

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**  
Presidente Asdas

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 - Antonello 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](mailto:mecosan@uni-bocconi.it)

Pubblicazione

— edita da **SIPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982 e al n. 80 del Registro degli operatori della comunicazione (R.o.c.)

— 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: € 50,00

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda che:

— è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;

— chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a:

1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83;

2) azioni civili da parte di autori ed editori;

3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57;

— fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. 22 aprile 1941, n. 633, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Clai, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000.

Si ricorda in ogni caso 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.

IN QUESTO FASCICOLO:

Editoriale

2 **Essere contro corrente**

Elio Borgonovi

Sez. 1ª - **Saggi e ricerche**

9 **La gestione per processi in sanità prende avvio dal «Percorso del paziente»**

G. Casati, A. Deales, G. Paladino, N. Delli Quadri

27 **Il distretto sanitario: funzioni e potenzialità di governo della domanda sanitaria**

Francesco Testa, Concettina Buccione

61 **Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità: configurazioni organizzative e finalità strategiche**

Corrado Cuccurullo, Aurelio Tommasetti

73 **La valutazione della qualità percepita in sanità**

Mario Enea, Tommaso Piazza

Sez. 2ª - **Documenti e commenti**

97 **Quale ruolo per il Medico di medicina generale nel nuovo Piano socio sanitario 2002-2004 della Regione Lombardia?**

Emanuele Vendramini

107 **Il conto economico delle aziende sanitarie pubbliche: proposte operative**

Simone Poli

Sez. 3ª - **Esperienze innovative**

119 **Il modello della presa in carico del paziente neoplastico: il caso della rete oncologica piemontese**

Maria Michela Gianino, Giorgio Donna, Giovanni Renga

129 **Il flusso informativo delle SDO ed il sistema dei controlli. L'esperienza nella Regione Veneto**

Salvatore Russo

149 **Inserimento lavorativo dei neoassunti: un'indagine mediante questionario**

Cinzia Biondani, Franco Padovani

163 **I raffronti interaziendali dei dati di costo in sanità: l'esperienza dell'Osservatorio costi della Regione Toscana**

Aldo Ancona, Antonio Barretta, Sandro Signorini

177 **Variazione della domanda di prestazioni di laboratorio in Campania nel biennio 2000-2001**

M. Capunzo, P. Cavallo, V. D'Anna, G. Boccia, G. Lamberti

Sez. 6ª - **Biblioteca**

193 **Novità bibliografiche**

196 **Spoglio riviste**

## ESSERE CONTRO CORRENTE

Elio Borgonovi

*Esiste un dibattito sulla funzione dello studioso e su quella dell'intellettuale che non sarà mai concluso: quello sulla funzione che essi hanno (impostazione positivista) o dovrebbero avere (impostazione normativa) nella società. Per quanto riguarda lo studioso di determinati fenomeni, nel caso specifico il funzionamento del sistema di tutela della salute, le due alternative che si confrontano si possono riassumere nei seguenti termini:*

*a) lo studioso di management sanitario è colui che razionalizza le conoscenze dei fenomeni in modo organico sistematico così da facilitare la formulazione di politiche (della salute nel caso specifico) e la loro traduzione in sistemi di management, in decisioni e comportamenti quotidiani utili a migliorare il funzionamento del sistema sanitario;*

*b) oppure lo studioso è colui che, utilizzando rigorosi strumenti logici e metodologici di analisi e interpretazione della realtà, mette in evidenza i limiti che ogni politica, ogni sistema di management, ogni sistema di decisioni e di azioni ha in sé, sottopone a «critica» (nel senso classico del termine) le soluzioni attuali per anticipare i possibili effetti negativi e aiutare in questo modo policy maker, manager e operatori a prevenire gli effetti negativi, predisponendo interventi idonei a limitarli.*

*Alternativamente queste due posizioni sono sintetizzabili nei seguenti termini: studioso è colui che è profondamente radicato nel presente con una attenzione al futuro, o studioso è colui che è essenzialmente proiettato nel futuro e che quindi considera i problemi attuali di limitato interesse in quanto per lui fanno già parte del passato.*

*Il dibattito non sarà mai chiuso perché, a parere di chi scrive, per la società sono necessarie entrambe le figure di studioso, quella che si può definire di «sistemizzatore-divulgatore-traduttore» che aiuta la società a beneficiare dei risultati delle conoscenze, creando un ponte tra esse e le politiche, le decisioni, le azioni quotidiane e quella dello studioso «anticipatore-critico-pungolo» che impedisce alla società di fermarsi, o almeno la costringe ad una riflessione sulla necessità di cambiare continuamente per migliorare.*

*Il termine di studioso non è stato usato a caso al posto di quello di scienziato (o ricercatore) che per definizione coincide, o rappresenta, la tipologia di studioso orientato al futuro che, spesso, anche nell'immaginario comune, è considerato poco interessato al presente e poco concreto, più interessato alle nuove idee, alla scoperta, che non alla loro realizzazione. Non si ritiene neppure di fare cenno alla figura di chi semplicemente si fa*

*sostenitore acritico delle politiche e delle scelte del presente, cercando di usare in modo strumentale analisi e metodologie della ricerca (pseudostudiosi «organici» alle posizioni politiche della maggioranza e dell'opposizione).*

*Esistono anche due diverse tipologie di intellettuali. Quelli che interpretano i valori prevalenti della società e se ne fanno portatori nei confronti di coloro che prendono le decisioni (politici, imprenditori, manager pubblici o privati), nei confronti di coloro «che gestiscono il potere». A volte si tratta di persone di vasta cultura, che si esprimono in modo chiaro e convincente, che sono molto attenti alle percezioni della società, ai suoi umori, alle sue emozioni, ai suoi modi di pensare e che svolgono la funzione di «dare voce» a ciò che la gente comune spesso pensa, ma non è in grado di esprimere.*

*Questo tipo di «intellettuale» che è spesso presente sulle pagine dei giornali maggiormente letti (di tipo tradizionale o on line) e che viene frequentemente invitato a dibattiti, tavole rotonde o conferenze svolge (quando essa è fatta con efficacia e non in modo strumentale) una funzione molto utile per la società moderna, quella di raccordo tra coloro che «siedono nella stanza dei bottoni (o delle decisioni)» e coloro che, in vari ambiti, sono i destinatari delle stesse decisioni e devo-*

no attuarle. A volte tali intellettuali hanno con la società civile contatti «distorti» dal filtro costituito dalle cerimonie ufficiali, dalle ipocrisie e dalle forme di «ossequio» o al contrario di «irriverenza», che la società moderna ha create attorno a chi ha posizioni di rilievo, o di potere. Queste figure di intellettuali hanno un principale grande limite, ovviamente a parere di chi scrive: quello di cambiare spesso idea e posizione in tempi brevi, di sostenere posizioni spesso esattamente contrarie a quelle sostenute pochi mesi prima, di criticare scelte del passato, spesso facendo frequentemente «autocritica», ponendo la loro vasta cultura, il loro fine argomentare al servizio di un sentire comune che nella società moderna cambia con estrema velocità.

Ci sono poi intellettuali che non amano seguire le mode e le opinioni prevalenti e che preferiscono analizzare e interpretare i problemi del presente alla luce di tendenze di più lungo periodo, valutandoli in rapporto al passato e in una prospettiva futura.

Questi tipi di intellettuali ritengono che la loro funzione non sia quella di «amplificare» le sensazioni, le percezioni, le emozioni e anche le teorie dominanti in un dato periodo dando loro una voce autorevole, ma al contrario sia quello di «attenuare» i fenomeni di autoalimentazione del pensiero dominante che è oggi così forte nella società dell'informazione, creando un «bilanciamento» alla cultura prevalente. Essi fanno ciò, non perché si sentono elitari, ma perché credono che il cambiamento sociale, come quello economico, debba avvenire per andamenti più lineari e meno caratterizzati da alti e bassi, ad esempio del ciclo economico, delle previsioni (ottimistiche o pessimistiche) sul futuro della terra a causa dei fenomeni di inquinamento, della fiducia o sfiducia in certi strumenti quali sono le tecnolo-

gie, la Borsa, gli interventi a sostegno degli investimenti pubblici o privati, la detassazione con i suoi effetti sui consumi o sugli investimenti, ecc. Questi intellettuali credono che il cambiamento sociale debba avvenire non per dinamiche a «pendolo largo» (cioè ampi spostamenti da una posizione a quella contraria), ma piuttosto per dinamiche «a pendolo stretto» (fatta di azioni e reazioni sociali più limitate e più vicine al mondo reale).

Anche in questo caso non si considera una terza figura, quella degli intellettuali che considerano con distacco e spesso con atteggiamento di «sufficienza» le dinamiche di una società rispetto alla quale essi si considerano una élite privilegiata (per cultura, per credo religioso, per determinazione e purezza ideologica) che reinterpreta il principio leninista (e di ogni altro integralismo) secondo cui «minoranze coscienti» possono e devono assumere la leadership, di «maggioranze incerte» e senza chiari obiettivi.

Questa lunga premessa è stata posta per richiamare l'attenzione del Lettore sulla funzione che Mecosan ha cercato di svolgere in questi 11 anni di vita nel dibattito sul sistema sanitario italiano, che oggi si preferisce chiamare sistema di tutela della salute. Una funzione che, in un certo senso, ne ha sempre fatto una Rivista «controcorrente» o perlomeno sfasata rispetto alle tesi dominanti nei diversi periodi storici. Una funzione che è stata svolta soprattutto tramite gli editoriali, ma che in qualche modo caratterizza tutta la Rivista i cui contributi, distribuiti nelle diverse sezioni, spesso sono stati anticipatori di temi non ancora diventati «temi caldi» del dibattito politico e sociale (ma che lo sarebbero diventati entro breve tempo). Contributi che altre volte presentano esperienze di concrete attuazioni di strumenti che il «dibattito del momento» considera ormai tradizionali e,

magari, obsoleti ma che in effetti non sono ancora diffusi nella pratica e che perciò non incidono sui concreti risultati.

Questa impostazione, che si ritiene di mantenere anche di fronte ai tre temi caldi del dibattito degli ultimi mesi, ossia la trasformazione delle aziende ospedaliere in Fondazioni (partendo dagli Irccs pubblici), l'introduzione di mutue obbligatorie per l'assistenza a persone non autosufficienti, la revisione dello status giuridico dei medici e in particolare delle clausole di esclusività del rapporto con le aziende sanitarie pubbliche, appare evidente da una rilettura della storia di Mecosan. La Rivista nata agli inizi degli anni novanta per dare una voce «sistematica e organica» alle esigenze di introdurre principi, criteri, metodi e strumenti di tipo «aziendale» nella organizzazione dei processi di offerta di servizi di tutela della salute. Erano gli anni in cui si avvertiva l'esigenza di consolidare e di diffondere una cultura favorevole a quelle modifiche legislative (decreti legislativi 502/92 e 517/93) che sono state, con brutto neologismo, definite come «aziendalizzazione» della sanità. Per amore di precisione, occorre ricordare ai Lettori che, fin dalla sua costituzione, il CeRGAS (cui fa capo la responsabilità scientifica di Mecosan) e i ricercatori che in esso operano o hanno operato, hanno sostenuto che le istituzioni responsabili della produzione ed erogazione di prestazioni e servizi di tutela della salute (pubbliche e private) potevano e dovevano essere studiate anche «come aziende», in quanto in esse erano presenti rilevanti processi di ordine economico, indipendentemente dai fini (di ordine non economico) della forma giuridica che fino alla riforma del 92/93 era quella di «strutture operative dei comuni».

*Ma chi ha vissuto quegli anni, o chi li ha indagati attraverso la letteratura e il dibattito allora dominanti, sa che vi era una forte opposizione culturale all'introduzione degli strumenti propri del paradigma aziendale e forti preconcetti anche al semplice uso del termine. Vi era una forte chiusura e una forte resistenza ad accettare l'apporto di questa disciplina, anche se si era ormai superato il clima di ostracismo ben espresso dal ricordo di un'esperienza vissuta da chi scrive che, invitato a presentare una relazione ad un Convegno, si sentì dire da un altro relatore: «Ma cosa c'entrano gli aziendalisti con la sanità, dato che in questo settore ci si occupa della salute delle persone e non di produrre profitto?».*

*Alla fine degli anni ottanta e agli inizi degli anni novanta, l'atteggiamento era profondamente cambiato in quanto il Ssn stava attraversando una grave crisi dovuta a tre principali motivi:*

*1) l'evidente distorsione creata dal fatto che alla priorità della «politica sanitaria» sulla gestione (uno dei principi posti alla base della istituzione del Servizio sanitario pubblico e che, di per sé, era ed è condivisibile) si era sostituita durante gli anni ottanta la «gestione politica della sanità», ossia l'uso, a fini di acquisizione del consenso, delle ingenti risorse destinate al settore e dell'indubbio potere di influenza che in esso si può generare;*

*2) la caduta della illusione programmatica di poter governare globalmente (a livello di intero sistema nazionale) la domanda e l'offerta, tramite «scelte di priorità» fondate su analisi e valutazioni di tipo razionale (sul piano scientifico, tecnico, sociale, o anche semplicemente economico): le pressioni di diversi gruppi sociali, o di malati rendevano impossibile la ricerca di un punto di equilibrio;*

*3) l'incapacità di governare le forte spinte derivanti dal rapido sviluppo delle tecnologie sanitarie che rendeva impossibile mantenere un equilibrio tra finanziamento e livello di spesa, con il ricorrente e cronico presentarsi di disavanzi a consuntivo.*

*Il messaggio che si cercò di dare ai vari «attori» del Ssn dalle colonne di Mecosan può essere sintetizzato nei seguenti termini: il modello aziendale può contribuire ad affrontare la crisi in quanto:*

*— l'azienda è «lo strumento attraverso cui si applicano le conoscenze che consentono di utilizzare al meglio le risorse scarse per raggiungere i fini» (quindi la logica aziendale rispetta il finalismo del Ssn);*

*— sostiene che l'equilibrio generale di un sistema può essere stabile e valido in un lungo periodo solo se si è in grado di raggiungere un equilibrio stabile e duraturo delle varie parti dello stesso (concetto di economicità aziendale);*

*— si fonda sul principio che le politiche per essere efficaci devono essere realistiche e sostenibili sul piano tecnico, organizzativo ed economico.*

*Dal momento in cui furono recepiti anche sul piano legislativo i principi aziendali si poteva considerare conseguito l'obiettivo di legittimazione di tale modello e, quindi, dalle colonne di Mecosan si cominciò a lanciare con insistenza segnali di attenzione, e anche di aperta critica, con riguardo alle errate e distorte interpretazioni che si stavano dando al modello aziendale dalla cultura che da minoritaria stava diventando predominante. In particolare a partire dalla metà degli anni novanta, Mecosan ha più volte sottolineato che:*

*1) in molti casi si manifestava il rischio di confondere i mezzi con i fini: ad esempio si è sempre sostenuto che l'equilibrio di bilancio deve essere il risultato di processi di razionaliz-*

*zazione della gestione che partono dall'imperativo di dare risposte efficaci ai problemi di salute, e non deve essere il vincolo rigido da considerare «punto di partenza» cui subordinare le scelte delle aziende sanitarie;*

*2) vi era spesso un'interpretazione «riduttiva» del modello aziendale che veniva confuso con le tecniche (contabili, di programmazione, di controllo di gestione, di gestione del personale, di valutazioni costi benefici, ecc.): consulenti improvvisati, a seguito della forte richiesta di esperti aziendali, o interessati «a vendere le tecniche» e a trasferire acriticamente «soluzioni pronte per l'uso» più che ad aiutare lo sviluppo, la diffusione o il consolidamento di conoscenze sull'uso razionale di risorse, teorie adatte alle specificità del Ssn, rischiavano di determinare più svantaggi che vantaggi attraverso inadeguate applicazioni del modello aziendale;*

*3) era fuori luogo una fiducia quasi «fideistica» che una parte dei manager nominati ai vertici delle nuove aziende nutrivano nella capacità dei propri strumenti: Mecosan andò controcorrente ricordando frequentemente che «i problemi della salute» sono molto più complessi dei problemi di produzione ed erogazione dei servizi utili a soddisfare altri bisogni e che quindi l'apporto delle discipline aziendali (o del management) avrebbe potuto essere solo parziale e sarebbe stato utile solo in presenza di altre condizioni quali politiche sanitarie realistiche, sistemi di autoregolazione e autocontrollo da parte dei medici e di tutti i professionisti, corresponsabilizzazione delle imprese collegate al settore (che avrebbero dovuto passare dal ruolo di semplici «fornitori» a quello di «partner» per la ricerca di soluzioni più soddisfacenti per i «destinatari finali» del sistema), adeguata considerazione della spesa sanitaria (che sul piano della funzione eco-*

nomica non è tutta «di consumo», ma che ha anche una componente di «investimento» e di «traino dello sviluppo economico» e che quindi non può essere l'oggetto prioritario di politiche di contenimento della spesa);

4) una eccessiva enfasi sugli effetti positivi di «meccanismi» quali la concorrenza, il sistema di finanziamento (tipicamente quello delle tariffe Drg), la responsabilizzazione economica dei Direttori generali sui risultati di bilancio che avrebbero determinato «automaticamente» la razionalizzazione del sistema: la linea di Mecosan al riguardo è sempre stata quella di sostenere che in economia (e tanto meno nei sistemi sociali) non esistono automatismi, ma «sistemi di regole» che producono risultati positivi o negativi a seconda del modo in cui esse sono applicate dalle persone, che la «competizione in sanità» avrebbe dovuto essere applicata con modalità diverse da quelle tipiche della «concorrenza di mercato» (proposte di sistemi di competizione collaborativa guidata da regole fissate dalle regioni o dallo Stato, finalizzate a orientare i comportamenti verso obiettivi comuni di compatibilità generale), che l'eccessiva enfasi sul finanziamento avrebbe creato penalizzazioni per le funzioni meno legate alla produzione di prestazioni come è, ad esempio, il caso della assistenza per lungodegenti e per persone non autosufficienti.

Più volte dalle colonne di Mecosan si è cercato di chiarire che il termine azienda non va confuso con quello di impresa, che vanno distinte le motivazioni e i fini per i quali si organizza una certa attività dagli strumenti di misurazione dei risultati (dell'efficacia, della qualità dei servizi, dell'efficienza, dell'economicità), che esiste una precisa priorità dei criteri di valutazione della gestione che qualifica l'efficacia della risposta come criterio prioritario, l'efficienza come condi-

zione che può facilitare un ampliamento della quantità dei bisogni soddisfatti e un miglioramento qualitativo, l'economicità (che non necessariamente coincide con il pareggio «contabile» di breve periodo) come condizione di realistica che consente di mantenere l'autonomia di scelta. Nel sostenere questi concetti Mecosan si trovò tra «l'incudine» (di coloro che erano ancora contrari al modello aziendale) e «il martello» (degli aziendalisti o dei manager oltranzisti e rampanti o ignoranti, nel senso classico del termine in quanto ignoravano l'estrema complessità del settore).

Ancora controcorrente è stata la posizione di Mecosan nel periodo del dibattito e della approvazione della legge 229 che, a parere di chi scrive, è stato il risultato di una «anomala convergenza» (o compromesso) di due diversi ideologismi:

— quello derivante dalla distorta interpretazione degli ideali della solidarietà (cattolica e laica) che si è ritenuto di poter imporre con regole dettagliate (si pensi alle decine di regolamenti previsti e mai emanati), rigide e dogmatiche;

— quella della difesa del sistema pubblico in senso istituzionale (basato su poteri sovraordinati di organi pubblici) piuttosto che in senso «funzionale» (ossia sistema di regole capaci di guidare e orientare diversi soggetti, pubblici e privati, verso fini di interesse generale, oltre che convenienti e/o soddisfacenti per ogni soggetto interessato).

La linea di Mecosan era ritenuta, alla fine degli anni novanta «contraria» sia alla linea del governo, o perlomeno dell'allora Ministro Bindi che era chiaramente contraria al modello aziendale, sia a molti critici della linea governativa che consideravano, e forse tuttora considerano, le posizioni di Mecosan ancora troppo caute rispetto a modelli spinti di competizione

pubblico-privato, di enfasi sulla scelta del passato, di corresponsabilizzazione economica tramite forme assicurative e di tipo mutualistico e ancora troppo legata al concetto di servizio pubblico.

Nella fase attuale, Mecosan è ancora una volta controcorrente perché manifesta dubbi sulla reale efficacia delle tre linee che sembrano dominare la politica sanitaria attuale:

a) interventi di architettura istituzionale e finanziaria quale è l'ipotesi di trasformazione delle aziende ospedaliere in Fondazioni aventi l'obiettivo di attrarre capitali privati;

b) interventi «parziali» su fronti diversi quali sono il rilancio dei grandi ospedali di alta specializzazione da un lato e l'assistenza delle persone non autosufficienti dall'altro (proposta di apposite mutue obbligatorie): al contrario di altri critici che temono «lo smantellamento del sistema pubblico» la critica (in senso classico e quindi costruttivo) che si intende lanciare da queste colonne riguarda il fatto che la logica di «risolvere singoli problemi» ha fatto diminuire l'attenzione sulla esigenza di agire su tutto il sistema e di risolvere in modo coordinato, se non proprio integrato, i «problemi del sistema nel suo insieme»;

c) il rilancio della «centralità» del medico, e in generale dei professionisti della salute, che è obiettivo pienamente condivisibile in quanto si ritiene fondata l'analisi del Ministro secondo cui una parte dei manager delle aziende sanitarie ha ritenuto nei 5-6 anni trascorsi di poter «risanare le aziende» senza cercare l'appoggio, o addirittura contro i professionisti: ciò che desta perplessità è l'eccessiva fiducia che si nutre nei confronti dell'etica e della deontologia professionale e l'idea, un po' utopica, secondo cui gli obiettivi professionali dei medici e degli altri professionisti coincidono sempre e in larga parte con le

*reali esigenze dei pazienti e sono sempre pienamente compatibili con gli obiettivi attribuiti alle aziende pubbliche.*

*Peraltro su questi temi di attualità Mecosan ha svolto specifici approfondimenti (tema delle Fondazioni) o li svolgerà nei prossimi numeri. Perciò, dopo aver invitato il Lettore a ripercorrere eventualmente gli editoriali di Mecosan con questa chiave di lettura, è opportuno in conclusione ricordare che:*

*1) essere «controcorrente» non è di per sé indicatore positivo: può essere segno di autonomia di pensiero rispetto alla cultura dominante, ma potrebbe anche essere segno di scarsa capacità di cogliere i reali problemi e di avere la corretta sensibilità per ciò che è rilevante in un dato periodo storico;*

*2) essere controcorrente non vuol dire necessariamente essere contro le posizioni del governo, anche se è vero che vi è una certa so-*

*vrapposizione dovuta al semplice fatto che i provvedimenti (di legge o di politica sanitaria) sono decisi dal governo centrale in carica o dai governi regionali in carica e che la critica in genere viene rivolta ai provvedimenti;*

*3) essere controcorrente è comunque utile se si è in grado di introdurre nel dibattito argomentazioni solide e fondate: aiuta tutti a riflettere più a fondo sulle decisioni che si intendono assumere.*

# **Saggi e ricerche**

Sezione 1<sup>a</sup>

La rivista trimestrale di saggi e ricerche,  
documenti e commenti,  
per il governo manageriale della sanità

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

# SI ABBONI SUBITO AVRÀ DUE ANNATE AL PREZZO DI UNA

CAMPAGNA PROMOZIONALE VALIDA FINO AL 31 MAGGIO 2003

CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE DI ABBONAMENTO 2003 + ANNATA ARRETRATA IN REGALO  
DUE ANNATE AL PREZZO DI UNA: € 205,00

Programma abbonamento 2003

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

- Vi prego voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano, n. .... abbonament..... a

## MECOSAN

Management ed economia sanitaria

diretta da Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi

con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco).

- Pertanto:

- Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**
- Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**, come da ricevuta allegata  
Barrare la casella che interessa

- Avendo provveduto al pagamento dell'abbonamento entro il 31 maggio 2003, ho diritto ad una annata arretrata in regalo (con esclusione del 2001 e 2002).

Cognome e nome ..... Via .....

C.a.p. .... Località ..... Prov. ....

..... lì ..... Annata arretrata prescelta: 19.....

Codice Fiscale .....

FIRMA E TIMBRO .....

Partita IVA .....

(In caso di Ente, USL, Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

L'ordine è valido se accompagnato dal pagamento dell'abbonamento entro il 31 maggio 2003.

L'offerta della presente campagna promozionale non è cumulabile con altre e non si applica agli ordini che pervengano tramite libreria.

La scelta dell'annata non costituisce vincolo per la **SIPIS**, che in caso di esaurimento delle scorte in magazzino, può sostituire l'annata prescelta con altra annata.

# LA GESTIONE PER PROCESSI IN SANITÀ PRENDE AVVIO DAL «PERCORSO DEL PAZIENTE»

G. Casati<sup>1</sup>, A. Deales<sup>2</sup>, G. Paladino<sup>3</sup>, N. Delli Quadri<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Partner Sanità & Management Consulting già responsabile dell'area Percorso del Paziente - CeRGAS Università Bocconi

<sup>2</sup> Area Ricerca e Sviluppo e Controllo di Gestione dell'Azienda Ospedaliera San Salvatore di Pesaro

<sup>3</sup> Unità Operativa Igiene ed Organizzazione dei Servizi Sanitari - Azienda Usl 6 di Livorno

<sup>4</sup> Ufficio Organizzazione e Programmazione Qualità e Accredimento - Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone

**SOMMARIO:** 1. Il processo di «aziendalizzazione» della sanità - 2. La crisi dei sistemi di gestione tradizionali - 3. La gestione per processi - 4. L'approccio del percorso assistenziale del paziente - 5. La riprogettazione dei percorsi oncologici nell'Azienda ospedaliera S. Salvatore di Pesaro - 6. Il percorso come strumento di comunicazione nell'Azienda Usl n. 6 di Livorno - 7. Il monitoraggio dei percorsi nell'Azienda ospedaliera S. Maria degli Angeli di Pordenone - 8. Considerazioni conclusive.

*The innovations introduced, in the latest decade, in the Italian NHS have promoted the implementation of traditional managerial tools (cost accounting and budgeting systems) and of «new» organizational solutions that, up to now, are active in the main part of autonomous hospitals and local health units. The moderate results, obtained by these actions, on expenses government have convinced many health organizations on the need of integrating the existing managerial tools with new ones more oriented on results (not only in economic terms) of process measurement to improve quality, organizational integration and to give to the professionals more efficacy information to get better performances. In this article are reported the main characteristics of the methodological approach followed and some of the results obtained during an experimental research, leaded by CeRGAS Bocconi in co-operation with Glaxo-Smith Kline Spa, in eleven health Italian organizations.*

## 1. Il processo di «aziendalizzazione» della sanità

Il processo di decentramento che, negli anni novanta, ha caratterizzato il Servizio sanitario nazionale sta progressivamente entrando in una fase di maturità sostanziale. Con ciò non si intende affermare che, oggi, le aziende sanitarie hanno definitivamente abbandonato modelli di gestione di tipo «burocratico» ma che, sulla base delle evidenze derivanti da diverse indagini condotte sul cosiddetto «processo di aziendalizzazione», una serie di principi e di strumenti gestionali si stanno progressivamente consolidando aprendo, nei fatti, un interessante dibattito sulle possibili prospettive future e sulla validità di certi strumenti di gestione finalizzati al governo delle organizzazioni sanitarie.

I principi contenuti nei provvedimenti che hanno, nell'ultimo decen-

nio, tracciato il cambiamento del Servizio sanitario nazionale e si sono maggiormente consolidati sono, in sintesi, legati a:

— *le modalità di acquisizione delle risorse di funzionamento*: i criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale, così come i criteri adottati per l'assegnazione delle risorse alle singole aziende sanitarie, sono stati oggetto di una profonda riprogettazione passando dal tradizionale sistema della spesa storica, peraltro sistematicamente corretto dal ripiano a pie' di lista dei deficit di gestione delle singole aziende sanitarie, a quello della quota capitolaria. Tale modificazione, sulla carta estremamente semplice, ha generato una vera e propria rivoluzione nel mondo sanitario rendendo sempre più incerto l'ammontare delle risorse disponibili. L'introduzione del criterio della quota capitolaria, infatti, è stato le-

gato al principio della responsabilità della tutela della salute nei confronti dei cittadini residenti sul territorio di competenza amministrativa (regioni e aziende sanitarie locali). Innovazione che, in virtù della creazione di aziende ospedaliere autonome, dell'attuazione dei principi dell'accreditamento, determinando l'inclusione nel Servizio sanitario nazionale della stragrande maggioranza delle strutture private, e della riconferma del principio di libertà di scelta del paziente, è stata ulteriormente integrata con meccanismi di finanziamento basati, almeno con riferimento all'attività ospedaliera e

---

Il presente articolo è frutto della collaborazione congiunta di tutti gli autori. Solo a scopo di attribuzione, il § 5 è di A. Deales, il § 6 è di G. Paladino, il § 7 è di N. Delli Quadri mentre gli altri sono stati redatti da G. Casati.

specialistica ambulatoriale, sui risultati prodotti;

— *il sistema delle responsabilità economiche e gestionali*: nel nuovo modello di sistema sanitario, la responsabilità sull'equilibrio economico finanziario dello stesso grava in capo alle regioni. Sono queste ultime che, infatti, sono tenute a ripianare gli eventuali *deficit* di gestione delle aziende sanitarie attraverso l'indebitamento e/o l'imposizione fiscale. Tale responsabilità non poteva che essere, in seconda battuta, attribuita anche alle aziende sanitarie e, all'interno di queste ultime, ai dirigenti responsabili di struttura. In questo senso, pertanto, sono stati progettati e attuati strumenti e costituiti organismi finalizzati a valutare i risultati gestionali, tanto a livello di intera azienda che a quello di articolazione organizzativa interna.

A causa delle modificazioni intervenute nel Sistema sanitario nazionale, è stato possibile osservare una vera e propria primavera di iniziative volte alla progettazione e realizzazione di sistemi e strumenti finalizzati a garantire modelli e modalità di gestione coerenti con i contenuti del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni e integrazioni. Si è trattato di un processo di cambiamento non lineare, che non ha coinvolto tutte le aziende sanitarie allo stesso modo e contraddistinto, anche, da elementi di confusione ma che, nella sostanza, è rappresentativo di una vitalità e reattività delle organizzazioni sanitarie che solo sul piano normativo ci si attendeva più sollecito.

Sul piano dei sistemi e strumenti di gestione, il nuovo sistema di contabilità generale, quello economico-finanziario patrimoniale che ha sostituito il vecchio sistema di contabilità pubblica, può essere ormai considerato implementato in tutte le aziende sanitarie italiane. La diffusione dei tradizionali sistemi di programmazione e control-

lo di gestione (contabilità analitica e *budget*), sulla base di studi mirati (Mastrobuono I., 1998; Casati G., 2000; Commissione parlamentare d'inchiesta sul servizio sanitario, 2001), copriva, nel 1999, oltre il 60% (180 su 292) delle aziende sanitarie pubbliche contro il 25% del 1997.

Anche sul fronte delle innovazioni organizzative, è possibile osservare discreti progressi: nel 1999 circa il 50% delle aziende sanitarie pubbliche hanno dichiarato di aver concluso il processo di dipartimentalizzazione delle strutture ospedaliere (Commissione parlamentare d'inchiesta sul servizio sanitario, 2001).

I risultati conseguiti, seppure parziali, sono da considerare positivamente a causa del quadro normativo, fortemente instabile e in continua evoluzione, in cui si sono mosse le aziende sanitarie. Queste ultime, dal 1992 ad oggi, si sono trovate nelle condizioni di dover porre le basi dell'aziendalizzazione e, contemporaneamente, di rincorrere le novità normative che, sistematicamente, tendevano a modificare significativamente le «regole del gioco» rendendo, nella sostanza, estremamente complesso l'affermarsi di una nuova cultura e rallentando l'attuazione e il consolidamento dei sistemi di gestione e della modificazione degli assetti organizzativi. Va aggiunto, inoltre, che le regioni non hanno sempre favorito la piena attuazione del processo di decentramento mantenendo una quota determinante del potere decisionale e introducendo «ammortizzatori» sui meccanismi di finanziamento previsti dalla riforma del 1992.

## **2. La crisi dei sistemi di gestione tradizionali**

Nonostante l'instabilità normativa del sistema, le aziende sanitarie, come si è affermato in precedenza, hanno

fornito segnali di forte vitalità e, alcune di esse, hanno avviato processi di innovazione estremamente interessanti anche con largo anticipo rispetto al dettato normativo.

L'orientamento tenuto dalle aziende sanitarie nella progettazione e sperimentazione di sistemi gestionali, almeno fino alla fine degli anni novanta, si è pesantemente caratterizzato nella realizzazione di strumenti di misurazione dei fenomeni economici, quasi del tutto assenti in epoche precedenti, e di programmazione prevalentemente focalizzati su costi e ricavi.

Benché tale impostazione fosse giustificata, dalla carenza di informazioni contabili di dettaglio in grado di evidenziare in quale settore aziendale le risorse fossero impiegate e dalle modificazioni introdotte nei meccanismi di finanziamento, proprio nelle aziende che da maggior tempo avevano consolidato tali strumenti sono progressivamente emersi i limiti che rendono gli stessi poco incisivi nel governo dei fenomeni gestionali che caratterizzano le organizzazioni sanitarie. Essi, in sintesi, sono i seguenti:

— i dati di natura economica espressi in termini monetari, così come misurati dai tradizionali sistemi di contabilità analitica, consentono di avere una visione complessiva d'azienda e/o per singolo settore aziendale/centro di costo, ma ciò non sempre in una forma fruibile al fine di identificare le cause che li hanno generati. Tale considerazione assume particolare rilievo quando l'utilizzatore dell'informazione è un dirigente medico e i processi produttivi si caratterizzano per essere difficilmente standardizzabili;

— il forte orientamento dei sistemi di rilevazione attuali alla misurazione dei soli risultati finali (costi sostenuti e prestazioni prodotte successivamente trasformate in ricavi), limita pesantemente la capacità di comprendere le

cause che originano i problemi e, quindi, di incidere su fenomeni gestionali fondamentali come l'organizzazione e i meccanismi di integrazione tra settori aziendali;

— gli attuali sistemi di rilevazione non sono ancora sufficientemente affinati al fine di evidenziare un aspetto dei risultati generati dalle strutture sanitarie di fondamentale importanza: il risultato di salute.

La necessità di integrare gli attuali strumenti di misurazione, analisi e valutazione della gestione delle organizzazioni sanitarie, rappresenta un obiettivo di primaria importanza al fine di evitare che l'azione aziendale sia determinata solo dai parametri economici (ricavi e costi) e che, nella ricerca delle soluzioni alle problematiche derivanti dalla gestione, i dirigenti sanitari siano lasciati soli da una direzione aziendale non sempre in grado, a causa della complessità dei processi sanitari, di comprendere ed intervenire.

L'esigenza di sviluppare strumenti gestionali innovativi è sentita anche in relazione ad altri elementi di sicura rilevanza:

— il cittadino è sempre più attento al contenuto della prestazione sanitaria che gli è offerta a fronte di una maggiore consapevolezza maturata dai mezzi di comunicazione di massa (riviste anche non specializzate, quotidiani, televisione, ecc.) che, con frequenza ed intensità sempre maggiore, affrontano tematiche sanitarie; lo stesso atteggiamento dei professionisti medici, agendo in un contesto sempre più competitivo, porta ad evidenziare al paziente i vantaggi e/o le conseguenze derivanti da trattamenti ospedalieri rendendo più evidente il confronto tra più strutture d'offerta;

— gli organismi di governo centrale (Ministero e regioni) stanno maturando la convinzione che, per organizzare un sistema di tariffazione equilibrato e per garantire che i pazienti sia-

no gestiti sulla base di principi di equità ed efficacia (sanitaria), è necessario integrare gli attuali strumenti di misurazione con altri in grado di esplicitare chiaramente i contenuti delle prestazioni erogate. In tale senso, per esempio, gli orientamenti definiti a livello nazionale in merito alla definizione dei Percorsi diagnostico-terapeutici.

