefici ottenuti dalla Clinica Urologica del S. Orsola durante il periodo di sperimentazione. Questa parte verrà sviluppata attraverso il confronto dell'attività prima e dopo l'introduzione dell'informatizzazione e analizzando le modifiche nell'attività di reparto, gli indicatori di qualità dell'attività sanitaria e l'impatto complessivo del sistema informativo sulla gestione del paziente all'interno di questo reparto di urologia.

2. La gestione delle informazioni nell'attività ospedaliera: riferimenti normativi

Con il decreto del 28 dicembre 1991 (GU 17 gennaio 1992: «Istituzione della Scheda di dimissione ospedaliera - SDO») si prevede, all'articolo 1, l'uso della SDO quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati su tutto il territorio nazionale. La SDO viene definita parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico legale. All'articolo 2 di tale decreto viene stabilito che il responsabile della corretta compilazione della SDO sia il primario o comunque il responsabile medico del reparto (ai sensi del DPR n. 128 del 27 marzo 1969). Costituiscono invece compiti del Direttore sanitario la verifica della completezza delle informazioni contenute nella SDO e la trasmissione della stessa agli organi competenti. All'articolo 3 viene definito il set minimo di dati che la SDO deve contenere (tabella 1). L'articolo 4 stabilisce quali delle precedenti informazioni

costituiscano debito informativo nei confronti del livello centrale (Ministero e ISTAT) ed infine l'articolo 5 rimanda a successivi decreti la specificazione analitica delle variabili e dei sistemi di codifica da adottare (Nonis *et al.*, 1997).

Questo adempimento si è avuto con il decreto del 26 luglio 1993, «Disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati» (GU 3 agosto 1993), in cui si specifica l'obbligatorietà a far data dal 1° gennaio 1995 del flusso informativo inerente la SDO dagli istituti alle Regioni e da queste al Ministero della sanità, sostituendo il precedente modello di rilevazione sui dimessi ISTAT/D/10. In tabella 1 sono riassunte le principali indicazioni contenute in questo provvedimento; la SDO viene suddivisa in cinque parti secondo un criterio amministrativo e di ripartizione funzionale del ricovero, in cui solo le prime quattro parti riguardano propriamente la degenza ordinaria.

Si definisce la prima parte della SDO (o anagrafica), quella che richiede i dati identificativi del paziente del ricovero nonché dell'istituto ove è avvenuta la degenza. La seconda parte della SDO, di accettazione, fornisce informazioni sulle condizioni e sul motivo del ricovero del paziente, nonché altri dati di tipo amministrativo e sul reparto di ricovero. La terza parte della SDO riguarda, invece, il movimento interno e la dimissione del degente che in genere viene compilata a cura della caposala del reparto e trasmesso all'amministrazione (ufficio spedalità), per la registrazione delle giornate di degenza e la loro attribuzione ai singoli reparti operanti nell'ospedale (per i soli ricoveri in regime ordinario). I dati alla dimissione sono invece più di competenza medica. La quarta parte, definita «sanitaria», in quanto riguarda la diagnosi alla dimissione e gli interventi compiuti, è quel-

la di maggiore rilevanza per il medico che effettua la dimissione. Infine, per i soli ricoveri in regime di assistenza diurna (*Day hospital*), è prevista una quinta parte, costituita da due ulteriori informazioni.

Questa esposizione della struttura e della codifica della SDO si riferisce a quanto stabilito in sede nazionale. Ogni Regione e Provincia Autonoma, nel rispetto di quanto previsto dalla norma, possono definire formato, modalità e flussi della SDO per i ricoveri avvenuti nel proprio ambito territoriale (Nonis *et al.*, 1997).

2.1. La SDO nel contesto del sistema informativo ospedaliero

Risulta evidente, dopo avere analizzato il contenuto informativo relativo alla SDO, che la maggior parte delle informazioni e dei relativi flussi della SDO si sovrappongono, a livello di singolo istituto, con atti operativi di singole fasi del ricovero. Ad esempio,

per la parte di accettazione della SDO, si raccolgono dati usualmente gestiti dall'accettazione amministrativa e dal pronto soccorso o accettazione sanitaria; per la parte di movimento interno e dimissione si sovrappongono dati raccolti dalle caposala dei reparti, dell'ufficio ricoveri o specialità e del reparto dimettente e così via (CRESA, 1995; Regione Emilia-Romagna, 1990).

Per assolvere ad un obbligo di legge e per inserire organicamente il flusso informativo della SDO nel contesto dell'ospedale, la questione fondamentale consiste infatti nell'integrazione di questo flusso nel complesso del sistema informativo ospedaliero, utilizzando i dati che da esso derivano ed evitando inutili sovrapposizioni, errori ed ulteriore impegno di risorse non strettamente necessario (CRESA, 1995). Non esistono regole fisse, ma visto che le procedure di realizzazione della SDO per ciascun ricovero nella struttura sono strettamente correlate

Tabella 1 - Informazioni contenute nella SDO (DM 28 dicembre 1991)

<p>a) Anagrafica dell'istituto di ricovero e del paziente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denominazione dell'istituto di ricovero 2. Numero della SDO 3. Cognome e nome del paziente 4. Sesso 5. Data di nascita 6. Luogo di nascita 7. Stato civile 8. Luogo di residenza 9. Cittadinanza 10. Codice sanitario individuale 11. Regione di appartenenza 12. USL di iscrizione 	<p>c) Movimento interno e dimissione</p> <ol style="list-style-type: none"> 22. Trasferimenti Interni 23. Reparto di dimissione 24. Area funzionale di dimissione 25. Data di dimissione o morte 26. Modalità di dimissione 27. Riscontro autoptico
<p>b) Accettazione</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Regime di ricovero 14. Data di ricovero 15. Ora di ricovero 16. Reparto di ammissione 17. Onere della degenza 18. Provenienza del paziente 19. Tipo di ricovero 20. Motivo del ricovero 21. Traumatismi e intossicazioni 	<p>d) Dati sanitari alla dimissione (parte sanitaria della SDO)</p> <ol style="list-style-type: none"> 28. Diagnosi principale alla dimissione 29. Altre diagnosi alla dimissione 30. Intervento chirurgico principale o parto 31. Altri interventi e procedure <p>e) Day hospital</p> <ol style="list-style-type: none"> 32. Motivo del ricovero (in caso di <i>day hospital</i>) 33. Numero di giornate di presenza (in caso di <i>day hospital</i>)

con quelle di compilazione della cartella clinica, generalmente le parti anagrafiche, di ammissione e sui trasferimenti interni sono compilate a cura del settore amministrativo, mentre sono tipicamente di pertinenza sanitaria e medica in particolare i dati sulla dimissione e la parte relativa alle diagnosi, interventi e procedure diagnostico-terapeutiche.

Una procedura ragionevole ed abbastanza diffusa nell'attività quotidiana dei nostri ospedali, consiste nell'utilizzare, dopo uno specifico adattamento, il modello cartaceo della SDO come frontespizio della cartella clinica (Nonis *et al.*, 1997). In ogni caso il modello, le modalità di compilazione ed il flusso informativo relativo alla SDO vanno pensati ed inseriti organicamente nel complesso organizzativo, informativo ed informatico dell'ospedale.

Esiste pertanto una dimensione organizzativa della codifica della SDO, che riguarda gli strumenti e le procedure attuate all'interno dell'ospedale per garantire e mantenere una sufficiente e necessaria qualità del dato. È un problema che non viene in genere affrontato e risolto dal singolo responsabile medico, il quale può, in genere, migliorare la propria competenza specifica sul campo, ma deve trovare soluzione a livello di strategia aziendale, di politica di aggiornamento e di adeguamento della struttura ospedaliera nel suo complesso a questi bisogni informativi.

I principali problemi che i singoli ospedali si trovano ad affrontare, dal punto di vista strettamente organizzativo possono essere brevemente sintetizzati nei punti seguenti:

— definire le figure deputate alla codifica: medici di reparto (codifica decentrata) o direzione sanitaria (codifica centralizzata);

— impostare il ruolo delle altre figure ed uffici nella compilazione della SDO;

— definire il modo in cui si intendono formare i medici o le altre figure identificate alla corretta selezione delle diagnosi (principale e le altre) e degli interventi e procedure diagnostico-terapeutiche (in termini di completezza e di gerarchia), nonché alla corretta selezione dei codici corrispondenti;

— mettere a disposizione degli operatori sanitari adeguati supporti informatici e definire il grado di integrazione delle procedure EDP con il sistema informativo dell'ospedale;

— sviluppare gli strumenti e le procedure previsti per il controllo e la revisione dei processi di codifica all'interno dell'istituto (CRESA, 1995; Nonis *et al.*, 1997).

La soluzione e l'interpretazione di questi punti viene, in genere, trovata in modo diverso all'interno di ogni ospedale e tenendo conto delle caratteristiche organizzative e di risorse

umane peculiari di ciascun istituto. È abbastanza comune definire all'interno di ogni singolo ospedale i percorsi procedurali e formativi per la soluzione dei problemi che sono stati appena enunciati.

La tabella 2 intitolata *Check-list* per la verifica della qualità delle codifiche, elenca una serie di punti a cui dovrebbe essere data una risposta all'interno dell'ospedale. Ad esempio, se non esistono le procedure o i report elencati al punto 4 (o qualcosa di equivalente), probabilmente manca un momento di verifica e misurazione dell'attendibilità delle informazioni codificate contenute nella SDO, con evidenti problemi di valutazione dell'attività, ma anche con risvolti di tipo finanziario alla luce del pagamento a prestazione. Pur nella loro sinteticità, questo schema può offrire un utile punto di riferimento per la discussione e l'implementazione di procedure di monitoraggio a livello di istituto, la cui trattazione specifica peraltro esula

Tabella 2 - Check-list per la verifica della qualità delle codifiche

1. La scheda di dimissione ospedaliera:

- è compilata per tutti i reparti
- è compilata in modo completo (tutti i campi)
- da quale mese ed anno i dati completi sono informatizzati

2. Responsabili e procedure delle operazioni di codifica

- chi codifica
- dove si codifica
- addestramento all'uso dei codici ICD-9 e ICD-9-CM
- uso di terminologia controllata e definita (DP, AD, interventi e procedure)

3. L'uso dei codici

- uso dell'ICD-9-CM o dell'ICD-9 per le diagnosi
- completezza dei campi da codificare
- la codifica dei campi è completa di tutte le cifre richieste

4. La verifica della qualità delle informazioni

- esistono procedure di revisione dei dati cartellari
- esistono procedure di revisione dei codici attribuiti
- esistono report sui principali errori o incompletezze rilevati
- esistono report sulla qualità della codifica (quali: numero medio di diagnosi...)

Fonte: Nonis *et al.*, 1997.

dallo scopo di questo articolo (Regione Emilia-Romagna, 1990; Nonis *et al.*, 1997).

Il Ministero della sanità (Ministero della sanità, 1994-1995-1996) ha elaborato per gli anni 1994-1996 una tabella di sintesi relativa ai principali errori presenti nelle SDO commessi in fase di acquisizione e individuati tramite procedura di elaborazione logica delle schede (tabella 3). Da 14 regioni sono arrivate al Ministero della sanità un campione di SDO pari nel 1996 a 10 milioni circa di schede pari ad oltre il 90% delle SDO attese (erano 5,9 milioni nel 1994, pari al 56% delle attese) (ISTAT, 1997). In tabella 3 è possibile notare la percentuale e la tipologia di errori riscontrati. Tali errori di compilazione risultano in netta diminuzione in questi tre anni (dal 44,3% circa al 22,5% sul totale delle SDO trasmesse), segno evidente di un miglioramento nella qualità della compilazione della SDO, anche se rimangono

possibilità di ulteriori miglioramenti (soprattutto per la parte amministrativa).

Dalla tabella 3 è possibile osservare che gli errori relativi alla compilazione della sola parte sanitaria della SDO (intervento principale errato, diagnosi principale errata, intervento o procedura secondaria errata, diagnosi secondaria errata, intervento principale incompatibile col sesso, diagnosi principale non impostata ecc.) nel 1994 rappresentavano il 20% del totale degli errori (la metà circa degli errori riscontrati). Nel 1996 la percentuale di questi errori è diminuita in modo marcato rappresentando il 6,5% circa del totale degli errori riscontrati. In tabella 4 viene invece mostrata la distribuzione percentuale del numero degli errori riscontrati in fase di acquisizione per Regione e per tipologia di errore.

3. L'esperienza di informatizzazione della Clinica Urologica del Policlinico S. Orsola di Bologna

La nuova organizzazione del SSN e l'introduzione del sistema di pagamento a prestazione, come abbiamo precedentemente evidenziato, ha conferito alla SDO un ruolo fondamentale per le risorse finanziarie dell'Azienda, rappresentando la base informativa elementare del nuovo sistema di finanziamento. La SDO contiene infatti tutte le informazioni necessarie per l'attribuzione dei DRG e per l'individuazione della tariffa relativa a ciascun ricovero. La compilazione della SDO richiede pertanto specificità, completezza nella compilazione del modulo e nella attribuzione dei codici pertinenti.

Queste operazioni risultano pertanto molto importanti non solo per la programmazione sanitaria interna ad una divisione e per la ricerca epide-

Tabella 3 - Distribuzione per tipologia degli errori riscontrati nelle SDO inviate dalle Regioni negli anni 1994-1996

Tipo di errore	1994		1995		1996	
	Numero di errori	% su schede inviate	Numero di errori	% su schede inviate	Numero di errori	% su schede inviate
Regione e USL errate e non impostate	886.238	13,89	1.559.437	17,66	1.423.419	13,16
Data intervento principale errata o mancante	672.492	10,54	530.508	6,01	275.507	2,55
Durata degenza DH errata e non impostata	709.965	11,13	89.513	1,01	182.164	1,68
Intervento o proced. secondaria errata	135.863	2,13	508.519	5,76	181.444	1,68
Diagnosi secondaria errata	157.459	2,47	237.568	2,69	144.159	1,33
Intervento principale errato	125.223	1,96	198.876	2,25	101.182	0,94
Diagnosi principale errata	22.649	0,36	12.030	0,14	53.918	0,50
Codice istituto errato	373	0,01	187.472	2,12	30.831	0,29
Diag. secondaria incompatibile età/sesso	5.316	0,08	12.586	0,14	12.022	0,11
Diag. principale incompatibile età/sesso	9.599	0,15	11.802	0,13	10.580	0,10
Diagnosi principale non impostata	53.450	0,84	96.008	1,09	7.386	0,07
Data di nascita errata e non impostata	17.086	0,27	14.145	0,16	3.678	0,03
Interv. princ. incompatibile col sesso	3.277	0,05	3.052	0,03	2.574	0,02
Interv. o proced. secondario incompatibile sesso	1.072	0,02	2.210	0,03	2.454	0,02
Data di ricovero errata e non impostata	10.092	0,16	4.447	0,05	1.132	0,01
Sesso errata e non impostato	6.737	0,11	2.970	0,03	715	0,01
Data di dimissione errata	10.259	0,16	2.878	0,03	689	0,01
Regime di ricovero errato e non impostato	65	0,00	1.618	0,02	554	0,01
Totale errori riscontrati	2.827.215	44,32	3.475.639	39,35	2.434.408	22,50

Fonte: Ministero della sanità, 1996.