È in tale contesto che si inseriscono le prime sperimentazioni sui sistemi di qualità che, con alterne fortune, si sono concentrate, con qualche eccezione, nelle aziende sanitarie delle regioni nelle quali, prima delle altre, si è cercato di applicare con rigore quanto previsto dal D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

È anche evidente perché ciò è avvenuto in una logica aziendale: l'introduzione di nuovi meccanismi di finanziamento e di competitività nel sistema hanno determinato, al contrario di quanto avveniva nel passato, effetti sensibili sull'equilibrio economico-finanziario aziendale a fronte della «perdita», in senso gestionale, di pazienti. Fenomeno che, in virtù dei meccanismi di regolazione finanziaria della mobilità dei pazienti, ha interessato sia le aziende ospedaliere che quelle territoriali. Di qui lo sviluppo di una generale sensazione e/o esigenza di introdurre strumenti in grado di garantire non solo produzione di prestazioni ma, piuttosto, risposte appropriate, sia sul piano clinico che gestionale, alle esigenze del paziente.

La ricerca di strumenti finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi sanitari è avvenuta, soprattutto, con riferimento agli aspetti di carattere clinico. Impostazione ampiamente giustificata dalla natura e dai contenuti dei processi produttivi sanitari. In questo senso, si sono sviluppate due tipologie di iniziative rilevanti:

— la prima, finalizzata all'introduzione delle linee guida;

— la seconda, invece, più focalizzata sulla valutazione di alcune componenti cliniche del processo produttivo sanitario al fine di valutarne l'efficacia rispetto a quanto contenuto in letteratura. Approccio che ha assunto il nome di *Evidence-Based Medicine* (EBM).

Si tratta, in ogni caso, di approcci strettamente legati fra loro e, spesso, implementati contemporaneamente o parallelamente.

Non sempre, tuttavia, l'avvio di progetti volti all'introduzione di logiche di gestione dei processi produttivi sanitari basati sulle linee guida ha avuto successo. È difficile, in questa sede, analizzare analiticamente i motivi che hanno rallentato o impedito lo sviluppo di tali progetti. Di certo, tra questi, un ruolo significativo è stato giocato dalla cultura degli operatori, non ancora preparati a confrontarsi con parametri di riferimento definiti da soggetti esterni all'organizzazione. Confronti oggetto, talvolta, di critica a causa dell'esistenza, rispetto al medesimo problema di salute, di più linee guida con differenze anche significative e incapaci di ottenere un consenso unanime. Un altro elemento di criticità è, senza dubbio, rappresentato dalla necessità di introdurre le linee guida parallelamente ad innovazioni organizzative. Problematica di non poco conto in quelle realtà in cui l'aspetto organizzativo è stato considerato solo marginalmente imputando il ritardo o le difficoltà incontrate nell'applicazione di linee guida a presunti ritardi culturali della classe medica.

### 3. La gestione per processi

È nel contesto, estremamente variegato e complesso, appena descritto che, nella seconda metà degli anni novanta, incominciano a svilupparsi le prime sperimentazioni legate alla gestione per processi in sanità.

Lo scopo di tali sperimentazioni consisteva nello studiare e sperimentare sistemi e logiche di misurazione dei fenomeni gestionali, ad integrazione di quelli già esistenti, più coerenti con le finalità e le caratteristiche delle aziende sanitarie (1) e, soprattutto, in grado di produrre informazioni che consentano ai dirigenti medici di intervenire efficacemente sulla gestione al fine del raggiungimento degli obiettivi.

Con la gestione per processi, applicata al contesto sanitario, si è cercato, da un punto di vista meramente gestionale, di:

— focalizzare l'attenzione della gestione sull'*output* specifico dell'organizzazione sanitaria (la gestione di un problema di salute) e sulle modalità con le quali esso viene generato, piuttosto che, come tradizionalmente avviene, considerando complessivamente gli *output* (eterogenei e parziali) di un'articolazione organizzativa (dipartimento, unità operativa o centro di costo);

— ridisegnare il sistema delle responsabilità aziendali. La gestione per processi, infatti, offre la possibilità di identificare responsabilità di processo, o di segmento dello stesso, in alternativa o congiuntamente alle tradizionali responsabilità di struttura;

— sviluppare capacità di analizzare i fenomeni gestionali in un'ottica di tipo trasversale, travalicando le tradizionali barriere poste dagli assetti organizzativi e istituzionali, recuperando ad unitarietà i contributi forniti da soggetti diversi (unità operative ospedaliere e territoriali) al fine di migliorare i livelli di integrazione tra gli stessi e lo sviluppo di sistematici momenti di confronto per, in estrema sintesi, garantire il miglior risultato possibile al paziente in una logica di continuità delle cure;

— avviare, attraverso il puntuale monitoraggio dei processi gestiti, del

cosiddetto ciclo di miglioramento continuo dei risultati. Questi ultimi, ovviamente, non possono più essere valutati, in coerenza con quanto affermato in precedenza, limitatamente al pur fondamentale aspetto economico, misurabile in termini di capacità di ridurre i costi sostenuti, ma devono essere necessariamente estesi ad aspetti legati alle caratteristiche organizzative del processo gestito (per es., durata complessiva e per segmenti di processo, grado di frammentazione del processo, ecc.) e, soprattutto, sanitarie dell'*output* generato.

L'idea di fondo consiste nel progettare un sistema che consenta, attraverso la rilevazione di fenomeni specifici, di analizzare le modalità con le quali è gestito l'oggetto fondamentale di riferimento dell'azienda: *il paziente*. Approccio basato sull'assunto che, per consentire ai dirigenti medici di attivare le azioni necessarie per governare i risultati (sanitari e gestionali) dell'azienda, è necessario progettare un sistema di informazioni, tendenzialmente di carattere non monetario, che evidenzii il processo assistenziale seguito dal paziente e le singole attività utilizzate allo scopo di risolvere lo specifici problemi di salute. Tale approccio assume la denominazione di «Percorso assistenziale del Paziente» (Casati G., 1999).

#### **4. L'approccio del percorso assistenziale del paziente**

Con lo scopo di giungere alla progettazione di strumenti gestionali, dotati di caratteristiche coerenti con la gestione per processi, è stato avviato, dal CeRGAS dell'Università L. Bocconi di Milano in collaborazione con GlaxoSmith-Kline Spa, un programma di ricerca multicentrico (2) e a respiro nazionale dal titolo «Il percorso assistenziale del paziente in ospedale».

Gli obiettivi di tale programma di ricerca, ormai in fase di chiusura, sono in sintesi i seguenti:

a) progettare e sperimentare uno strumento per la misurazione dei risultati delle organizzazioni sanitarie che, ad integrazione del tradizionale sistema di Drg, consenta di esplicitare chiaramente:

— l'oggetto dello «scambio» tra azienda e paziente;

— il valore economico dell'oggetto dello scambio;

— la correlazione con i processi interni aziendali e, quindi, il fabbisogno di coordinamento nei rapporti tra unità operative;

— i parametri che consentono di misurare il risultato sanitario derivante dalla gestione dei processi;

— le condizioni organizzative finalizzate a dare adeguata risposta ai fabbisogni di coordinamento generati dallo sviluppo dei percorsi;

b) creare le competenze necessarie affinché il percorso del paziente diventi strumento consolidato di gestione e possa essere diffuso nel maggior numero di aziende sanitarie.

Il programma di ricerca, in ragione degli obiettivi specifici da perseguire, è stato articolato con una componente «metodologico-formativa» e una «sperimentale-applicativa». Nella sostanza, successivamente all'individuazione delle aziende sperimentatrici e la costituzione di specifici gruppi di lavoro aziendale, i partecipanti al programma sono stati coinvolti in alcuni momenti di confronto interaziendale, finalizzati a definire gli aspetti metodologici legati all'introduzione dei percorsi nel contesto aziendale di appartenenza, e in fasi sperimentali applicative degli aspetti metodologici concordati presso l'azienda d'appartenenza attraverso il coinvolgimento delle professionalità ritenute più idonee.

Per realizzare il programma complessivo di ricerca è stato necessario sviluppare i seguenti passaggi logici:

1) definizione, attraverso il contributo diretto dei soggetti interessati e sulla base delle esperienze già realizzate all'estero ed in Italia, della metodologia che consente di descrivere, rispetto a gruppi omogenei di pazienti, il percorso del paziente in ambito ospedaliero. A tale scopo è stato necessario esplicitare:

— parametri rappresentativi dei criteri d'ingresso del paziente nel percorso;

— modalità operative di gestione del percorso (matrice tempi/luoghi e attività);

— parametri rappresentativi, anche in relazione a quelli stabiliti quali criterio d'ingresso, dei risultati sanitari intermedi e finali.

In tal modo sono state create le condizioni di base affinché fosse possibile:

— contribuire con un metodo condiviso a sistematizzare le pratiche e le metodologie sanitarie seguite;

— spostare l'ottica del confronto con l'azienda dal rapporto tra costi e ricavi a quello sulle modalità di sviluppo dei processi e sui risultati sanitari con essi conseguiti;

— fornire occasioni e strumenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori;

— poter coinvolgere il paziente attraverso l'informazione di quello che l'aspetta e di come lavora l'ospedale;

— avviare, in fasi successive, momenti di confronto e valutazione al fine di estendere i percorsi ospedalieri completandoli con le fasi che coinvolgono le strutture territoriali;

2) sviluppo di una metodologia di calcolo dei costi speciali di produzione per ciascun percorso analizzato finalizzata a:

— consentire un confronto efficace con il sistema di tariffazione;

— evidenziare legame esistente fra risultato sanitario delle iniziative/attività sanitarie e utilizzo delle risorse;

3) definizione delle caratteristiche generali del sistema informativo finalizzato al monitoraggio dei percorsi del paziente e alla progettazione di schemi di *report* per favorire il sistematico confronto tra i percorsi di riferimento e quelli effettivi su cui innestare il ciclo virtuoso del miglioramento continuo nel tempo;

4) analisi dei primi percorsi di riferimento ed effettivi, esclusivamente da un punto di vista organizzativo-gestionale, al fine di proporre, se necessario, la loro ridefinizione o riprogettazione.

Un aspetto particolarmente innovativo del percorso del paziente, rispetto ad altri strumenti orientati alla definizione dei processi sanitari, riguarda le modalità di progettazione del percorso e al ruolo ad esso attribuito in ambito aziendale. Il concetto di percorso di riferimento, ossia del processo assunto quale base iniziale del ciclo di miglioramento continuo, non è derivato da quanto previsto in letteratura né è rappresentativo della soluzione ottimale in senso assoluto. Esso, piuttosto, è rappresentativo della *best practice* attualmente in essere, nelle strutture che hanno aderito alla sperimentazione, sulla base di valutazioni autonomamente condotte dal gruppo di lavoro interessato.

In questo senso, il percorso di riferimento si caratterizza per:

— non essere costruito in modo ideale;

— avere una forte connotazione organizzativa;

— essere oggetto continuo di valutazione ed aggiornamento.

Il forte legame con i processi che effettivamente si sviluppano all'interno

dell'organizzazione, rende il percorso uno strumento profondamente differente rispetto alle linee guida e ai protocolli e, inoltre, non è rappresentativo del modo con il quale un gruppo di operatori vorrebbe lavorare. Il percorso di riferimento, infatti, è rappresentativo di qualcosa che realmente avviene. La contestualizzazione del percorso del paziente, inoltre, presuppone che, coerentemente con l'esistenza di assetti organizzativi e professionali differenti, nell'ambito della medesima azienda sanitaria sia possibile avere più percorsi di riferimento per lo stesso problema di salute: uno, all'estremo, per ciascuno dei gruppi di operatori che se ne occupa.

È il successivo e sistematico monitoraggio delle evidenze generate dai processi realmente gestiti che offre, attraverso la produzione di informazioni puntuali, l'opportunità, ai soggetti direttamente coinvolti nel processo produttivo e all'azienda, di mettere in discussione le modalità di lavoro abituali e la combinazione (sequenza logica e collocazione temporale) dei diversi fattori produttivi impiegati in una logica di confronto sempre più attenta ai risultati di salute ottenuti. È in questa sede, tra l'altro, che maturano le condizioni per affrontare anche la problematica legata all'appropriatezza delle azioni compiute rispetto a quanto previsto dalla letteratura e dalle linee-guida favorendo, in tal modo, la riprogettazione dei percorsi.

Il percorso di riferimento, inoltre, non si limita ad esplicitare le azioni clinico-terapeutiche svolte (o da svolgere), ma considera le attività di tutti gli operatori coinvolti (medico, infermiere e anche il paziente) nell'ottica di considerare, analizzare, valutare gli aspetti organizzativi e di integrazione intra e interaziendale.

Il percorso di riferimento, per le connotazioni attribuite a tale stru-

mento, non può essere quindi uno strumento «prescrittivo». Le condizioni organizzative, nelle quali si sviluppa il (miglior) percorso attuale, sono sempre in evoluzione e, allo stesso modo, le modalità di sviluppo dei percorsi effettivi possono subire modificazioni, anche di carattere marginale, che determinano risultati anche migliorativi rispetto a quelli del percorso di riferimento. È dai percorsi effettivi che quello di riferimento trae l'energia vitale per evolversi e per essere sempre rappresentativo della *best practice* di un gruppo di operatori.

Proprio in ragione delle caratteristiche dell'approccio adottato, il percorso del paziente non può essere, e non è stato considerato dai professionisti e dalle aziende coinvolte, come strumento volto a limitare l'autonomia professionale degli operatori. Tale strumento, infatti, è stato progettato nella consapevolezza che i processi sanitari non si riproducono nel tempo e rispetto ai diversi pazienti trattati secondo le medesime modalità. In tale ottica, pertanto, l'esplicitazione dei percorsi è stata interpretata come operazione volta a fissare una serie di parametri di riferimento, con i quali avviare un sistematico confronto al fine di comprendere le cause che determinano le principali differenze, senza, però, attribuire loro un significato impositivo alle azioni sanitarie che l'operatore sanitario, liberamente, in ragione della propria autonomia e delle risorse concretamente a disposizione, deve poter assumere rispetto alle caratteristiche specifiche che ciascun paziente presenta.

Il percorso del paziente, in altre parole, è uno strumento di misurazione del risultato della gestione delle organizzazioni sanitarie che tende ad integrare quelli attualmente in essere, esclusivamente basati su variabili di carattere economico (costi e ricavi),

proprio al fine di evitare che queste ultime siano le sole a condizionare l'azione sanitaria.

Nei tre paragrafi che seguono sono stati riportati alcuni tra i risultati conseguiti al fine di proporre ulteriori spunti di riflessione. È evidente che gli stessi rappresentano soltanto uno

spaccato estremamente limitato di un programma di ricerca che ha consentito di studiare circa 90 percorsi e che ha coinvolto, complessivamente, un migliaio di operatori tra medici, infermieri e altro personale delle aziende sanitarie impegnate nella sperimentazione.

#### Box 1 - La progettazione del percorso del paziente

Nel presente riquadro informativo si è cercato di sintetizzare, senza la pretesa di esaurire la tematica, i passaggi fondamentali che caratterizzano la progettazione di un percorso del paziente.

*La scelta dei problemi di salute oggetto di studio:* come si è avuto modo di esplicitare in precedenza, l'oggetto di studio del percorso del paziente è rappresentato da un problema di salute. La scelta, pertanto, è effettuata prendendo in considerazione le diagnosi, gli eventuali interventi e gli approcci terapeutici effettuati così come classificati dal sistema nomenclatore in uso (Classificazione internazionale delle malattie, nona edizione, Modificazione clinica). Tra i diversi problemi di salute, rispetto ai quali è possibile procedere alla costruzione del percorso, l'attenzione si focalizza su quelli maggiormente frequenti e, tra questi ultimi, si selezionano quelli che rispondono a criteri specifici che derivano dalle caratteristiche della sperimentazione: se essa è limitata al contesto ospedaliero, la scelta, di norma, ricade sui problemi di salute trattati con il coinvolgimento di più articolazioni organizzative se, invece, la sperimentazione coinvolge anche il territorio, la scelta, di norma, ricade sui problemi di salute che necessitano di una forte integrazione nei rapporti tra strutture e medici territoriali e l'ospedale.

*I gruppi di lavoro:* l'avvio di una sperimentazione sul percorso del paziente richiede la costituzione di due tipologie di gruppi di lavoro:

— il gruppo di lavoro aziendale: con il compito di ingegnerizzare l'approccio metodologico e lo scopo di estenderlo, progressivamente, a tutti i problemi di salute per i quali è ragionevole e utile ipotizzare la progettazione di un percorso;

— il gruppo di patologia: con il compito di progettare il percorso e costituito con il coinvolgimento di operatori che rappresentano le discipline mediche e le figure professionali direttamente o indirettamente interessate nella gestione del percorso. In questo senso, il gruppo di patologia si caratterizza per essere multiprofessionale e interprofessionale.

*Il percorso di massima:* il primo compito del gruppo di patologia, opportunamente seguito dai componenti del gruppo di lavoro aziendale, consiste nel ricostruire sinteticamente i percorsi che, con maggior frequenza, si sviluppano nella gestione di una tipologia di pazienti identificando gli episodi che lo caratterizzano. In tal modo, si giunge alla definizione di una mappa degli episodi, fra loro collegati da «snodi decisionali», completati con l'esplicitazione dei criteri normalmente impiegati per regolare il passaggio del paziente da un episodio al successivo. Tra i percorsi sintetici rappresentati nella mappa degli episodi, il gruppo di patologia, autonomamente, seleziona quello ritenuto in grado di generare i risultati migliori: tale versione del percorso è denominato «percorso di massima di riferimento».

*La ricostruzione analitica del percorso:* la seconda fase di sviluppo del percorso consiste nella ricostruzione analitica, per ciascuno degli episodi individuati con il percorso di massima di riferimento, della sequenza logica, spaziale e temporale delle azioni compiute. A tale scopo il gruppo di lavoro si avvale dello strumento «matrice tempi-luoghi e attività». In tale matrice, rappresentata schematicamente nella figura 1, ogni attività prevista dal percorso di riferimento è collocata in un'apposita casella che ne identifica, dal punto di vista verticale, la collocazione temporale ed il luogo di effettuazione e, dal punto di vista orizzontale, la natura o la tipologia di attività o di azione compiuta secondo il criterio di classificazione che si intende adottare.

segue **Box 1 - La progettazione del percorso del paziente**

**Figura 1 - La matrice tempi/luoghi e attività**

TEMPI	GIORNO 1	GIORNO 2	GIORNO 3	GIORNO 4	GIORNO n
LUOGHI					
AZIONI MEDICHE					
AZIONI INFERMIERISTICHE					
ACCERTAMENTI					
TERAPIA FARMACOLOGICA					
ALIMENTAZIONE					
ATTIVITÀ FISICHE					
INFORMAZIONE SANITARIA					
MONITORAGGIO PARAMETRI					
ALTRE AZIONI					

Fonte: adattamento da Schriefer (1994).

*La validazione del percorso di riferimento e la progettazione del sistema di monitoraggio:* il percorso descritto con la matrice tempi-luoghi e attività rappresenta la prima versione del percorso di riferimento. Per quanto esso possa essere stato oggetto di confronto e condivisione all'interno del gruppo di lavoro, necessita, affinché possa essere veramente considerato quale primo punto di riferimento per la attività di comparazione, analisi e valutazione rispetto ai percorsi effettivi, di una specifica validazione. La validazione avviene mediante l'avvio di una fase di rilevazione analitica prospettica, attraverso l'utilizzo della stessa matrice nella quale è descritto il percorso, di un numero significativo di percorsi effettivi. Tale operazione ha il mero scopo di verificare se, nella realtà operativa, i percorsi effettivi o una quota degli stessi è effettivamente gestita secondo la sequenza delle attività individuate nella prima versione del percorso di riferimento. In altre parole non è tra gli scopi di questa fase di monitoraggio la valutazione della bontà clinica o organizzativa del percorso di riferimento. Il monitoraggio del percorso mediante l'operazione di rilevazione precedentemente descritta ha le seguenti ulteriori finalità:

- la progettazione del sistema di *reporting* a supporto dell'attività di monitoraggio sui percorsi;
- la definizione del progetto informatico-informativo aziendale (o interaziendale) a supporto delle fasi di rilevazione relative ai percorsi effettivi.

*La valorizzazione economica del percorso:* una volta validato il percorso di riferimento, è possibile, quando ritenuto utile a fini decisionali specifici, procedere alla trasformazione dello stesso in termini economici. Nella sostanza, si tratta di tradurre il contenuto delle caselle della matrice tempi-luoghi e attività, mediante l'utilizzo di un apposito sistema di costi per attività, in costo. La configurazione di costo che si ottiene in tal modo è denominata «costo speciale di produzione». In altri termini sono considerate, ai fini della valorizzazione, solo ed esclusivamente i costi delle risorse specificamente impiegate nello sviluppo del processo. Tale configurazione di costo base, la quale può eventualmente essere integrata verso configurazioni di costo pieno a fini di confronto con il sistema delle tariffe di rimborso, è impiegata al fine di supportare eventuali operazioni di *benchmarking* tra percorsi gestiti da soggetti differenti (articolarioni organizzative piuttosto che intere aziende). Il costo speciale di produzione, infatti, consente di correlare eventuali scostamenti a effettive differenze nelle modalità di gestione dei processi.

## 5. La riprogettazione dei percorsi oncologici nell'Azienda ospedaliera S. Salvatore di Pesaro

Tra i percorsi studiati presso l'Azienda ospedaliera S. Salvatore di Pesaro (3) quello maggiormente significativo, per la complessità dello stesso e per i rilevanti impatti generati dalla sperimentazione, è quello del carcinoma alla mammella. Tale processo è gestito, per i segmenti di competenza, dalle Unità operative di radiodiagnostica, oncologia medica, anatomia patologica e medicina nucleare (valutazione e stadiazione), dalla Unità operativa di chirurgia generale (trattamento chirurgico) e dalla Unità di oncologia medica (trattamento medico e *follow-up*). Per tali motivi, al momento dell'avvio della sperimentazione, fu costituito un gruppo di lavoro nel quale sono stati inclusi medici e infermieri appartenenti a tutte le articolazioni organizzative coinvolte nella gestione del percorso.

La situazione esistente, prima dell'avvio della sperimentazione, era così caratterizzata:

- assenza di un percorso o di un protocollo intraziendale definito per il carcinoma della mammella;
- mancanza di integrazione e interazione fra gli attori interessati per la gestione condivisa degli snodi decisionali del percorso;
- frammentazione esasperata dell'intero percorso con notevoli disagi per il paziente e i suoi famigliari;
- assenza di integrazione con l'azienda territoriale al fine di gestire congiuntamente o in collaborazione il segmento territoriale e, soprattutto, i decisivi snodi decisionali di collegamento tra strutture di assistenza territoriali e ospedale.

Ciascuna articolazione organizzativa aziendale interessata dal percorso assistenziale del carcinoma alla mammella, nella sostanza, gestiva autonomo-

mamente il proprio segmento di processo senza momenti di confronto e integrazione con gli altri attori. Ulteriori conseguenze di tale situazione, nella sostanza, erano:

— la gestione dell'intervento chirurgico avveniva in un momento antecedente alla valutazione e stadiazione oncologica della neoplasia;

— la valutazione e stadiazione oncologica della neoplasia si articolava in quattro accessi ospedalieri del paziente e uno aggiuntivo, effettuato fuori dall'azienda e lasciato alla prenotazione diretta del paziente (esecuzione ecografia) a causa dei lunghi tempi d'attesa;

— l'assenza di un profilo diagnostico laboratoristico condiviso tra gli attori (esistenza di un profilo chirurgico e uno oncologico) con evidente duplicazione degli esami.

Fin dalla effettuazione dei primi incontri del gruppo di lavoro, finalizzati alla descrizione del percorso di massima (sintetico) di riferimento, fu possibile evidenziare l'insieme delle incoerenze esistenti nella gestione del processo assistenziale del carcinoma della mammella. In particolare fu riconosciuta l'esistenza di una sorta di «anarchia» organizzativa nella gestione del processo che generava, nella sostanza, ripercussioni di estrema negatività sul paziente. Il gruppo di lavoro, autonomamente e spontaneamente, riconobbe l'esigenza di recuperare una «visione aziendale» nella gestione del percorso e individuò alcune azioni di immediata operatività in grado di migliorare le modalità di sviluppo del percorso e i risultati da questo generato.

Il nuovo percorso oncologico progettato dal gruppo di lavoro ha consentito di:

— far precedere sempre l'intervento chirurgico dalla valutazione e stadiazione oncologica della neoplasia;

— compattare lo sviluppo della valutazione e stadiazione oncologica

della neoplasia in soli due accessi ospedalieri. Ciò è stato reso possibile dall'individuazione, in seno alla programmazione dell'attività ecografica della radiologia, di spazi dedicati per le pazienti affette da carcinoma della mammella riducendo completamente le liste di attesa specifiche e creando la possibilità di eseguire l'accertamento in oggetto nello stesso accesso nel quale sono compiute altre attività di valutazione e stadiazione della neoplasia;

— condividere e applicare un nuovo protocollo diagnostico laboratoristico comune alla chirurgia e all'oncologia eliminando le duplicazioni e garantendo un maggior grado di appropriatezza (vedi tabella 1).

In merito a quest'ultimo aspetto, è importante osservare come l'operazione condotta non avesse come scopo principale quello di ridurre i costi ma, più coerentemente con le caratteristiche dei processi sanitari, razionalizzare l'impiego delle risorse garantendo la migliore appropriatezza possibile. In effetti, il nuovo profilo individuato

comporta un decremento dei costi sostenuti dalla chirurgia ma un incremento in oncologia. Soprattutto però, alla luce del nuovo e condiviso protocollo, gli esami sono eseguiti solo una volta sul paziente.

Gli eccellenti risultati conseguiti in ambito ospedaliero e il rilevante clima di integrazione e collaborazione instaurato tra gli attori coinvolti, hanno suggerito di effettuare un ulteriore passo nella razionalizzazione della gestione del percorso studiato con il coinvolgimento dell'azienda territoriale.

A tale scopo si è proceduto alla costituzione di un gruppo di lavoro misto, ospedale-territorio, ed è stato ricostruito il percorso di massima interaziendale focalizzando l'attenzione sulla gestione degli snodi decisionali rappresentativi della «frontiera» nei rapporti tra le strutture assistenziali delle due aziende coinvolte.

Al fine di gestire in modo integrato e secondo il principio della continuità delle cure, è stata progettata e attuata dalle due aziende una Centrale onco-

**Figura 2 - La gestione integrata dei percorsi oncologici in provincia di Pesaro**

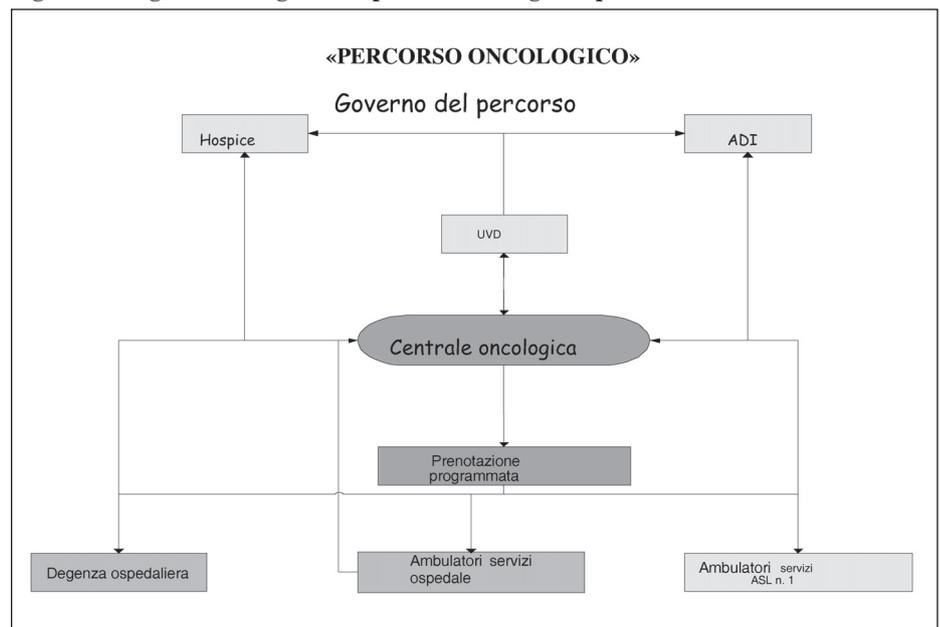


Tabella 1 - Comparazione dei profili diagnostici di laboratorio per il carcinoma della mammella prima e dopo la definizione del percorso

ESAME	Profilo Chirurgia		Profilo Oncologia		Nuovo Profilo di Percorso	
	Effettuazione	Valore in euro	Effettuazione	Valore in euro	Effettuazione	Valore in euro
Emocoromo	+	3,20	+	3,20	+	3,20
Glicemia	+	1,29	+	1,29	+	1,29
Creatinina	+	1,24	+	1,24	+	1,24
Azotemia	+	1,24	+	1,24	+	1,24
GOT	+	1,14	+	1,14	+	1,14
GPT	+	1,14	+	1,14	+	1,14
Bilirubina totale e diretta	+	1,55	+	1,55	+	1,55
Elettroliti ematici	+	4,96	+	4,96	+	4,96
CPK	+	1,96	-		+	1,96
Colinesterasi	+	1,55	-		+	1,55
PT e PTT	+	5,11	+	5,11	+	5,11
Fibrinogeno	+	2,63	+	2,63	+	2,63
Gamma-GT	+	1,24	+	1,24	+	1,24
Protidemia totale	+	9,81	+	9,81	+	9,81
Elettroforesi proteica	+	4,65	+	4,65	+	4,65
Fosfatasi alcalina	+	1,39	+	1,39	+	1,39
CEA	+	10,59	-		+	10,59
CA 15-3	-	0,00	+	18,08	+	18,08
CA 549	-	0,00	+	12,09	+	12,09
Emogruppo e fattore Rh	+	7,75	-		+	7,75
Hbs Ag	+	8,99	-		+	8,99
Hbc Ag	+	8,83	-		+	8,83
HCV Ab	+	8,78	-		+	8,78
HIV	+	8,78	-		+	8,78
LDH	+	1,24	-		-	
Lipasi	+	3,20	-		-	
Amilasi	+	2,43	-		-	
Trigliceridi	+	1,29	-		-	
Sideremia	+	1,55	-		-	
TPHA	+	5,78	-		-	
VDRL	+	3,36	-		-	
CA 19-9	+	16,42	-		-	
CA 125	+	18,54	-		-	
Alfafetoproteine	+	10,79	-		-	
VES	+	1,81	-		-	
Esame urine	+	2,07	-		+	2,07
<b>TOTALE</b>		<b>166,30</b>		<b>70,75</b>		<b>130,04</b>

logica unica per tutte le patologie oncologiche, quindi non limitata alle pazienti affette da carcinoma della mammella, allo scopo di fornire sia agli utenti che ai medici (medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri) un'interfaccia che coordina l'attività di tutte

le strutture territoriali ed ospedaliere secondo i percorsi definiti, includendo la gestione del percorso *screening* e fornendo, inoltre, tutte le informazioni amministrative riguardanti la patologia oncologica (vedi figura 2). Questa modalità di governo del percorso permetterà alle due aziende di

ottimizzare l'utilizzo delle risorse (eliminazione di esami inappropriati o duplicati nelle strutture territoriali e ospedaliere), di migliorare la soddisfazione dell'utente (riduzione dei tempi di attesa, percezione di presa in carico da parte delle aziende) e di misurare il risultato di salute ottenuto

(realizzazione di un archivio unico informatizzato).

In conclusione, l'utilizzo dello strumento «percorso del paziente» si è dimostrato in grado di produrre un reale e significativo cambiamento nelle modalità organizzative e gestionali con cui l'Azienda ospedaliera e l'Azienda territoriale di Pesaro rispondono al problema di salute posto dalla patologia oncologica. Questo risultato è stato ottenuto non mediante imposizioni *top-down* delle Direzioni aziendali ma sfruttando le capacità di revisione critica del proprio operare dei mondi professionali emersa nel disegno del percorso di riferimento e condividendo una visione integrata dei processi tra le diverse articolazioni aziendali ed interaziendali.

## **6. Il percorso come strumento di comunicazione nell'Azienda Usl n. 6 di Livorno**

L'Azienda Usl n. 6 di Livorno (4), in aggiunta ai contenuti previsti dal protocollo di ricerca condotta in collaborazione con il CeRGAS e Glaxo-SmithKline, ha sviluppato un'interessante sperimentazione con la quale lo strumento «percorso del paziente» è stato impiegato anche al fine di rapportarsi con il paziente e i suoi familiari.

A tale scopo è stata predisposta, per ciascuno dei problemi di salute studiati nell'ambito del programma di ricerca, la «guida per l'utente». La stessa è stata successivamente distribuita, in via ancora sperimentale, ad un campione di pazienti ricoverati ai quali, in un secondo momento, è stato anche somministrato un questionario al fine di condurre una indagine di *customer satisfaction*.

La «guida per l'utente» è la descrizione del percorso clinico assistenziale che l'utente deve seguire prima, durante e dopo un ricovero ospedaliero;

si compone di tre fasi che sono la fase pre-ospedaliera (che si effettua prevalentemente in regime ambulatoriale), la fase ospedaliera (che si effettua in regime di ricovero) e la fase *post* ospedaliera (che si effettua a domicilio e/o in regime di controllo ambulatoriale). L'obiettivo della «guida per l'utente» è quello di fornire all'utente una semplice descrizione di ciò che lo aspetta al fine di rendere il suo percorso assistenziale chiaro e accessibile oltre, naturalmente, a semplificare e snellire il lavoro per l'unità operativa che, quindi, raccoglie tutte le informazioni da dare all'utente in un singolo documento.

La logica seguita, nella progettazione della guida, è diretta conseguenza della metodologia utilizzata nella analisi di processo del percorso assistenziale. Il valore aggiunto è rappresentato dalla possibilità di governare l'episodio clinico, anche dal punto di vista dell'assistito, secondo un approccio di «gestione del caso clinico» (o *case management*) che consenta la presa in carico appropriata e consapevole del paziente (5).

Le modalità di rappresentazione del percorso, nell'ambito della «guida per l'utente», è sostanzialmente sovrapponibile a quella impiegata per il percorso assistenziale: si tratta, in altri termini, di una rappresentazione matriciale del percorso nella quale, sulle colonne, è definita l'articolazione temporale del processo e sulle righe, sono esplicitate le azioni da compiere e le risorse da impiegare. Per poter impiegare efficacemente la scheda di rappresentazione del percorso a fini di comunicazione con il paziente o i suoi familiari, tuttavia, è necessario esplicitare il processo clinico-assistenziale con un linguaggio accessibile e filtrato da elementi informativi che, per il paziente o i suoi familiari, potrebbero risultare ridondanti o distorti. A tale proposito prima della stampa definiti-

va della «guida per l'utente», è stato acquistato il parere ed i suggerimenti di una rappresentanza delle associazioni di tutela dei malati che hanno formulato alcuni utili osservazioni.

La «guida per l'utente» focalizza l'attenzione sul ruolo che il paziente deve svolgere nell'ambito del complessivo processo assistenziale, soprattutto nella fasi nelle quali il paziente è al proprio domicilio, ed è arricchito di informazioni utili quali il nominativo e i riferimenti telefonici del «responsabile» (medico o infermiere) del suo caso.