Tabella 4 - Distribuzione percentuale del numero degli errori riscontrati nelle SDO per Regione e per tipologia di errore (1996)

Regione	Diagnosi principale errata o mancante	Diagnosi secondaria errata	Intervento o procedura errata	Regione, istituto o USL errata o mancante	Data di ricovero o dimissione errata o mancante	Altri errori
Piemonte	0,2	8,0	8,0	6,6	0,1	8,9
Valle d' Aosta	0,6	0,3	1,3	4,9	0,1	0,7
Lombardia	0,1	0,1	0,7	33,2	2,3	0,1
Provincia autonoma di Bolzano	1,8	0,1	0,7	3,8	0,2	0,0
Provincia autonoma di Trento	0,7	0,1	0,7	8,1	0,0	22,4
Veneto	0,2	0,2	1,5	33,9	0,0	4,2
Friuli-Venezia Giulia	0,0	0,1	0,8	3,0	0,0	0,0
Liguria	0,2	0,2	1,0	7,1	1,1	3,4
Emilia-Romagna	0,2	0,2	0,5	9,2	0,3	0,3
Toscana	0,2	0,1	12,2	5,2	16,1	1,3
Umbria	0,8	1,0	1,7	2,0	0,0	2,2
Marche	0,7	0,4	1,1	26,4	0,4	8,1
Lazio	0,7	3,0	6,0	0,4	0,3	6,5
Abruzzo	0,3	0,3	1,1	3,1	0,0	0,3
Molise	0,1	0,3	0,3	3,0	0,0	0,0
Campania	0,2	0,1	0,5	0,0	0,0	0,5
Puglia	5,1	4,6	0,7	0,3	0,0	0,1
Basilicata	0,2	0,2	0,7	0,0	0,0	1,6
Sardegna	1,1	2,5	0,4	24,7	0,0	0,0
Totale	0,7	1,4	2,7	13,4	1,7	2,6

Fonte: Ministero della sanità, 1996.

miologica, ma hanno anche uno specifico impatto sulle risorse finanziarie dell' Azienda ospedaliera. Le informazioni sulle caratteristiche cliniche dei pazienti ricoverati e sulle prestazioni fornite durante la degenza contenute nelle SDO rappresentano, inoltre, le fonti informative basilari per rispondere appropriatamente agli incentivi introdotti dal nuovo sistema e alla conseguente necessità di controllare i costi di produzione e la qualità delle prestazioni.

Per far fronte a tali nuovi obiettivi e per l'elevata percentuale di errori commessi nella compilazione della SDO, nel 1995 si è costituito, all'interno della Clinica Urologica, un gruppo di lavoro composto da medici ed esperti di informatica per analizzare il percorso del modulo SDO dalla sua compilazione in reparto fino al momento della creazione del DRG. L'o-

biettivo ultimo era quello di individuare le difficoltà e i limiti della compilazione cartacea e cercare, per quan-

to possibile, di automatizzare questa procedura. Come descritto nella tabella 5, il primo momento del lavoro è

Tabella 5 - Percorso modulo SDO per la definizione del DRG nell'ospedale S. Orsola di Bologna (in parentesi viene mostrata la percentuale media di errori rilevati nelle operazioni di definizione e codifica)

● Accettazione paziente: compilazione parte anagrafica da parte dell' ufficio accettazione
● Dimissione con inserimento codici nosologici da parte del medico (% errori 7-15%)
● Trascrizione codici su programma che crea DRG (% errori 13-15%)
● Primo controllo DRG da parte dell' ufficio competente (% DRG errati 20-30%)
● Invio DRG dubbi in reparto
● Correzione da parte del medico (% DRG da correggere 5-10%)
● Invio DRG corretti all' ufficio competente
● Spedizione DRG alla Regione
● Controllo regionale
● La regione invia in ospedale i DRG errati
● Nuovo controllo ufficio DRG e reparto
● Invio in Regione DRG corretti
● Rimborso della Regione all' Azienda ospedaliera

Fonte: Clinica Urologica, S. Orsola di Bologna

stato quello di analizzare il percorso della SDO all'interno della Azienda ospedaliera.

Una valutazione precisa del percorso appena descritto ha consentito di evidenziare i passaggi critici della compilazione della SDO rappresentati dalla:

— difficoltà per i medici di ricercare i codici al momento della dimissione;

— scarsa attenzione posta dal personale medico nella descrizione delle patologie principali e concomitanti;

— compilazione dei moduli con calligrafia, spesso incomprensibile, tale da rendere problematica la trascrizione dei codici;

— errori di distrazione nella trascrizione dei codici a qualsiasi livello (personale medico e/o amministrativo);

— superficialità nella correzione dei reports inviati dalla Direzione sanitaria per la difficoltà a recuperare la cartella clinica cartacea del paziente.

Alla luce di questa analisi, si è pensato di procedere ad un progetto complessivo di informatizzazione al fine di superare una serie di ostacoli incontrati ed agevolare il lavoro del personale medico ed amministrativo nella procedura di compilazione della SDO. In collaborazione stretta con esperti in informatica, si è realizzato un software (*CliniGest 2000*) in grado di gestire tutte le procedure cliniche amministrative compresa la compilazione automatizzata della SDO. La realizzazione di questo software (definito sfruttando le potenzialità di *Access™* della *Microsoft Corp.*) ha rappresentato per questo gruppo di lavoro una vera sfida, visto gli innumerevoli insuccessi riferiti da chiunque si è avvicinato a questo tipo di problematica. Si ritiene che, in molti casi, la ragione di questi insuccessi possa essere attribuita, alla volontà di creare programmi molto complessi ed eccessivamente dettagliati, oppure, in altri casi, alla volontà

di creare un unico prodotto da adattare successivamente a realtà sanitarie profondamente differenti tra loro e con esigenze diverse. Il *database*, quotidianamente utilizzato nel reparto di urologia a partire dal 1° gennaio del 1996, fulcro del programma *CliniGest 2000*, può essere schematicamente suddiviso in due parti: in una parte iniziale generale, utilizzabile in qualsiasi altro reparto ospedaliero ed in una seconda parte specifica urologica, modificabile a seconda delle caratteristiche del reparto, rispettando in ogni caso le caratteristiche di semplicità del sistema, di essenzialità dei dati e di unicità nella registrazione del dato. In appendice 1 vengono mostrate per punti le caratteristiche principali delle innovazioni introdotte con lo sviluppo del software *CliniGest 2000*.

3.1. Costi e conseguenze organizzative delle innovazioni introdotte sull'attività della Clinica Urologica

L'introduzione di una innovazione tecnologica all'interno di una attività

lavorativa corrente deve determinare sempre (soprattutto in ambito sanitario) un adeguamento dell'organizzazione interna, affinché la struttura colga in pieno le opportunità offerte dall'evoluzione tecnologica (Bloom *et al.*, 1996; Munford, 1967). In estrema sintesi occorre che diffusione tecnologica, aggiornamento professionale, adeguamento organizzativo procedano parallelamente (figura 1). Solo in questo modo è possibile valutare costi e benefici che l'innovazione tecnologica comporta (Drummond *et al.*, 1997; Jefferson *et al.*, 1998, Del Vecchio, 1992), e separare quei costi che non sono propriamente pertinenti all'innovazione, ma sono in realtà legati ad inefficienze nei processi produttivi in questione e/o nell'organizzazione sanitaria nella quale tali processi si sviluppano (EUR-ASSESS, 1997; Fuchs, 1986).

L'introduzione di questo programma di informatizzazione ha modificato in modo sostanziale l'attività della Clinica Urologica nel periodo 1996-1998 per quanto riguarda la gestione

Figura 1 - Relazione tra innovazione tecnologica, innovazione di processo e cambiamento organizzativo



delle informazioni sull'attività e sui singoli ricoveri.