Le guide sono state distribuite, nel periodo ottobre-novembre 2001, a pazienti che necessitavano di ricovero ospedaliero e somministrate in fase pre-ospedaliera o già in regime di ricovero. Successivamente gli utenti, nel pieno rispetto della *privacy* e su base volontaria, sono stati intervistati telefonicamente e ad essi sono state formulate 9 domande del questionario riportato in tabella 2.

I risultati delle interviste effettuate sono stati estremamente confortanti. Rispetto alla finalità di rendere il percorso, attraverso l'utilizzo della «guida per l'utente», chiaro e accessibile al paziente, tutti gli intervistati, infatti, hanno risposto affermativamente.

Risultato identico, tra l'altro, è stato conseguito rispetto alla terminologia impiegata per descrivere il contenuto del percorso: il 100% degli intervistati, infatti, ha affermato che il linguaggio impiegato era facilmente comprensibile.

Relativamente all'utilità della guida, invece, i giudizi dei pazienti sono stati più articolati. Il giudizio complessivo, i cui risultati sono sinteticamente rappresentati nel figura 3, ha evidenziato che l'80% dei giudizi era pienamente favorevole, il 10% era negativo e il restante 10% ha espresso un giudizio parzialmente positivo.

Relativamente all'indicazione del momento, dell'intero processo assistenziale, rispetto al quale la guida è risultata maggiormente utile (vedi figura 4), la metà degli intervistati ha risposto rispetto all'intero processo, il 20% la fase pre-ricovero, il 10% ha indicato la fase *post* ricovero e il ricovero ospedaliero in senso stretto.

Il 90% degli intervistati, infine, ha evidenziato che il contenuto della guida rispondeva a ciò che effettivamente è accaduto durante il processo assistenziale (vedi figura 5).

Le domande 8 e 9 del questionario erano tese a raccogliere dagli utenti, osservazioni e giudizi sintetici sotto forma di risposte a campo libero.

La maggior parte degli intervistati ha ritenuto di non dover fare alcun commento, mentre chi ha formulato delle osservazioni, ha posto l'accento sulla «utilità» della guida.

Alla richiesta di formulare un giudizio sintetico con il quale definire «guida per l'utente», gli intervistati si sono equamente divisi tra l'individuazione di termini legati sia al concetto di «qualità» che a quello di «utilità».

Al di là degli eccellenti risultati conseguiti, la sperimentazione condotta ha evidenziato l'esigenza di affinare ulteriormente lo strumento predisposto e nei limiti del possibile, attribuire al percorso del paziente e alla guida per l'utente una valenza più ampia. Tali strumenti, infatti, possono, almeno da un punto di vista potenziale, acquisire una valenza decisiva nei rapporti sistematici con il paziente e diventare strumento di comunicazione che coinvolge il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta. Il monitoraggio sistematico dei percorsi effettivi e l'elaborazione dei giudizi espressi dai pazienti possono, parimenti, acquisire valenza di strumento di valutazione dell'operato aziendale e dei professionisti che vi operano.

Tabella 2 - Le 9 domande per la valutazione della guida dell'utente

<b>«GUIDA PER L'UTENTE» : questionario di gradimento</b>
<p><b>1) Quando Le è stata consegnata la «Guida per l'utente»?</b></p> <p><input type="checkbox"/> durante la visita ambulatoriale precedente il ricovero</p> <p><input type="checkbox"/> al momento del ricovero</p> <p><input type="checkbox"/> successivamente</p>
<p><b>2) Come ha trovato alla prima lettura la «Guida per l'utente» che le è stata consegnata in reparto?</b></p> <p><input type="checkbox"/> semplice e chiara</p> <p><input type="checkbox"/> poco chiara</p> <p><input type="checkbox"/> complicata</p>
<p><b>3) Come considera la terminologia usata?</b></p> <p><input type="checkbox"/> facilmente comprensibile</p> <p><input type="checkbox"/> poco comprensibile</p> <p><input type="checkbox"/> difficilmente comprensibile</p>
<p><b>4) Avere a disposizione la suddetta guida le è stato utile per il percorso che ha dovuto seguire prima, durante e dopo il ricovero?</b></p> <p><input type="checkbox"/> sì</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> solo in parte</p>
<p><b>5) In quale fase è stata più utile?</b></p> <p><input type="checkbox"/> prima del ricovero</p> <p><input type="checkbox"/> durante il ricovero</p> <p><input type="checkbox"/> dopo il ricovero</p>
<p><b>6) Ha trovato che ciò che è scritto sulla guida corrisponde a quello che avviene in realtà?</b></p> <p><input type="checkbox"/> sì</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> solo in parte</p>
<p><b>7) (Da porre solo nel caso che la risposta alla domanda n. 6 sia stata «No» o «Solo in parte»). Nel caso in cui non avesse trovato corrispondenza tra ciò che è scritto sulla «Guida per l'utente» e ciò che è stato fatto, ci può indicare in quale fase del percorso ciò è avvenuto?</b></p> <p><input type="checkbox"/> prima del ricovero</p> <p><input type="checkbox"/> durante il ricovero</p> <p><input type="checkbox"/> dopo il ricovero</p>
<p><b>8) Ha delle osservazioni o proposte da fare?</b></p>
<p><b>9) Se dovesse giudicare la «Guida per l'utente» con una parola come la definirebbe?</b></p>

## 7. Il monitoraggio dei percorsi nell'Azienda ospedaliera S. Maria degli Angeli di Pordenone

Il monitoraggio dei processi assistenziali è una fase fondamentale dell'intera progettualità finalizzata all'introduzione del Percorso del paziente e, in particolare, del ciclo di miglioramento continuo. Qualunque impostazione metodologica orientata a fissare parametri di riferimento, infatti, risulterebbe debole se non fosse completata con la progettazione/realizzazione di sistemi e strumenti atti a garantire il confronto con gli stessi al fine di supportare il processo decisionale degli operatori interessati e della dirigenza aziendale.

Il monitoraggio deve essere progettato secondo criteri e principi che consentano di comparare sistematicamente percorsi effettivi e di riferimento, esplicitarne gli scostamenti e, soprattutto, fornire le indicazioni di massima per comprenderne le cause. In tal senso, è utile focalizzare l'attenzione sugli aspetti caratterizzanti del percorso i quali si riferiscono, con la medesima rilevanza, sia gli aspetti di natura clinica (i risultati sanitari), sia quelli organizzativi e gestionali (costo e modalità di sviluppo del processo). Il criterio generale di un monitoraggio che considera questi elementi deve fare riferimento all'analisi di indicatori o variabili in grado di rappresentarli, e confrontarli all'interno della struttura e tra strutture diverse ma aventi come comune denominatore il trattamento di analoghe problematiche di salute.

La progettazione dell'architettura del sistema di rilevazione, implementato presso l'Azienda ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone (6), ha comportato un'analisi di tutte le fasi di sviluppo dei processi assistenziali studiati (7), la definizione dei dati in ingresso e una chiara previsione di ciò che s'intendeva ottenere come

Figura 3 - Sintesi delle risposte alla domanda 4

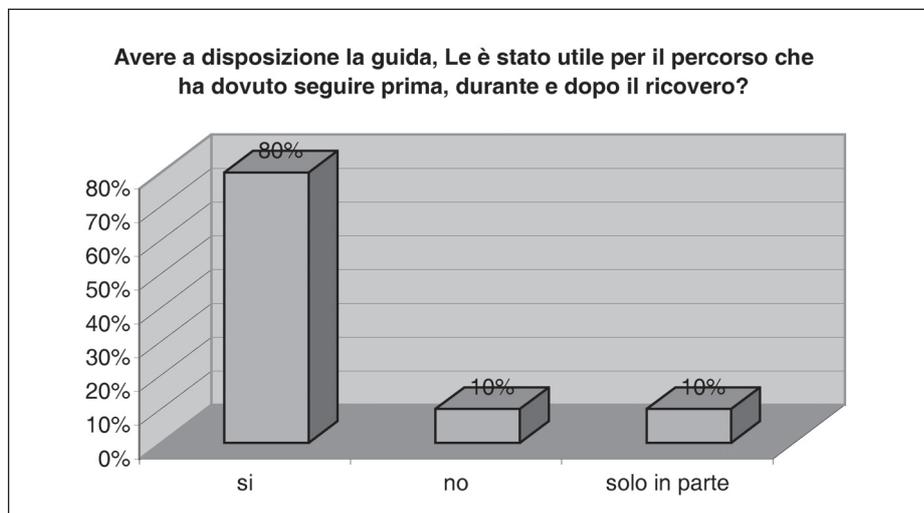


Figura 4 - Sintesi delle risposte alla domanda 5

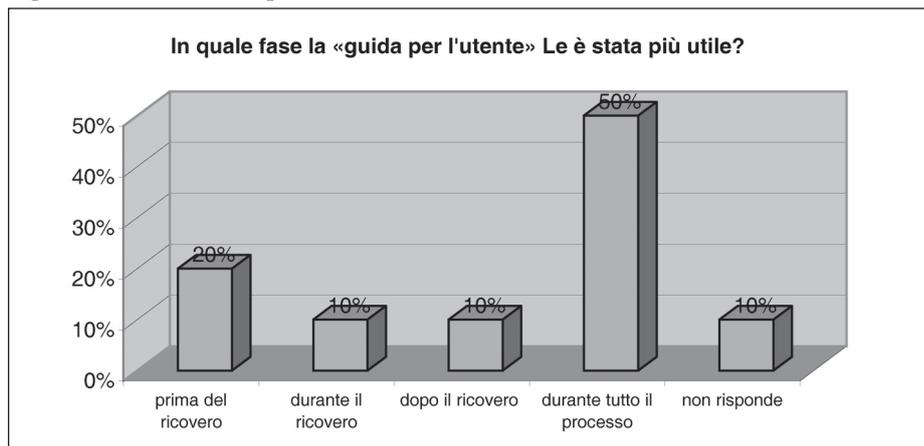
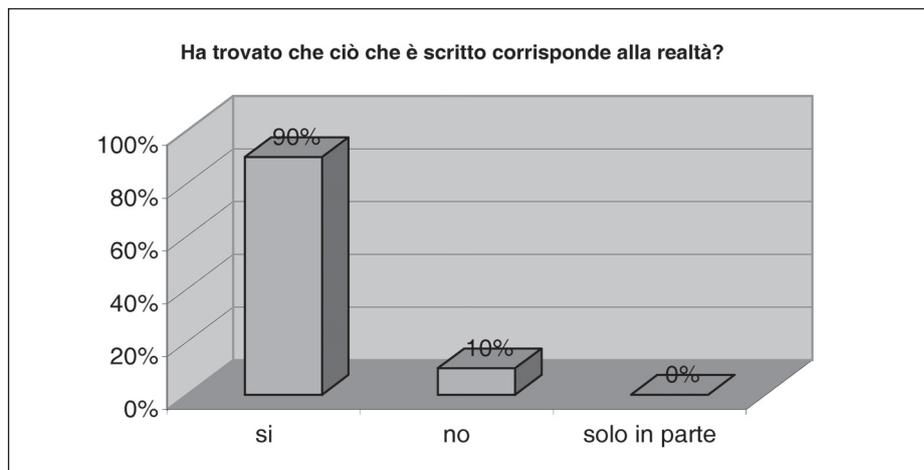


Figura 5 - Sintesi delle risposte alla domanda 6



risultato in uscita; successivamente si è proceduto ad un'attenta codifica degli insiemi, relazionandoli e facendoli interagire fra loro (normalizzazione). Il sistema di gestione dei data base, progettato su un applicativo Window Access 2000, ha soddisfatto le esigenze di questa tipologia di progetto.

Preliminarmente all'avvio del monitoraggio, è stato necessario, almeno con riferimento alle prime patologie studiate, individuare analiticamente le prestazioni e le attività contenute nei processi assistenziali. In tal modo è stato possibile predisporre un dizionario, delle prestazioni o attività elementari che, successivamente, sono state aggregate in macroattività per logiche funzionali riferite alle tipologie delle prestazioni o per logiche di gruppi.

*Macroattività:* indica l'attività più rappresentativa nell'ambito della *routine* dell'unità operativa in senso generale; per esempio: la visita medica, l'informazione, la terapia, l'attività di segreteria.

*Microattività:* indica, nel dettaglio, le azioni elementari che compongono una macroattività, per esempio: quella relativa alla visita medica è espressa dalle microattività esame obiettivo, valutazione esami, rilascio referto.

Ad ogni microattività è legata una figura professionale con il corrispondente tempo di esecuzione della prestazione (8). L'individuazione di tempi di esecuzione riferiti a specifiche figure professionali e, nell'ambito del percorso, l'individuazione delle risorse impiegate (materiali di consumo, tecnologia, ecc.) ha consentito di giungere alla valorizzazione dei processi assistenziali studiati. A tale scopo sono state predisposte, per ogni singolo percorso, le tabelle materiali e farmaci (vedi tabelle 3 e 4).

Dopo aver definito le condizioni di base, è stato organizzato il monitoraggio dei percorsi vero e proprio che ha

coinvolto circa il 25% della casistica trattata annualmente. A tale scopo è stata predisposta una scheda di monitoraggio articolata in due sezioni informatizzate:

1) scheda dei criteri di ingresso e di uscita;

2) scheda delle attività e delle risorse.

L'elaborazione dei dati rilevati ha consentito di evidenziare, a livello macro, il grado di corrispondenza generale tra il percorso di riferimento e quello effettivo rispetto a:

— prestazioni: eseguite, non eseguite, anticipate, posticipate, aggiunte;

— figure professionali: assenze o sostituzioni con qualifiche diverse rispetto a quelle del percorso di riferimento;

— variazione della tempistica;

— andamento dei corrispondenti livelli di valorizzazione.

Le tipologie di *report* ottenibili sono varie e, ai fini del presente lavoro, è stato necessario eseguire una selezione avendo come punti di riferimento gli indicatori presenti nella fase di impostazione del percorso e la scelta del percorso di riferimento. Al fine di soddisfare le esigenze conoscitive per le quali è stato predisposto, ciascun *report* è stato progettato in modo tale da segnalare, in sintesi, il numero e la tipologia degli scostamenti, dove essi si sono verificati, le figure professionali coinvolte, eventuali variazioni di tempistica, variazioni nell'uso delle risorse e, infine, i risultati di salute raggiunti.

**Tabella 3 - Distribuzione dei tempi, articolati per figure professionali in un percorso di ernia inguinale e dei relativi costi**

Figura professionale	Tempo (min.)	Distribuzione %	Costo	Distribuzione %
Ausiliario	4	1,0%	€ 0,79	0,3%
Infermiere generico	11	2,9%	€ 6,79	2,6%
Infermiere professionale	190	49,4%	€ 65,44	24,6%
Medico	164	42,6%	€ 186,42	70,2%
Operatori tecnici dell'assistenza	8	2,1%	€ 4,87	1,8%
Amministrativo	8	2,1%	€ 1,25	0,5%
<b>Totale</b>	<b>385</b>		<b>€ 265,56</b>	

**Tabella 4 - Valorizzazione di costi diretti relativi a materiali e farmaci per un percorso di bpc**

Tipologia di bene	Pazienti autosufficienti		Pazienti non autosufficienti	
	Valore	%	Valore	%
Farmaci	€ 196,68	67,4%	€ 207,07	60,9%
Altro materiale sanitario	€ 32,35	11,1%	€ 69,97	20,6%
Materiali di consumo diversi	€ 62,72	21,5%	€ 62,74	18,5%
<b>Totale</b>	<b>€ 291,75</b>		<b>€ 339,78</b>	

Nel report di tabella 5, sono illustrati gli scostamenti rilevati sulla degenza dei pazienti osservati rispetto a quella prevista nel percorso di riferimento. Gli scostamenti rilevati possono essere rappresentativi di differenti livelli di efficienza e/o di situazioni di criticità verificatesi nella gestione dei singoli casi. Gli allungamenti delle degenze possono essere dovuti ad una complessità maggiore della casistica trattata, a problemi di personale, di tipo organizzativo che possono riguardare sia l'unità operativa che sperimenta il percorso che le altre unità operative che forniscono prestazioni intermedie, per esempio laboratorio, radiologia o l'anestesia per le chirurgie.

Nel prospetto presentato, ancora in una forma sperimentale, non è stato possibile inserire valori di riferimento relativamente alla deviazione *standard* e, quindi, al coefficiente di variazione. Tali informazioni, di estrema utilità a fini valutativi, potranno essere inserite solo dopo aver condotto il monitoraggio su un numero sufficientemente grande di casi al fine di poter estrapolare valori statisticamente significativi.

Le informazioni così predisposte, in ogni caso, consentono di avviare alcune riflessioni sui casi che hanno superato la degenza indicata dal percorso di riferimento e, parimenti, su quelli che hanno fatto registrare una degenza inferiore. È da questi ultimi, infatti, che è possibile identificare modalità di gestione dei casi che, a parità di altre condizioni, consentono di ottenere risultati anche migliorativi rispetto al percorso di riferimento.

Il report grafico successivo, predisposto per il trattamento dell'ernia inguinale, evidenzia le percentuali di scostamento riferite alle macroattività per ogni singola fase di sviluppo del percorso.

Attraverso l'impiego delle informazioni raccolte ed elaborate dal sistema

di monitoraggio implementato nell'Azienda ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone, è stato possibile organizzare un primo *benchmarking* interno al fine di stimolare un processo di confronto e miglioramento continuo fra unità operative omogenee di una stessa azienda.

Il *benchmarking* interno è relativamente agevole tenuto conto che unità operative omogenee possono articolare i percorsi rispetto a fasi aventi le stesse caratteristiche. In questa esperienza il supporto informatico predisposto ha consentito di produrre delle analisi di confronto mediante procedure automatiche.

Nella figura 7 è illustrato il confronto tra le unità operative che hanno seguito il percorso della cataratta. Dalla semplice osservazione dei grafici si possono rilevare le differenze di *performance* delle singole unità operative rispetto al percorso nel suo complesso e ai singoli episodi clinico-organizzativi.

Grazie alla sperimentazione del percorso del paziente, è stato possibile, sia a livello di direzione aziendale

che relativamente ai dipartimenti coinvolti nel progetto, di acquisire una conoscenza analitica rispetto a comportamenti clinico-gestionali che possono riguardare un numero rilevante di pazienti e i livelli di efficienza o di raggiungimento di esito cui sono pervenute le unità operative nell'ambito di un progetto specifico. La direzione aziendale è in condizione, quindi, di programmare interventi di riorganizzazione e migliore utilizzo delle risorse.

La sperimentazione condotta, inoltre, ha coinvolto, con estremo interesse e adesione, i componenti dei gruppi di patologia (circa cento dipendenti medici e infermieri distribuiti nelle diverse unità operative). Una delle caratteristiche rilevanti, infatti, è stata la realizzazione, già fin dalla prima fase di avvio dei percorsi, di una crescita sinergica tra lo sviluppo delle competenze e il raggiungimento dei risultati e lo sviluppo del supporto informatico che ha permesso la gestione del progetto aziendale. Allo stato attuale, lo strumento informatico permette di continuare a gestire le altre patologie

**Tabella 5 - Analisi degli scostamenti relativi alla degenza media**

U.O. di medicina generale Sacile: percorso BPCO				
	Percorsi effettivi		Percorso di riferimento	Differenza
Numero casi osservati	9			
Età media	79,25			
Degenza media	11,6		9,0	2,6
Giornate degenza totali	104		90	14
Deviazione <i>standard</i>	3,5			
Coefficiente di variazione	30			
	<b>N. casi</b>	<b>Giornate</b>		
Sotto degenza di riferimento	3	5		
Sopra degenza di riferimento	4	19		

con un notevole risparmio di risorse (tempo/persona) ed una sensibile riduzione dei tempi di analisi e produzione di report.

### 8. Considerazioni conclusive

L'approccio del percorso del paziente o, più in generale, della gestione per processi rappresenta, allo stato attuale, una delle maggiori innovazioni, almeno con riferimento alle aziende sanitarie, al fine di progettare e realizzare sistemi e strumenti di gestione in grado di creare un legame forte tra risultati sanitari, qualità percepita dal paziente e dai suoi famigliari, modalità seguite per l'ottenimento dei risultati e, infine, il livello di risorse assorbite.

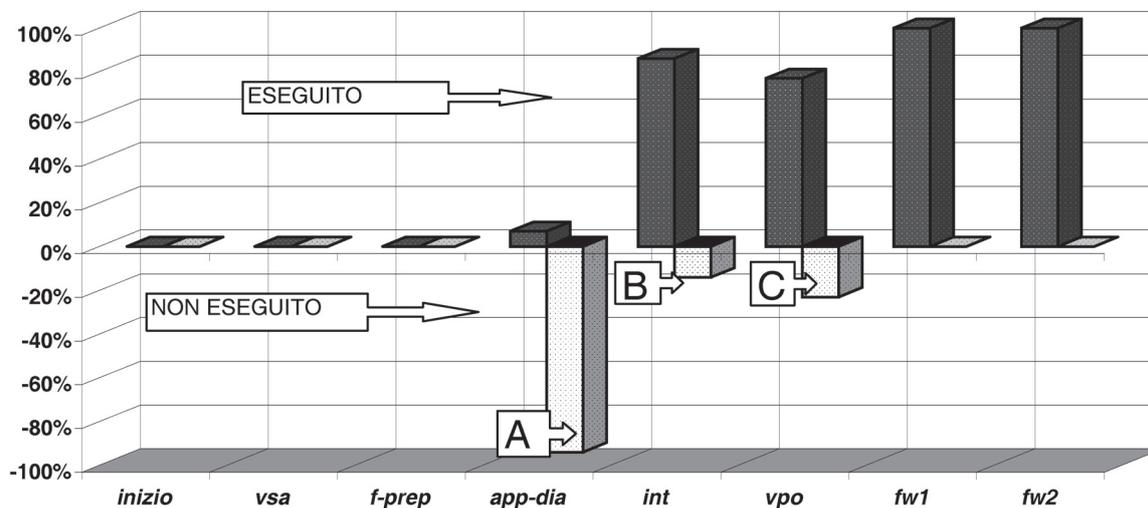
Il ruolo giocato da tale strumento in ambito aziendale è quello tipicamente assegnato ai meccanismi o sistemi operativi che, congiuntamente agli interventi sugli assetti organizzativi e sul sistema delle responsabilità, tendono ad orientare i comportamenti verso il perseguimento degli obiettivi generali aziendali (Airoldi G., Brunetti G., Coda V., 1994).

I casi presentati nei paragrafi precedenti, pur focalizzando l'attenzione su aspetti differenti, consentono di apprezzare come, nella realtà, l'avvio, seppure in una forma ancora sperimentale, della gestione per processi offra rilevanti opportunità nel migliorare il grado di comprensione dei fenomeni gestionali legati alle modalità di formazione dei risultati delle orga-

nizzazioni sanitarie e, soprattutto, sia possibile, attraverso il corretto impiego delle informazioni relative alla realtà osservata, stimolare azioni di cambiamento finalizzate al miglioramento della gestione e dei risultati.

Il caso di Pesaro, da questo punto di vista, è forse quello che, meglio di altri, è in grado di evidenziare la potenzialità insita nello studio e valutazione dei processi sanitari. L'aspetto di maggiore significatività, nel caso in esame, è rappresentato dall'avvio di un processo di integrazione organizzativa, prima solo internamente all'azienda ospedaliera S. Salvatore e successivamente estesa all'azienda territoriale, tra strutture diverse che si occupano di segmenti di un unico percorso assistenziale. I vantaggi conse-

Figura 6 - Analisi degli scostamenti percentuali relativi alle macroattività

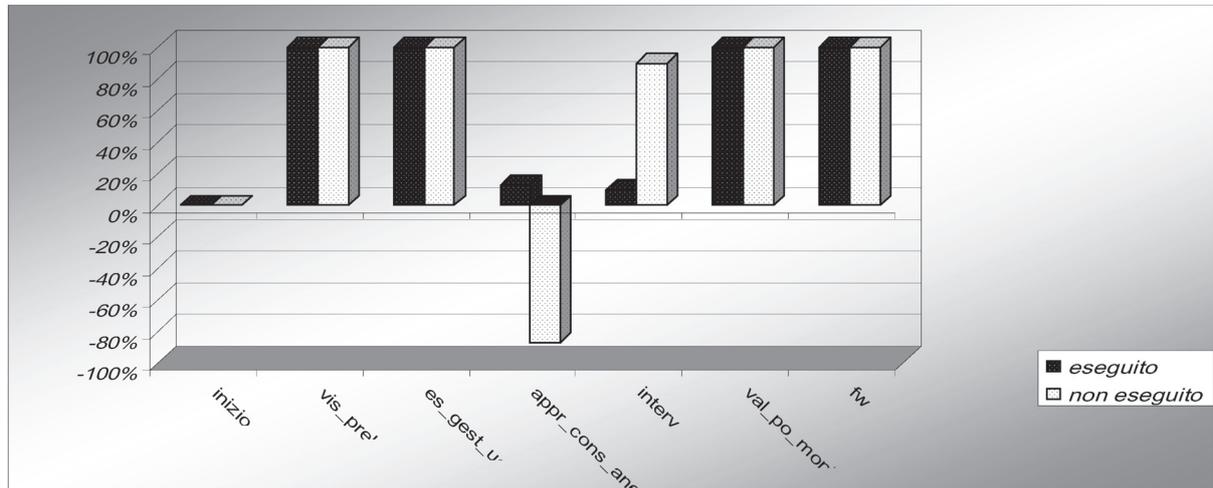


#### LEGENDA

- A - Approfondimento diagnostico: variabile riferita all'accompagnamento paziente per esami strumentali; prestazione assente se il paziente è autosufficiente.
- B - Intervento: variabile riferita all'informazione al paziente, non erogata secondo i protocolli dichiarati.
- C - Valutazione *post*-operatoria: parametri vitali: eseguita solo rilevazione T.C. in quanto il paziente non necessita della prestazione.

**Figura 7 - Confronti scostamenti di percorsi di cataratta**

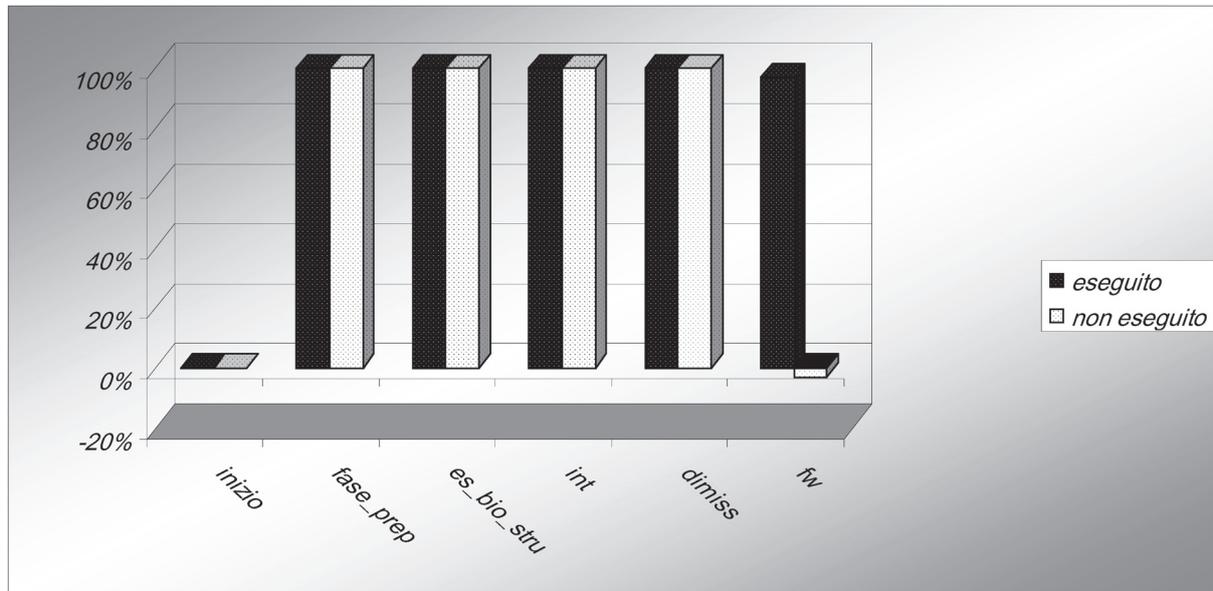
*Cataratta Pordenone*



**Voci di scostamento (dal report analitico causali degli scostamenti per macroattività non eseguite):**

- approfondimento clinico e consulenza anestesiologicala;
- visita anestesiologicala: non eseguita perché trattasi di interventi in anestesia locale (37 pazienti su 40);
- stick glicemico: non eseguito perché paziente sano (non diabetico) (32 paziente su 40);
- profilassi antibiotica x OS: non eseguita perché non in terapia (40 casi su 40).

*Cataratta day surgery sacile*



**Voci di scostamento (dal report analitico causali degli scostamenti per macroattività non eseguite):**

- l'unità operativa segue esattamente il percorso; nessun scostamento tranne un caso di *follow up* in cui il paziente ha richiesto la esecuzione in altra sede.

guiti, tra l'altro, non sono limitati al miglioramento dei risultati, sia economici che sanitari, del percorso del carcinoma alla mammella ma, in virtù dell'intervento volto alla costituzione della centrale oncologica condivisa tra le due aziende sanitarie, a tutti i percorsi di carattere oncologico.

Il caso di Livorno, invece, consente di apprezzare le opportunità offerte dalla gestione per processi in merito alla possibilità di costruire un rapporto, tra azienda sanitaria e paziente, basato su un'informazione completa e trasparente e, in prospettiva, di integrare lo strumento percorso con elementi valutativi, espressi direttamente da chi ha ottenuto il servizio, della qualità percepita. Si tratta, quest'ultimo, di aspetto la cui rilevanza è ormai riconosciuta non solo perché è sempre più sentita l'esigenza di garantire il miglior servizio possibile ma, anche, perché il paziente è sempre più attento ed esigente rispetto alle caratteristiche dei servizi sanitari offerti e, su questa base, seleziona la struttura sanitaria alla quale rivolgersi.

Infine, il caso di Pordenone, molto più tecnico dei precedenti, pone in evidenza, alla luce del monitoraggio effettuato sui percorsi studiati, le potenzialità del percorso del paziente come strumento sistematico di controllo, non solo economico, quale base per avviare l'*audit* interno alle unità che hanno gestito i processi anche sulla base degli stimoli derivanti da una prima operazione di *benchmarking* tra unità operative. Particolarmente interessanti, al di là dei prospetti economici, sono i grafici rappresentativi delle attività svolte e di quelle non eseguite e la conseguente ricerca delle motivazioni, cliniche, legate al paziente o organizzativo-gestionali, che hanno determinato gli scostamenti. A tutti gli effetti, tali prospetti informativi rappresentano la base di riflessione sulle

modalità di gestione dei processi e, se del caso, per la loro riprogettazione.

I risultati conseguiti dalle aziende che hanno aderito al programma di ricerca «Il percorso assistenziale del paziente in ospedale», di cui si è fatto breve cenno nel presente lavoro, hanno quindi consentito di porre in evidenza le potenzialità generali e specifiche della gestione per processi applicata nelle organizzazioni sanitarie. Va tuttavia sottolineato che gli stessi risultati non devono far ritenere che possa considerarsi esaurita la fase sperimentale legata all'applicazione di approcci metodologici. La problematica fondamentale che, nonostante la realizzazione di numerose sperimentazioni di gestione per processi anche con approcci metodologici diversi (percorso del paziente, profili assistenziali e linee guida), ostacola il passaggio verso la realizzazione di un vero e proprio sistema di gestione è rappresentato dalla necessità di automatizzare il monitoraggio dei processi. Si tratta di un'operazione per la cui realizzazione sono necessari investimenti di carattere informatico rispetto ai quali solo poche aziende sanitarie, ad oggi, hanno mostrato una sensibilità sufficiente o si trovano in una situazione economico-finanziaria e gestionale-organizzativa adeguata per affrontarli.

Nonostante le difficoltà e l'esigenza di proseguire nelle sperimentazioni, sia al fine di consolidare ulteriormente i risultati conseguiti sia per sviluppare approcci utili anche in ambito di sanità territoriale, gli strumenti della gestione per processi rappresentano oggi, e sempre più lo saranno nel futuro, il necessario complemento e collante degli altri strumenti e azioni di governo delle organizzazioni sanitarie, quali la pianificazione, gli strumenti della programmazione e del controllo di gestione, i sistemi di responsabilità e di valutazione dei risul-

tati e le azioni di riprogettazione organizzativa, al fine di perfezionare il processo di aziendalizzazione. In questo senso, pertanto, la gestione per processi in sanità è destinata a divenire il punto di riferimento metodologico, per i prossimi cinque-dieci anni, nelle aziende sanitarie per la realizzazione dei sistemi di gestione, per la progettazione del sistema informativo e per la definizione degli assetti organizzativi.

(1) Secondo l'Osservatorio permanente per l'aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale (OPAS), sulla base delle linee guida n. 2/96 (pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 31 maggio 1996) dal titolo «Profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari», l'Azienda unità sanitaria locale ha il fine di soddisfare i bisogni della comunità locale, garantendo i livelli uniformi di assistenza, attraverso anche i progetti obiettivo ed azioni programmate, mentre l'Azienda ospedaliera ha come fine quello di rispondere a specifici bisogni di salute, erogando prestazioni e servizi di diagnosi e cura in quantità e qualità coerente con la domanda.

(2) Il progetto di ricerca prese avvio nel mese di novembre 1999 con l'invio, a tutte le Aziende sanitarie pubbliche italiane, dell'invito a partecipare, mediante lettera, al programma stesso. A tale invito risposero, con richiesta di adesione, circa 60 aziende tra Usl e Ospedaliere. Tra le 60 aziende furono quindi selezionate: le aziende ospedaliere S. Giovanni Battista di Torino, Maggiore della Carità di Novara, Macchi di Varese, S. Maria degli Angeli di Pordenone, di Perugia, S. Salvatore di Pesaro, di Caserta e Cannizzaro di Catania; e le aziende sanitarie locali di Livorno, Frosinone e Sassari.

(3) L'Azienda ospedaliera San Salvatore di Pesaro è una delle quattro Aziende ospedaliere di alta specialità della Regione Marche ed è dotata di 452 posti letto per acuti. I volumi di attività nell'anno 2001 sono stati di 21.854 ricoveri complessivi (di cui 7.617 in regime di *day-hospital/day-surgery* e 14.237 in regime ordinario) con un indice di attrazione extraregionale dell'11,2%. Nell'anno 2002 gli addetti dell'Azienda sono in numero di 1254 ed il *budget* assegnato all'azienda è di euro 97.816.937.

(4) L'Azienda Usl 6 di Livorno si estende su una superficie di 1213 Km<sup>2</sup>, con una popolazione di riferimento pari a 335.000 abitanti.

L'azienda è organizzata su 5 distretti socio sanitari e 4 presidi ospedalieri per un totale di 1263 posti letto per acuti. L'Azienda ha 4136 dipendenti ed un bilancio complessivo annuale (anno 2001) pari a circa euro 460.000.000.

(5) La tecnica del «case management» consente la gestione del caso clinico nella sua completezza e prevede la individuazione di un «responsabile di processo» (o «case manager») che diventa così la figura di riferimento per il paziente durante l'episodio di ricovero ospedaliero.

(6) L'Azienda ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone è azienda di riferimento regionale con un bacino d'utenza di circa 400.000 abitanti, dotata di 750 p/l, con un'attività di 26.367 ricoveri di cui in *day-surgery* il 25% e con un'attrazione extra-regionale pari al 15% dei ricoveri totali. Il personale dell'azienda è di 1786 dipendenti ed il bilancio, in pareggio dal 1998 è pari a euro 122.047.733.

(7) Durante i due anni e mezzo di sperimentazione è stato possibile studiare i percorsi del paziente relativi a ernia inguinale, cataratta, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva, ictus, tonsillectomia, carcinoma del colon-retto, patologia chirurgica in elezione del ginocchio e parto.

(8) Il tempo riferito all'effettuazione dell'attività considerata, è una rappresentazione media del tempo reale per l'effettuazione della stessa, desunta da interviste al personale coinvolto. Lo stesso tempo è soggetto a differenziazioni dove l'attività richiede maggiore impegno da parte dell'operatore: la stessa attività può essere effettuata impiegando più o meno tempo, secondo le reali condizioni di esecuzione. Per esempio, il tempo previsto per supportare il paziente nell'igiene personale, quando il paziente non è in grado di gestirsi da sé o con minimo sforzo da parte dell'operatore sanitario, aumenta proporzionalmente all'impegno necessario.

## BIBLIOGRAFIA

- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (1994), *Economia aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- BRIMSON J.A., ANTHOS J. (1994), *Activity-Based Management for service industries, government entities, and nonprofit organizations*, John Wiley, New York.
- BUCCOLIERO L. (1998), «I sistemi informativi delle aziende sanitarie: fabbisogni e percorsi evolutivi verso l'adozione degli ERP (Enterprise Resource Planing)», *Mecosan*, 28: 9-24.
- CASATI G. (A CURA DI) (1999), *Il percorso del paziente*, EGEA, Milano.
- CASATI G. (2000), «I sistemi di programmazione e controllo di gestione: i risultati di un follow-up», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2000*, EGEA, Milano.
- CASATI G. (A CURA DI) (2001), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.
- CASATI G., VICHI M.C. (A CURA DI) (2002), *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, Mc Graw-Hill, Milano.
- COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO (2001), *Relazioni finali delle inchieste svolte*, Tipografia del Senato, Roma.
- DI STANISLAO F. (2001), «Evidence Based Medicine e profili di assistenza strumenti di integrazione e di innovazione organizzativa, di miglioramento dell'efficacia e di razionalizzazione della spesa», *Aress I*, settembre, 3: 22-24
- DONABEDIAN A. (1990), *La qualità dell'assistenza sanitaria: primo volume*, NIS, Firenze.
- GRILLI R. (1995), *Linee guida per la pratica clinica: istruzioni per l'uso. Recenti progressi in medicina*.
- GRILLI R. ET AL. (2000), «Practice guidelines by specialty societies: the need for a critical appraisal», *Lancet*.
- LEGA F., *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità*, Mc Graw Hill, Milano, 2001.
- LIBERATI A. (1997), *La medicina delle prove di efficacia. Potenzialità e limiti della Evidence-Based Medicine*, Pensiero Scientifico, Roma.
- LIVA C., DI STANISLAO F. (1996), «L'accreditamento dei servizi sanitari. Uno strumento per la promozione della qualità», *NAM*, vol. 12.
- LOMASTRO M., VICHI M.C. (1999), «Il percorso del paziente ospedaliero», *Mecosan*, 32: 75-89.
- MASTROBUONO I. (A CURA DI) (1998), «Indagine sul processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale», *RSS (Ricerca sui servizi sanitari)*, anno II, 2.
- MOROSINI P., PERRARO F. (2001), *Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- PANELLA M., MORAN N., DI STANISLAO F. (1997), «Una metodologia per lo sviluppo di profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. Profili assistenziali», *QA*, 8(1).
- SCHRIEFER J. (1984), «The synergy of pathways and algorithms: two tools work better than one», *Journal on quality improvement*, vol. 20, 9.
- SPATH P.L. (1994), *Clinical Paths*, AHA.
- SPATH P.L. (1997), *Beyond Clinical Paths*, American Hospital Publishing Inc.
- ZANDER K. (1995), *Managing outcomes through collaborative care*, AHA.

# IL DISTRETTO SANITARIO: FUNZIONI E POTENZIALITÀ DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA

Francesco Testa, Concettina Buccione

Facoltà di Economia - Università degli Studi del Molise

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il distretto sanitario: modello istituzionale o economico-aziendale? - 3. La ricerca empirica - 4. Riflessioni conclusive.

*With this article the role of the Health Districts will be examined (territorial, functional and organizational structures of the Local Health Corporations) with reference to management competence and health demand rationalisation. In particular, by empirical study we will test if (and how) the District will be able to carry out a health needs analysis in order to eliminate inappropriate demand and satisfy the actual one with an appropriate supply. Our observations regarding research results will concentrate mainly on three points:*

- a) district information resources. Prior to discussing the role government may have on demand control, it is best to verify, if and how the data in question has been gathered, processed and analysed;*
- b) the role district management will hold in information network planning and implementation;*
- c) the type of organizational set up that will aid district demand in its success.*

## 1. Premessa

Il processo di aziendalizzazione del sistema sanitario avviato negli anni '90 avrebbe dovuto, nelle intenzioni del legislatore, interessare sia gli aspetti macroeconomici sia quelli microeconomici del settore sanitario, spaziando dai fondamenti concettuali del sistema fino alla gestione della singola unità erogatrice di servizi, trasformata da braccio operativo in azienda dotata di autonomia e responsabilizzata su risorse e risultati. A livello di principi fondamentali si è passati da una concezione di *Welfare State*, in cui la salute è tutelata come un diritto prioritario, ad un modello di Stato dei servizi, in cui la salute, pur rimanendo un diritto acquisito, deve fare i conti con la limitatezza delle risorse.

In relazione alla singola struttura sanitaria la normativa di riordino, oltre a prevedere la modifica della forma

giuridica delle Usl e degli ospedali, trasformati in aziende, ha profondamente modificato il sistema di finanziamento delle strutture sulla base di un meccanismo che premia quelle maggiormente orientate alla soddisfazione globale del cittadino. Nel nuovo scenario definito dalla riforma è venuto meno l'ambiente protetto in cui tradizionalmente operavano le strutture sanitarie e, soprattutto nell'ultima riforma del sistema (la riforma Bindi - D.L.vo 229/99), si è valorizzato il ruolo del distretto socio-sanitario come struttura privilegiata per soddisfare i bisogni di salute della popolazione locale.

I distretti nella ridefinizione dell'organizzazione del sistema sanitario nazionale assumono la valenza di unità aziendali, potendo instaurare rapporti e relazioni gestionali, sulla base di una autonomia economico-finanziaria per lo svolgimento delle

funzioni e il conseguimento degli obiettivi aziendali.

Al distretto compete la gestione delle strutture e dei servizi ubicati nel territorio di competenza, indipendentemente dal livello delle prestazioni erogate, con la sola esclusione delle funzioni incluse tra le competenze dei presidi ospedalieri. L'espletamento delle funzioni proprie del distretto richiede un elevato grado di integrazione oltre che tra le attività svolte al suo interno, anche tra queste ultime e quelle proprie delle strutture ospedaliere. È così che proprio per facilitare il coordinamento delle attività ospedaliere con quelle territoriali è possibile costituire dei dipartimenti, ad elevato

---

Questo articolo è il risultato di una ricerca svolta nell'ambito del Progetto del Cnr «Problemi prioritari e politiche di razionalizzazione del Sistema sanitario nazionale» (Contributo di ricerca n. 99.03417.ST74).

contenuto tecnico-professionale, che collegano orizzontalmente organi del territorio ed organi aventi responsabilità decisionali operanti nell'area ospedaliera.

La L. 833/78, in relazione all'organizzazione territoriale, prevede che «alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali». Queste ultime sono strutture operative dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane.

La normativa, nel dettare i principi relativi all'organizzazione territoriale (art. 10), prevede che «sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i comuni, singoli o associati, o le comunità montane articolano le unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento». Ne deriva che sono i comuni ad individuare e ad organizzare, secondo i principi della legge regionale, i distretti.

Inoltre, le regioni, «entro sei mesi dalla entrata in vigore della legge, individuano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, ne disciplinano con legge i compiti, la struttura, la gestione, l'organizzazione e il funzionamento e stabiliscono i criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti sanitari di base» (art. 61).

Successivamente il D.L.vo 502/92, nel dettare i principi relativi all'organizzazione delle Unità sanitarie locali (art. 3), prevede che «le regioni disciplinano, nell'ambito della propria competenza, le modalità organizzative e di funzionamento delle Unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro l'articolazione delle Unità sanitarie locali in distretti».

Il disposto normativo del D.L.vo 502/92, in relazione al distretto sanitario, lascia un ampio margine discrezionale alle regioni e ciò può avere ri-

svolti sia positivi, poiché la discrezionalità permetterebbe di soddisfare i bisogni di salute differenziati in base alle caratteristiche demografiche, culturali e sociali della popolazione territoriale e sia negativi, poiché dalla discrezionalità potrebbe derivare un ruolo «indefinito» del distretto, originando ambiguità a livello organizzativo e gestionale.

I D.L.vi 502 e 517, pur introducendo elementi del tutto nuovi nel Ssn (basti pensare alla nascita delle aziende sanitarie ed ospedaliere), non hanno significativamente modificato il concetto di distretto già previsto nella L. 833/78, nonostante per il legislatore tale articolazione territoriale dovesse essere, insieme naturalmente all'aziendalizzazione, il vero segno di cambiamento della nuova normativa.

Il D.L.vo 229/99 dà al distretto, e quindi all'assistenza primaria, un'importanza che né la L. 833/78, né i successivi atti di riordino del sistema sanitario avevano dato, affidando all'articolazione distrettuale la riorganizzazione della medicina del territorio. È previsto, infatti, che:

a) «nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto ha l'autonomia tecnico-funzionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale (D.L.vo 229/99, art. 3 *quarter*). L'individuazione dei livelli e delle modalità di esercizio dell'autonomia gestionale è demandata alle scelte organizzative aziendali, entro il limite posto dal perseguimento degli obiettivi stabiliti dall'azienda; inoltre, prevedendo che i distretti abbiano una contabilità separata, si avvia il discorso per la nascita di un mercato interno alle Asl, che separa acquirenti (distretti) da produttori (ospedali);

b) il distretto è la sede privilegiata per la programmazione delle attività territoriali; a tale programmazione concorrono i comuni, attraverso il Co-

mitato dei sindaci del distretto. Il Programma delle attività territoriali è finalizzato al raggiungimento di risultati di salute e si basa su un approccio multisettoriale. Ha la finalità di «individuare la localizzazione dei servizi; di determinare le risorse per l'integrazione sociosanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la realizzazione dei presidi per il territorio di competenza. Il Programma delle attività territoriali, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del comitato dei sindaci di distretto, è proposto dal direttore di distretto, ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale» (D.L.vo 229/99, art. 3 *quarter*);

c) «Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono assegnate risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento» (D.L.vo 229/99, art. 3 *quinquies*). Vengono esplicitamente definite le funzioni del distretto, quali il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, le attività scolastiche ambulatoriali, le attività per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze, le attività consultoriali, le attività rivolte agli anziani e ai disabili, le attività di assistenza domiciliare integrata, le attività per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale. Nel distretto, inoltre, trovano collocazione le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento della prevenzione, con particolare riferimento alla persona;

d) viene introdotta la figura del direttore di distretto;

e) il distretto è la sede privilegiata per l'integrazione sociosanitaria.

L'attività di tale struttura sanitaria, anche se sembra più definita rispetto alla precedente normativa, non è incentrata sulla domanda, ma continua a prevalere il concetto di «distretto dell'offerta», le cui attività sono vincolate dalle risorse assegnate dalla Asl di appartenenza.

In tale contesto si inserisce il presente lavoro che intende sviluppare alcune riflessioni sul ruolo che il distretto sanitario può avere nel governo della domanda di salute (1) e sui fattori che consentono di eliminare la domanda impropria.

## 2. Il distretto sanitario: modello istituzionale o economico-aziendale?

Dall'analisi della normativa, in particolare dalle disposizioni legislative del D.L.vo 229/99, si possono individuare alcuni elementi che contraddistinguono il distretto:

a) tale struttura è strumento di decentramento geografico e funzionale. Per quanto riguarda il *decentramento geografico*, i criteri utilizzati per definire gli ambiti territoriali sono l'entità della popolazione in relazione al tipo di realtà, rurale o urbana, e la coincidenza con i confini comunali o circoscrizionali: in genere il distretto si identifica con un comune o con una circoscrizione, ma nel caso di realtà con numero limitato di abitanti il distretto abbraccia più comuni.

Con il *decentramento funzionale* si ha il trasferimento di responsabilità e di funzioni dal centro alla periferia: ne deriva che il distretto rappresenta o dovrebbe rappresentare il livello di governo del sistema sanitario a più diretto contatto con i cittadini e, quindi, la sede più appropriata per la parteci-

pazione della comunità locale alla gestione dei servizi;

b) è un'articolazione tecnico-funzionale dell'azienda Usl, accessibile a tutti i cittadini per offrire loro le prestazioni sanitarie e sociali di primo livello (assistenza medico-generica e pediatrica di base, ambulatoriale e domiciliare; la guardia medica; l'assistenza infermieristica territoriale; il servizio sociale, compresa l'assistenza domestica domiciliare; la tutela materno-infantile in ambito consultoriale; le attività di prevenzione, comprese la profilassi delle malattie infettive, le vaccinazioni e la vigilanza igienico-sanitaria della collettività; l'educazione sanitaria; le attività amministrative). In relazione alle dimensioni del distretto e alle caratteristiche del suo assetto organizzativo, in tale struttura sanitaria possono trovare collocazione anche altri servizi: alcune attività specialistiche, igiene mentale, medicina del lavoro; tossicodipendenza, attività veterinaria, ecc.;

c) il distretto è organizzato secondo regole e principi che sono propri della struttura principale a cui deve fare direttamente riferimento, ossia l'Azienda Usl. Ne deriva che i distretti si uniformano alle specifiche previsioni normative che le regioni formulano nella definizione della Aziende Usl e dei distretti stessi.

Dall'analisi delle leggi regionali e/o dei Piani sanitari regionali emergono definizioni differenziate di distretti sanitari, anche se elemento comune è l'indicazione di «cosa» deve fare il distretto, senza indicarne il «modo» (tabella 1). Le definizioni dei distretti possono essere più vicine a logiche giuridiche o a logiche aziendali, e a seconda se prevalgono le prime o le seconde si possono individuare due modelli di distretto: un modello istituzionale e un modello economico-aziendale.

Il modello *istituzionale* è il risultato dell'applicazione della normativa che disciplina i rapporti fra i soggetti distrettuali (direttore, medici, comune, associazioni di volontariato, clienti-cittadini) e fra la dirigenza distrettuale e quella aziendale; della normativa che disciplina l'attività di produzione/erogazione dei servizi, ed infine della normativa che disciplina l'allocazione delle risorse (umane, tecnologiche e finanziarie). Ne deriva la codificazione di *rapporti sociali*, in termini di norme che definiscono diritti e doveri dei vari soggetti; di *rapporti politici*, in termini di distribuzione del potere decisionale relativo a determinati aspetti della convivenza sociale organizzata politicamente; di *rapporti economici*, in termini di meccanismi che regolano la produzione, il trasferimento e l'utilizzazione della ricchezza (2).

Per quanto riguarda il *modello economico-aziendale*, è opportuno precisare che lo studio degli aspetti economici relativi alla sanità può seguire tre filoni di indagine che si collegano ad approcci concettuali tra loro diversi. Il primo, della teoria economica, attiene all'ottima allocazione delle risorse nell'ambito delle scelte di politica economica generale o nell'ambito delle scelte di finanza pubblica. Il secondo ha per oggetto gli studi finalizzati a definire le politiche pubbliche in materia di sanità, sviluppati soprattutto nel periodo dell'affermazione del modello di *Welfare State*. Il terzo, infine, ha per oggetto i contributi di tipo economico-aziendale e manageriale. L'economia aziendale indaga il comportamento economico degli «istituti sociali» nei quali si attuano i processi di produzione, trasferimento, consumo della ricchezza per definire i principi e i criteri cui devono ispirarsi le scelte delle persone che hanno responsabilità decisionali in tali istituti. In base a quest'ultimo filone di studi,

**Tabella 1 - Le definizioni di distretto nelle normative regionali**

<b>Piemonte</b>	«... dotato di autonomia organizzativa è l'articolazione territoriale e funzionale dell'Usl per l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie di base e socio-assistenziali di base, nonché per l'esercizio di ogni altra funzione... attraverso i medici e i pediatri di medicina territoriale assicura un efficace filtro della domanda socio-sanitaria e orienta la stessa, garantendo la continuità terapeutica ...» (L. reg. n. 10 del 24 gennaio 1995).
<b>Valle d'Aosta</b>	«... ambito organizzativo territoriale per l'effettuazione di attività e l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria, di tutela e di promozione della salute, di prestazioni socio-sanitarie, di erogazione dei servizi e delle prestazioni socio-assistenziali, di integrazione fra servizi sanitari e servizi socio-sanitari ...» (L. reg. n. 5 del 25 gennaio 2000).
<b>Liguria</b>	«... costituisce l'articolazione territoriale dell'Usl all'interno della quale i nuclei operativi previsti erogano le prestazioni in materia di prevenzione ... ed educazione sanitaria della popolazione che per le loro caratteristiche devono essere garantite in maniera diffusa sul territorio ...» (L. reg. n. 2 del 20 gennaio 1997).
<b>Lombardia</b>	«... articolazione organizzativa su base territoriale il cui scopo è di assicurare il coordinamento permanente degli operatori e delle relative funzioni, la gestione dell'assistenza sanitaria, dell'educazione sanitaria, dell'informazione e prevenzione e delle attività socio-assistenziali ... assicura l'analisi e l'orientamento della domanda socio-sanitaria con lo scopo di garantire il diritto di accesso all'insieme dei servizi socio-sanitari e la continuità assistenziale nei diversi luoghi di trattamento ...» (L. reg. n. 31 dell'11 luglio 1997).
<b>Veneto</b>	«... è la struttura tecnico-funzionale mediante la quale l'Unità locale socio-sanitaria assicura una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione ...» (L. reg. n. 56 del 14 settembre 1994).
<b>Trentino-Alto Adige</b> <b>Provincia autonoma di Trento</b>	«... costituiscono l'articolazione organizzativa dell'azienda sul territorio ... ai distretti è assegnata la responsabilità di fornire ... le prestazioni e attività proprie del servizio sanitario provinciale in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e medicina legale attraverso la gestione ottimale delle risorse assegnate e per il conseguimento degli obiettivi definiti, in sede di programmazione, dalla direzione generale ...» (L. prov. n. 10 del 13 aprile 1993).
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	«... è la struttura operativa mediante la quale l'Azienda per i servizi sanitari assicura una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione ... è centro di riferimento dei cittadini per tutti i servizi sanitari dell'Azienda, sede di integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali del territorio e può operare in modo coordinato con strutture private e di volontariato che offrano servizi sanitari con quelli socio-assistenziali ... costituisce altresì la struttura idonea in cui si concretizza il rapporto con le associazioni di volontariato del territorio ...» (L. reg. n. 12 del 30 agosto 1994).
<b>Emilia-Romagna</b>	«... sono articolazioni territoriali, organizzative e funzionali delle aziende ... con caratteristiche di autonomia ... ad essi è affidata la gestione delle strutture e dei servizi ubicati nel territorio di competenza e destinati all'assistenza sanitaria di base e specialistica di primo livello, nonché l'organizzazione dell'accesso dei cittadini residenti ad altre strutture e presidi ... I distretti svolgono altresì le attività socio-assistenziali di base ... assicurandone l'integrazione con le attività di assistenza sanitaria ...» (L. reg. n. 19 del 16 maggio 1994).
<b>Toscana</b>	«... è l'articolazione della zona al cui livello: il servizio sanitario regionale attiva il percorso assistenziale; i servizi di assistenza sociale attivano gli interventi di sostegno e di reinserimento sociale; si realizza l'integrazione delle attività sanitarie e sociali ...».  «... articola l'organizzazione dei propri servizi tenendo conto della realtà del territorio ...» (L. reg. n. 72 del 30 settembre 1998).
<b>Umbria</b>	«... è l'articolazione territoriale ed organizzativa dell'Unità sanitaria locale, per le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, alle cure e alla riabilitazione, tramite la gestione integrata delle risorse della Unità sanitaria locale e degli enti locali ...» (L. reg. n. 3 del 20 dicembre 1998).

segue **Tabella 1 - Le definizioni di distretto nelle normative regionali**

<b>Marche</b>	«... è una struttura dell'Azienda Usl finalizzata a realizzare nel territorio un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione ...» (L. reg. n. 26 del 17 luglio 1996).
<b>Abruzzo</b>	«... articolazione funzionale della Asl finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione fra i servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-sanitari, in modo da costruire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione ...» (L. reg. n. 37 del 2 luglio 1999).
<b>Lazio</b>	«... sono articolazioni territoriali, organizzative e funzionali delle aziende unità sanitarie locali, con caratteristiche di autonomia economico-finanziaria, contabile e gestionale ... assicurano prestazioni di prevenzione ... sia mediante l'erogazione diretta, sia organizzando l'accesso dei cittadini ad altri presidi o strutture dell'Azienda unità sanitaria locale ...» (L. reg. n. 18 del 16 giugno 1994).
<b>Molise</b>	«... rappresenta una articolazione organizzativo-funzionale dell'Asl finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione ...» (L. reg. n. 2 del 21 febbraio 1997).
<b>Campania</b>	«... area sistema di integrazione operativa, struttura decentrata e articolazione territoriale e funzionale dell'Azienda sanitaria locale, è dotato di autonomia organizzativa ed assicura le prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione organizzando l'accesso dei cittadini verso presidi accreditati a gestione diretta o con i quali intrattiene apposite convenzioni, ... è finalizzato a realizzare l'integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione ...» (L. reg. n. 32 del 3 novembre 1994).
<b>Puglia</b>	«... assicura la tutela della salute nel territorio di competenza e l'integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e assistenziali ... è il centro di responsabilità e di spesa di tutte le prestazioni e le attività necessarie alla popolazione del proprio ambito territoriale ... in collaborazione con i medici e pediatri di base assicura un efficace filtro della domanda e orienta la stessa, garantendo la continuità terapeutica ...» (L. reg. n. 36 del 28 dicembre 1994).
<b>Basilicata</b>	«... sono articolazioni territoriali e funzionali delle Aziende Usl, con caratteristiche di autonomia organizzativa e gestionale nell'ambito degli indirizzi e delle direttive emanate dal Direttore generale ...» (L. reg. n. 27 del 10 giugno 1996).
<b>Calabria</b>	«... l'Azienda sanitaria locale si ripartisce in Distretti socio-sanitari e Poli ...» (L. reg. n. 2 del 22 gennaio 1996).
<b>Sicilia</b>	«... strutture tecnico-funzionali per le erogazioni delle prestazioni di primo livello e di pronto intervento in forma integrata ...» (L. reg. n. 30 del 3 novembre 1993).
<b>Sardegna</b>	«... costituisce un'articolazione organizzativa e funzionale dell'Azienda Usl, preposta alle funzioni di interesse locale ... che esercita secondo le direttive dell'organizzazione centrale ...» (L. reg. n. 5 del 26 gennaio 1995).

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

il distretto può essere considerato un micro sistema sanitario locale, che combina risorse scarse, materiali e immateriali, per soddisfare i bisogni di salute espliciti e latenti della popolazione locale. Enfatizzare l'aspetto

economico-aziendale del distretto significa, pertanto, focalizzare l'attenzione sui presupposti che consentono di svolgere le attività in condizioni di economicità, efficacia ed efficienza, ossia mantenere nel tempo la capacità

di soddisfare i bisogni considerati di pubblico interesse compatibilmente con le risorse a disposizione (*economicità*), garantendo adeguati livelli di coerenza tra servizi erogati e bisogni da soddisfare (*efficacia*), nonché un

ragionevole rapporto tra risorse impiegate e servizi prodotti (*efficienza*).

Secondo un approccio economico-aziendale, il distretto sociosanitario di base non può essere considerato una emanazione periferica dell'Asl, che eroga solo i servizi individuati dalla normativa, ma esso è il nodo di una rete in grado di esprimere potenzialmente il più elevato livello di coordinamento fra tutti gli attori distrettuali e la sua sfera di azione attiene all'individuazione e alla soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione locale con interventi globali e non settoriali sulla persona.

Da ciò deriva che il distretto coordina e svolge un *portafoglio di attività* sia operative sia strategiche. Le prime vengono svolte nell'ambito delle funzioni amministrative, sanitarie, socio-sanitarie e di gestione delle strutture e dei servizi. Sarà la direzione aziendale, di fatto, sulla base delle potenzialità anche umane disponibili, che valuterà l'opportunità o meno di includere nella delega tutte o alcune delle strutture, dei servizi e delle attività organizzative.

Le attività strategiche, invece, riguardano la scelta dell'assetto organizzativo; il coordinamento sinergico delle azioni degli attori distrettuali; l'attività di supporto tecnico agli enti locali nella individuazione dei bisogni, nella scelta delle priorità e nella realizzazione di attività di promozione della salute; l'accesso ai servizi sanitari della popolazione; la valutazione sistematica dello stato di salute della popolazione e del grado di soddisfazione della domanda di prestazioni. Tali attività richiedono capacità di integrare competenze, professionalità e risorse all'interno di progetti unitari di intervento, sia gestendo in modo collaborativo le responsabilità di attori professionali diversi, senza assecondare i comportamenti settoriali, e sia mettendo in rapporto la valutazione

del bisogno con le alternative delle risposte appropriate per soddisfarlo in modo efficace.

Il distretto è una struttura sanitaria che nel soddisfare i bisogni di salute della popolazione locale garantisce la massima integrazione tra il sanitario e il sociale (3). L'integrazione costituisce una modalità di coordinamento di più funzioni per il perseguimento di un obiettivo comune, che induce ogni figura professionale a modificare il proprio modo di intervenire. La necessità di soddisfare i bisogni di salute porta a focalizzare l'attenzione su diversi aspetti, quali quello clinico, gestionale e strategico e pone il problema dell'integrazione fra due macroculture, quella dei professionisti e degli amministrativi. Il problema non attiene solo all'integrazione fra queste due culture diverse, ma anche all'acquisizione da parte del personale del distretto di una cultura manageriale e di un orientamento al cliente-cittadino insieme a un processo di responsabilizzazione economica del medico, il quale attraverso i sistemi di *budget* viene progressivamente sensibilizzato sul consumo di risorse.

Il modello di distretto economico-aziendale pertanto si configura come un sistema aperto, ponendosi da interfaccia tra il territorio e il Ssn. Assumendo tale ruolo la struttura distrettuale può modificare le azioni di intervento sulla base delle informazioni provenienti dall'esterno (comuni, associazioni di volontariato, scuole) e dall'interno del distretto (medici di medicina generale, ospedali, farmacie, strutture accreditate) e integrare le singole professionalità che, pur distinte per necessità operative, si coordinano per il perseguimento di obiettivi comuni.

In tal modo il distretto potrebbe avere un ruolo fondamentale nel governo della domanda di salute coinvolgendo tutti i soggetti interessati at-

traverso un processo di analisi articolato in diverse fasi: a) rilevazione dei bisogni di salute; b) analisi e individuazione delle priorità; c) elaborazione del programma delle attività; d) attuazione dello stesso; e) monitoraggio e valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

In tale logica si inserisce il Programma delle attività territoriali, come strumento programmatico del direttore di distretto attraverso il quale si collega la domanda di salute con l'offerta dei servizi e le risorse necessarie, la cui elaborazione coinvolge centri decisionali interni ed esterni al distretto. Fra quelli esterni, gli interlocutori privilegiati sono gli enti locali, insieme con gli altri soggetti pubblici e privati presenti sul territorio, l'associazionismo di impegno sociale, le organizzazioni dei cittadini-clienti, quindi tutti gli *stakeholders* del distretto che, con ruoli diversi, sono interessati a migliorare la qualità della vita della popolazione locale. Se il distretto, come previsto dalla normativa, è l'articolazione territoriale ed organizzativa dell'Azienda Usl per il perseguimento degli obiettivi dell'azienda, esso non può assumere decisioni autonome o modificare decisioni aziendali quando ciò ostacola il perseguimento degli obiettivi della direzione generale dell'azienda. Conseguentemente, l'autonomia gestionale del distretto si limiterebbe ad un'attività di coordinamento organizzativo e produttivo dei servizi e non a un'attività di direzione. In tale ottica, quindi, non avrebbe senso parlare di un modello distrettuale economico-aziendale, ma solo istituzionale.

Tenuto conto delle considerazioni svolte, se il distretto è considerato un'istituzione pubblica, secondo una logica giuridica, esso risulta legittimato dalle norme, i suoi obiettivi sono prefissati dall'esterno, è relativamente statico, non interagisce con l'ambiente

esterno, non focalizza l'attenzione sulla razionalità dei processi allocativi, e finisce per essere un'organizzazione burocratica.

Al contrario, se esso è considerato un'organizzazione strategica, secondo una logica economico-aziendale, è legittimato dalla capacità di rispondere alla domanda di salute e quindi definisce continuamente la propria *mission*, è sottoposto a cambiamenti continui, definisce la propria identità nei rapporti con l'esterno, valuta le risorse e le competenze (4) e ne programma l'impiego e l'allocazione. Secondo tale approccio nella struttura distrettuale verrebbe meno la dipendenza dei livelli organizzativi interni al distretto da articolazioni sovra ed extradistrettuali, sarebbero previsti momenti organizzativi orientati alla sempre maggiore partecipazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta alla attività distrettuale, di cui essi sono considerati parte integrante. La particolare attenzione normativa agli enti locali enfatizzerebbe l'integrazione socio-sanitaria quale obiettivo complessivo della dinamica assistenziale, attraverso la collaborazione e la condivisione di valori fra distretto sanitario ed enti locali nelle loro varie articolazioni. Tutto ciò consentirebbe di:

- a) considerare centrale il bisogno di salute nel sistema distrettuale;
- b) tendere ad una struttura organizzativa orientata alla domanda;
- c) superare le logiche settoriali nell'organizzazione dell'offerta;
- d) realizzare l'integrazione socio-sanitaria.

### 3. La ricerca empirica

#### 3.1. La metodologia dell'indagine

Fare un'analisi empirica sui distretti sanitari implica affrontare problemi metodologici sotto un duplice aspetto.

Il primo relativo all'oggetto di indagine per individuare la tipologia di distretto da «studiare». La normativa non prevede alcuna tassonomia e una classificazione secondo parametri economico-aziendali potrebbe non trovare riscontro nella realtà, considerato che i distretti sanitari sarebbero stati «creati» per individuare le diversità del territorio di riferimento.

Il secondo aspetto metodologico riguarda il numero dei distretti da considerare. Scegliere un campione, piccolo o grande che sia, secondo il criterio della proporzionalità potrebbe non essere opportuno visto che l'universo dei distretti sanitari è abbastanza eterogeneo.

Di conseguenza per l'analisi empirica sono stati analizzati venti distretti che rappresentano non un campione probabilistico, ma un campione che si autoseleziona in base alla facilità di accesso ai dati.

L'indagine è stata svolta attraverso la somministrazione di un questionario ai direttori di distretto, in modo da verificare se la struttura sanitaria che essi dirigono possa governare la domanda di salute eliminando quella impropria.

Il questionario è stato strutturato nelle seguenti sezioni:

- informazioni generali sul distretto;
- attività istituzionale (adempimenti previsti dal D.L.vo 229/99);
- struttura organizzativa;
- requisiti, funzioni e ruolo del direttore di distretto;
- analisi della domanda relativa al triennio 1997-1999 (analisi demografiche e socio-culturali; attività di promozione della salute-prevenzione; prestazioni specialistiche, prestazioni diagnostico-terapeutiche; prestazioni ospedaliere; domanda di farmaci);
- centro unificato prenotazioni;
- medici di medicina generale/pediatri di libera scelta.

#### 3.2. I risultati della ricerca

Dei 20 distretti ai quali è stato sottoposto il questionario, solo due (distretto 7 Asl 4 di Bari e distretto 13 Asl 6 di Palermo) non hanno aderito all'indagine. I distretti oggetto di indagine sono diversi per numero di abitanti (i dati della popolazione residente nell'ambito territoriale del distretto sono relativi al 31 dicembre 1999), per anno di costituzione, per presenza di presidi ospedalieri e strutture accreditate (tabella 2).

Dai dati dei questionari è emerso che il processo di decentramento delle funzioni dalla Asl al distretto si è realizzato in maniera differenziata, e l'eterogeneità rilevata con l'indagine empirica può essere così sintetizzata:

1) distretti che, pur essendo stati costituiti con legge regionale non sono operativi, poiché il processo di decentramento delle funzioni dalle aziende al territorio non è mai iniziato (Genova e Cagliari);

2) distretti costituiti con legge regionale e, sebbene la «struttura distretto» non esista, sono stati attivati alcuni servizi che presuppongono un distretto operativo: è il caso del distretto *1 dell'Ausl 4 L'Aquila*, il cui direttore non è stato nominato, il personale è costituito da appena due medici e tre infermieri, ma è stata attivata l'Adi (Assistenza domiciliare integrata) su proposta del direttore generale della Ausl. In qualche altro distretto (distretto *Est ed Ovest di Campobasso*) il direttore è stato nominato, ma la struttura non svolge alcuna funzione;

3) distretti operativi, nei quali il governo della domanda di salute non rappresenta però un obiettivo prioritario.

La riflessione sui risultati della ricerca è stata focalizzata sugli aspetti che potrebbero risultare rilevanti per verificare se e come il distretto sanitario conduca un'analisi dei bisogni di

salute per eliminare la domanda impropria e soddisfare quella reale con un'offerta adeguata. Tali aspetti sono:

a) il patrimonio informativo distrettuale, poiché prima di discutere sul ruolo che il distretto può avere nel governo della domanda è opportuno verificare se e come i dati sono raccolti, elaborati e analizzati in tale struttura;

b) il ruolo che la dirigenza distrettuale può avere nella progettazione e implementazione del sistema informativo;

c) le configurazioni organizzative che favoriscono l'affermarsi di un «distretto della domanda».

### 3.3. Il sistema informativo

Il sistema informativo sanitario è tradizionalmente organizzato per valutare i servizi erogati dal lato dell'offerta (le strutture erogatrici), ma lo è meno per una valutazione dal lato dei destinatari (i cittadini-clienti potenziali o effettivi che siano) e dei soggetti prescrittori.

La raccolta delle informazioni può avvenire a diversi livelli: *regionale*, attraverso l'Agenzia sanitaria regionale, che fra le diverse funzioni, definisce, insieme all'Assessorato alla sanità, le regole per la rilevazione delle informazioni nell'intero sistema sanitario regionale e ne verifica l'applicazione; *aziendale* attraverso l'elaborazione dei dati inviati dalle diverse strutture sanitarie; *distrettuale*, attraverso la raccolta e l'elaborazione dei dati per l'analisi dei bisogni di salute

**Tabella 2 - Informazioni generali sui distretti**

Città	Azienda Usl	Distretto	Anno di costituzione	Presidi ospedalieri	Strutture accreditate	Comuni del distretto	Popolazione residente
Aosta	1	2	1997	1	3	23	62.472
Torino	1	8	1995	2	4	1 circoscrizione	58.396
Milano	8	3	1998	15	27	2 zone del decentramento comunale	275.000
Verona	20	1	1981	5	5	–	69.593
Trento	Az. prov. S.S. (per i servizi sanitari)	Trento-Valle dei Laghi	1995	13	4	34	157.879
Trieste	1	1	1995	No	3	4	60.000
Genova	–	–	–	–	–	–	–
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	1994	–	No	Porte del comune	78.000
Firenze	10	5	1995	6	14	Quartiere 5	105.070
Ancona	7	2	1997	3	Sì	1	100.000
Perugia	2	Perugino 1	1998	5	17	3	175.001
L'Aquila	4	1	1995	3	4	1	70.000
Roma	RM/A	1	1994	3	32	–	122.186
Campobasso	3	Est-Ovest	1999	1-1	2	17-11	49.722-38.733
Napoli	1	51	1995	10	Sì	2 circoscrizioni	–
Bari	N.P.	N.P.	–	–	–	–	–
Potenza	2	Potenza	1999	1	14	33	180.000
Catanzaro	7	1	1997	2	12	16	21.304
Palermo	N.P.	N.P.	–	–	–	–	–
Cagliari	–	–	–	–	–	–	–

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

della popolazione, coinvolgendo tutti gli attori distrettuali.