Prima di attuare questo progetto di informatizzazione il momento della dimissione era considerato dal medico un momento particolarmente critico della giornata, soprattutto se, come accade ultimamente, il numero delle dimissioni ospedaliere aumenta costantemente. Il medico doveva trovare prima i libri e poi i codici per compilare la SDO, preparare la lettera di dimissione, controllare la cartella, prenotare eventuali controlli, ecc. Queste risultavano delle procedure ripetitive con numerose sovrapposizioni tra medico e amministrativo, con conseguente allungamento dei tempi di lavoro e perdita di risorse. Tutto ciò determinava una scarsa attenzione all'inserimento dei codici, soprattutto se riferiti a procedure particolari con chiare ripercussioni sulla completezza dei dati. È stato stimato che per ogni dimissione il medico impiegava con la procedura cartacea circa 20 minuti (10 per la compilazione dello SDO e 10 per dettare la lettera) in aggiunta al lavoro di 15 minuti della segretaria amministrativa del reparto. Queste operazioni comportavano, per una media di 4 dimissioni al giorno, 1,2 ora circa di lavoro del medico aiuto, in aggiunta al lavoro dell'addetto amministrativo del reparto (1,0 ore circa al giorno). Ipotizzando un costo annuo dell'addetto amministrativo pari a 44 milioni e quello dell'aiuto medico pari a 75 milioni (considerando un tempo di lavoro annuo medio pari a 1.600 ore per 200 giorni di lavoro all'anno, al netto di eventuali assenze), era stato stimato un consumo di risorse per l'esecuzione di queste pratiche pari a circa 18 milioni l'anno, suddiviso tra costo del lavoro dell'amministrativo (5,5 milioni circa) e quello del medico aiuto (pari a 12,5 milioni circa).

Con l'introduzione dell'informatica nella clinica urologica l'organizza-

zione del lavoro si è sostanzialmente modificata. Grazie alle 15 postazioni informatiche installate nei punti nevralgici del reparto, il medico può dimettere il paziente con estrema semplicità ed in pochi minuti. Con l'aiuto dell'archivio informatizzato il medico aiuto compila e stampa in pochi minuti la SDO e procede alla definizione della lettera di dimissione, già pre-impostata nel programma. È stato stimato che per eseguire tali operazioni sono necessari circa 10 minuti di lavoro (con una riduzione media del 50% del tempo dedicato per questa attività) da parte del solo aiuto medico per ogni dimissione, con un costo del tempo dell'aiuto medico pari a 6,250 milioni circa (considerando 40 minuti al giorno per una media di 4 dimissioni) ed un risparmio potenziale di risorse di lavoro per la Clinica Urologica pari a circa 11,750 milioni l'anno (non includendo quindi il lavoro dell'addetto amministrativo del reparto per tale attività). A questo valore si dovrebbe aggiungere anche il potenziale risparmio di tempo-lavoro dell'attività di controllo e verifica attuato dalla Direzione sanitaria del S. Orsola; tuttavia, in questa fase di sperimenta-

zione, non è stato possibile quantificare con precisione questo ulteriore risparmio di risorse.

L'investimento in sistemi informativi è stato valutato anche in termini di risorse richieste. Il costo dell'introduzione di una innovazione tecnologica deve essere infatti sempre valutato nella sua complessità. L'investimento in sistemi informativi comporta infatti dei costi di esercizio (annuali) e pluriennali (di investimento) (Turolla, 1997). In tabella 6 vengono suddivise queste tipologie di costo associate all'introduzione di sistemi informativi. In particolare l'introduzione di investimenti in informatizzazione comporta nel primo anno costi relativi all'*hardware* (acquisto, installazione, canoni di manutenzione e di *leasing*), di *software* (acquisto, installazione, manutenzione), del personale (interno, esterno, impegnato in formazione, di supporto), di installazione della rete (impianti, bollette telefoniche) e altri costi (cablature, ristrutturazione locali, materiali di consumo, supporto alle attrezzature energia consumata ecc.).

Nel reparto di urologia di Bologna si è stimato un costo iniziale di acqui-

Tabella 6 - Tipologie di costo dei sistemi informativi

Tipologia	Costi pluriennali (di investimento)		Costi di esercizio (annuali)
	Di acquisto	Di sviluppo	
<i>Hardware</i> (PC, stampante)	Acquisto e installazione	Incremento parziale o sostituzione	Manutenzione, canoni di <i>leasing</i> , ammortamenti, mat. di consumo
<i>Software</i>	Utilizzo di licenze	Incremento parziale o sostituzione	Licenze annuali e manutenzione
Personale	Formazione e addestramento	Formazione e addestramento	Stipendi, consulenze, formazione, <i>tutoring</i>
Comunicazioni	Impianti e costo installazione rete	Modifiche impianti, installazione	Bollette telefoniche
Struttura	Allestimento uffici e cablature	Eventuali modifiche successive	Energia e affitti

Fonte: Trippetti, 1999.

sto per attivare il sistema informativo stimato nel 1995 a L. 10.000.000 per ogni postazione installata (erano 10 postazioni nel 1995, mentre nel 1998 sono diventate 15). Tale valore è comprensivo:

- acquisto di PC con stampante e dei relativi supporti;
- acquisto del *software*;
- installazione della rete e cablatu-
re;
- contratti di manutenzione;
- materiale di consumo;
- costi per il personale (di forma-
zione e di *tutoring*).

Successivamente i costi di esercizio annuale per la sola gestione del sistema informativo si riducono del 60-55% circa, sempre per postazione installata. Complessivamente il costo nei quattro anni è risultato di 200 milioni per l'investimento iniziale e di 180 milioni circa durante i tre anni successivi di sviluppo della sperimentazione. Occorre ricordare che oggi il costo del materiale informatico (*hardware*) appena indicato è fortemente diminuito, tanto che una stima attuale del costo per postazione potrebbe risultare inferiore di 4-5 milioni. Anche per quanto riguarda la spesa per il *software* il valore indicato è estremamente variabile in quanto è fortemente correlato dal numero e dalla tipologia complessiva dei programmi installati nelle diverse postazioni e dalle diverse modalità di acquisto.

4. Risultati dell'esperienza

I risultati del progetto di informatizzazione della SDO sono stati valutati sia dal punto di vista del miglioramento della codifica, sia dal cambiamento di alcuni indicatori di attività della Clinica Urologica, sia nelle sue implicazioni economico-gestionali.

4.1. Miglioramenti nella codifica e riduzione degli errori

Dopo 3 anni di utilizzazione del programma sono stati confrontati i dati delle SDO compilati nell'anno 1995 (sistema manuale-cartaceo) con quelle compilate nel 1998 (sistema informatizzato). Con la compilazione cartacea effettuata nel 1995, su 1.000 schede analizzate e prese come campione, la percentuale di errori era del 22% (13,5% di errori effettuati in sede di trascrizione amministrativa, l'8,5% di errori nella attribuzione dei codici da parte dei medici al momento della compilazione). Dopo la informatizzazione della SDO, sempre su un campione di 1.000 schede relative al 1998, la percentuale di errori è nettamente diminuita passando dal 22% al 2% (tabella 7). Occorre precisare inoltre che nella quasi totalità dei casi, gli errori effettuati in sede di trascrizione danno origine a DRG «medici» o addirittura a DRG cosiddetti «cestino», con grave danno economico per l'azienda. Gli errori nella attribuzione dei codici da parte dei medici danno in genere origine a DRG con un peso inferiore rispetto a quelli codificati con il sistema automatico; questo si traduce ancora una volta in una riduzione del rimborso della Regione a favore dell'ospedale.

È stato possibile effettuare il confronto con la percentuale di errori commessi in altri reparti ospedalieri, sempre del S. Orsola, che utilizzano ancora una procedura manuale-cartacea per la definizione della SDO. Sul-

la base dei dati forniti dalla direzione sanitaria dell'ospedale S. Orsola, negli anni 1996-1998, la percentuale di errori di codifica e interpretazione presente in altri reparti dell'ospedale S. Orsola oscillava tra il 20% e il 23%, quindi sovrapponibile a quella presente nella Clinica urologica prima della informatizzazione della procedura SDO.

4.2. Variazione dell'attività nella Clinica Urologica

Per valutare il cambiamento dei principali indicatori di attività della Clinica Urologica del S. Orsola di Bologna, i valori del 1995 sono stati sempre considerati come dati temporali di riferimento e rispetto ad essi (tabella 8) sono stati calcolati quattro indicatori di variazione percentuale, rispettivamente per il solo 1996, per il solo 1997, per il solo 1998 e per il triennio 1996-1998, secondo le formule e la simbologia di seguito indicate:

— $(1996-1995)/1995*100$: riportato in tabella con il simbolo «(96-95)/95»;

— $(1997-1996)/1995*100$: riportato in tabella con il simbolo «(97-96)/95»;

— $(1998-1997)/1995*100$: riportato in tabella con il simbolo «(98-97)/95»;

— $(1998-1995)/1995*100$: riportato in tabella con il simbolo «(98-95)/95».

In questo modo le prime tre percentuali risultano comparabili diretta-

Tabella 7 - Percentuale di errori nella codifica e interpretazione in un campione di 1.000 SDO del 1995 (compilazione manuale) e di 1.000 SDO del 1998 (compilazione informatizzata)

	1995	1998
Errori di interpretazione e/o battitura	13,5%	1,0%
Errori di codifica	8,5%	1,0%
Errori totali	22,0%	2,0%

Fonte: Clinica Urologica, S. Orsola di Bologna.

Tabella 8 - Analisi dei principali indicatori di attività della Clinica Urologica del S. Orsola di Bologna nel periodo 1995-1998

Indicatore	1995	1996	1997	1998
Posti letto degenza ordinaria	25	25	20	20
Numero pazienti dimessi	1.166	1.066	1.002	1.050
Numero DRG medici di 1 giorno	60	95	67	60
Degenza media pazienti dimessi	8,05	5,76	5,49	5,50
Occupazione media posti letto.....	68,50%	71,00%	73,62%	70,00%
Peso medio pazienti dimessi.....	0,853	0,985	1,023	1,100
Numero DRG medici di 1 giorno	302	196	164	164
Percentuale DRG medici	25,90%	18,39%	16,37%	15,00%
Numero DRG chirurgici	864	869	839	839
Percentuale DRG chirurgici	74,10%	81,52%	83,73%	83,73%
Percentuale DRG complicati sul totale.....	3,80%	22,88%	35,05%	36,36%
DRG nulli	13	7	4	4
DRG mal definiti	53	23	20	0
Degenza media preoperatoria	3,10	1,85	1,59	1,50
Numero interventi chirurgici	489	732	637	850
Numero medio esami di laboratorio per pazienti.....	38,34	37,61	52,11	52,11
Costo medio esami di laboratorio per pazienti	L. 76.527	L. 77.441	L. 54.539	L. 54.539

Indicatore	(96-95)/95	(97-96)/95	(98-97)/95	(98-95)/95
Posti letto degenza ordinaria	0,0%	-20,0%	0,0%	-20,0%
Numero pazienti dimessi	-8,6%	-5,5%	4,1%	-9,9%
Numero DRG medici di 1 giorno	58,3%	-46,7%	-11,7%	0,0%
Degenza media pazienti dimessi	-28,4%	-3,4%	0,1%	-31,7%
Occupazione media posti letto.....	3,6%	3,8%	-5,3%	2,2%
Peso medio pazienti dimessi.....	15,5%	4,5%	9,0%	29,0%
Numero DRG medici di 1 giorno	-35,1%	-10,6%	0,0%	-45,7%
Percentuale DRG medici	-29,0%	-7,8%	-5,3%	-42,1%
Numero DRG chirurgici.....	0,6%	-3,5%	0,0%	-2,9%
Percentuale DRG chirurgici	10,0%	3,0%	0,0%	13,0%
Percentuale DRG complicati sul totale.....	502,1%	320,3%	34,5%	856,8%
DRG nulli	-46,2%	-23,1%	0,0%	-69,2%
DRG mal definiti	-56,6%	-5,7%	-37,7%	-100,0%
Degenza media preoperatoria	-40,3%	-8,4%	-2,9%	-51,6%
Numero interventi chirurgici	49,7%	-19,4%	43,6%	73,8%
Numero medio esami di laboratorio per pazienti.....	-1,9%	37,8%	0,0%	35,9%
Costo medio esami di laboratorio per pazienti	1,2%	-29,9%	0,0%	-28,7%

Fonte: Clinica Urologica, S. Orsola di Bologna.

mente e la loro somma produce esattamente la quarta. Quest'ultima fornisce il quadro finale sintetico dell'evoluzione dei principali indicatori della Clinica Urologica nei quattro anni considerati. Inoltre occorre prestare attenzione alla prima percentuale (96-95/95), in quanto cattura, in modo abbastanza evidente, le variazioni immediate dell'attività nella Clinica Urolo-

gica a seguito della informatizzazione nella raccolta delle SDO.

L'attività complessiva della Clinica Urologica nel periodo considerato è abbastanza costante (ad una diminuzione dei pazienti dimessi si accompagna una riduzione del numero di posti letto a seguito di una riorganizzazione interna all'ospedale). Anche la percentuale di occupazione media dei po-

sti letto è abbastanza costante nel tempo, mentre la degenza media dei pazienti dimessi è passata da 8,05 a 5,50 giorni (-31%), con una forte riduzione a partire nel 1996. La riduzione della degenza media nella Clinica Urologica è comunque superiore a quella che si rileva nei dati nazionali del Ministero della sanità (Ministero della sanità, 1996), dove passa da 8,9 giorni

del 1994 a 7,6 giorni del 1996 (- 14%).

Le modifiche dell'attività della Clinica Urologica conseguenti ad una migliore gestione delle informazioni all'interno del reparto si possono innanzitutto ritrovare nella riduzione dei DRG nulli (- 69%) e nella completa scomparsa dei DRG «mal definiti». Altro elemento importante, conseguente ad una migliore codifica della SDO, si ritrova nella percentuale di DRG complicati rispetto al totale (tabella 8). Quando si effettuava in reparto la codifica manuale le complicanze erano spesso tralasciate per la necessità di andare a reperire nei volumi ISTAT i relativi codici delle procedure. Con l'informatizzazione della SDO, i codici delle complicanze sono incluse nei menù di scelta a disposizione del medico che effettua la codifica. Dai dati in tabella 8 è possibile notare che la percentuale dei DRG complicati sul totale è passata dal 3,6% del 1995 al 36% circa del 1998; l'incremento dei DRG complicati è particolarmente evidente nel 1996 (+ 500% circa). Questo ha permesso, in concomitanza con altri fattori già analizzati, di incrementare il peso medio dei DRG del reparto urologico che è passato da 0,853 a 1,100, con conseguente aumento del rimborso medio per DRG. Il rimborso medio per DRG è passato infatti da L. 4.250.000 del 1995 a L. 5.250.000 del 1998 (+ 23,5%). Questo ha determinato un aumento di quasi un miliardo di lire nel rimborso regionale alla Clinica Urologica del S. Orsola (da 4.245 miliardi del 1995 a 5.255 miliardi del 1998).

Un altro aspetto importante da notare nell'analisi della tabella 8, è la riduzione della percentuale di DRG medici sul totale dei pazienti dimessi ed il forte incremento dei DRG chirurgici. I DRG medici, dal 25% del 1995, sono passati al 15% nel 1998; contempora-

neamente è aumentata al 83% la percentuale dei DRG chirurgici nel 1998; questo denota una maggiore specializzazione del reparto di urologia e spiega, in parte, anche l'incremento del peso medio dei pazienti dimessi. Ulteriore elemento da notare è la riduzione dei DRG medici di 1 giorno (- 45%). Infine, la riduzione molto marcata della degenza media pre-operatoria, da 3,1 giorni a 1,5 (- 51%), unitamente alla riduzione del costo medio per gli esami di laboratorio (- 28%) per paziente (da L. 76.527 a L. 54.539), sono elementi che indicano una complessiva migliore gestione dell'attività di ricovero.

5. Discussione

Dall'analisi di questi dati possiamo dedurre che il progetto di informatizzazione della SDO, dopo una prima fase di adattamento, ha generato per la Clinica Urologica effetti molto positivi. Innanzitutto ha determinato rilevanti benefici economici per l'azienda ospedaliera (+ 20% di rimborso da parte della Regione) dovuti alla corretta codifica e alla netta riduzione dei DRG «nulli» o «cestino» con un aumento medio di rimborso per la sola Clinica Urologica nei quattro anni pari a circa un miliardo di lire (da L. 4.245 miliardi del 1995 a L. 5.250 miliardi del 1998) (tabella 9).