Nel distretto ogni giorno vengono raccolte, inconsapevolmente o meno, numerose informazioni, che rappresentano dati di per sé dotati di capacità informativa per individuare i bisogni differenziati di salute della popolazione locale. Se la struttura distrettuale è rigidamente organizzata per servizi e frammentata per ambulatori, i cui responsabili spesso non comunicano tra loro, la raccolta-archiviazione-elaborazione dei dati avviene attraverso strumenti di lavoro (libretti sanitari, registri, schede, cartelle cliniche) non considerati utili per l'analisi della domanda di salute. In tal modo il sistema informativo del distretto si limita a produrre dati statistici sulle prestazioni effettuate (indicatori di domanda e accessibilità, indicatori di risorse, indicatori di attività, indicatori di risultato relativi all'assistenza medica e pediatrica di base, all'assistenza ambulatoriale e specialistica convenzionata, all'assistenza specialistica semi-residenziale e territoriale, all'assistenza ospedaliera) (5).

Per un sistema informativo distrettuale efficace ed efficiente ai fini del governo della domanda, il processo di raccolta-elaborazione-analisi dei dati va effettuato *sistematicamente* e con *metodo*, individuando le fonti informative, il tipo di informazioni da reperire e le modalità di rilevazione.

Un primo aspetto da considerare è l'individuazione della tipologia di dati da raccogliere, che possono essere: a) informazioni demografiche ed epidemiologiche per le quali le fonti informative sono il Comune, i medici di medicina generale/pediatri di libera scelta, le farmacie, gli ambulatori, i presidi ospedalieri e le strutture accreditate, ossia tutti gli attori distrettuali e le strutture operative; b) dati di carattere gestionale per organizzare gli interventi finalizzati a rispondere in mo-

do efficace ed efficiente ai bisogni di salute emersi dall'analisi demografica ed epidemiologica; c) dati di carattere globale che offrono una sintesi delle integrazioni tra bisogni, domanda ed offerta.

L'analisi della domanda di salute si può articolare in due fasi:

a) nella prima si raccolgono dati per conoscere l'evoluzione demografica (età, sesso, nazionalità) e socio-culturale (attività lavorativa, popolazione scolastica, disoccupazione) al fine di individuare i bisogni di ciascun segmento nell'ambito territoriale del distretto. L'azienda Usl definisce i confini, le dimensioni in chilometri e numero di abitanti di uno spazio territoriale e la struttura distrettuale potrebbe cogliere le dimensioni quantitative e qualitative del fenomeno salutare.

Il distretto, pertanto non è il risultato della suddivisione topografica di un territorio, ma va considerato come uno spazio pulsante di situazioni differenziate, magari anche in conflitto tra di loro, che va definito come territorio-processo, dove vengono individuate e valorizzate le diversità. Se prevale tale orientamento non si possono privilegiare solo i problemi di organizzazione (accesso, tempi di attesa), né si può focalizzare l'attenzione sulla ricerca di un modello organizzativo unico a livello regionale o di Asl, secondo una visione statica del territorio.

Si va affermando, pertanto, il concetto di distretto come territorio asimmetrico in continuo cambiamento, dove prevale un intervento inter-settoriale e i bisogni vanno individuati non solo nella loro fenomenologia sanitaria, ma come risultato di dinamiche che coinvolgono l'ambiente economico, sociale, culturale con una pianificazione strategica *bottom-up* (distretti-Asl-regioni) e non *top-down* (regioni-Asl-distretti);

b) nella seconda fase l'analisi ha per oggetto la raccolta di dati sulle prestazioni sanitarie erogate alla popolazione del distretto (per tipologia, per struttura, frequenza, soggetto richiedente) sul consumo di farmaci e sull'attività di promozione-prevenzione della salute. La raccolta di tali dati coinvolge i diversi soggetti e strutture che dovrebbero essere coordinati dal direttore di distretto; quest'ultimo potrebbe curarne la raccolta, l'elaborazione e l'analisi per verificare se la domanda di prestazioni sia appropriata e l'offerta adeguata (efficacia ed efficienza). Ai *report* quantitativi e qualitativi si affida, pertanto, la funzione di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni del medico di base. Così facendo, il sistema informativo distrettuale offre l'opportunità di riflettere sugli ambiti di responsabilità effettiva dei medici di medicina generale/pediatri di libera scelta nel prescrivere le prestazioni, avendo presente che queste ultime possono essere richieste anche da altri professionisti, medici specialisti interni o esterni al Ssn. Si tratta, pertanto, di ricostruire correttamente i legami tra bisogni di salute-prescrizioni-spese e di valutare i processi, verificandone l'appropriatezza.

Circa le modalità di rilevazione dei dati, si pone il problema dell'informatizzazione, che può essere affrontato sotto un duplice aspetto: il primo riguarda l'informatizzazione delle attività di tutti gli attori distrettuali con il collegamento in rete; e il secondo attiene alla *cultura di rete* sul territorio, con una riappropriazione del concetto di rete, spesso usato come *slogan*. Un progetto in rete comincia dall'operatore: le prime connessioni riguardano il *sapere* e le *conoscenze* possedute ed elaborate dalle diverse figure professionali. Se l'operatore-professionista non sviluppa un'attitudine alla ricerca, all'apertura comunicativa, alla costruzione di *saperi interdisciplinari* non

avrà senso consegnare dati al responsabile del distretto.

Si evince che un sistema informativo informatizzato è lo strumento tecnologico appropriato per un monitoraggio in tempo reale delle condizioni di salute di una popolazione attraverso la raccolta e l'elaborazione dei dati, al fine di verificare le dinamiche che intercorrono fra bisogni, utilizzazione dei servizi, prestazioni e *outcome* sanitario. Nella fase iniziale di implementazione sarebbe sufficiente mettere in rete gli ambulatori dei medici di medicina generale/pediatri di libera scelta, considerando che questi ultimi possiedono banche-dati sui loro pazienti che, integrate con le informazioni riguardanti il contesto sociale ed economico, costituiscono un supporto per le decisioni strategiche (obiettivi di salute e allocazione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie) dell'azienda Usl e della regione.

Ne deriva che la progettazione e l'implementazione del sistema informativo distrettuale avviene attraverso la razionalizzazione degli strumenti informativi esistenti; l'archiviazione semplice e rapida dei dati; e la circolazione delle informazioni acquisite fra i membri dell'organizzazione distrettuale e fra questi e i membri dell'organizzazione aziendale. Di conseguenza ciò presuppone, da una parte, una cultura all'informazione che venga condivisa a tutti i livelli distrettuali, ossia: a) la diffusione della cultura informativa fra gli attori distrettuali; b) l'integrazione fra i sistemi informativi-informatici esistenti; c) il coordinamento per la raccolta, l'elaborazione e la valutazione delle informazioni; e dall'altra una comunicazione fra i membri dell'organizzazione distrettuale, completa e rispondente ai fabbisogni informativi dei suoi interlocutori e in un contesto in cui venga definito e condiviso un sistema di comunicazione tale che siano: a) individuati i

soggetti, i contenuti e i tempi della comunicazione; b) negoziate le regole della comunicazione con gli attori distrettuali coinvolti; c) formalizzate le regole in documenti ufficiali (ad esempio protocolli d'intesa tra le parti).

#### a) Analisi demografica

Il punto di partenza per creare un sistema informativo distrettuale per l'analisi della domanda di salute è la raccolta di dati demografici e socio-cul-

turali e il comune rappresenta un importante interlocutore per il distretto, in quanto fonte di informazioni macroeconomiche territoriali (evoluzione demografica della popolazione, struttura produttiva, inquinamento, disoccupazione, istruzione, ecc.).

Dai dati dei questionari si possono individuare tre situazioni diverse (tabella 3):

1) distretti dove l'analisi demografica non viene svolta;

2) distretti (distretto 5 dell'Ausl 10 di Firenze e distretto 3 dell'Ausl 8

**Tabella 3 - Analisi demografiche svolte dal direttore di distretto e fonti informative**

Città	Azienda Usl	Distretto	Analisi demografiche	Soggetti coinvolti
Aosta	1	2	Sì	Comune
Torino	1	8	Sì	Comune
Milano	8	3	A livello aziendale	Personale del distretto
Verona	20	1	No	
Trento	Az. prov. S.S.	Trento-Valle dei Laghi	Sì	Comune
Trieste	1	1	Sì	Comune
Genova	-	-	-	-
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	Sì	Comune
Firenze	10	5	A livello aziendale	Comune-Regione
Ancona	7	2	No	
Perugia	2	Perugino 1	Sì	Comune-Anagrafe assistibili
L'Aquila	4	1	No	
Roma	RM/A	1	No	
Campobasso	3	Est-Ovest	No	
Napoli	1	51	No	
Bari	N.P.	N.P.	-	-
Potenza	2	Potenza	Sì	Comune
Catanzaro	7	1	Sì	Comune
Palermo	N.P.	N.P.	-	-
Cagliari	-	-	-	-

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

di Milano) dove l'analisi demografica viene svolta a livello aziendale, i cui dirigenti, se reputano opportuno, possono raccogliere ed elaborare dati approfonditi dopo aver valutato quelli aggregati inviati dalla Asl;

3) distretti dove l'analisi demografica viene svolta grazie ai dati forniti dai comuni. Alcuni distretti (distretto 1 dell'Ausl 8 di Torino, distretto 1 dell'Ausl RM/A di Roma, distretto 51 dell'Ausl 1 di Napoli e il distretto di Potenza dell'Ausl 2) dispongono di dati sintetici (per fascia di età e per sesso) relativi al solo 1999. In altri distretti (distretto 1 dell'Ausl 20 di Verona, distretto di Trento-Valle dei Laghi dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, distretto S. Vitale-S. Donato di Bologna, distretto 5 dell'Ausl 10 di Firenze e distretto del Perugino 1 dell'Ausl 2 di Perugia) l'analisi demografica viene svolta in maniera sistematica, ed hanno i dati del triennio 1997-1999 per fascia di età, per sesso, natalità, mortalità, disoccupazione e immigrazione.

Fra i distretti che rilevano informazioni approfondite sull'evoluzione demografica della popolazione di riferimento si distinguono il distretto 1 dell'Ausl 1 di Trieste e il distretto 1 dell'Ausl 7 di Catanzaro, i cui direttori, consapevoli dell'importanza strategica dell'analisi demografica, stanno implementando un sistema informativo distrettuale, curando la raccolta dei dati presso le diverse fonti informative.

Il distretto 1 di Trieste Centro-Ovest dell'Ausl 1 opera in una città dove, a fronte di una eccessiva offerta ospedaliera, il «territorio» ha sempre svolto servizi relativi solo all'assistenza della medicina di base, poco considerata dalla popolazione. Gli anni '90 si sono caratterizzati per un elevato tasso di ospedalizzazione, tra i più elevati in Italia, e per un eccessivo ricorso al pronto soccorso. Ciò ha spinto la diri-

genza distrettuale ad attivarsi per raccogliere ed elaborare dati sull'evoluzione demografica della popolazione di riferimento. Tale distretto, grazie ai dati forniti dai comuni e dall'anagrafe degli assistibili possiede, per ogni comune appartenente al distretto, informazioni sulla popolazione residente per fascia di età e per sesso. A tali dati si aggiungono gli «indicatori di salute» per ogni comune distrettuale: il tasso di natalità per sesso, il tasso di fecondità (numero di nati vivi per 100 donne in età fertile); il tasso di mortalità per sesso, il saldo sociale (nati-morti); l'indice di invecchiamento (popolazione > 65 anni/popolazione totale); l'indice di vecchiaia (popolazione > 65 anni/popolazione < 14 anni); l'indice di carico sociale (rapporto fra popolazione non produttiva, bambini e anziani, e popolazione potenzialmente produttiva).

Il distretto 1 dell'Ausl 7 di Catanzaro possiede dati sulla popolazione residente per sesso; sulla popolazione assistibile per fascia di età e per sesso; sulle condizioni della viabilità; sui flussi migratori; sulla popolazione scolastica; il tasso delle donne in età feconda; l'indice di vecchiaia. Circa l'ambiente economico e culturale, sono state raccolte informazioni per individuare i principali settori produttivi e il livello medio del reddito *pro-capite*.

#### b) Promozione-prevenzione della salute

La conoscenza della struttura demografica e socio-economica costituisce il presupposto per l'attività di promozione-prevenzione in modo che il bisogno di salute non nasca e di conseguenza la domanda di prestazioni sanitarie. Il ruolo del distretto nell'attività di prevenzione è diverso a seconda dei modelli organizzativi (trasver-

sale o verticale) sui quali si distribuiscono i servizi regionali e aziendali.

Il modello *trasversale* presuppone un concetto multidisciplinare dell'educazione alla salute e alla promozione della stessa e prevede: a) una precisa individuazione di compiti e attività ai tre livelli funzionali (regionale, aziendale e distrettuale); b) la costituzione di specifiche strutture specialistiche in posizione di *staff* alla direzione strategica dell'azienda; c) precise articolazioni operative a livello distrettuale; d) meccanismi definiti di coordinamento fra i tre livelli. Pertanto, a *livello distrettuale* viene costituito un Ufficio per l'educazione alla salute, con personale adeguatamente formato.

Il modello *verticale*, invece, prevede la collocazione operativa dell'educazione alla salute in una struttura centrale settoriale, il Dipartimento di prevenzione. Quest'ultimo è lo strumento di cui si serve l'azienda Usl per realizzare i propri obiettivi di prevenzione e di promozione della salute attraverso unità periferiche presso il distretto. Tale soluzione organizzativa si pone in contraddizione sia con la natura trasversale dell'educazione alla salute, sia con la globalità ed intersectorialità delle attività di educazione alla salute.

Nella raccolta di dati per individuare il *target* delle attività di promozione-prevenzione della salute le associazioni di volontariato rappresentano una fonte informativa per il distretto. Queste, avendo un rapporto stretto con il proprio territorio, possono coglierne i *bisogni nuovi* e operare in aree che sono al tempo stesso sanitarie e sociali. Infatti, quanto più ci si sposta dalle strutture ospedaliere al territorio, tanto più la distinzione tra volontariato sociale e sanitario perde significato: l'attività non è mai esclusivamente sociale o esclusivamente sanitaria, in

quanto il destinatario dell'intervento è la persona nella sua unitarietà.

Le associazioni di volontariato presenti nella realtà distrettuale possono agire come filtro dei bisogni di salute inespresi, fornendo al distretto quelle informazioni utili per una conoscenza globale della domanda della popolazione. Non solo, ma sul territorio il volontariato può trovare spazi dove la sua presenza è efficace e spesso necessaria, soprattutto quando vengono dimessi dagli ospedali malati che continuano ad aver bisogno di assistenza, ma non hanno il supporto della famiglia e non esistono sul territorio servizi domiciliari adeguati. In tale contesto il volontariato agisce su tre fronti: rispondere tempestivamente ai bisogni immediati; mobilitare e indirizzare le risorse della comunità circostante, a partire dalla rete parentale e amicale; e stimolare l'ente locale e il distretto ad organizzare servizi socio-sanitari domiciliari adeguati.

Dall'analisi dei dati (tabella 4) risulta che la promozione-prevenzione della salute è svolta continuamente, coinvolgendo i diversi soggetti del territorio. Per quanto riguarda le attività di promozione-prevenzione, in alcuni distretti si svolgono attività di routine (ad esempio vaccinazioni bambini, vaccinazioni antinfluenzale), e in altri, ma sono pochi, a queste si affiancano attività di promozione e prevenzione destinate a un target ben definito per migliorare la qualità della vita dei cittadini, e di conseguenza per ridurre le prestazioni sanitarie e il consumo di farmaci.

In particolare il distretto 2 dell'Ausl 1 di Aosta svolge attività di promozione-prevenzione su temi specifici (prevenzione malattie infantili e abuso di bevande alcoliche); nel distretto 1 dell'Ausl 8 di Torino i medici di medicina generale/pediatria di libera scelta svolgono sistematicamente degli incontri su temi specifici (educazione sessuale

**Tabella 4 - Attività di promozione-prevenzione della salute**

Città	Azienda Usl	Distretto	Frequenza	Soggetti coinvolti
Aosta	1	2	Periodicamente	Medici- associazioni di volontariato- scuole
Torino	1	8	Periodicamente	Medici-farmacie- scuole
Milano	8	3	Periodicamente	Medici-farmacie- scuole-categorie professionali
Verona	20	1	Periodicamente	Medici- associazioni di volontariato- scuole
Trento	Az. prov. S.S.	Trento-Valle dei Laghi	Periodicamente	Medici-comune- scuole
Trieste	1	1	Periodicamente	Scuole
Genova	-	-	-	-
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	Periodicamente	Medici-farmacie
Firenze	10	5	Periodicamente	Comune-medici di base-farmacie- associazioni di volontariato- scuole
Ancona	7	2	Periodicamente	Regione-medici- scuole
Perugia	2	Perugino 1	Periodicamente	Medici-farmacie- comune-scuole- associazioni di volontariato- associazioni di categoria
L'Aquila	4	1	No	
Roma	RM/A	1	No	
Campobasso	3	Est-Ovest	-	-
Napoli	1	51	Occasionalmente	Scuole
Bari	N.P.	N.P.	-	-
Potenza	2	Potenza	Periodicamente	Specialisti-scuole
Catanzaro	7	1	Periodicamente	Medici di base
Palermo	N.P.	N.P.	-	-
Cagliari	-	-	-	-

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

ed educazione alimentare; prevenzione degli incidenti domestici nelle scuole); il distretto 3 dell'Ausl 8 di Milano coinvolge costantemente tutte le unità operative distrettuali per gli aspetti di competenza per la prevenzione su temi specifici; il distretto 1 dell'Ausl 20 di Verona svolge attività di screening per prevenire patologie nelle donne e attività di educazione di igiene orale; il distretto di Trento-Valle dei Laghi dell'Azienda Provinciale per i servizi sanitari svolge attività di prevenzione nell'igiene orale nelle scuole e screening mammografica; il distretto 2 dell'Ausl 7 di Ancona svolge attività di screening per fascia di età; il distretto del Perugino 1 dell'Ausl 2 di Perugia dal 1999 ha iniziato un'attività informativa-educativa su temi specifici della salute (promozione della salute nell'area materno-infantile rivolta a singole donne, coppie e adolescenti; nutrizione e igiene alimentari; promozione della salute nel rapporto uomo-animale; dipendenze da sostanze illegali, da alcool, da fumo di tabacco; sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro) in collaborazione con scuole e associazioni; il distretto di Potenza dell'Ausl 2 svolge sistematicamente attività di screening odontoiatrico e attività di prevenzione sull'obesità.

#### c) Domanda di prestazioni sanitarie

Per quanto riguarda i dati sulle prestazioni sanitarie specialistiche, diagnostico-terapeutiche e ospedaliere (per fascia di età, per sesso, per nazionalità e per tipologia di strutture) richieste dalla popolazione residente è emersa una situazione abbastanza eterogenea, che può ricondursi ai seguenti casi:

1) distretti che non possiedono informazioni sulle prestazioni effettuate (distretto 2 dell'Ausl 7 di Ancona);

2) distretti che non raccolgono dati e non analizzano quelli raccolti a livello aziendale (distretto 1 dell'Ausl 20 di Verona);

3) distretti che possiedono i dati relativi alle prestazioni effettuate, indipendentemente dall'esistenza o meno del sistema informativo aziendale. In particolare, alcuni distretti (distretto 2 dell'Ausl 1 di Aosta, distretto di Trento-Valle dei Laghi dell'Azienda Provinciale per i servizi sanitari, distretto 1 dell'Ausl 1 di Trieste Centro-Ovest, distretto S. Vitale-S. Donato di Bologna, distretto del Perugino 1 dell'Ausl 2 di Perugia, distretto 51 dell'Ausl 1 di Napoli e distretto 1 dell'Ausl 7 di Catanzaro) raccolgono dati sulle prestazioni sanitarie (specialistiche, diagnostico-terapeutiche e ospedaliere, i dati relativi a queste ultime nel distretto 1 dell'Ausl 1 di Trieste Centro-Ovest e nel distretto S. Vitale-S. Donato di Bologna sono raccolti ed elaborati a livello aziendale) in maniera sistematica, ed hanno i dati del triennio 1997-1999 per fascia di età, per sesso, per nazionalità e per tipologia di strutture sanitarie (ambulatori distrettuali, presidi ospedalieri e strutture accreditate).

In altri distretti (distretto 1 dell'Ausl 8 di Torino, distretto 3 dell'Ausl 8 di Milano, distretto 1 della azienda Usl RM/A e distretto di Potenza dell'Ausl 2) si raccolgono dati sintetici e frammentati (sulle prestazioni specialistiche o sulle prestazioni diagnostico-terapeutiche o sulle prestazioni ospedaliere) relativi al solo 1999, che non sempre forniscono informazioni per una analisi quantitativa e qualitativa delle prestazioni richieste ed offerte.

#### d) Domanda di farmaci

Altri dati che contribuiscono a costituire il patrimonio informativo sono quelli relativi al «consumo» dei farmaci, il cui aumento è da attribuire a

un peggioramento della salute della popolazione o a «stili prescrittivi» anomali, che sottendono altrettanto differenziati livelli di maturità professionale. Se dovesse risultare ciò ne discenderebbe l'opportunità di prevedere interventi correttivi attraverso linee guida o protocolli indirizzati ai medici di medicina generale/pediatri di libera scelta, agli specialisti, ai medici ospedalieri, nel rispetto dell'autonomia professionale.

Dai dati dei questionari risultano due casi opposti: distretti che non hanno dati sul consumo di farmaci e distretti (distretto 1 dell'Ausl 8 di Torino, distretto di Trento-Valle dei Laghi dell'Azienda Provinciale per i servizi sanitari, distretto del Perugino 1 dell'Ausl 2 di Perugia e distretto 1 dell'Ausl 7 di Catanzaro) che provvedono a raccogliere i dati sulla spesa farmaceutica e sul consumo dei farmaci per tipologia di soggetti prescrittori (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, specialisti interni ed esterni al Ssn) e per tipologia di farmaci. Fra questi casi estremi si collocano situazioni intermedie, ossia:

— distretti che possiedono solo i dati sulla spesa farmaceutica (distretto 2 dell'Ausl 1 di Aosta e distretto 1 dell'Ausl 1 di Trieste Centro-Ovest);

— distretti che analizzano i dati raccolti a livello aziendale (distretto di S. Donato-S. Vitale di Bologna e distretto 5 dell'Ausl 10 di Firenze, per quest'ultimo l'Ausl raccoglie i dati per zona e non per distretto);

— distretti (distretto 51 dell'Ausl 1 di Napoli) che hanno dati solo sulla spesa farmaceutica, ma è in fase di organizzazione il servizio centrale Asl che rileverà i dati per singolo distretto e per singolo medico di base.

*e) Medico di medicina generale e pediatra di libera scelta*

Nel nostro sistema sanitario al medico di base (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta) è assegnato il compito di primo livello assistenziale e attraverso la medicina di base viene assicurata una capillare assistenza sul territorio. Il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta (mmg/pls) interpreta il bisogno e lo trasforma in domanda, svolgendo la funzione di informazione e di indirizzo della domanda di salute territoriale.

Il contributo di tali professionisti ad alimentare il patrimonio informativo dipende da «come» essi svolgono la propria attività. Secondo il modello del medico singolo «gatekeeper», che è quello più diffuso nella medicina di base, il mmg/pls lavora solo nel proprio ambulatorio senza sostanziali rapporti né con la struttura distrettuale né con i colleghi (il rapporto con il responsabile di distretto si limita alla trasmissione di dati, non sentendosi parte integrante del sistema distrettuale). Allo scopo di coinvolgere il mmg/pls e di responsabilizzarlo, anche da un punto di vista economico, l'unità di governo della medicina generale potrebbe predisporre un sistema di *reporting*, con finalità informative sulla pratica medica. In tal modo però si rischia, da una parte, di creare un rapporto gerarchico (ensorio nell'esposizione dei dati e nella relativa cultura di controllo) e, dall'altra, di rafforzare nei fatti la cultura della non appartenenza aziendale da parte del mmg/pls, che vedrebbe nel distretto/azienda un interlocutore ostile.

In questa ottica la raccolta di informazioni si riduce ad un accumulo di dati da trascrivere sulla cartella clinica che ha valenza di documento promemoria, e non è considerata uno strumento operativo, di comunicazione e

all'occorrenza di valutazione e di ricerca (Caimi, 1997). La cartella clinica nella forma tradizionale è una estensione della cartella ospedaliera alla pratica ambulatoriale, si caratterizza per la divisione in spazi per anamnesi (familiare, fisiologica, patologica remota e prossima) e in schede di diario clinico. A tale forma si contrappone la cartella clinica intesa come strumento informativo vero e proprio, *orientata ai problemi*, contenente tutto ciò che è rilevante per il medico e per il paziente: sia le informazioni di base riguardanti le diverse anamnesi (contenuto minimo), sia le informazioni sulle difficoltà psicologiche, sociali, economiche e lavorative, utili ai fini di uno studio epidemiologico.

Dai dati dell'analisi empirica, purtroppo emerge che i mmg non svolgono la funzione di filtro della domanda di salute: essi non hanno alcun rapporto con il direttore di distretto al quale non inviano *report* con dati quantitativi e qualitativi sull'attività svolta, ad eccezione del distretto di *Trento-Valle dei Laghi dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari*, del distretto *S. Vitale-S. Donato dell'Ausl di Bologna* e del distretto *51 dell'Ausl I di Napoli*, i cui mmg inviano al direttore di distretto il riepilogo sulle prestazioni di particolare impegno professionale e sull'assistenza domiciliare programmata (6) (tabella 5). Per quanto riguarda le modalità di trasmissione dei dati al distretto, dalla analisi empirica risulta che l'informatizzazione dei mmg è limitata. Non diversa risulta la situazione per i pls, come si evince dalla tabella 6: il processo di informatizzazione non ha coinvolto tutti i professionisti; essi non contribuiscono a creare un patrimonio di dati per l'analisi epidemiologica, in quanto la maggior parte di essi non invia alcun *report* ai direttori di distretto sull'attività svolta.

*f) Centro unificato prenotazioni*

I sistemi di prenotazione dei servizi sanitari hanno subito un'evoluzione negli ultimi anni; si è passati dalla prenotazione cartacea presso la struttura sanitaria alla prenotazione telematica da parte dei diversi attori distrettuali: mmg/pls, specialisti, farmacie, cittadini-clienti.

Il Centro unificato prenotazioni (Cup) può essere istituito a diversi livelli (ospedaliero, aziendale e distrettuale), ma non è uno strumento informativo per verificare l'appropriatezza della prestazione prenotata (specialistica o diagnostico-terapeutica o ricovero ospedaliero) se fra le diverse strutture sanitarie (ambulatori distrettuali, ospedali, strutture accreditate) non vi è lo scambio di informazioni sulle liste d'attesa (tempi d'attesa, tipologia di prestazioni richieste, referti) attraverso il collegamento in rete.

Dal confronto fra le prenotazioni delle prestazioni e i risultati dei referti si possono individuare le cause di una lista d'attesa lunga: a) aumento dei bisogni di salute della popolazione locale, per cui le risorse umane e strumentali risultano insufficienti; b) domanda impropria a svantaggio sia dei cittadini-clienti con patologie gravi e sia della struttura sanitaria, per lo spostamento della domanda di prestazioni verso altre strutture più efficienti (accreditate o fuori dal territorio distrettuale).

Con l'analisi empirica si è verificato se esiste il Cup distrettuale e se esso è uno strumento informativo per eliminare la domanda impropria, ed è emerso che:

- in qualche distretto il Cup è in fase di organizzazione;
- in alcuni esiste il Cup aziendale;
- in altri esiste il Cup di distretto gestito da personale del distretto stesso.

In solo otto distretti si fa un confronto fra le prenotazioni del Cup e i risultati delle prestazioni erogate per verificare se le lunghe liste d'attesa sono dovute a una domanda impropria; e in appena quattro distretti (distretto 1 dell'Ausl 1 di Trieste, distretto 5 dell'Ausl 10 di Firenze, distretto del Perugino 1 dell'Ausl 2 di Perugia e distretto 1 dell'Ausl RM/A di Roma) la dirigenza conosce il tasso di disdetta delle prenotazioni e il tasso annuo di assenza. Circa la modalità di prenotazione prevale la prenotazione attraverso gli sportelli con operatori, ad eccezione del distretto 5 dell'Ausl 10 di Firenze dove il cittadino-cliente può ef-

fettuare la prenotazione via Internet (tabella 7).

g) *Strumenti indiretti per il governo della domanda*

Le informazioni del sistema informativo, opportunamente elaborate e valutate, possono diventare «conoscenza», ossia una risorsa: a) *svilup-pabile*, attraverso opportuni strumenti che consentano di codificare un sapere che non rimanga circoscritto alla mente e all'esperienza pratica del medico; b) *trasferibile* all'interno e all'esterno del distretto, in un'ottica di competizione guidata dalla programmazione regionale; c) *controllabile* dall'orga-

nizzazione distrettuale al fine di limitare sia la variabilità nel consumo di risorse a parità di intervento, sia la diffusione impropria della medesima patologia tra diverse specializzazioni; d) *utilizzabile a fini promozionali*, ossia per promuovere politiche di coinvolgimento del cliente-paziente nel percorso di cura, attraverso il meccanismo del consenso informato e la definizione di una serie di informazioni che diano concretezza alla libertà di scelta del paziente-cliente.

Per quanto riguarda il tipo di conoscenza che si sviluppa nel distretto si può distinguere la conoscenza *tacita* da quella *esplicita*. La prima fa riferimento alla conoscenza posseduta dai

Tabella 5 - Attività del medico di medicina generale

Città	Azienda Usl	Distretto	N. medici	Età media	Informatizzati	Invio report	Elabora PDT
Aosta	1	2	61	47	Sì	No	Non tutti
Torino	1	8	47	48	Sì	No	Sì
Milano	8	3	249	-	La metà	No	No
Verona	20	1	59	50	Alcuni	No	No
Trento	Az. prov. S.S.	Trento-Valle dei Laghi	136	50	Non tutti	Sì	Sì
Trieste	1	1	56	48	Non tutti	No	No
Genova	-	-	-	-	-	-	-
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	65	-	Alcuni	Sì	Non tutti
Firenze	10	5	86	-	Non tutti	No	No
Ancona	7	2	85	-	Sì	No	Sì
Perugia	2	Perug. 1	141	-	Non tutti	No	Sì
L'Aquila	4	1	61	52	Alcuni	No	No
Roma	RM/A	1	136	-	Non tutti	No	No
Campobasso	3	Est-Ovest	-	-	-	-	-
Napoli	1	51	99	45	Sì	Sì	Sì
Bari	N.P.	N.P.	-	-	-	-	-
Potenza	2	Potenza	136	50	Non tutti	No	No
Catanzaro	7	1	78	50	Non tutti	No	No
Palermo	N.P.	N.P.	-	-	-	-	-
Cagliari	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

singoli individui e si concretizza in schemi cognitivi personali di lettura e risposta alle situazioni operative (si tratta della conoscenza in base alla quale l'individuo sa quali azioni intraprendere di fronte a un problema, ma non ne sa motivare la ragione in maniera chiara e logica). La conoscenza esplicita è una conoscenza codificata che può essere facilmente trasmessa all'interno e all'esterno dell'organizzazione attraverso un linguaggio o un meccanismo formale (Lega, 1997). A tale dicotomia se ne può affiancare un'altra: quella fra *conoscenza contestuale e informazione codificata* (Di Bernardo, Rullani, 1990). La prima corrisponde alla conoscenza tacita,

contestualizzata ad uno specifico ambito operativo dai contenuti tecnico-operativi e dalle abilità pratiche proprie dell'individuo. L'informazione codificata, invece, corrisponde alla conoscenza codificata, in quanto si caratterizza per l'insieme dei criteri di comportamento che regolano l'attività operativa e che sono facilmente condivisibili da tutta l'organizzazione. Si distingue anche la conoscenza *superficiale* dalla conoscenza *profonda*. La prima è la conoscenza codificata, utilizzata dall'organizzazione per svolgere la propria attività operativa e si sostanzia in regole di comportamento e di risposta ai problemi di *routine* basate su un sapere disponibile a tutti. La

conoscenza profonda, invece, è di tipo tacito e contestuale ed è la risorsa alla quale si fa riferimento di fronte a problemi nuovi e sconosciuti per l'organizzazione.

Nel distretto sanitario la conoscenza superficiale si sostanzia nel sistema di regole che guidano il coordinamento dei comportamenti delle diverse tipologie di operatori, sia rispetto a problemi sanitari di natura estremamente semplice e standardizzabile, sia rispetto alla divisione di compiti e di ruoli con riferimento alle dimensioni dello spazio e del tempo (cioè, chi svolge o dovrebbe svolgere un'attività, dove e quando). Il problema sorge per la conoscenza profonda che fa riferimento

**Tabella 6 - Attività del pediatra di libera scelta**

Città	Azienda Usl	Distretto	N. medici	Età media	Informatizzati	Invio report	Elabora PDT
Aosta	1	2	9	47	No	No	No
Torino	1	8	5	45	Sì	No	Sì
Milano	8	3	24	-	La metà	No	No
Verona	20	1	5	4	No	No	No
Trento	Az. prov. S.S.	Trento-Valle dei Laghi	21	46	Non tutti	Sì	Sì
Trieste	1	1	6	46	In parte	No	Sì
Genova	-	-	-	-	-	-	-
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	6	-	Alcuni	Sì	No
Firenze	10	5	12	50	Non tutti	No	No
Ancona	7	2	11	-	Sì	No	Sì
Perugia	2	Perug. 1	20	-	Sì	No	Sì
L'Aquila	4	1	12	44	Alcuni	No	No
Roma	RM/A	1	8	-	Non tutti	No	No
Campobasso	3	Est-Ovest	-	-	-	-	-
Napoli	1	51	16	43	Sì	Sì	Sì
Bari	N.P.	N.P.	-	-	-	-	-
Potenza	2	Potenza	22	45	Non tutti	No	No
Catanzaro	7	1	13	50	No	No	Sì
Palermo	N.P.	N.P.	-	-	-	-	-
Cagliari	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

al come si possono erogare le prestazioni sanitarie di fronte a problemi complessi e permea lo spazio dell'autonomia professionale del medico. Il fatto che si considera tale conoscenza per sua natura tacita e, quindi, difficilmente trasferibile, e che non si possa standardizzare neanche parzialmente il comportamento del medico, ha prodotto un'elevata variabilità nel consumo di risorse per la cura della stessa patologia, una marcata differenziazione

nelle sue modalità di trattamento ed un inutile *iter* tra strutture, che anche impropriamente si fanno carico della patologia.

Gli strumenti che consentono di valorizzare le informazioni trasformandole in conoscenza sono i protocolli, le linee-guida e i percorsi diagnostico-terapeutici.

i) *Protocolli*. Hanno la finalità di formalizzare le procedure amministrative, possono essere redatti sia a li-

vello aziendale sia distrettuale, e hanno carattere impositivo e vincolante, secondo un approccio *top-down*.

ii) *Linee-guida*. La definizione di linee guida consente di ridurre l'incertezza legata alle procedure cliniche determinando un generale miglioramento delle pratiche sanitarie. Tali strumenti individuano le migliori modalità di trattamento diagnostico-terapeutico di un caso clinico, sulla base delle conoscenze scientifiche e tecno-

Tabella 7 - Centro unificato prenotazioni (Cup)

Città	Azienda Usl	Distretto	Cup di distretto	Gestito da	Utilizzato per ridurre liste d'attesa
Aosta	1	2	Sì	Ausl	No
Torino	1	8	Sì	Olivetti sanità	Sì
Milano	8	3	No	-	No
Verona	20	1	Sì	Infermieri professionali	No
Trento	Az. prov. S.S.	Trento-Valle dei Laghi	Aziendale		
Trieste	1	1	Sì	Personale del distretto	Sì
Genova	-	-	-	-	-
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	Aziendale		Sì
Firenze	10	5	Aziendale	Gruppo <i>ad hoc</i> aziendale	Sì
Ancona	7	2	Sì	-	Sì
Perugia	2	Perugino 1	Sì	Asl/Azienda ospedaliera	Sì
L'Aquila	4	1	No	-	-
Roma	RM/A	1	Aziendale	Distretto-Ambulatori ospedalieri	Sì
Campobasso	3	Est-Ovest	Sì	CUPA	Sì
Napoli	1	51	Sì		
Bari	N.P.	N.P.	-	-	-
Potenza	2	Potenza	No	-	-
Catanzaro	7	1	In fase di organizzazione	-	-
Palermo	N.P.	N.P.	-	-	-
Cagliari	-	-	-	-	-

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

logiche disponibili in un determinato momento storico e, comunque, astrattamente stabilite rispetto alle caratteristiche organizzativo-gestionali della singola struttura erogatrice. L'approccio è di tipo *top-down*, ossia la finalità di tali strumenti è la costituzione di un riferimento normativo imposto alla struttura erogatrice dei servizi, prescindendo dalle risorse produttive di cui dispone quest'ultima.

L'elaborazione di tali raccomandazioni avviene attraverso un processo sistematico allo scopo di supportare i medici nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in determinate circostanze cliniche, e possono essere assimilate a strumenti di coordinamento burocratici, in quanto indicano le modalità con cui svolgere certi processi.

Esse possono essere formulate sia a livello distrettuale sia centrale (Asl) ed è opportuno che siano specifiche, ossia che descrivano tutti i casi ai quali esse sono applicabili. Il processo stesso attraverso il quale si arriva all'elaborazione delle linee guida è utile per individuare quelle aree in cui l'efficacia clinica è ancora incerta e rappresenta un'occasione di apprendimento per i soggetti coinvolti. Infatti formalizzare un processo operativo, attraverso la creazione di linee guida, significa trasformare conoscenze per loro natura tacite, ovvero acquisite attraverso l'esperienza e racchiuse nelle cognizioni individuali, in conoscenze esplicite, ovvero trasmissibili in una lingua formale e sistematica. Le linee guida, intese come strumento di codifica delle conoscenze, alle quali ogni membro dell'organizzazione dovrebbe conformarsi, hanno il vantaggio di consentire la diffusione di un grande numero di informazioni, rappresentando dunque una forma di coordinamento impersonale.

iii) *Percorsi diagnostico-terapeutici*. Il percorso diagnostico-terapeutico

(PDT) viene elaborato dai membri dell'organizzazione con la finalità di standardizzare l'aspetto clinico-gestionale dell'attività professionale, secondo un approccio *bottom-up*. Si basa su un modello partecipativo, ed è espressione dell'autonomia organizzativa della struttura sanitaria, tenuto conto dei protocolli, delle linee guida, delle risorse di cui la stessa dispone e dei bisogni di salute. È uno strumento attraverso il quale è possibile ricostruire l'*iter* complessivo che un paziente segue all'interno della struttura sanitaria per cercare di risolvere un problema di salute (Casati, 1999).

Dal punto di vista metodologico, il PDT si basa sulla filosofia della gestione per attività (7), secondo la quale l'oggetto da osservare, misurare e gestire è rappresentato dalle singole attività la cui combinazione in processi produttivi dà luogo a prodotti/prestazioni (Lega, 1997). Per quanto riguarda gli ambiti applicativi, il PDT non viene elaborato solo per le patologie, e quindi esclusivamente per i pazienti ospedalieri, ma può essere utilizzato anche dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta per individuare l'*iter* da seguire per verificare se il bisogno espresso riguarda o meno una patologia. Infatti, esso può essere elaborato dal singolo medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, su proposta del direttore di distretto, oppure con metodo partecipativo da parte di tutti i medici distrettuali, coordinati dal direttore di distretto. Esso ha la finalità di standardizzare le procedure comportamentali, ossia quando agire, come agire, dove agire. Con tale strumento il medico individua le regole di accesso del paziente alle strutture per evitare dispersione di tempo e di informazioni, il tutto finalizzato a un migliore soddisfacimento del bisogno del cittadino-cliente, con un maggior controllo sulle cause di formazione dei costi.

L'elaborazione dei PDT rappresenta per il gruppo di lavoro pluriprofessionale un momento di riflessione sui contenuti delle rispettive attività cliniche svolte e fornisce uno stimolo al processo di codifica della conoscenza profonda, tacita e contestuale, opportunamente sistematizzata attraverso un linguaggio predeterminato, quello delle attività. Infine, la focalizzazione sulle attività non solo cliniche, ma anche gestionali e la contestualizzazione alla disponibilità di risorse a disposizione della specifica realtà sanitaria, differenziano il PDT rispetto ai protocolli e alle linee guida: da ciò deriverebbe una sua scarsa trasferibilità interaziendale.

Dall'analisi empirica risulta che in alcuni distretti non vengono utilizzati né protocolli, né linee guida e né PDT; in altri si utilizzano o protocolli o PDT; in 6 distretti si elaborano ed utilizzano contemporaneamente protocolli, linee-guida e PDT. In qualche distretto tali strumenti vengono elaborati a livello aziendale (tabella 8).

A livello di medicina di base l'elaborazione e l'impiego dei PDT come strumento di governo della domanda di salute risulta poco diffuso (tabelle 5 e 6).

### 3.4. Il ruolo della dirigenza distrettuale

La normativa prevede che sia un dirigente dell'azienda a coprire il ruolo di direttore di distretto, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure un medico convenzionato. Il direttore di distretto è nominato dal Direttore generale dell'Asl, al quale è legato da un rapporto di carattere fiduciario, e «realizza le indicazioni della direzione generale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione al-

le strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale»; inoltre, «supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto». Per l'attività di coordinamento, si avvale di «un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto» (D.L.vo 229/99, art. 3 *sexies*).

Per quanto riguarda i requisiti il D.L.vo 229/99 ha prodotto una situa-

zione estremamente differenziata in ambito nazionale, dal momento che in alcune regioni (Calabria, Sardegna, e Provincia autonoma di Bolzano) al direttore (o coordinatore) medico è stata affiancata la figura del direttore (o coordinatore) amministrativo, mentre per le altre regioni, nelle quali la responsabilità viene affidata ad un unico professionista, sono state operate notevoli differenziazioni per i requisiti di accesso necessari per la nomina. Dai dati dei questionari emerge che i direttori di distretto sono prevalentemente di sesso maschile con un'età media di 48 anni. La maggior parte di essi ricopre la carica di direttore di distretto da non più di tre anni (tabella 9); sono

laureati in medicina e prima di ricoprire tale carica hanno svolto funzioni diverse (medico di medicina generale, responsabile del Cup, responsabile del servizio 118, specialista ambulatoriale territoriale, responsabile igiene e sanità pubblica, responsabile servizi sanitari di base, medico ospedaliero).

Nello svolgimento della propria attività più della metà dei direttori di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento, secondo quanto disposto dal D.L.vo 229/99, e sono coinvolti dal direttore generale non solo nell'attività operativa, ma anche strategica (tabella 10).

La metà dei direttori di distretto non ha proposto alcun progetto *ad hoc* per

**Tabella 8 - Elaborazione di protocolli, linee-guida e PDT da parte del direttore di distretto**

Città	Azienda Usl	Distretto	Protocolli	Linee-guida	PDT
Aosta	1	2		X	X
Torino	1	8	X	X	X
Milano	8	3			X
Verona	20	1	-	-	-
Trento	Az. prov. S.S.	Trento-Valle dei Laghi	X	X	X
Trieste	1	1	X	X	X
Genova	-	-	-	-	-
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	X	X	X
Firenze	10	5	A livello aziendale	A livello aziendale	A livello aziendale
Ancona	7	2			X
Perugia	2	Perugino 1			X
L'Aquila	4	1	-	-	-
Roma	RM/A	1	X		
Campobasso	3	Est-Ovest	-	-	-
Napoli	1	51			X
Bari	N.P.	N.P.	-	-	-
Potenza	2	Potenza	X	X	X
Catanzaro	7	1	X	X	X
Palermo	N.P.	N.P.	-	-	-
Cagliari	-	-	-	-	-

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

soddisfare i bisogni di salute emersi dall'analisi demografica e dall'analisi della domanda delle prestazioni sanitarie. Mentre l'altra metà ha proposto progetti finalizzati, come nel caso del distretto 1 dell'Ausl 8 di Torino il cui direttore ha proposto l'attivazione dell'Assistenza domiciliare integrata (Adi); del distretto 1 dell'Ausl 1 di Trieste Centro-Ovest, dove sono stati proposti progetti-obiettivi per anziani, donne, minori e disabili; del distretto di Trento-Valle dei Laghi dell'Azienda Provinciale per i servizi sanitari, il cui responsabile ha proposto il progetto per la salute mentale e l'Assistenza domiciliare integrata; il dirigente del distretto 5 dell'Ausl 10 di Firenze ha

proposto la riorganizzazione del consultorio, della guardia medica, dell'assistenza specialistica e della rete dei presidi ospedalieri; nel distretto 2 dell'Ausl 7 di Ancona è stata proposta l'elaborazione dei PDT; il direttore del distretto 1 dell'Ausl RM/A di Roma e del distretto 51 dell'Ausl 1 di Napoli hanno proposto adeguamenti strutturali e acquisto di apparecchiature; il direttore del distretto di Potenza dell'Ausl 2 ha proposto la regolamentazione dei rapporti fra distretto e medici di medicina generale/pediatrati di libera scelta; il progetto prevenzione alcolismo; il progetto per l'attivazione delle strutture riabilitative territoriali d'intesa con il Dipartimento di salute

mentale; infine, il responsabile del distretto 1 dell'Ausl 7 di Catanzaro ha proposto un'indagine epidemiologica territoriale e l'organizzazione del Cup.

Il ruolo del direttore di distretto si caratterizza per un intenso intreccio di relazioni, in particolare con la direzione generale, il comitato dei sindaci, le unità operative del distretto, i dipartimenti, le unità operative extradistrettuali, i professionisti e i cittadini-clienti.

Il contenuto delle relazioni fra Direzione generale - Direttore di distretto ha il momento principale nella formulazione del budget e nell'approvazione del Programma delle attività ter-

**Tabella 9 - Profilo del direttore di distretto**

Città	Azienda UsI	Distretto	Sesso	Età	Direttore di distretto dal
Aosta	1	2	M	55	1998
Torino	1	8	M	44	2000
Milano	8	3	M	50	1999
Verona	20	1	F	48	1989
Trento	Az. prov. S.S.	Trento-Valle dei Laghi	M	53	1995
Trieste	1	1	M	47	1998
Genova	-	-	-	-	-
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	M	43	1994
Firenze	10	5	F	50	1994
Ancona	7	2	F	45	1999
Perugia	2	Perugino 1	M	41	1999
L'Aquila	4	1		Non è stato ancora nominato	
Roma	RM/A	1	M	59	1994
Campobasso	3	Est-Ovest	M	48	1999
Napoli	1	51	F	46	1997
Bari	N.P.	N.P.	-	-	-
Potenza	2	Potenza	M	47	2000
Catanzaro	7	1	M	44	1999
Palermo	N.P.	N.P.	-	-	-
Cagliari	-	-	-	-	-

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

ritoriali, proposto dal direttore di distretto.

Il rapporto *Comitato dei sindaci di distretto - Direttore di distretto*, a seguito della genericità della normativa, potrebbe essere sia collaborativo, in quanto gli enti locali svolgono un ruolo di interpreti della domanda, sia conflittuale per l'incompatibilità tra le istanze locali dei politici e gli obiettivi aziendali della Asl. Il D.L.vo 229/99 (art. 3 *quater*) prevede che il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, «concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Program-

ma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera, il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione».

Stabilita la necessità della partecipazione del comune al governo regionale della sanità, occorre valutare come tale obiettivo va realizzato e in che modo sia possibile stabilire un rapporto tra comune e distretto. Il Sindaco, partecipando alle riunioni organizzate dal responsabile di distretto svolge il ruolo di soggetto proponente e rappresentante dei bisogni di salute del territorio.

Dai dati dei questionari emerge che i comuni non partecipano all'attività di programmazione e la maggior parte dei distretti non ha ricevuto la delega dagli enti locali per la gestione di servizi socioassistenziali (secondo quanto previsto dal D.L.vo 229/99), ad eccezione del distretto *S. Vitale-S. Donato di Bologna* dove gli enti locali hanno delegato i servizi per l'handicap e del distretto del *Perugino 1 dell'Ausl 2 di Perugia* dove la delega da parte degli enti locali ha riguardato un'ampia gamma di servizi (tabella 11). Il distretto *5 dell'Ausl 10 di Firenze* svolgerà servizi individuati dalla Asl, che sta elaborando direttamente un accordo con il Comune che va al di là della delega prevista dalla normativa.

Nel rapporto fra *Unità operative di distretto - Dipartimenti - Uu.oo. extradistrettuali e Direttore di distretto* si esplicitano le capacità manageriali del dirigente: cosa e dove acquistare e quali servizi produrre in relazione ai bisogni reali di salute emersi dall'analisi del territorio.

Il coinvolgimento nell'attività operativa e strategica distrettuale, da parte del direttore di distretto, del personale medico e non si evince dalla frequenza delle riunioni organizzate dal direttore con i responsabili delle Uu.oo.: risulta che oltre la metà di essi organizza riunioni periodicamente (tabella 12); quasi tutti i direttori di distretto coinvolgono il personale nella definizione degli obiettivi strategici (tabella 13) e nella verifica dei risultati di efficienza, efficacia ed economicità (tabella 14).

Per quanto riguarda i meccanismi di integrazione istituzionale, organizzativa, programmatica ed operativa, proposti dal direttore di distretto, risulta che sono appena 4 i distretti dove sono utilizzati il gruppo di lavoro ad hoc, il gruppo di lavoro permanente, i ruoli di collegamento fra soggetti e i ruoli di integrazione fra Uu.oo., men-

**Tabella 10 - Coinvolgimento del direttore di distretto da parte del Direttore generale**

Città	Azienda Usl	Distretto	Attività operativa	Attività operativa e strategica
Aosta	1	2		X
Torino	1	8		X
Milano	8	3		X
Verona	20	1		X
Trento	Az. prov. S.S.	Trento-Valle dei Laghi		X
Trieste	1	1		X
Genova	-	-	-	-
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato		X
Firenze	10	5	X	
Ancona	7	2		X
Perugia	2	Perugino 1		X
L'Aquila	4	1	-	-
Roma	RM/A	1	X	
Campobasso	3	Est-Ovest	-	-
Napoli	1	51	X	
Bari	N.P.	N.P.	-	-
Potenza	2	Potenza		X
Catanzaro	7	1	X	
Palermo	N.P.	N.P.	-	-
Cagliari	-	-	-	-

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

tre in oltre la metà dei distretti sono presenti solo il gruppo di lavoro ad hoc e il gruppo di lavoro permanente (tabella 15).

Nel rapporto tra *professionisti* (dipendenti, convenzionati e medici di base) e *Direttore di distretto* si possono creare conflitti individuali o di categoria se il responsabile di distretto, per migliorare la qualità delle prestazioni, in un'ottica di *customer satisfaction*, o per ridurre i costi, in un'ottica di migliore allocazione di risorse finanziarie, limita l'autonomia tecnica dei professionisti. In particolare, con i

medici di medicina generale/pediatri di libera scelta la collaborazione può assumere configurazioni diverse nei programmi di intervento dell'assistenza domiciliare integrata, delle unità di valutazione geriatrica, nella gestione delle tossicodipendenze, dell'Aids, dei malati terminali, e il medico di base può svolgere il ruolo di responsabile e di coordinatore degli interventi dei propri pazienti, lasciandosi coinvolgere o meno nei servizi sopra citati. La collaborazione fra medici di medicina generale/pediatri di libera scelta e Asl-distretto può avvenire secondo i diver-

si livelli di integrazione che spaziano da semplici riunioni in cui si elaborano delle regole comuni di comportamento per la cura di specifiche patologie, alla messa a disposizione da parte della Asl di locali e/o personale infermieristico. La collaborazione fra i medici di medicina generale può assumere configurazioni diverse, dalla classica medicina di gruppo, già prevista dalla convenzione, all'associazione in rete o in team fino alla costituzione di cooperative: in certi casi prevalgono obiettivi culturali e professionali, in altri quelli organizzativi e imprenditoriali. Il problema è capire se l'associazionismo rimarrà un fenomeno opzionale o sarà la strada strategica da seguire per la nuova professione dei medici di famiglia, e il direttore di distretto svolge un importante ruolo di promotore e coordinatore nella diffusione dell'associazionismo. È evidente che il grado di diffusione delle diverse forme organizzative della medicina generale (8) dipende anche dall'organizzazione distrettuale, che a sua volta, è il risultato dell'organizzazione dell'azienda Usl e, quindi, dei principi organizzativi dettati dalla regione.

Dai dati dei questionari risulta che prevale la figura del professionista singolo, ma la cultura della collaborazione fra i mmg si sta diffondendo, attraverso la medicina di gruppo, il *team* e la medicina in rete. Le altre due forme collaborative (mmg in strutture distrettuali e cooperative) sono poco diffuse (tabella 16).

Il rapporto fra *Cittadini-clienti* e *Direttore di distretto* investe i temi del gradimento dei servizi, della qualità e dell'accessibilità, quindi della *customer satisfaction* (professionalità e competenza; atteggiamento e comportamento del personale *front-line*; accessibilità e flessibilità; affidabilità, fiducia e credibilità).

La figura del direttore di distretto è in bilico tra direzione di singole unità

**Tabella 11 - Servizi delegati al distretto**

Città	Azienda Usl	Distretto	Delega enti locali	Tipo di servizi
Aosta	1	2	No	
Torino	1	8	No	
Milano	8	3	No	
Verona	20	1	No	
Trento	Az. prov. S.S.	Trento-Valle dei Laghi	No	
Trieste	1	1	No	
Genova	-	-	-	-
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	Sì	<i>Handicap</i>
Firenze	10	5	No	
Ancona	7	2	No	
Perugia	2	Perugino 1	Sì	Assistenza domiciliare-affido eterofamiliare-servizio pronta accoglienza ecc.
L'Aquila	4	1	No	-
Roma	RM/A	1	No	
Campobasso	3	Est-Ovest	No	
Napoli	1	51	No	
Bari	N.P.	N.P.	-	-
Potenza	2	Potenza	No	-
Catanzaro	7	1	No	
Palermo	N.P.	N.P.	-	-
Cagliari	-	-	-	-

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

operative e il loro coordinamento, e se il distretto come si evince dalla riforma *ter*, è uno strumento di governo delle cure primarie, le funzioni direttive logicamente vanno assegnate a un *medico-manager*. Le funzioni del direttore di distretto, indipendentemente da quanto previsto dalla normativa, secondo l'approccio economico-aziendale già richiamato attengono a due aree: operativa e strategica. La prima ha per oggetto l'organizzazione dell'attività interna al distretto per l'erogazione dei servizi, mentre la seconda ha per oggetto il coordinamento tra soggetti interni ed esterni e la conoscenza del territorio per individuare e

soddisfare in maniera efficace ed efficiente i bisogni di salute.

Il coordinamento delle attività del distretto richiede la presenza di una figura con competenze mediche e non, e il direttore di distretto si colloca tra il livello dei medici amministratori, che sovrintendono all'organizzazione e gestione di una intera Asl o di suoi servizi o settori, e i medici clinici, che lavorano nel distretto. È allo stesso tempo epidemiologo, programmatore, *manager* locale, validatore di risultati, elemento di coesione e organizzatore delle attività distrettuali.

Tale figura si contraddistingue per una competenza epidemiologica, finalizzata a progetti preventivi, e per una

capacità di analisi in relazione a diversi fattori quali:

- bisogni e domanda differenziata della salute;
- varietà e articolazioni degli interventi necessari;
- entità e qualità delle prestazioni da erogare;
- efficacia ed efficienza delle prestazioni.

### 3.5. Gli assetti organizzativi

L'art. 3 *quater* del D.L.vo 229/99 prevede che «la legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale». Trovano, inoltre, «collocazione funzionale nel di-

**Tabella 12 - Frequenza delle riunioni del Direttore di distretto con i responsabili delle Unità operative**

Città	Azienda UsI	Distretto	Periodicamente	Occasionalmente	Mai
Aosta	1	2	X		
Torino	1	8	X		
Milano	8	3	X		
Verona	20	1	X		
Trento	Az. prov. S.S.	Trento-Valle dei Laghi	X		
Trieste	1	1	X		
Genova	–	–	–	–	–
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	X		
Firenze	10	5			X
Ancona	7	2	X		
Perugia	2	Perugino 1	X		
L'Aquila	4	1	–	–	–
Roma	RM/A	1	X		
Campobasso	3	Est-Ovest			X
Napoli	1	51	X		
Bari	N.P.	N.P.	–	–	–
Potenza	2	Potenza	X		
Catanzaro	7	1			X
Palermo	N.P.	N.P.	–	–	–
Cagliari	–	–	–	–	–

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

stretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona» (D.L.vo 229/99, art. 3 *quinquies*).

Il distretto è individuato dall'atto aziendale (che individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica), garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio e della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

Da quanto detto emerge che i distretti vengono progettati e implementati in base ai principi dettati dalla normativa, creando in tal modo delle strutture contraddistinte da un «managerialismo burocratico». Da una parte si vogliono introdurre strumenti tali per realizzare il processo di aziendalizzazione (9), ma dall'altra si introducono vincoli derivanti dalla natura pubblica delle strutture.

Dall'analisi del cambiamento che ha investito il settore sanitario risulta che il legislatore, spostando ad un livello più basso il fulcro del sistema (10), ha operato un rilevante decentramento dei poteri e delle responsabilità verso gli organi di gestione re-

gionali e locali ed ha, di conseguenza, profondamente modificato l'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema nel suo complesso (11).

L'ampia autonomia concessa dal promotore del cambiamento agli organi periferici, oltre ad essere correlata con la responsabilizzazione sui risultati sia sotto il profilo economico che sotto quello qualitativo, risulta però spesso ridimensionata dal dettato normativo che limita le alternative strategiche ed organizzative a disposizione del management aziendale, riducendone i gradi di libertà decisionali.

In tale quadro, la ricerca di nuovi assetti organizzativi capaci di coniugare efficienza e qualità dell'attività assi-

**Tabella 13 - Coinvolgimento del personale per definire gli obiettivi strategici da parte del direttore di distretto**

Città	Azienda Usl	Distretto	Sempre	Qualche volta	Mai
Aosta	1	2	X		
Torino	1	8	X		
Milano	8	3	X		
Verona	20	1	X		
Trento	Az. prov. S.S.	Trento-Valle dei Laghi	X		
Trieste	1	1	X		
Genova	-	-	-	-	-
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	X		
Firenze	10	5		X	
Ancona	7	2	X		
Perugia	2	Perugino 1	X		
L'Aquila	4	1	-	-	-
Roma	RM/A	1		X	
Campobasso	3	Est-Ovest	-	-	-
Napoli	1	51	X		
Bari	N.P.	N.P.	-	-	-
Potenza	2	Potenza	X		
Catanzaro	7	1	X		
Palermo	N.P.	N.P.	-	-	-
Cagliari	-	-	-	-	-

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

stenziale, pur rientrando nella sfera dell'autonomia del *top management* aziendale, risulta fortemente condizionata da prescrizioni normative che hanno spesso non solo delineato gli aspetti generali degli assetti ma anche i criteri e le modalità da seguire per implementarli.

L'adozione, da parte del *top management*, dei modelli proposti/imposti dal legislatore può leggersi, però, non solo come azione motivata da ragioni «normative»; essa infatti può forse soprattutto spiegarsi, in una prospettiva istituzionale, evidenziando la crescente necessità delle strutture sanitarie di reperire risorse e sostegno dalla comu-

nità e dalle istituzioni di riferimento (12).

La rilevanza dell'ingerenza del legislatore nella definizione degli assetti organizzativi si evidenzia anche nel caso dei distretti e può desumersi dal dettato normativo previsto dalla riforma *ter* del settore (D.L.vo 229/99), che dopo aver individuato le finalità del distretto (art. 3 *quater*), stabilisce all'art. 3 *quinquies* che «le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire [...]». È così che una certa eterogeneità delle forme organizzative distrettuali può rinvenirsi a livello nazionale soltanto tra quelle regioni che disciplinano in

modo puntuale l'organizzazione distrettuale.

Ogni distretto si contraddistingue per una struttura organizzativa che da un lato rispecchia le caratteristiche epidemiologiche, sociali e morfologiche del territorio di riferimento, e dall'altro riflette la diversità di atteggiamento culturale e di clima organizzativo presente nelle diverse Asl. Da ciò si evince che la scelta di omogeneizzare, anche solo a livello regionale, i modelli organizzativi dei distretti non appare efficace ed efficiente da un punto di vista gestionale; di conseguenza, risulta opportuno che i direttori generali delle Asl assumano, vista l'ampia autonomia organizzativa concessa dalla

**Tabella 14 - Il Direttore di distretto verifica i risultati di efficienza, efficacia ed economicità con il personale**

Città	Azienda Usl	Distretto	Sempre	Qualche volta	Mai
Aosta	1	2	X		
Torino	1	8	X		
Milano	8	3	X		
Verona	20	1	X		
Trento	Az. prov. S.S.	Trento-Valle dei Laghi	X		
Trieste	1	1	X		
Genova	-	-	-	-	-
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	X		
Firenze	10	5		X	
Ancona	7	2	X		
Perugia	2	Perugino 1	X		
L'Aquila	4	1	-	-	-
Roma	RM/A	1	X		
Campobasso	3	Est-Ovest	-	-	-
Napoli	1	51			X
Bari	N.P.	N.P.	-	-	-
Potenza	2	Potenza	X		
Catanzaro	7	1	X		
Palermo	N.P.	N.P.	-	-	-
Cagliari	-	-	-	-	-

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

legge agli stessi, in piena libertà i modelli organizzativi distrettuali più coerenti con le caratteristiche interne ed esterne del contesto in cui operano.

Nella rinnovata impostazione del Ssn, che può evincersi dalla riforma *ter*, grossa rilevanza e centralità assume l'assistenza extraospedaliera. È così che in letteratura è possibile ritrovare contributi di diversi autori (13) che si sono interessati al problema della strutturazione dei distretti sanitari al fine di supportare e indirizzare il *management* nella scelta del modello organizzativo più idoneo ed aderente alla

realtà che caratterizza i diversi contesti.

Il distretto socio-sanitario di base è definito dalla normativa come un'articolazione organizzativa-funzionale della Asl, ed è istituito al fine di realizzare un elevato livello di integrazione tra le diverse strutture che erogano prestazioni sanitarie e servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione.

Da ciò si evince che il modello organizzativo adottato ha come premiente finalità quella di garantire l'integrazione tra le diverse componenti che

operano all'interno ed all'esterno del distretto. È così che nella riprogettazione organizzativa occorre partire dalla forma di integrazione che si vuole garantire mediante l'accorpamento delle diverse unità di cui si compone il distretto.

È possibile optare per una forma di integrazione verticale che dia luogo ad un approccio settoriale-funzionale, o scegliere una forma di integrazione orizzontale che dia luogo ad un approccio divisionale.

Nel caso dell'approccio settoriale la responsabilità e il governo gerarchico dei fattori produttivi sono attribuiti al-

**Tabella 15 - Meccanismi di integrazione istituzionale, organizzativa, programmatica ed operativa proposti dal direttore di distretto**

Città	Azienda Usl	Distretto	Gruppo di lavoro <i>ad hoc</i>	Gruppo di lavoro permanente	Ruoli di collegamento fra soggetti	Ruoli di integrazione fra Uu.oo.
Aosta	1	2	X	X	X	X
Torino	1	8	X	X	X	X
Milano	8	3	X	X	X	X
Verona	20	1	X	X		
Trento	Az. prov. S.S.	Trento-Valle dei Laghi	X		X	X
Trieste	1	1	X	X	X	X
Genova	-	-	-	-	-	-
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	X	X		
Firenze	10	5	X	X		
Ancona	7	2	-	-	-	-
Perugia	2	Perugino 1	X			X
L'Aquila	4	1	-	-	-	-
Roma	RM/A	1		X	X	X
Campobasso	3	Est-Ovest	-	-	-	-
Napoli	1	51				X
Bari	N.P.	N.P.	-	-	-	-
Potenza	2	Potenza	X	X		
Catanzaro	7	1	X			
Palermo	N.P.	N.P.	-	-	-	-
Cagliari	-	-	-	-	-	-

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

le diverse unità seguendo un criterio disciplinare; indirettamente si presume, quindi, che l'abilità/apicalità scientifica coincida con l'abilità/apicalità gestionale.

Seguendo tale approccio il distretto si configura come «strumento» chiamato ad integrare orizzontalmente le competenze specialistiche delle diverse unità o servizi, a cui afferiscono sia le risorse sia il personale. In tale approccio, il compito del distretto risulta particolarmente arduo in quanto, dal punto di vista organizzativo, la linea gerarchica forte è quella verticale rappresentata dalle unità e dai servizi,

mentre quella rappresentata dallo stesso distretto risulta debole in quanto ha la funzione di coordinare ed integrare risorse e competenze tecnico-professionali che dipendono gerarchicamente ognuna dal proprio servizio specialistico.

Tale assetto favorisce il configurarsi di un responsabile di distretto con ridotti poteri dispositivi sull'organizzazione dei servizi e delle risorse organizzative; il potere decisionale rimane, come evidenziato, in capo ai singoli responsabili di servizio e il direttore di distretto assume un ruolo di vi-

gilanza e di controllo formale delle decisioni a livello centrale.

Nel caso dell'approccio divisionale, invece, le responsabilità vengono attribuite su aree complessive e finali di domanda/bisogni. Al distretto, in questo tipo di assetto, vengono assegnate direttamente e gerarchicamente sia le risorse che gli operatori prima afferenti ai diversi servizi. La linea orizzontale, e quindi la parte debole dell'assetto, viene in questo caso ricoperta dalle singole funzioni tecnico-specialistiche. Il distretto, nel caso dell'approccio divisionale, sviluppa le potenzialità di integrazione delle atti-

**Tabella 16 - Forme collaborative del Medico di medicina generale**

Città	Azienda Usl	Distretto	Singolo	Medicina di gruppo	In team	Medicina in rete	Mmg in strutture distrettuali	Cooperative
Aosta	1	2	X			X		
Torino	1	8	X	X				
Milano	8	3	X		X			X
Verona	20	1	X	X	X			
Trento	Az. prov. S.S.	Trento-Valle dei Laghi	X	X				
Trieste	1	1	X	X				
Genova	-	-	-	-	-	-	-	-
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	X			X		
Firenze	10	5	X	X				
Ancona	7	2		X	X	X	X	
Perugia	2	Perug. 1	X	X	X			
L'Aquila	4	1	X	X		X		
Roma	RM/A	1	X	X	X	X		
Campobasso	3	Est-Ovest	X	X				
Napoli	1	51	X			X		X
Bari	N.P.	N.P.	-	-	-			
Potenza	2	Potenza	X	X				X
Catanzaro	7	1	X					
Palermo	N.P.	N.P.	-	-	-			
Cagliari	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

vità risultando detentore di potere gerarchico diretto, lungo l'asse verticale, nei confronti del personale e dei fattori produttivi territoriali.

Il responsabile del distretto in tale tipo di modello organizzativo, pur considerando le linee organizzative generali e le metodologie operative dei diversi servizi, focalizza l'attenzione sull'organizzazione unitaria ai fini dell'integrazione di tutte le funzioni sovradistrettuali, che di volta in volta si rendono necessarie.

Nei distretti oggetto di analisi è emerso che:

— prevale il modello funzionale-settoriale, con funzioni di integrazione e di coordinamento deboli della dirigenza distrettuale, privilegiando un approccio specialistico-disciplinare. Ciò dimostra che le regioni nel disciplinare l'organizzazione dei distretti non prediligono l'architettura divisionale (tabella 17);

— la maggior parte delle Asl non ha redatto l'atto aziendale per organizzare l'attività dei distretti (tabella 18), e di conseguenza non è stato costituito il Comitato dei sindaci del distretto e non è stato approvato dal direttore generale il programma delle attività ter-

ritoriali proposto dal direttore di distretto;

— in alcuni distretti, sebbene le Asl abbiano redatto l'atto aziendale, il Comitato dei sindaci di distretto non è stato attivato; laddove è stato costituito non sono previsti incontri periodici per verificare se gli obiettivi di salute, definiti dal programma delle attività territoriali, sono stati perseguiti (distretto 2 dell'Asl 1 di Aosta annualmente, distretto del Perugino 1 dell'Asl 2 di Perugia semestralmente, distretto 1 dell'Asl 8 di Torino e distretto 1 dell'Asl 1 di Trieste mensilmente, distretto 1 dell'Asl 20 di Verona e distretto S. Vitale-S. Donato di Bologna secondo le esigenze). In qualche distretto (distretto 3 dell'Asl 8 di Milano), nonostante l'atto aziendale sia stato redatto e il comitato dei sindaci di distretto si riunisca secondo le esigenze, non è stato ancora approvato il Programma delle attività territoriali.

Il distretto del *Perugino 1 dell'Asl 2 di Perugia*, da un punto di vista istituzionale, sembra aver ottemperato agli obblighi previsti dal D.L.vo 229/99: la Asl ha redatto l'atto aziendale, il Comitato dei sindaci del distretto si riunisce semestralmente per verificare il raggiungimento degli obiettivi definiti dal programma delle attività territoriali, proposto dal direttore di distretto e approvato dal Direttore generale; l'integrazione socio-sanitaria, prevista dalla normativa e dal Psn 1998-2000, è stata realizzata, attraverso la delega degli enti locali al distretto della gestione di servizi socioassistenziali, quali l'assistenza domiciliare, l'affido eterofamiliare, l'assegnazione di appartamenti a famiglie bisognose, l'inserimento in strutture residenziali, i servizi di pronta accoglienza.

Per quanto riguarda le Uu.oo. in cui si articolano i distretti, è emerso che sono presenti in tutti i distretti oggetto

**Tabella 17 - Struttura organizzativa del distretto**

Città	Azienda Usl	Distretto	Funzionale-settoriale	Divisionale
Aosta	1	2	X	
Torino	1	8	X	
Milano	8	3		X
Verona	20	1	X	
Trento	Az. prov. S.S.	Trento-Valle dei Laghi	X	
Trieste	1	1	Per Unità operative integrate	
Genova	—	—	—	—
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	X	
Firenze	10	5		X
Ancona	7	2		
Perugia	2	Perugino 1	X	
L'Aquila	4	1	—	—
Roma	RM/A	1	X	
Campobasso	3	Est-Ovest	—	—
Napoli	1	51	X	
Bari	N.P.	N.P.	—	—
Potenza	2	Potenza	X	
Catanzaro	7	1	Ancora confusionale	È auspicabile
Palermo	N.P.	N.P.	—	—
Cagliari	—	—	—	—

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

dell'indagine l'Uod assistenza sanitaria di base, l'Uod assistenza anziani, l'Uod materno-infantile e l'Uod amministrativa. A tali Uod si aggiungono in più della metà dei distretti le Uod tossicodipendenza e *handicap*. Fanno eccezione il distretto *1 dell'Ausl 20 di Verona* dove sono presenti solo l'Uod assistenza anziani e l'Uod assistenza domiciliare integrata, in quanto il distretto non si articola in Unità operative; e il distretto *1 dell'Ausl RM/A di Roma* dove sono presenti solo l'Uod amministrativa, l'Unità organizzativa laboratorio analisi e l'Unità organiz-

zativa medicina generale, oltre a 5 Unità organizzative di presidio.