L'introduzione dell'informatica nell'attività di gestione dei dati anagrafici e sanitari dei pazienti ha determinato una semplificazione e velocizzazione delle procedure di compila-

zione con notevole risparmio di tempo. Tali risparmi temporali di lavoro del personale sono stati quantificati per la sola Clinica Urologica in circa 11,7 milioni l'anno, pari complessivi a 35 milioni durante i tre anni di sperimentazione (tabella 9). A questo valore si dovrebbe aggiungere, per correttezza, anche il risparmio potenziale di tempo-lavoro dell'attività di controllo e verifica attuato dalla Direzione sanitaria del S. Orsola, il risparmio ulteriore di lavoro se la direzione accettasse l'invio via rete dei codici direttamente nel programma DRG-*Groupier* (in questo caso non servirebbe più la persona che ricopia i codici), il risparmio del personale deputato al controllo dei DRG errati (percentuale che oscilla intorno al 22%), ed infine il tempo che il medico impiega nel correggere i DRG errati inviati dalla direzione. Tuttavia, in questa fase di sperimentazione, non è stato possibile quantificare con precisione queste ulteriori voci di risparmio, ma che complessivamente possono diventare particolarmente rilevanti.

L'investimento informatico è stato stimato in 10 milioni per ogni postazione installata (costo che include: acquisto di PC con stampante e dei relativi supporti, *software*, installazione della rete, manutenzione, materiale di consumo e costi per il personale). Complessivamente il costo per l'investimento iniziale è risultato pari a 200 milioni e di 180 milioni circa durante per tre anni successivi di sviluppo della sperimentazione. In questo caso è possibile concludere che i guadagni

Tabella 9 - Risultati di sintesi dell'esperienza di informatizzazione SDO nel triennio di sperimentazione (1996-1998) (dati in migliaia di lire)

Aumento rimborso da parte della Regione (migliore codifica, aumento peso medio e migliore gestione reparto)	+ L. 1.005.000
Risparmio potenziale di ore/lavoro	+ L. 35.000
Costo sistema informativo (di acquisto, di sviluppo e di esercizio)	- L. 380.000
Benefici del progetto	+ L. 660.000

complessivi per la Clinica Urologica (maggiori introiti dall'attività di ricovero e cura, accanto ad una complessiva migliore gestione del reparto) sono stimabili, nei tre anni, in circa 1.040 milioni, a fronte di costi per l'attivazione, lo sviluppo e la gestione del progetto di informatizzazione pari a circa 380 milioni, con un beneficio complessivo per la Clinica Urologica stimabile in 660 milioni, sempre per il periodo 1996-1998 (tabella 9).

La gestione informatizzata dell'attività ospedaliera ha permesso inoltre, ai responsabili della Clinica Urologica, di conoscere in tempo reale i principali dati sulla produttività del proprio reparto (degenza media, indice occupazionale, numero e tipi di interventi effettuati, percentuale DRG medici, ecc.). Questo ha sicuramente influito sulla migliore gestione del reparto e dell'attività di ricovero. Tali miglioramenti di produttività sono infatti documentati nell'analisi dei principali indicatori di attività sempre per il periodo 1995-1998. In particolare la riduzione della degenza media (- 31%), con il contestuale aumento dell'attività chirurgica (+ 73%) hanno condotto ad una maggiore specializzazione dell'attività della Clinica Urologica. A tali fattori si deve aggiungere la riduzione marcata della degenza pre-operatoria e il miglioramento nella gestione degli esami di laboratorio per singolo paziente.

Per concludere, affrontiamo un importante interrogativo che in genere ci si pone ogni volta che si ragiona di risparmi nei costi nell'erogazione di attività, soprattutto nel contesto di organizzazioni sanitarie pubbliche. Nel paragrafo relativo ai costi e alle conseguenze organizzative delle innovazioni introdotte, si è accennato al fatto che la codifica manuale-cartacea precedente generava ogni giorno attività di lavoro in media pari a 2,2 ore tra il lavoro del medico aiuto (1,2 ore circa

al giorno) ed il lavoro dell'addetto amministrativo (1,0 ore circa al giorno) per complessive 4 dimissioni giornaliere. La codifica SDO informatizzata ha permesso di eliminare il lavoro dell'addetto amministrativo del reparto per questa tipologia di attività e di ridurre a solo 10-15 minuti di tempo-lavoro al giorno dell'aiuto medico (con una riduzione media del 50% del tempo dedicato per questa attività).

La domanda che ci si pone a questo punto può essere la seguente: «Qual è l'utilità di conoscere e contenere il costo di lavoro di singole operazioni quando il costo del personale è, prevalentemente, un costo fisso per l'ospedale, ovvero indipendente dalle diverse attività svolte?» (Bondonio *et al.*, 1995). Immaginiamo, che sia possibile attuare opportune azioni organizzative per dare applicazione alle innovazioni tecnologiche appena descritte in altri reparti ospedalieri. Il risultato che ci si aspetta di ottenere (oltre ad un generale miglioramento della qualità di codifica e degli indicatori di attività di reparto) sarà quello di ridurre l'impiego di personale e di «liberare» una certa quantità di tempi di lavoro. Per esempio, queste nuove procedure di codifica informatizzata hanno permesso di tagliare i tempi di lavoro di 1 amministrativo (200 ore in media sul totale di 1.600 ore di lavoro annuo per 200 giornate di lavoro, il cui costo per l'ospedale è pari a 44 milioni l'anno) e del 50% il tempo di lavoro dell'aiuto medico (il cui costo complessivo per l'ospedale è, indicativamente, di 75 milioni di lire l'anno) dedicato per tale attività (ovvero 133 ore risparmiate di lavoro dell'aiuto medico). In un reparto in cui operano 3 amministrativi e 10 medici (come nella Clinica Urologica del S. Orsola) si avrebbero risparmi cumulativi nei tempi di lavoro degli operatori, a seguito di questa innovazione, pari a circa 5,5 milioni l'anno per l'amministrativo e di 6,250 milio-

ni circa l'anno per l'aiuto medico, con un risparmio potenziale di risorse pari a 11,750 milioni l'anno.

È naturale chiedersi se tali risparmi siano «reali» o potenziali. La risposta tuttavia è la seguente: «dipende da come sono utilizzati i tempi di lavoro così liberati». Infatti, solo nel caso in cui l'ospedale sia in grado di farne un buon uso, si potrà affermare che tale risparmio potenziale si sia trasformato in risparmio effettivo (Bondonio *et al.*, 1995). Come abbiamo visto in precedenza, l'introduzione di una innovazione tecnologica all'interno di una attività lavorativa corrente deve determinare un adeguamento dei processi organizzativi interni, affinché la struttura colga in pieno le opportunità offerte dall'evoluzione tecnologica.

Non è infatti difficile tuttavia ipotizzare alcuni casi di «buon uso» alternativo delle risorse liberate dall'innovazione tecnologica introdotta: per esempio, le 200 ore di tempo-amministrativo potrebbero essere dedicate a definire nuovi indicatori di qualità percepita dai pazienti nella degenza e a fornire altri importanti dati di supporto per migliorare ulteriormente la gestione del reparto (situazione che si è verificata, ad esempio, nella Clinica Urologica del S. Orsola); oppure per realizzare programmi di aggiornamento professionale che arricchiscano il capitale umano a disposizione del reparto. Le 133 ore di tempo-medico liberate dalla codifica manuale potrebbero costituire fattore decisivo per abbreviare la durata delle degenze o per aumentare i tassi di utilizzo delle sale operatorie o degli ambulatori, con l'effetto di ridurre ulteriormente le eventuali liste di attese per i ricoveri di elezione. Se, invece, il livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni complessivamente rese dal nostro reparto, a seguito dell'introduzione dell'informatica, resterà immutato, il risparmio sarà allora solo «potenziale»:

a tempi di esecuzione minori delle operazioni in questione (attività di codifica delle SDO) corrisponderanno, per esempio, tempi più lenti per altre e/o tempi morti ulteriormente dilatati, senza vantaggio alcuno né per l'ospedale né per i suoi pazienti.