#### 4. Riflessioni conclusive

Dall'analisi empirica risulta che i distretti oggetto di analisi non sono stati valorizzati ai sensi del D.L.vo 229/99: alcuni di essi sono previsti dalle leggi regionali, ma non sono stati costituiti o sono stati costituiti solo formalmente, in altri il decentramento per realizzare una medicina del territorio si sta attuando con modalità abbastanza differenziate. Il decentra-

mento tecnico-funzionale ed economico-finanziario, nei limiti delle risorse assegnate dall'Ausl, che sarebbe dovuto avvenire dall'azienda verso il territorio per soddisfare i bisogni di salute della popolazione, si sta realizzando con difficoltà.

Il ruolo del distretto sanitario nel governo della domanda di salute va valutato in un contesto in cui:

— i bisogni di salute sono differenziati e il ruolo del cittadino-cliente è sempre più attivo;

— la competizione intra ed extra Ssn aumenta;

— le risorse finanziarie sono sempre più scarse.

Dall'analisi empirica è emerso che nei distretti non esiste un sistema informativo per individuare e definire gli obiettivi di salute. In molti di essi l'assenza dello stesso è giustificata dalla presenza di un sistema informativo aziendale con dati aggregati delle Ausl. Laddove i direttori di distretto stanno implementando un sistema informativo distrettuale, questo è il risultato di una iniziativa personale, derivante dalla consapevolezza della valenza strategica dello stesso. Nella raccolta ed elaborazione dei dati non sono stati affrontati problemi di ordine concettuale, quali i dati da raccogliere; problemi di ordine tecnico, quale l'organizzazione da adottare per l'archiviazione; problemi di ordine economico, quale quello del volume di dati a cui ci si può spingere nell'archiviazione senza dover sostenere costi non giustificati da adeguati benefici.

La progettazione e l'implementazione di un sistema informativo efficace ed efficiente porta ad interpretare non dati, ma un patrimonio dati, il cui valore dipende dalla sua capacità di rispondere alle esigenze informative di chi ad esso fa ricorso, cioè di fornire gli elementi per produrre informazioni corrette, esaustive e tempestive. Nella realizzazione del sistema informativo

Tabella 18 - Atto aziendale

Città	Azienda Usl	Distretto	Atto aziendale	Anno di redazione
Aosta	1	2	In corso di redazione	
Torino	1	8	No	1998
Milano	8	3	Sì	
Verona	20	1	No	
Trento	Az. prov. S.S	Trento-Valle dei Laghi	No	
Trieste	1	1	No	
Genova	—	—	—	—
Bologna	Bo-Città	S. Vitale-S. Donato	No	
Firenze	10	5	Sì	1999
Ancona	7	2	Sì	2000
Perugia	2	Perugino 1	Sì	1999
L'Aquila	4	1	No	
Roma	RM/A	1	No	
Campobasso	3	Est-Ovest	No	
Napoli	1	51	No	
Bari	N.P.	N.P.	—	—
Potenza	2	Potenza	In corso di redazione	
Catanzaro	7	1	No	
Palermo	N.P.	N.P.	—	—
Cagliari	—	—	—	—

Fonte: ns. elaborazione. Gennaio 2001.

distrettuale l'attenzione va focalizzata, in particolare, su due aspetti:

— qualità dei dati che dipende da un insieme di elementi quali: a) completezza delle informazioni che rappresentano i fenomeni di interesse; b) omogeneità di rappresentazione; c) tempestività nella rappresentazione dei fenomeni critici; d) frequenza di aggiornamento del patrimonio di dati; e) facilità di accesso e di uso del patrimonio da parte di coloro che desiderano informazioni da esse desumibili;

— principi ispiratori, ossia valori in cui il distretto sanitario crede con riferimento al proprio sistema informativo. Si tratta delle idee di fondo che il distretto ha maturato nei confronti del sistema informativo.

Se l'analisi dei bisogni di salute e il governo della domanda non rappresentano un obiettivo prioritario per la dirigenza distrettuale, le «cause» probabilmente non vanno attribuite al responsabile, il cui comportamento manageriale è vincolato dalla normativa nazionale e regionale, ma a quel processo di aziendalizzazione della sanità che è ostacolato da una cultura burocratica ancora dominante ai diversi livelli (regionale e aziendale).

Il distretto è la struttura organizzativa che si contraddistingue per il fattore della territorialità e della competenza (Tronconi, 1996). Per quanto riguarda la *territorialità*, il distretto offre servizi rispondenti alle esigenze provenienti dal territorio, ossia è un soggetto ricevente e un coordinatore di relazioni. Circa la *competenza*, essa deriva dalla capacità del distretto di cogliere gli stimoli provenienti dall'ambiente esterno, di elaborarli e di formulare possibili percorsi di risposta per soddisfare la domanda.

Il distretto, pertanto, non va considerato solo come distretto dell'offerta, orientato ai servizi, ma anche come *distretto della domanda*, orientato al cittadino-cliente, che si contraddistingue

per la logica di «offrire ciò che viene richiesto» e non di «offrire tutto a tutti». Un tale approccio presuppone che la struttura distrettuale possa gestire autonomamente risorse proprie (umane, tecnologiche e finanziarie) per dare valore alla domanda stessa. Purtroppo, gli obiettivi di salute della popolazione locale vengono definiti in base alle risorse assegnate dalla Asl, costringendo la dirigenza distrettuale a concordare con i principali ordinatori della spesa la disponibilità di accesso a risorse dell'azienda Asl per rispondere alla domanda dei cittadini-clienti del territorio di riferimento.

Se il distretto è un'organizzazione che si configura come «un'agenzia della domanda di salute», esso crea relazioni sinergiche fra gli attori distrettuali e la sua attività è finalizzata a individuare i bisogni di salute, che nascono nel territorio e sono soddisfatti attraverso servizi e progetti *ad hoc*. Nei progetti finalizzati il fattore critico di successo è la risorsa umana; infatti, a fronte di una domanda di salute differenziata, il distretto risponde creando nel personale, ad ogni livello, un'attenzione al cliente-cittadino. Seguendo questo approccio, però, il distretto potrebbe essere ostacolato dalla Regione che assume il ruolo di ente di programmazione, di regolazione e di controllo, e attraverso lo strumento del Piano sanitario regionale definisce principi organizzativi e criteri di allocazione delle risorse, individuando i percorsi di intervento.

Ne deriva un'architettura organizzativa eterogenea che in relazione alle macrostrutture organizzative emergenti dalla combinazione dei principi di aggregazione delle attività e di individuazione delle linee gerarchiche, porta a una distinzione delle strutture organizzative tra modello *funzionale* (Asl diffusa) e *divisionale* (*terminale intelligente*) (Tronconi, 1996).

Il primo modello è una struttura decentrata dei servizi della Asl di appartenenza ed è orientato a una cultura produttivistica che risponde alla domanda sanitaria, prevalentemente, con l'erogazione di prestazioni. Tale modello è una riproduzione della logica di specializzazione sanitaria e il responsabile di distretto non ha potere dispositivo sull'organizzazione dei servizi e delle risorse organizzative del distretto, in quanto il potere decisionale rimane in capo ai singoli responsabili di servizio, e la dirigenza distrettuale assume un ruolo di vigilanza e di controllo formale delle decisioni prese a livello centrale. Prevengono ruoli rigidamente predefiniti tra gli operatori con una netta divisione tra decisione ed esecuzione. Gli obiettivi sono generici e rispondenti più alle finalità dei singoli servizi che ai bisogni reali della popolazione. Un modello organizzativo del genere non favorisce il lavoro di gruppo e la cultura della condivisione dei valori-obiettivi del distretto.

Il distretto come *terminale intelligente* è un modello organizzativo che si contraddistingue per caratteristiche opposte al precedente. L'aggettivo «terminale» sta ad indicare che il distretto è l'organismo finale del sistema sanitario nazionale più prossimo alla popolazione per livello di intervento-intelligente, in quanto gode di una certa autonomia organizzativa nei rapporti con la Asl e con l'ambiente ed interpreta i bisogni di salute di un determinato territorio. Tale distretto sperimenta e gestisce programmi di intervento, e l'erogazione delle prestazioni non avviene attraverso l'adeguamento alle decisioni della Direzione generale della Asl, ma attraverso una funzione di indirizzo e di rielaborazione delle informazioni (quantitative e qualitative) con il tentativo di valutare i bisogni reali di salute del territorio.

Il responsabile del distretto in tale struttura organizzativa considera certo le linee organizzative generali e le metodologie operative dei diversi servizi, ma focalizza l'attenzione sull'organizzazione unitaria ai fini dell'integrazione di tutte le funzioni sovradistrettuali, che di volta in volta si ritengono necessarie; inoltre, promuove il lavoro di gruppi interdisciplinari per progetti finalizzati, la comunicazione fra tutti gli attori distrettuali; i ruoli tra gli operatori non sono rigidamente predefiniti e gli obiettivi da perseguire sono specifici e condivisi da tutti i livelli funzionali.

In tale contesto il distretto è la sede che «legge la domanda», interpreta i bisogni delle famiglie e individua i servizi da offrire alla popolazione del territorio di riferimento, per cui non si connota come la sede di erogazione dei servizi sanitari, ma come la struttura organizzativa che mette a disposizione dei cittadini-clienti il sistema degli erogatori. Secondo questa logica assume un ruolo di prioritaria importanza il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, in quanto protagonista del governo della domanda. L'obiettivo è quello di favorire all'interno della medicina generale ogni forma di aggregazione dei professionisti ai quali la Asl/distretto offrirà il supporto organizzativo, favorendo le richieste del medico per il proprio assistito.

L'aziendalizzazione del sistema sanitario non può avvenire come conseguenza dell'emanazione di una legge, ma richiede sforzi di progettazione e di gestione a livello aziendale. L'attenzione va posta sull'osservazione della realtà, e in particolare sui risultati perseguiti (quanti distretti sono stati effettivamente costituiti, secondo quali criteri, come sono stati strutturati, coerenza fra struttura e meccanismi operativi). Pertanto è opportuno riflettere se le future attività di ricerca sui

distretti sanitari debbano focalizzarsi sui seguenti aspetti:

a) approfondire le normative regionali. In un sistema sanitario nazionale sempre più regionalizzato è importante verificare se e come le diverse regioni hanno legiferato in materia di distretti sanitari;

b) svolgere un'analisi di tipo empirico per verificare se i distretti sanitari esistono solo formalmente;

c) nell'analisi empirica focalizzare l'attenzione sugli aspetti (il patrimonio informativo, le competenze del direttore di distretto e gli assetti organizzativi) che consentono di individuare e soddisfare i bisogni di salute con prestazioni adeguate; conoscere le prestazioni effettivamente erogate dalle diverse strutture; evitare il ricorso improprio ai ricoveri ospedalieri; prevenire i potenziali comportamenti opportunistici da parte degli erogatori pubblici e privati.

---

(1) Secondo Maslow (1973) il «bene salute» rappresenta un bisogno fisiologico, cioè un bisogno di natura biologica prioritario rispetto agli altri desideri umani, in quanto dalla sua soddisfazione dipende la stessa sopravvivenza dell'individuo.

Il concetto di salute si è evoluto nel tempo, in relazione anche alle condizioni economiche e politiche dei singoli Paesi; ad esempio nei paesi occidentali il concetto di salute è diverso da quello dei paesi del Terzo mondo, essendo i bisogni di salute completamente diversi.

La salute è un concetto soggettivo, in quanto la percezione del proprio stato di salute, come buono o cattivo, varia da individuo a individuo. Il bisogno di salute è un concetto più completo rispetto al bisogno sanitario. Il primo può originare da una parte la domanda di prestazioni sanitarie e dall'altra la domanda di servizi e prestazioni finalizzata a migliorare la qualità della vita di un individuo, quindi attiene anche alla promozione della salute; mentre il secondo origina la domanda di servizi e prestazioni finalizzata alla cura della malattia.

(2) Per un approfondimento sui rapporti e le relazioni tra i soggetti istituzionali e non, secondo un approccio normativo, si veda Borgonovi E., Meneguzzo M. (1985).

(3) «Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo termine, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute» (D.L.vo 229/99, art. 3 *septies*, commi 1 e 2).

(4) Grant individua le *risorse tangibili*, le *risorse intangibili* e le *competenze distintive o capacità strategiche*. Per un approfondimento si veda: Grant R.M. (1991).

(5) Per un approfondimento si veda Rea A.M. (1998).

(6) Per un approfondimento sulle prestazioni di particolare impegno professionale e sulle prestazioni di assistenza domiciliare programmata si veda il D.P.R. 270/2000, art. 32 e art. 39.

(7) Aa.Vv. (1999), pag. 56: «Per attività si intende un insieme di azioni fra loro coordinate e finalizzate alla produzione di uno specifico *output* intermedio che, combinato con gli *output* delle altre attività impiegate, concorre alla risoluzione di un bisogno del paziente».

(8) Alcuni studiosi in relazione al grado di diffusione degli accordi tra i medici di medicina generale/pediatra di libera scelta hanno individuato diverse categorie di medici: innovatori, primi utilizzatori, maggioranza precoce e maggioranza tardiva. Si veda Bondonio P., Vignerti G. (2000).

(9) Per aziendalizzazione si intende l'introduzione di strumenti manageriali che incidono sullo svolgimento delle attività e attribuiscono più dirette e precise responsabilità sui risultati, sul rapporto risultati-risorse e sulla soddisfazione della domanda di salute.

(10) Achard P.O. (1999).

(11) Per una chiara definizione dei concetti di assetto istituzionale ed organizzativo si veda Airoldi G. (1998).

(12) Il comparto sanitario, e quindi anche i distretti, operano nel contesto di quei settori che Scott e Meyer (1983) definiscono come simultaneamente «istituzionali» e «tecnici». È così che nell'ottica della prospettiva istituzio-

nale può spiegarsi la omogeneità delle forme organizzative che spesso si ritrovano in tale comparto.

(13) Tra i diversi contributi è possibile menzionare: Borgonovi E. (1999); Longo F., Meneguzzo M., Pagano A. (1996).

#### BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- ACHARD P.O. (1999), *Economia e organizzazione delle imprese sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- AIROLDI G. (1998), «Assetti istituzionali e assetti organizzativi», in Costa G., Nacamulli R.C.D. (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*, vol. 1, Utet, Torino.
- AA.VV. (1999), *Il percorso del paziente*, Egea, Milano.
- BONDONIO P., VIBERTI G. (2000), «Medici generali e aziende sanitarie pubbliche: dalla separatezza a progetti condivisi», *Politiche Sanitarie*, 2.
- BORGONOV E. (1999), *Asl, distretto, medico di base*, Egea, Milano.
- BORGONOV E., MENEGUZZO M. (1985), *I processi di cambiamento nelle Usl*, Giuffrè, Milano.
- CAIMI V. (1997), *L'organizzazione del lavoro in medicina generale*, Utet, Torino.
- CASATI G. (1999) (a cura di), *Il percorso del paziente*, Egea, Milano.
- DI BERNARDO B., RULLANI E. (1990), *Il management e le macchine*, Il Mulino, Bologna.
- GRANT R.M. (1991), *L'analisi strategica nella gestione aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- LEGA F. (1997), «Sviluppo e controllo della conoscenza quali determinanti del vantaggio competitivo nelle aziende sanitarie pubbliche: dalla teoria alla pratica», *Organizzazione Sanitaria*, 5.
- LONGO F., MENEGUZZO M., PAGANO A. (1996), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- REA A.M. (1998), *Le aziende sanitarie pubbliche*, Giappichelli, Torino.
- SCOTT W.R., MEYER J. (1983), *Organizational environments: ritual and rationality*, C.A. Sage, Beverly Hills.
- TRONCONI A. (1996), (a cura di), *Il distretto socio-sanitario. Costruzione di un gruppo di lavoro in un sistema aperto*, Franco Angeli, Milano.
- ALLOCCA A. (a cura di) (1995), *Legislazione sanitaria. Raccolta commentata e aggiornata sulla legislazione sanitaria e ospedaliera*, EPC, Roma.
- AMATO G. ET AL. (a cura di) (1999), *Il governo della sanità*, Franco Angeli, Milano.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (2000), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- ARCARI G., FRANCESCONI A., RAMPONI C. (1998), *Marketing e professione medica*, Etas, Milano.
- BERGAMASCHI M. (2000), *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- BORGONOV E. (1993), «Il cambiamento del servizio sanitario, una scommessa per la società italiana», *Management ed Economia Sanitaria*, 5.
- BOTTARI C., RUMPIANESI D. (1994), «Il distretto sanitario di base: dalla L. n. 833 del 1978 alle nuove prospettive emergenti dal recente riordino della materia e dalla prima attuazione regionale», *Sanità Pubblica*, 6.
- BRAGA G. (1996), «L'aziendalizzazione del sistema sanitario», *Sanità Pubblica*, 5.
- BRUNELLO C. (1999), «Analisi dei modelli micro-organizzativi della medicina di base», *Management ed Economia Sanitaria*, 29.
- CAPRARA L. (2000), «Nuova strategia per i distretti», *Sanità-Sole 24 Ore*, 29 agosto-4 settembre.
- CASCIOLI S. (1999), *Il marketing strategico nei servizi sanitari*, Franco Angeli, Milano.
- CASCIOLI S. (1999), *Il sistema informatico per asl e aziende ospedaliere*, Franco Angeli, Milano.
- CASCIOLI S. (2000), *La gestione manageriale della sanità. Gli strumenti a supporto del progresso di programmazione, organizzazione, realizzazione e controllo*, Franco Angeli, Milano.
- CENSIS (1998) (a cura del), *La domanda di salute negli anni novanta*, Franco Angeli, Milano.
- CHERUBINI S. (2000), *Esperienze di marketing sanitario*, Franco Angeli, Milano.
- CICCHETTI A., LOMI A. (2000), «Strutturazione organizzativa e performance nel settore ospedaliero», *Sviluppo & Organizzazione*, 180.
- CINOTTI R., STIASSI R. (1996), «Avvio di un'esperienza gestionale nel distretto sanitario riformato», *Management ed Economia Sanitaria*, 17.
- CORRADINI A. (1996), «I modelli organizzativi per le aziende U.S.l.: tradizione e innovazione», *Management ed Economia Sanitaria*, 20.
- CUCURULLO C., LONGO F. (1999), «Il governo della medicina di base», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 19.
- DEGRASSI L. (1995), «L'andamento della gestione dell'azienda sanitaria: il problema dell'individuazione del titolare competente alla verifica interna dell'efficienza e dell'efficacia», *Sanità Pubblica*, 7.
- FRASSETTO G.F. (1996), *Il network sanitario*, Cedam, Padova.
- GALLO C.E. (2000), «Natura e funzione dell'atto aziendale nell'organizzazione delle Aziende sanitarie locali», *Politiche Sanitarie*, 1.
- GIANNONE A. (1997), *Il management nelle aziende ospedaliere e nelle aziende sanitarie locali*, Cacucci, Bari.
- GOBBO INCELLI M. (1994) (a cura di), *Il riordino della disciplina in materia sanitaria*, C.E.T.I.S.A. Editrice.
- INTINI M., URSI A. (2000), «Domanda e valutazione dei bisogni», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 6.
- LEGA F. (1999), «Il percorso diagnostico-terapeutico», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 3.
- LIPPI A. (1995), «L'operatività e l'integrazione nel distretto di base», *Servizi Sociali*, 6.
- LONGO F. (1999), «Appunti sulla riforma sanitaria ter», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 14.
- LONGO F. (2000), *Servizi sociali: assetti istituzionali e forme di gestione*, Egea, Milano.
- LONGOBARDI N. (1994), «La nuova organizzazione delle unità sanitarie locali», *Sanità Pubblica*, 11-12.
- GUIZZARDI M. (1997), «Il sistema azienda: profili organizzativi», *Sanità Pubblica*, 7-8.
- LUGARES N. (1995), «Assetto organizzativo delle aziende sanitarie», *Sanità Pubblica*, 8-9.
- MACIOCCO G. (2000), «Il distretto della riforma ter», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 1.
- MAGGI S. (1998) (a cura di), *Reti telematiche e servizi socio-sanitari*, Franco Angeli, Milano.
- MAPELLI V. (1999), *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna.
- MARIOTTI G. (1999), *Tempi d'attesa e priorità in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (2000) (a cura del), *Relazione sullo stato sanitario del Paese-1999*, Servizi Studi e Documentazione.
- ONETO A. (1994), «I distretti dopo il riordino del servizio sanitario della regione Emilia-Romagna», *Management ed Economia Sanitaria*, 11.
- NAPPI A. (1999), «Alcuni prerequisiti per l'attivazione di una cultura di rete», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2.

#### BIBLIOGRAFIA GENERALE

AICARDI N. (1999), «I soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie», *Sanità Pubblica*, 2.

- PASSERI R. (1999), *Aspetti imprenditoriali dell'attività sanitaria*, Cedam, Padova.
- PAVAN G. (2000), «L'unità operativa distrettuale», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 13.
- PEDUZZI P. (1999), «Riforma, autonomia aziendale e governo della domanda», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 20.
- PEDUZZI P., CANNATELLI P., VALSECCHI V. (2000), «Ruolo e governo della medicina generale», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 8.
- PROFILI S., SAMMARRA A. (1999), «Il coordinamento organizzativo: un'analisi applicata all'attività medica nelle aziende ospedaliere», *Studi Organizzativi*, 3.
- RIPA MEANA F., VERONESI E. (1996) (a cura di), *La domanda di salute nel territorio*, Ediesse, Napoli.
- RUFFINI R. (1996), «Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie», *Management ed Economia Sanitaria*, 18.
- SEDLITA L., METE R. (2000), *Il distretto*, Seu, Roma.
- SEDLITA L., METE R. (2000), *Guida ai servizi sanitari del distretto*, Seu, Roma.
- VECCHIATO T. (2000), «Il distretto e l'integrazione socio-sanitaria», *Sanità Pubblica*, 5.
- VENDRAMINI E. (1997), «Il destino del medico di famiglia si divide in quattro», *Occhio Clinico*, 5.
- VERNÒ F. (1997), «I piani di zona», *Servizi Sociali*, 3.

Management ed economia sanitaria

# MECOSAN

La rivista trimestrale  
di saggi e ricerche, documenti e commenti  
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

*Mecosan* è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

### Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

### Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

### Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

### Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpato, 1990); indicazione: VOLPATO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

### I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;  
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23  
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98  
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

# LE COLLABORAZIONI TRA PUBBLICO E PRIVATO IN SANITÀ: CONFIGURAZIONI ORGANIZZATIVE E FINALITÀ STRATEGICHE

Corrado Cuccurullo<sup>1</sup>, Aurelio Tommasetti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Facoltà di Economia, Università di Napoli Federico II e collabora alle attività didattiche e Dipartimento di «Studi sull'Impresa», Università di Roma Tor Vergata  
<sup>2</sup> Facoltà di Economia, Università di Salerno

**SOMMARIO:** 1. Il tema delle collaborazioni tra pubblico e privato - 2. Le spinte all'innovazione organizzativa: le radici dello sviluppo delle reti sanitarie in Italia - 3. Valutazione strategica delle possibili configurazioni organizzative delle collaborazioni tra pubblico e privato in sanità - 4. Le configurazioni organizzative e i riflessi sulla *governance* delle reti sanitarie: cenni e rinvio.

*Public Private Partnerships (PPPs) are rapidly increasing in the Italian healthcare sector. PPPs adopt different organizational forms with different strategic goals. The purpose of this article is to analyze their organizational forms, thus evaluating them strategically. PPPs in the healthcare sector are originated by (i) the process of PA modernization, (ii) the learning effect from local government experiences conducted in nineties, (iii) the Italian health system reforms. In Italy PPPs are implemented following three different models: community based networks, organizational networks, buyer-supplier networks. A community based network is based on stable and frequent relations, not formalized with contracts. This informal partnership is generally created within local contexts, where the public healthcare organization plays a crucial role. Organizational networks have high levels of integration and cooperation. Once funded, a new profit or not profit organization is created in order to support a strong strategic intent. A buyer-supplier network is, on the other hand, based on contractual relations which tend to reduce fix costs rigidity or intensify relations with providers. These three models are investigated in terms of (i) partners' choice, (ii) strategic intent, (iii) partners' relations, (iv) durability, (iiv) influence mechanisms, (iiiv) interpartners' power, (ivv) expected.*

## 1. Il tema delle collaborazioni tra pubblico e privato

Le collaborazioni tra pubblico e privato sono inquadrabili nel più vasto tema delle reti interaziendali, forme organizzative e strumenti strategici finalizzati, in generale, all'acquisizione di vantaggi competitivi, di economie di scala e di scopo, all'accesso all'innovazione tecnologica, alla condivisione di rischi ed incertezze tra *partner* e, più specificamente in ambito pubblico, al conseguimento di obiettivi di innovazione gestionale, produttiva, organizzativa e finanziaria.

Lo studio delle reti interaziendali si è sviluppato con una diversità di approcci che, di volta in volta, si sono ricondotti agli studi in tema di strategia (Lorenzoni, 2000; Kogut, 1988), di apprendimento organizzativo (Hamel,

1991; Khanna *et al.*, 1998), di efficienza economica delle transazioni (Williamson, 1985), di organizzazione — sia per quanto riguarda le formule istituzionali e gli assetti di controllo (Zattoni, 2000; Pisano, Russo, Teece, 1988) che per i modelli organizzativi (Grandori, 1999, 1997, 1995, 1989; Soda, 1998) — e di efficacia e di *performance* delle reti (Merchant, 1997).

In particolare, in Italia lo studio delle reti nel settore pubblico si è indirizzato soprattutto a comprendere i benefici ottenibili dalle reti di aziende pubbliche, valutandone principalmente gli aspetti organizzativi (Borgonovi, 2000; Lega, 2001; Meneguzzo, 2000; 1996b).

Attualmente, le collaborazioni pubblico/privato in sanità sono da considerarsi ancora al loro livello embrio-

nale e in fase di sperimentazione; si stanno sviluppando sotto l'impulso di numerose spinte, non tanto di tipo legislativo, quanto di ricerca di innovazione (cfr. § 2), e con una pluralità di forme organizzative e finalità strategiche (cfr. § 3).

## 2. Le spinte all'innovazione organizzativa: le radici dello sviluppo delle reti sanitarie in Italia

In Italia lo sviluppo di collaborazioni tra il settore pubblico e quello priva-

---

L'articolo è frutto del comune lavoro anche se, in particolare, Corrado Cuccurullo ha curato la redazione dei §§ 3 e 4 e Aurelio Tommasetti dei §§ 1 e 2.

to in campo sanitario fonda essenzialmente su tre elementi:

— il processo di modernizzazione della pubblica amministrazione (d'ora in avanti Pa) e l'applicazione dei principi del *New Public Management* (1) (d'ora in avanti NPM), che fin dai primi anni '90 sono stati introdotti nel settore pubblico;

— l'effetto apprendimento dovuto al gran numero di esperienze di successo di collaborazioni pubblico/privato e di formule imprenditoriali sviluppate dagli enti locali negli anni '90;

— la trasformazione delle Unità sanitarie locali, verticalmente integrate, in aziende ospedaliere e in aziende sanitarie locali a seguito dell'applicazione del D.L.vo 502/92.

## 2.1. I processi di modernizzazione della pubblica amministrazione e l'applicazione dei principi del *New Public Management*

L'implementazione dei principi del NPM in Italia è consistito principalmente nell'adozione di modelli organizzativi più flessibili e nell'introduzione di meccanismi di *quasi-mercato* nel Sistema sanitario nazionale (Savas, 1987; Ascher, 1987) fondati sulle seguenti opzioni:

— *contracting in* attraverso l'affidamento ad altre aziende pubbliche di aree di attività o della fornitura di specifici servizi mediante la costituzione di consorzi o *partnership* (2) interorganizzative;

— *contracting out* (3), ossia l'esternalizzazione:

ad imprese, nella prospettiva di *global service*, delle attività per la gestione dei servizi di supporto, dei servizi logistici, dei servizi alberghieri, dei servizi tecnici e di *network* di servizi (gestione delle utenze, gestione calore, trasporti, *waste management*, etc.);

ad organizzazioni *non profit*, della gestione di servizi di assistenza sociale, servizi educativi, programmi di *job creation*, ecc.;

— società miste pubblico-privato per la fornitura di servizi;

— creazione di agenzie autonome (come nel modello britannico *Next Steps*) (4) per la gestione dei servizi sociali;

— creazione di fondazioni o associazioni *non profit* per attività legate

principalmente alla sfera sociale e della formazione. Si tratta di organizzazioni dotate di ampia autonomia manageriale che in genere rappresentano potenti strumenti di *fundraising*.

## 2.2. L'effetto apprendimento dalle esperienze di collaborazione tra pubblico e privato negli enti locali

La diffusione delle collaborazioni pubblico/privato in campo sanitario

### Box 1 - Outsourcing: realtà e attese

Il Ministero dell'economia nel Dpef 2002-2004, nella Finanziaria 2003 e, infine, nel Regolamento sull'esternalizzazione dei servizi pubblici, varato a maggio del 2002, ha definito le linee guida per operazioni di *outsourcing* che, nella prima fase, saranno operative solo per le amministrazioni centrali e gli enti pubblici statali, ma che in teoria, almeno per gli aspetti principali, dovrebbero presto estendersi all'intero sistema pubblico, anche a livello locale.

L'impatto dell'*outsourcing* è stimato dal Ministero del tesoro in una riduzione della spesa per circa 600 milioni di euro nell'arco di un anno, fino a raggiungere i 2-3 miliardi quando l'operazione andrà a regime. I servizi potenzialmente trasferibili ai privati, individuati dal Regolamento, riguardano tutti i servizi per i quali è previsto il pagamento di un corrispettivo da parte dell'utenza.

#### Servizi esternalizzabili

Servizi di manutenzione e riparazione  
Servizi di trasporto terrestre, inclusi i servizi con furgoni blindati, e servizi di corriere  
Servizi di trasporto di posta per via terrestre e aerea  
Servizi di telecomunicazione  
Servizi finanziari, assicurativi e bancari  
Servizi informatici e affini  
Servizi di ricerca e sviluppo  
Servizi di contabilità, revisione dei conti e tenuta dei libri contabili  
Servizi di ricerca di mercato e di sondaggio dell'opinione pubblica  
Servizi di consulenza gestionale e affini  
Servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria, anche integrata, all'urbanistica e alla paesaggistica, servizi affini di consulenza scientifica e tecnica, nonché di sperimentazione tecnica ed analisi  
Servizi pubblicitari  
Servizi di pulizia degli edifici e di gestione delle proprietà immobiliari  
Servizi di editoria e di stampa in base a tariffa o a contratto  
Servizi di eliminazione di scarichi di fogna e di rifiuti, disinfestazione e servizi analoghi  
Servizi alberghieri e di ristorazione  
Servizi legali, ad esclusione di quelli attribuiti all'Avvocatura dello Stato  
Servizi relativi all'istruzione, anche professionale  
Servizi ricreativi, culturali e sportivi

Fonte: ROGARI, «Finanze sotto terapia *outsourcing*» (Il Sole24ore, 27 maggio 2002) e «Così lo Stato privatizza i servizi» (Il Sole24ore, 1° maggio 2002).

ha origine anche da una sorta di effetto emulazione degli enti locali che, a seguito della legge 142/90 sulle autonomie locali, hanno sperimentato una ampia varietà di formule innovative dall'*outsourcing*, al *project finance* per la costruzione e la gestione delle infrastrutture, alle formule di *global service* per la gestione della logistica, per l'implementazione dell'*information communication technology*, per la gestione del patrimonio immobiliare e delle attrezzature.

Nel caso degli enti locali le formule di collaborazione erano motivate da un riposizionamento sullo sviluppo delle attività istituzionali e su quelle legittimate da un punto di vista sociale (Rebora, Meneguzzo, 1990), indirizzandosi quindi all'esternalizzazione di funzioni e aree «non core», principalmente nei settori della raccolta fiscale, della gestione del personale, della fornitura delle utenze, dei trasporti, della gestione delle infrastrutture, della raccolta rifiuti, e via elencando. Oggi si stima che operino in Italia 560 aziende pubbliche locali, che impiegano circa 110.000 persone, e circa 250 aziende pubblico-private.

Nell'esperienza degli enti locali italiani, l'aspetto strategico più critico è stato, senza dubbio, la fase di *start up* della cooperazione con soggetti privati, cosicché la situazione attuale non ha pienamente rispettato le aspettative che si nutrivano circa lo sviluppo del fenomeno delle collaborazioni pubblico/privato, anche e soprattutto a seguito della privatizzazione di aziende pubbliche nazionali e municipalizzate (5).

Al di là delle motivazioni a creare una *partnership* e delle dimensioni significative che tale fenomeno ha assunto in Italia nel settore pubblico, sembra opportuno evidenziare i principali e più rilevanti risultati che è possibile raggiungere.

Alcune analisi sull'implementazione delle strategie di *outsourcing* (Duncan *et al.*, 1992; Clement *et al.*, 1997; Meneguzzo, 2000) hanno dimostrato che tali formule permettono una serie di vantaggi sia sul versante organizzativo (e della gestione delle risorse umane) sia sul versante finanziario, così sintetizzabili:

— una più ampia flessibilità nella struttura dei costi;

— una maggiore autonomia nel *fundraising* e nelle politiche finanziarie, anche attraverso la semplificazione delle procedure di approvvigionamento (Buccoliero, Meneguzzo, 1999);

— una più ampia flessibilità nell'assunzione e gestione delle risorse umane (6) e la possibilità di ottenere specifiche competenze professionali e manageriali non disponibili all'interno della Pa;

— lo sviluppo di imprenditorialità interna alla Pa attraverso l'inserimento di figure professionali del settore privato.

Alcune esperienze degli enti locali, peraltro, sono abbastanza significative anche in campo socio-sanitario quali:

— l'*outsourcing* ad organizzazioni *non profit* di attività nel campo della formazione, dello sport, dell'assistenza sociale, del *job training*: nel 1996 (7), delle circa 9.000 organizzazioni *non profit* operanti in Italia circa

3.800 erano attive nel settore dell'assistenza sociale all'infanzia e alla terza età e 3.900 nell'assistenza a persone portatrici di *handicap*;

— la creazione di *partnership* tra organizzazioni *non profit*, enti locali e aziende sanitarie locali, per il finanziamento e la gestione di residenze sanitarie assistenziali attraverso la costituzione di fondazioni oppure di società miste senza fine di lucro;

— la privatizzazione delle farmacie municipali. Le farmacie comunali, possedute direttamente dai comuni o attraverso specifiche aziende, contano in Italia 1.600 punti vendita, il 10% del totale delle farmacie italiane, e fatturano circa 800 milioni di euro l'anno, quasi il 5% dell'intero settore farmaceutico. Da un punto di vista finanziario costituiscono uno degli *asset* più attrattivi per gli investitori privati perché rappresentano una delle voci più redditizie nel bilancio comunale.