In conclusione a tale esperienza di informatizzazione nella gestione della SDO, occorre ricordare che la motivazione, l'interesse e il controllo a cui deve essere sottoposto il flusso informativo della SDO sono cresciuti drammaticamente e la gestione e la manutenzione di questo flusso informativo diventa fondamentale e non separabile dalla dinamica economica e dalla vitalità finanziaria di un ospedale, oltre che per la comprensione e valutazione della produzione ospedaliera. Le informazioni sulle caratteristiche cliniche dei pazienti ricoverati e sulle prestazioni fornite durante la degenza contenute nelle SDO rappresentano, infatti, le fonti informative basilari per rispondere appropriatamente agli incentivi introdotti dal nuovo sistema, e alla conseguente necessità di controllare i costi di produzione e la qualità delle prestazioni.

Appendice. Caratteristiche delle innovazioni introdotte

Il software *CliniGest 2000* è stato impostato seguendo concettualmente il percorso clinico del paziente all'interno di un reparto. Esso è costituito da varie parti indipendenti ma legate tra loro ed in grado di gestire i vari momenti della degenza:

- 1) lista di attesa (anagrafica, preparazione delle sale operatorie, ecc.);
- 2) parte amministrativa (compilazione della SDO e lettera di dimissione);
- 3) parte clinica (anamnesi, E.O. esami di laboratorio e diagnostici, referti operatori, stadiazione, ecc.);
- 4) parte ambulatoriale;

5) parte infermieristica (parametri vitali, terapia, stampa richieste ecc.);

6) statistiche (cliniche e amministrative).

La caratteristica principale di questo programma realizzato all'interno della Clinica Urologia per la gestione del reparto e dell'ambulatorio divisionale in urologia è che non necessita dell'intervento del programmatore per l'aggiornamento delle tabelle di consultazione e per lo studio dei dati archiviati. L'utente (il medico) o la persona incaricata ha infatti la possibilità di aggiornare direttamente il software per mantenerlo al passo con i progressi scientifici. Ulteriori elementi di novità presenti in *CliniGest 2000* possono essere sintetizzati nei seguenti sette punti:

1) gestione archivi: l'archivio generale degli utenti che si sono serviti della clinica urologica ha permesso di velocizzare le pratiche burocratiche connesse ad ogni ricovero successivo al primo e di consultare facilmente i precedenti sanitari. La ricerca dei nominativi è facilitata da una funzione di filtro sul cognome o, in alternativa, da una maschera di ricerca basata su più campi (ad esempio, tutti i sigg. Rossi ricoverati fra il 1° gennaio 1996 ed il 15 febbraio 1997);

2) gestione letti: il programma prevede un *wizard* con una pianta virtuale della corsia (simile a molti software utilizzati attualmente in molti Hotel). Per impostare una corretta gestione del reparto è possibile, quindi, assegnare i letti o spostare i pazienti da una stanza all'altra con il semplice «click» del *mouse*;

3) gestione ricovero: l'anamnesi e l'esame obiettivo all'ingresso sono schematizzati in base alla tipologia del reparto e permettono di poter studiare facilmente la popolazione dei pazienti (es.: quanti interventi di prostatectomia sono stati eseguiti in pazienti con

progresso infarto del miocardio). Le patologie pregresse sono raggruppate per apparato in modo da evitare le ricerche all'interno di voluminosi elenchi. I quadri negativi sono pre-impostati in modo da poter lavorare velocemente in caso di anamnesi povere di pregresse patologie o di obiettività sostanzialmente nella norma;

4) gestione esami di laboratorio e strumentali: *CliniGest 2000* permette di seguire l'andamento dei principali valori ematochimici e dei risultati degli esami strumentali;

5) gestione interventi chirurgici: la descrizione dell'intervento viene pre-memorizzata e permette di evitare dimenticanze. La descrizione dell'intervento, inoltre, così come tutte le altre sezioni della cartella, possono essere stampate per essere direttamente inserite nella cartella cartacea;

6) il reparto come unità produttiva dell'Azienda: il nuovo sistema di finanziamento è strettamente legato alla necessità di compilare correttamente la SDO in modo da permettere il calcolo dei DRG. Con *CliniGest 2000* semplifica il recupero dei codici delle malattie e delle cause di morte (ICD-9) e dei codici degli interventi; in questo modo non occorre consultare i volumi ISTAT. È inoltre sufficiente impostare la stampa in base alla modulistica per eliminare tutti gli errori di trascrizione o di interpretazione della calligrafia;

7) le statistiche: *CliniGest 2000* consente di seguire l'andamento dei principali indicatori (es.: indice di occupazione del posto letto, indice di *turnover*, ecc.) o visualizzare in modo semplice il grafico relativo ai ricoveri dell'ultimo anno.

BIBLIOGRAFIA

- BLOOM B.S., FENDRICK A.M. (1996), *The Tension Between Cost Containment and Underutilization of Effective Health Service*, International Journal of technology

- assessment in Health Care, vol. 12, n.1, p. 1-8.
- BONDONIO P., EANDI M. (1995), *Tempi e costi di lavoro associati al trattamento farmacologico: analisi di alcune opportunità di risparmio*, *Farmeconomia*, vol. 2, n. 3.
- CRESA (1995), *La valutazione economica-gestionale dei servizi sanitari. Metodi, strumenti, strategie*, Ricerca svolta per Formez, Organizzazione Sanitaria, n. 1-2, Gennaio-Aprile.
- DEL VECCHIO M. (1992), *La valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie: che cosa è, a che cosa può servire*, *Mecosan*, 1 (1ª parte), *Mecosan*, 3 (2ª parte).
- DRUMMOND M.F., O' BRIEN B., STODDARD G.L., TORRANCE G.W. (1997), *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, Oxford University Press, second edition.
- EUR-ASSESS (1997), *Report from EUR-ASSESS Project*, *International Journal of technology assesment in Health Care*, vol. 13, n. 2.
- FATTORE G. (1996), *Sistemi di competizione amministrativa nel Ssn: modelli di finanziamento a tariffa e modelli negoziali*, *Mecosan*, 19, pp. 81-85.
- FUCHS V.R. (1986), *Health Care and United States Economic System*, in Fuchs V.R. (a cura di), *The Health Economy*, Harvard University Press Ed.
- ISTAT, (1975), *Classificazione internazionale delle malattie e cause di morte*, Roma.
- ISTAT (1997), *Statistiche sanitarie: anno 1995*, Roma.
- JEFFERSON T., DEMICHELI V., MUGFORD M. (1998), *La valutazione economica degli interventi sanitari*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1995), *SCPS. La scheda di dimissione ospedaliera, casistica 1993*, Roma.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1996), *SCPS. La scheda di dimissione ospedaliera, casistica 1994*, Roma.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1994), *SCPS. Programma ROD, casistica 1992-1993*, Roma.
- MUNFORD L. (1967), *The Myth of the Machine: Technics and Human Development*, Brace & World Ed.
- NONIS M., CORVINO G., FORTINO A. (1997), *La scheda di dimissione ospedaliera*, Il Pensiero Scientifico Editore.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA, ASSESSORATO ALLA SANITÀ, ED. PROGETTO DRG (1990), *L'informazione per la valutazione dell'attività ospedaliera*. Atti del «2° corso regionale di aggiornamento sulle tecniche di codifica e controllo della qualità dei dati della SDO, Bologna, 28-30 novembre 1988». Bologna.
- TARONI F., CURCIO-RUBERTINI B. (1991), *I Diagnosis Related Groups (DRGs) per la valutazione dell'attività ospedaliera*, CLUEB, Bologna.
- TARONI F. (1996), *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- TRIPPETTI S. (1999), *Il costo informatico va pensato*, Il Sole 24 ore, 8 febbraio.
- TUROLLA A. (1997), *La determinazione dei costi nelle aziende ospedaliere*, Giuffrè, Milano.
- VITULLO F., CARINCI F., LEPORE V., TOGNONI G. (1997), *Aziende sanitarie e modelli di uso dei DRG*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

DAL PLUS ORARIO AL BUDGET: UN'AZIENDA SANITARIA ALLA RICERCA DEL MIGLIOR UTILIZZO DELLE RISORSE

Vairo Contini

Direttore sanitario AUSL 2 Lucca

L'Azienda USL 2 Lucca si estende su di un territorio coperto da 29 comuni dove risiedono 222.000 abitanti. È composta da 2 zone suddivise in 3 distretti; sono attivi 2 presidi ospedalieri suddivisi in tre stabilimenti per un totale di circa 900 posti letto. Nell'anno 1999 il tasso d'ospedalizzazione è stato del 172/°° (compreso i ricoveri in DH). L'azienda ha 2.750 dipendenti di cui 350 medici ed è finanziata a quota capitaria.

Quando nel 1995 si è costituita i dipendenti erano 3033 il tasso d'ospedalizzazione era del 232/°° e gli ospedali erano 4 di cui uno psichiatrico che è stato definitivamente chiuso nel 1998. Il livello d'assistenza ospedaliero al tempo impegnava il 50% delle risorse aziendali, attualmente non supera il 45%, la prevenzione è circa al 5% sul territorio i livelli d'assistenza sono andati in continua crescita e attualmente siamo a circa il 9% di ultra sessantacinquenni in assistenza domiciliare.

Infine se nel 1995 il *deficit* era di circa 25 miliardi nel 1998 si è raggiunto il pareggio bilancio, risultato confermato anche nel 1999.

In questi anni si è concretizzato, e continuamente modificato, il metodo di programmazione seguito ed i risultati raggiunti, per ciascun anno, meritano qualche considerazione (tabella 1).

All'inizio (anno 1995) la programmazione fu fatta in relazione alla allo-

ra vigente normativa del «plus orario»; l'azienda chiese ai primari di progettare le attività per l'anno in corso, avendo a riferimento principalmente tre fattori: il rapporto fughe/attrazioni, l'aumento dei DH ed i tempi d'attesa.

Tutti i reparti progettarono attività in sviluppo nel tentativo di rispondere ai tre obiettivi, ma il risultato, alla fine dell'anno, fu: liste d'attesa simili all'inizio, aumento di 5000 ricoveri, molti dei quali in DH di tipo medico, aumento delle fughe per la politica aggressiva delle aziende vicine sia pubbliche (Università) che private (case di cura), aumento anche delle attrazioni seppur in numero molto minore rispetto all'aumento delle fughe.

Dopo breve riflessione, nel 1996 la programmazione ha avuto le stesse caratteristiche dell'anno precedente salvo che è stata imposta direttamente dall'alto con obiettivi specifici molto definiti tipo: n. totale ricoveri per residenti di cui DH, lista d'attesa massima durata media della degenza allineata alla media regionale eccetera. Gli

obiettivi sono stati imposti dalla Direzione aziendale che si è data un piano triennale di rientro sia di tipo economico sia di riqualificazione della propria produzione incentrato sulla riconversione di attività ospedaliere in attività territoriali e sul contenimento dei costi.

Il risultato è stato uno spostamento di circa 2% di risorse dall'ospedale al territorio con una riduzione di 3600 ricoveri per residenti, una stabilizzazione delle fughe e delle attrazioni e uno sbilancio alla fine dell'anno di circa 15 mld.

In questo frattempo si era abbastanza rapidamente provveduto a iniziare una contabilità analitica e a fornire, almeno ai reparti ospedalieri, una reportistica sperimentale; inoltre, a cura dell'area di *staff*, fu progettato e realizzato un corso sulla corretta utilizzazione delle risorse che, protrattosi per oltre un anno, coinvolse tutti i medici e le caposala dell'azienda.

Nel 1997, anno di prima applicazione del nuovo contratto, gli obiettivi di attività furono legati alla retribuzione

Tabella 1 - Modalità di programmazione

Anno	Obiettivi	Risorse
1995	Progetti di <i>équipe</i>	Incentivi
1996	Progetti aziendali	Incentivi
1997	Obiettivi di attività	Salario di risultato
1998	Obiettivi di attività/risorse	Salario di risultato
1999	Obiettivi attività	Risorse

di risultato. Anche in questo caso il metodo seguito fu sicuramente *top down*, tuttavia furono ampiamente discussi con i responsabili dei C.d.R., le possibilità e i margini di intervento sui singoli obiettivi.

Nel 1998 per la prima volta si è strutturata una vera e propria scheda di *budget* e agli obiettivi di attività sono stati aggiunti obiettivi di contenimento dei consumi (farmaci, presidi, prodotti economici, personale); il tutto collegato anche questa volta alla retribuzione di risultato. In questo caso il processo di programmazione si è parzialmente invertito. La Direzione aziendale ha definito gli obiettivi generali aziendali (ricoveri, prestazioni ambulatoriali, assistenza territoriale, liste d'attesa, compatibilità economiche ecc.), con le strutture funzionali (Dipartimenti e Aree funzionali) sono stati discussi e concordati dei macro obiettivi; le strutture funzionali hanno poi discusso e definito con le strutture operative (UU.OO. sezioni, uffici ecc.) gli obiettivi specifici. Questa definizione di obiettivi specifici è avvenuta con il supporto attivo delle strutture di *staff* (ancora oggi completamente centralizzate).

Con il perfezionamento della contabilità analitica e con l'affinamento della reportistica nel 1999 infine la scheda di *budget* ha assunto maggior dettaglio e credibilità, e tutto il processo è stato completamente svincolato dalla discussione sugli incentivi; il processo è diventato quasi completamente di tipo «Bottom up» nel senso che la Direzione ha fissato gli obiettivi aziendali in un seminario con il *Top management*, che ha poi tradotto in una «lettera per il *budget*» cui è seguita la definizione degli obiettivi da parte delle strutture operative in rapporto alle strutture funzionali i responsabili delle quali hanno discusso alla fine le schede di *budget* già compilate con la Direzione aziendale.

Tabella 2 - Rapporto tra programmazione e risultati

Anno	Modalità programmatiche	Risultati attività	Risultati economici (1)
1995	Progetti di <i>équipe</i> /incentivi	+ 5000 ric	- 28 mld
1996	Progetti aziendali/incentivi	- 3600 ric	- 9 mld
1997	Obiettivi di attività aziendali/retribuzione di risultato	- 6700 ric	- 4,5 mld
1998	Obiettivi di attività e contenimento consumi/retribuzione di risultato	- 1000 ric	Pareggio bilancio
1999	Obiettivi d'attività/risorse		Pareggio bilancio

Mentre per i primari la retribuzione di risultato è collegata ad una valutazione circa il raggiungimento sostanziale di tutti gli obiettivi della scheda, per gli altri dirigenti è distribuita in % su 4-6 obiettivi scelti dal primario.

(1) I risultati economici sono quelli effettivamente raggiunti considerati i fondi aggiuntivi regionali e gli sbilanci per compensazioni valutati dopo la chiusura ufficiale del bilancio a causa dei ritardi sulla disponibilità dei dati.

Tabella 3 - Punti critici

<i>Sistema informativo</i>	<ul style="list-style-type: none"> — La mancanza di capillarità delle strutture — La registrazione delle attività — Il <i>caos</i> nella definizione dei dati da registrare (a livello regionale, aziendale e di singola struttura)
<i>Lo sviluppo di un sistema di controllo di gestione</i>	<ul style="list-style-type: none"> — La definizione di un piano dei centri di costo — L'attendibilità dei dati e la riconoscibilità — La condivisione degli indicatori — La mancanza di professionalità nella struttura per la lettura corretta dei dati
<i>Mancanza di cultura manageriale nei medici (attenzione al professionale)</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Mancanza di abitudine alla verifica — Superamento di interessi precostituiti — Necessità di creare motivazioni adeguate — Modesti strumenti incentivanti/punitivi
<i>Mancanza di cultura manageriale negli amministrativi (attenzione al formale)</i>	

Nella tabella 2 sono riportati in maniera sinottica i risultati più significativi ottenuti per ciascun anno

Nella tabella 3 sono invece riportati i punti più critici incontrati nella realizzazione di quanto descritto.