### 2.3. I riflessi delle trasformazioni istituzionali in sanità sulla creazione di *partnership* pubblico-privato

L'esperienza sviluppata dagli enti locali rappresenta un modello per le aziende sanitarie che stanno imitando questo processo di innovazione. La creazione di *partnership* pubblico/privato è stata anche favorita dalla trasformazione istituzionale e dallo svi-

#### Box 2 - Investimenti stranieri e privatizzazione delle farmacie comunali

Tra le diverse privatizzazioni che hanno interessato il settore delle farmacie comunali, più di una ha richiamato investitori stranieri che hanno acquisito la maggioranza delle aziende. Tra i casi più noti si segnalano: (i) il gruppo tedesco Gehe, *leader* europeo nella distribuzione e nella vendita al dettaglio dei prodotti farmaceutici, che ha acquistato sia l'80% della *holding* che raggruppa le farmacie bolognesi (il rimanente 20% è stato suddiviso tra il comune di Bologna, 15%, e gli altri enti locali della provincia, 5%), che gestisce 36 farmacie comunali (22 a Bologna e 14 nelle provincia) per un importo di circa 60 milioni di euro, sia le farmacie di Cremona, Prato e Milano (in quest'ultimo caso, ha comprato le 86 farmacie comunali versando alle casse del Comune circa 130 milioni di euro); (ii) il gruppo inglese Moss Chemists (Alliance Unichem) ha invece acquistato dal comune di Rimini il 73,84% della sua Amfa per un importo pari a 12 milioni di euro, mentre la quota restante del 26,16 è rimasta nelle mani del comune stesso.

luppo manageriale nelle aziende sanitarie a seguito dell'introduzione del D.L.vo 502/92.

Sin dal 1993, sono stati avviati alcuni progetti sperimentali su iniziative di cooperazione tra settore pubblico e settore privato finanziati dal Ministero della sanità. Nel quadriennio '93-'97, infatti, furono approvati 9 progetti sperimentali, alcuni dei quali sono tuttora *in itinere*, come (i) la *partnership* tra due ospedali di Palermo e il *Medical Centre University* di Pittsburgh (si veda box 3) per costruire un nuovo centro trapianti e (ii) i progetti di costituzione di società miste per la gestione dei servizi di riabilitazione cardiologica e neurologica proposti da molte regioni Italiane.

Allo stesso tempo alcune aziende sanitarie locali hanno pianificato iniziative di *project finance* (box 4) che prevedono la raccolta e l'utilizzo di contributi privati per il finanziamento delle infrastrutture e degli investimenti tecnologici (Amatucci, 1998).

Nei prossimi anni, la finanza di progetto dovrebbe rappresentare uno dei principali strumenti a cui faranno ricorso le aziende sanitarie pubbliche per progetti di costruzione, ristrutturazione e ampliamento degli ospedali. L'ampio utilizzo del *project finance* è già una realtà in Gran Bretagna, dove la *Project Finance Initiative* (PFI) è stata introdotta nel 1992: oggi si stima che l'85% della spesa per investimenti del *National Health Service* (NHS) è coperta dalla PFI, il cui schema prevede il trasferimento del rischio d'impresa associato alla progettazione, costruzione, finanziamento e gestione a consorzi privati, a cui viene affidata, mediante un contratto, la concessione d'uso e la gestione trentennale dell'infrastruttura a fronte di un pagamento tariffario periodico (8) (si veda il box 5).

### Box 3 - Strategie collaborative e sviluppo manageriale presso l'ISMETT

L'Istituto Mediterraneo per i trapianti e terapie ad alta specializzazione (ISMETT) è una realtà d'eccellenza sanitaria nei trapianti, creato sulla base di un progetto di sperimentazione gestionale che riunisce in *partnership* il Medical Center dell'University of Pittsburgh (UPMC) e gli ospedali Civico e Cervello di Palermo.

L'Azienda ospedaliera Cervello è sede del Centro di coordinamento regionale per il trapianto di fegato, mentre l'ospedale civico è il più grande della Regione Sicilia.

L'UPMC Health System di Pittsburgh, struttura universitaria *non profit*, fornisce, attraverso competenze gestionali ed amministrative, il *know-how* tecnologico, la formazione clinica e del personale e la consultazione medica, mentre il Thomas Starzl Transplantation Institute dell'University of Pittsburgh supporta la creazione di un centro di ricerca scientifica presso l'ISMETT.

Nell'ambito del trasferimento di *know how* operano attualmente presso l'ISMETT 42 infermieri specializzati, 15 medici e chirurghi e 5 tecnici dell'UPMC Health System che godono di un contratto che prevede il loro impegno nella formazione specialistica nel campo dei trapianti d'organo del personale italiano. In una fase successiva l'UPMC di Pittsburgh, attraverso consulenze a distanza effettuate tramite sofisticate tecnologie di telemedicina, telepatologia e teleradiologia, supporterà il centro italiano.

La storia dell'ISMETT, abbastanza singolare, comincia nel 1995 quando un chirurgo dell'Università di Pittsburgh di origine italiana raccoglie l'invito a fondare un centro trapianti multiorgano in Sicilia, rivolto da un collega dell'ospedale Cervello di Palermo.

L'Università di Pittsburgh e la Regione Sicilia arrivano ben presto ad un accordo per le seguenti ragioni:

- la mobilità internazionale legata ai trapianti costa nel 1995 alla Regione Sicilia 252 miliardi di lire (di cui 59 spesi per consentire a 60 malati di sottoporsi a trapianto di fegato), ma il dato più allarmante è la tendenza in Europa dei centri specializzati a non accettare più i pazienti stranieri in lista d'attesa per trapianto;
- una legge statunitense dello stesso anno fissa al 5% il numero dei pazienti stranieri che possono essere inseriti in lista d'attesa per trapianto negli Stati Uniti; cosa che induce il Medical Center dell'Università di Pittsburgh a prendere parte attiva nella realizzazione di un progetto di centro trapianti a Palermo.

L'ISMETT — provvisoriamente ospitato in un'ala ristrutturata dell'Azienda Civico in attesa della nuova struttura — conta oggi 2 sale operatorie, 16 posti letto in reparto di degenza, 4 in sala risveglio, e circa 120 dipendenti. Il suo assetto definitivo prevede 58 posti letto di degenza, 14 di terapia intensiva, 10 posti in sala risveglio, 4 sale operatorie, laboratori di analisi, un'area di radiologia e circa 500 dipendenti.

### Box 4 - Lo sviluppo del *project finance* in sanità (\*)

La finanza di progetto è sempre più utilizzata in Italia per la realizzazione di opere di edilizia sanitaria. Secondo uno studio svolto da Finlombarda sono già in cantiere opere per 2,238 miliardi di euro, di cui circa l'80% al Nord. Si tratta di 41 operazioni, che in maggioranza (26) interessano la costruzione di nuove strutture sanitarie (ospedali, residenze sanitarie assistenziali, poliambulatori diagnostici), mentre in misura più ridotta (9) ristrutturazioni ed ampliamenti e (6) infrastrutture complementari, tra cui parcheggi, ristoranti, attività commerciali e strutture ricettive. Il ricorso alla finanza di progetto dovrebbe crescere nei prossimi anni secondo le simulazioni di Finlombarda, avvicinandosi alle cifre del Project Finance Initiative (PFI) per il National Health Service inglese.

(\*) Zerbini, «Project Finance, febbre a 41», Il Sole24ore Sanità (25 giugno-1° luglio 2002).

### 3. Valutazione strategica delle possibili configurazioni organizzative delle collaborazioni tra pubblico e privato in sanità

Innovazione organizzativa autogestita e strategie imitative di casi di successo di altri settori, italiani ed esteri, hanno creato le premesse per un progressivo sviluppo delle collaborazioni pubblico/privato anche in Italia, con una varietà di scelte e formule giuridiche ed organizzative che sono state adottate.

Sistematizzando, in termini organizzativi e non giuridici (9), le configurazioni di collaborazione pubblico/privato in sanità, presenti in Italia, è possibile distinguere tre differenti modelli (10):

- *Community based network*;
- *Network* organizzativi;
- *Buyer-Supplier Network*.

#### 3.1. Community based network

La *partnership* in questo caso si basa su una rete di relazioni di scambio stabili e frequenti ma non formalizzate da contratti espliciti. Si tratta di un assetto dove convergono più attori che svolgono attività diverse con formule imprenditoriali differenziate, in cui proprio l'informalità costituisce l'elemento caratterizzante: la *partnership* si realizza nei fatti e cresce con il consolidamento dei legami tra i diversi attori, sfruttando modalità di coordinamento elementari ed essenziali.

Il *community based network* è caratterizzato, quindi, da bassi livelli di strutturazione e si fonda sulla ricerca di convergenze significative, attraverso la negoziazione tra i *partner* di obiettivi concreti pur in assenza di garanzie di durabilità; anzi proprio la convergenza degli intenti nel breve periodo costituisce l'efficacia di tale assetto.

Queste *partnership* informali sorgono generalmente in realtà fortemente territorializzate e in contesti sociali dove il soggetto pubblico è investito di un ruolo socio-economico più vasto di quello istituzionale. In questo senso, il *partner* pubblico attraverso relazioni più intense provvede a creare alcune condizioni strutturali necessarie a soddisfare il fabbisogno dell'utenza in termini di:

- approvvigionamento di fattori produttivi non presenti internamente;

— coordinamento di servizi complementari ma frammentati;

— flessibilità quali-quantitativa della propria organizzazione.

Più precisamente nel settore pubblico si adottano forme di *community based network* quando l'azienda sanitaria locale costituisce delle «reti non pianificate» (Lorenzoni, 2000) con altri soggetti — generalmente organizzazioni *non profit* — al fine di dotare il territorio di una rete assistenziale adeguata e capillare. In altri casi a

#### Box 5 - L'esperienza del National Health Service britannico: dalla *Private Finance Initiative* alle *Public Private Partnership*

Il governo inglese di Blair ha approvato nel luglio 2000 un piano di 19 miliardi di sterline che prevede, nei prossimi quattro anni, nuove assunzioni (20.000 infermieri e 7.500 medici ospedalieri), ed entro il 2010 la costruzione di 100 ospedali e di 500 ambulatori di pronto soccorso.

In effetti, gli investimenti pubblici copriranno solo una parte della reale spesa perché Blair ha annunciato il ricorso a capitali privati tramite lo schema di *Public Private Partnership*.

Tale schema amplia le possibilità della *Private Finance Initiative* utilizzata in precedenza dai governi conservatori. Con la *Private Finance Initiative* un operatore privato, a fronte del pagamento di una tariffa periodica su un arco di tempo generalmente esteso, provvede alla progettazione, costruzione e gestione di un'infrastruttura. La *Private Finance Initiative* consente alla Pa di acquisire un'infrastruttura dal settore privato alla scadenza della concessione di gestione.

A differenza della *Private Finance Initiative* che comunque comporta un esborso pubblico anche se dilazionato nel tempo, alcune possibilità offerte dalla *Public Private Partnership* sono invece a costo zero per il settore pubblico perché si mira ad un più efficiente utilizzo del patrimonio immobiliare della Pa.

Un'altra peculiarità significativa di questo nuovo strumento è che mentre la *Private Finance Initiative* è utilizzata in genere su invito del settore pubblico, nel caso della *Public Private Partnership* sono gli operatori privati che individuano gli asset pubblici inutilizzati a farsi promotori dell'iniziativa. In questo modo un terreno inutilizzato e un edificio fatiscente possono essere valorizzati dall'investitore privato, che giudicata l'attrattività dell'operazione, acquisisce il diritto ad utilizzarlo parzialmente con finalità di mercato vincolandosi all'utilizzo gratuito di parte del bene e/o alla fornitura gratuita di un servizio all'ente pubblico.

Un caso esemplificativo di applicazione della formula di *Public Private Partnership* è quello di un ospedale londinese che rientra tra gli interventi del piano Blair di investimenti pubblici e prevede nei prossimi anni l'assunzione di circa 100 infermieri cui dovrà fornire un alloggio. L'indisponibilità di alloggi di proprietà dell'ospedale avrebbe comportato un aggravio finanziario per sostenere i contributi al pagamento degli affitti a prezzi di mercato dei nuovi dipendenti se non si fosse avviata una *Public Private Partnership* con un soggetto privato.

Il soggetto privato acquisisce la proprietà di un terreno pubblico adiacente al presidio ospedaliero impegnandosi nella costruzione di un edificio di 7 piani con 200 alloggi. Il settore pubblico beneficia quindi sia di un'entrata finanziaria immediata derivante dall'acquisto, anche se non a costi di mercato, del terreno nonché dalla disponibilità per 25 anni degli alloggi per il personale paramedico. Al contrario per l'investitore privato si configura un beneficio nel lungo periodo sia per l'acquisto del terreno sia per l'utilizzo degli alloggi al termine dell'obbligo di fornitura del pubblico servizio.

spingere l'Asl a creare una *partnership* con altri soggetti può essere il miglioramento e l'integrazione dell'assistenza, come nei casi delle reti telematiche con i medici di medicina generale e gli ospedali di comunità (11) (Brunello, 1999).

La configurazione organizzativa di questa particolare *partnership* si estrinseca tipicamente nella forma di *hub & spokes*, che si avvale cioè della presenza di un *partner*, generalmente quello pubblico, che attiva ed impulsa, irradiando, le azioni di tutti gli altri membri ponendosi al centro del sistema di raggi, costituiti dagli altri attori, che si dipanano dal centro.

In figura 1 si rappresenta la *community based network* nella forma di *hub & spokes* realizzata, in questi ultimi anni, dall'Asl di Viterbo, mediante intese istituzionali. Tali intese consentono all'azienda sanitaria di:

- usufruire di alcuni servizi delle organizzazioni *non profit* e delle cooperative sociali in determinati settori assistenziali e/o in precise zone geografiche del bacino di utenza dell'Asl;
- istituire un premio qualità, con il supporto scientifico dei docenti dell'Università della Tuscia e il concorso finanziario della Fondazione Cassa di Risparmio di Viterbo (CARIVIT);
- ottenere la collaborazione, su particolari attività progettuali, da parte dell'Associazione locale degli industriali e del Tribunale del malato.

### 3.2. Network organizzativi

Nei *network* organizzativi i livelli di integrazione e di cooperazione sono elevati e, tradizionalmente, le relazioni che intercorrono tra i *partner* sono stabilizzate mediante la creazione di soggetti aziendali *ad hoc*, quali le società miste e i consorzi, che superano le logiche di contrapposizione contrattuale che incidono sul mantenimento del rapporto: anzi l'elemento fonda-

mentale del *network* organizzativo consiste proprio nella stabilità dei rapporti.

Rispetto alle altre formule, quest'assetto favorisce l'attuazione dei progetti deliberati e l'adozione di formule organizzative, quali le società miste e le fondazioni, capaci di supportare processi d'innovazione complessa e di affrontare situazioni competitive fortemente selettive (un esempio può essere rappresentato dalla presenza di elevata mobilità negativa) (12).

Tale piattaforma organizzativa sorge fin dall'inizio a sostegno di una forte progettualità che coinvolge più aree funzionali, realizzando forti interdipendenze organizzative tra gli attori/*partner*.

Alcuni punti significativi di tale assetto consistono in:

- maggiore attenzione alla domanda, ai punti di debolezza del *partner* pubblico (box 6);
- miglioramento del potenziale produttivo e/o commerciale, specialmente per fasi erogatrici di prestazioni complesse, multiple e a forte assorbimento di risorse (ad esempio, il settore riabilitativo e socio-assistenziale in genere).

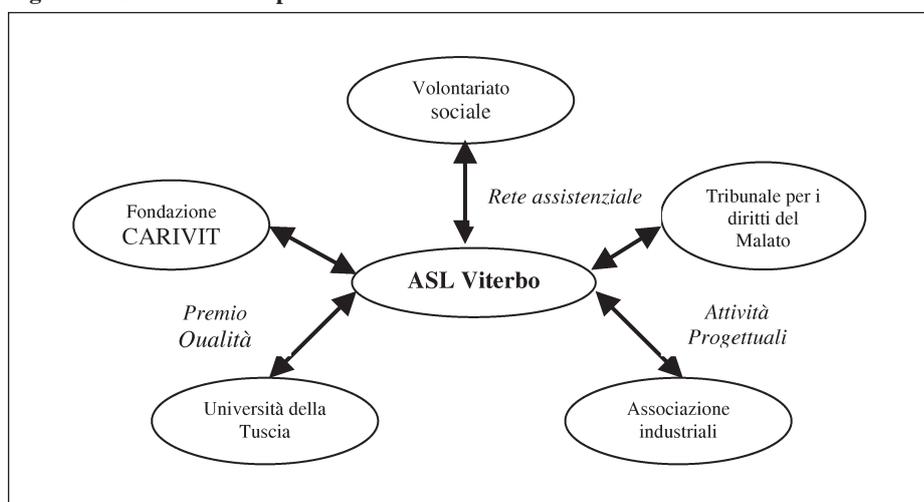
Nel settore sanitario, rientrano in questa ipotesi di collaborazione le società miste e gli enti non lucrativi, quali le fondazioni, create da *partner* pubblici e privati, nelle diverse forme giuridiche che poi ciascuna adotta, che sono costituite per fornire particolari forme di assistenza o servizi intermedi ai *partner*.

### 3.3. Buyer-Supplier Network

Questo tipo di *partnership* si basa essenzialmente sullo strumento dei contratti che regolano le relazioni tra i diversi *partner*. L'attivazione di questo tipo di rete risponde tipicamente a due ordini di motivi:

- a) esternalizzare quelle funzioni istituzionali che possono essere meglio assolte da un altro soggetto che gode di maggiori potenzialità in termini di efficienza ed efficacia oppure esternalizzare quelle funzioni di supporto che non è conveniente gestire internamente;
- b) intensificare le relazioni con alcuni fornitori esterni, nell'ottica di calibrare la tempistica di approvvigionamento oppure nell'ottica della certificazione di qualità dei beni e servizi acquistati.

**Figura 1 - Confronto e cooperazione con il contesto sociale: l'Asl di Viterbo**



In ambedue i casi il *partner* pubblico si propone, pur riposizionandosi sulle attività cosiddette «core» (13), di non tralasciare il controllo della filiera di approvvigionamento-produzione-erogazione anche per quelle fasi di processo in cui non è direttamente coinvolto. In tabella 1 si presentano sinteticamente i benefici e i rischi associati all'esternalizzazione dei servizi (Health Care Advisory Board, 1995).

Le collaborazioni pubblico/privato, secondo tale modalità, specialmente con riferimento all'esternalizzazione dei servizi, al *global service*, alla concessione di costruzione e gestione (si veda il box 7), alle convenzioni, risultano preferibili ad altre forme di coordinamento/governo organizzativo, come la gerarchia e il mercato, quando i costi di transazione risultano essere né tanto elevati da richiedere controllo gerarchico, né tanto ridotti da lasciar preferire il mercato (Williamson, 1985).

In tali casi i *buyer-supplier network* si dimostrano utili come distinta forma di coordinamento dell'attività economica, presentando una serie di peculiarità:

— sono formati da soggetti selezionati, vale a dire soltanto da alcuni attori che operano nel medesimo settore e non dalla totalità di essi;

— hanno carattere duraturo, nel senso che tali entità effettuano scambi reciproci nel tempo;

— le loro transazioni sono strutturate, ovvero non avvengono uniformemente ma nemmeno casualmente e riflettono una condivisione di operazioni.

In ambito sanitario rientrano in questa fattispecie i casi di esternalizzazione delle funzioni di supporto sia tecniche (esternalizzazione dei servizi mensa, lavanderia e vigilanza, oppure nell'area tecnico-logistica mediante contratti di *global service*, vale a dire

esternalizzare più aree di attività ricorrendo ad un contratto con un unico fornitore, contenendo allo stesso tempo i costi di transazione dell'esternalizzazione) che amministrative (il controllo di gestione e il trattamento economico del personale sono le principali attività esternalizzate tramite *server* gestionali), ma anche i casi di esternalizzazione a *partner* privati di funzioni assistenziali (principalmente nell'area della riabilitazione e della

diagnostica di laboratorio, e dell'assistenza domiciliare integrata).

In genere gli interventi di esternalizzazione sono accompagnati da investimenti in tecnologia e dallo sviluppo dell'*Information and Communication Technology* sia per creare *network* informatici tra i *partner* sia per l'impatto sul contenimento dei costi e l'incremento della qualità delle prestazioni fornite (Meneguzzo, 2000; Herlinzger, 1997; Zinn *et al.*, 1997).

#### Box 6 - Focalizzazione sulla domanda e superamento dei punti di debolezza del *partner* pubblico

Il Sistema sanitario nazionale è caratterizzato, in molte regioni, da una rilevante presenza di strutture accreditate. Ciò nonostante, la rete di offerta sanitaria, complessivamente considerata, non si presenta in alcuni casi coerente con la situazione epidemiologica (1) dell'area; il coinvolgimento del privato e la riorganizzazione della rete di offerta, attraverso una riconversione dei posti letto e un riposizionamento strategico sia degli attori pubblici che privati, favorirebbe una razionalizzazione dell'offerta generale.

L'ospedale di Zevio, appartenente all'Asl 21 di Legnago, rappresenta un caso emblematico di riorganizzazione delle attività e di *partnership* pubblico-privato.

L'idea nasce sostanzialmente per la volontà dell'Asl di ridurre il saldo negativo della mobilità ed anche il tasso di ospedalizzazione nelle proprie strutture, inficiato dall'inappropriatezza di parte di ricoveri in strutture per acuti. Ciò trovava riscontro in un'analoga volontà della Regione Veneto a contenere i costi ed avviare una sperimentazione per ridefinire le tariffe regionali delle attività di riabilitazione.

Il progetto è stato realizzato attraverso una *partnership* pubblico-privata che coinvolge l'Asl di Legnago e la Fondazione Centro italiano studi e ricerche per la prevenzione delle patologie da lavoro e da sport che ha conferito il necessario *know how* tecnico-scientifico per la riabilitazione intensiva e semi-intensiva polifunzionale e la relativa specifica esperienza gestionale ed organizzativa.

Il *partner* privato permetteva, oltre all'acquisizione di specifiche competenze, un'auto-sufficienza finanziaria che il soggetto pubblico non era in grado di garantire una realizzazione in tempi brevi gli investimenti necessari per il positivo avvio del progetto.

La struttura giuridica della *partnership* è un contratto di associazione in partecipazione tra la Asl e la fondazione, con cui la fondazione (soggetto associante) si impegnava a investire 3 miliardi in ristrutturazione dell'immobile attribuendo all'Asl (soggetto associato) una partecipazione agli utili del 14%, quale corrispettivo dell'uso del presidio, degli arredi e delle attrezzature dell'ospedale di Zevio.

Tale forma giuridica è stata preferita sia all'alternativa dell'affitto della struttura ospedaliera al *partner* privato, perché, in effetti, la cessione non riguardava solo l'uso dell'infrastruttura ma un intero ramo d'azienda incluso il personale, sia alla costituzione di una società a capitale misto, in quanto tale opzione avrebbe creato un patrimonio sociale e l'Asl avrebbe acquisito responsabilità verso terzi per un'attività gestita, di fatto, dalla fondazione.

All'ospedale di Zevio è stata assegnata autonomia gestionale, contabile e di bilancio, ma il controllo e la verifica dei risultati della *partnership* sono stati affidati ad un comitato di direzione composto di membri dei due soggetti *partner*.

(1) In Italia sono frequenti i casi in cui in alcune aree subregionali la dotazione di posti letto supera la reale ed appropriata domanda di servizi ospedalieri, mentre in altre aree si evidenzia una carenza di servizi ospedalieri rispetto alla domanda. Ancor più grave è una realtà ospedaliera ancora centrata sugli aspetti di assistenza alle acuzie e poco attenta invece all'assistenziale residenziale per pazienti cronici e di tipo riabilitativa, tale da determinare una grave carenza di posti letto per lungodegenza.

#### 4. Le configurazioni organizzative e i riflessi sulla governance delle reti sanitarie: cenni e rinvio

In tabella 2 si ripropongono, in maniera sinottica, le principali caratteristiche delle formule organizzative delle *partnership* adottate nella sanità italiana in termini di: (i) scelta dei *partner*; (ii) tipo di progettualità e di relazioni intercorrenti; (iii) orizzonte temporale della relazione; (iv) potenziali risultati attesi.

Le tre configurazioni hanno dei caratteri peculiari che le differenziano.

Innanzitutto, le modalità di scelta dei *partner*: nel caso delle *community based network* si tratta di soggetti attivi in ambito locale; nel caso dei *network* organizzativi i *partner* si associano soltanto se apportano capacità distintive, che alternativamente o simultaneamente possono essere (i) capitale finanziario, (ii) capitale tecnico, (iii) competenze manageriali, (iv) capitale sociale; nel caso dei *buyer-supplier network* la scelta del *partner* è legata alla sua capacità di fornire servizi in modo più efficiente rispetto ad un'ipotesi di gestione diretta.

In secondo luogo, progettualità, relazioni e orizzonte temporale sono caratteristiche da analizzare in modo correlato. Lì dove le relazioni sono variabili ed asimmetriche, la progettualità è limitata e di breve periodo; dove sono continue e incrementali la progettualità è globale, sebbene quest'ultima caratteristica sia determinata anche dalla particolare configurazione organizzativa che tende a concentrare in un soggetto *ex novo* (es. fondazione, società mista) tutte le funzioni ed attività, costituendo un'alleanza formalizzata. La globalità della proposta si associa a progetti di lungo periodo. Nel caso dei *buyer-supplier network* la relazione contrattuale è basata su una progettualità inerente a singole

funzioni per periodi di tempi determinati.

In terzo luogo, la modalità di influenza è interrelata con la dimensione del potere fra le parti. Nei *community based network* è assicurata dalla *leadership* del *partner* pubblico (14).

Queste *partnership* informali sorgono, come già asserito, in realtà dove il soggetto pubblico è investito di un ruolo socio-economico più vasto di quello istituzionale. In questo senso, il *partner* pubblico attraverso relazioni più intense provvede a riconoscere

**Tabella 1 - Benefici e rischi dell'esternalizzazione dei servizi**

Aspetti	Benefici	Rischi
<b>Economici</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione dei costi annuali</li> <li>• Smobilizzo di investimenti consistenti</li> <li>• Passaggio ad un regime di costi variabili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione del potere contrattuale nei confronti del fornitore</li> </ul>
<b>Strategico-organizzativi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Focalizzazione sul «core business»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdita del controllo su possibili variabili critiche</li> <li>• Demotivazione e smobilitazione della struttura interna</li> </ul>
<b>Operativi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maggiore flessibilità</li> <li>• Scelta del livello più appropriato del rapporto prezzo/prestazione di servizi con possibilità di modificazioni dinamiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdita del controllo produttivo</li> <li>• Rigidità del fornitore rispetto alle clausole contrattuali</li> <li>• Difficoltà ad operare in modo dinamico su taluni processi di gestione</li> </ul>

#### Box 7 - Concessione di servizio

Il Policlinico San Matteo di Pavia e la società francese «Société Generale de Santé Internationale» hanno stipulato un accordo per la gestione della libera professione intramuraria. L'accordo prevede che la società privata ristrutturi un padiglione del Policlinico dotandolo di un poliambulatorio, di 40 posti letto (camere a pagamento) e di una *Day Surgery* da utilizzare per la libera professione a pagamento, che la stessa Société Generale gestirà per un periodo di 9 anni.

Il modello adottato — concessione di servizio — si realizza attraverso l'affidamento al *partner* francese del compito di realizzare il progetto, allestendo e attrezzando con propri investimenti la struttura e gestendo direttamente l'attività sulla base di un corrispettivo ricavato dai proventi dell'attività stessa (art. 19 comma 2, legge n. 109 del 1994). Nella fattispecie il soggetto pubblico trasferisce al *partner* privato sia l'onere finanziario sia il rischio d'impresa relativo alla gestione. Il corrispettivo dovuto al *partner* privato, in termini di introiti finanziari, è stabilito nella misura del 90% della tariffa a carico del Servizio sanitario nazionale e i ricavi derivanti dalle camere a pagamento. Al Policlinico spetterà quindi soltanto il 10% degli introiti, ma, in effetti, non sostiene costi pur dotando la nuova struttura del personale medico, affiancato da personale infermieristico ed amministrativo assunto e retribuito dal *partner* privato.

Alla scadenza dell'accordo, il Policlinico potrà riscattare l'immobile ristrutturato versando il 40% del costo dei lavori sostenuto dalla Société Generale.

l'importanza di altri soggetti e a relazionare la loro attività ai fabbisogni dell'utenza.

Nelle altre due configurazioni, le modalità di influenza si basano, invece, (i) sulla capacità strategica di un *partner* di fornire apporti specifici e (ii) su modalità contrattuali.

I risultati potenziali delle collaborazioni pubblico/privato rappresentano il frutto delle caratteristiche appena descritte. Più specificamente:

— dai *community based network* ci si attendono vantaggi in termini di flessibilità quantitativa, ossia di poter contare su apporti senza considerevoli investimenti organizzativi e finanziari;

— dai *network organizzativi* i benefici attesi derivano, in special modo, dalle capacità di innovazione istituzionale e/o gestionale dei *partner*. La flessibilità, in questo caso, è associata ai processi di gestione (acquisto risorse, gestione delle risorse umane, ecc.);

— dai *buyer supplier network* il risultato potenziale ottenibile è determinato dal contenimento dei costi, legati in via principale alla trasformazione di costi fissi in costi variabili.

Le configurazioni organizzative proposte e le loro caratteristiche producono rilevanti riflessi sulla *governance* delle reti sanitarie. In altri termini, ciascuna delle configurazioni richiede assetti, meccanismi e strumenti di *governance* specifici.

I *community based network* e i *buyer supplier network* costituiscono coordinamenti interaziendali — i primi informali, i secondi formalizzati da specifici contratti — delle relazioni di scambio. La *governance*, in questo caso, è soprattutto di tipo economico (l'espressione, ormai comunemente accettata nella letteratura economica (15), è *network governance*) ovvero basata sulla capacità di tali coordinamenti di ridurre i costi di transazione (Williamson, 1985) e nel contempo

di salvaguardare e rafforzare le interdipendenze, stabilizzandole senza inficiare la flessibilità organizzativa. In questi casi, tali collaborazioni possono essere governate mediante meccanismi sociali, quali: (i) limiti all'accesso e (ii) sanzioni attese, che favoriscono le collaborazioni tra *partner* con macroculture omogenee e la riduzione dei controlli e dell'opportunità (Jones, Hesterly, Borgatti, 1997).

I *network organizzativi* danno vita a specifiche formule organizzative ovvero a «società veicolo» di progetti deliberati. In questo caso può parlarsi compiutamente di *corporate governance*, vale a dire letteralmente di governo societario, inteso come complesso di regole, giuridiche ed economiche, finalizzate a rendere il governo dell'azienda efficace, efficiente e corretto ai fini della tutela dei portatori di interesse (16).

In definitiva, poiché le collaborazioni pubblico/privato in sanità stanno superando la fase sperimentale per av-

viarsi verso uno stadio di consolidamento e ampia diffusione, si ritiene necessario approfondire il tema degli assetti di governo delle reti (Barnett *et al.*, 2001), che attualmente sembra più influenzato da logiche di «ingegneria giuridica» che da principi e strumenti aziendali.

(1) Per un approfondimento sul tema del NPM si rinvia a Meneguzzo (2001).

(2) Per non incorrere in problemi di comprensione e confusione semantica, è necessario precisare che nell'ambito di questo saggio, il concetto di *partnership* è utilizzato con riferimento alle collaborazioni pubblico/privato. Inoltre, va specificato che, in considerazione della novità del tema delle collaborazioni pubblico/privato, si fa riferimento anche agli studi sulle reti (*network*), ampiamente diffusi nella letteratura economico-aziendale, in cui rientrano le differenti configurazioni di collaborazioni pubblico/privato.

(3) Per una più ampia trattazione delle modalità di *contracting out* e *contracting in* si rinvia a Rebora, Meneguzzo (1990).

(4) Alla fine degli anni '80, il governo britannico di Margaret Thatcher avviò un ambi-

**Tabella 2 - Elementi caratterizzanti delle configurazioni organizzative delle *partnership* in sanità**

	<i>Community based network</i>	<i>Network organizzativi</i>	<i>Buyer-Supplier Network</i>
<b>Scelta del partner</b>	Locali	Con competenze distintive	Efficienti
<b>Progettualità</b>	Bassa	Globale	Funzionale
<b>Relazioni</b>	Continue, variabili, asimmetriche	Continue e incrementali	Programmate e contrattuali
<b>Orizzonte temporale</b>	Breve periodo	Lungo periodo	Medio-lungo periodo
<b>Modalità di influenza</b>	<i>Leadership</i> del partner pubblico	Capacità strategica di un <i>partner</i>	Contratto
<b>Potere fra le parti</b>	Riconoscimento importanza dei terzi	Alleanza formalizzata	Equilibrato contrattualmente
<b>Risultati potenziali</b>	Flessibilità quantitativa	Innovazione/vantaggio competitivo	Efficienza flessibilità

zioso progetto di modernizzazione della Pubblica amministrazione, chiamato «Next Steps», basato sulla creazione di agenzie pubbliche (*process of agencification*), autonome dal punto di vista organizzativo e gestionale. Oggi le Next Steps Agencies sono la prevalente forma di erogazione dei servizi pubblici in Gran Bretagna e nel 1998 nelle 130 agenzie era impiegato circa il 75% dei dipendenti pubblici britannici. Tra i maggiori benefici apportati bisogna menzionare la separazione tra funzioni di erogazioni e funzioni di indirizzo e controllo politico nonché significativi contenimenti di costo. A fronte della maggiore autonomia concessa, il direttore dell'agenzia è personalmente responsabile (*accountable*) dei risultati conseguiti nei confronti dell'amministrazione di riferimento. Per un approfondimento del tema si veda Meneguzzo (2001).

(5) Le privatizzazioni hanno riguardato oltreché le grandi aziende di Stato appartenenti all'Iri, quali la Telecom, l'Eni, l'Enel, la Finmeccanica, le *Public Utilities* degli enti locali (i casi più emblematici per la loro trasformazione in *public companies*, attraverso la quotazione in borsa, sono l'Aem di Milano e l'Acqa di Roma), le società di gestione di infrastrutture (anche in questo caso le due principali città italiane rappresentano alcuni esempi qualificati per i casi della privatizzazione delle società Aeroporti di Roma-Adr e della Sea di Milano) ed anche altre municipalizzate (principalmente Centrali del latte, farmacie municipali, impianti sportivi).

(6) Singolari per il panorama italiano sono state le cooperative di lavoro interinale del personale infermieristico e del personale tecnico. Considerando l'evoluzione del mercato del lavoro, l'espansione delle società di lavoro interinale, la carenza di specifiche figure paramediche in alcune aree del Paese, la possibilità anche nel settore pubblico di ricorrere al lavoro interinale, si attende un aumento del ricorso a tali forme di lavoro nelle aziende sanitarie.

(7) Indagine Censis, 1996.

(8) Il pagamento di una tariffa da parte del soggetto pubblico che concede ad un soggetto privato la costruzione e transitoriamente la gestione di un'infrastruttura pubblica è più comunemente noto come «*project finance* freddo». Tale schema non è previsto in Italia, dove la normativa circoscrive il ricorso alla finanza di progetto alle sole iniziative di tipo «caldo», ossia di rilevanza imprenditoriale, in quanto strumentali alle prestazioni di un servizio pubblico, i cui costi sono a diretto carico dell'utenza che paga una tariffa. In effetti, in Italia la Pubblica amministrazione può concorrere all'equilibrio economico-finanziario del sogget-

to gestore, erogando sussidi che, tuttavia, non devono superare la soglia del 50% dei costi.

(9) In questo paragrafo, utilizziamo l'azione organizzativa perché i diversi modelli giuridici possibili per le collaborazioni pubblico/privato non ricomprendono l'intero spettro possibile di soluzioni: ad esempio i *community based network* costituiscono collaborazioni informali che non rientrano in nessun schema contrattuale. Si ricorda che i modelli giuridici utilizzabili sono: (i) società miste, (ii) associazioni in partecipazione, (iii) concessione di costruzione e gestione, (iv) *project finance*, (v) società consortili, (vi) costituzione di enti non lucrativi, (vii) fondazioni, (viii) esternalizzazioni, (ix) *global service*, (x) convenzioni di particolare rilevanza (indagine conoscitiva della Commissione per le sperimentazioni ed innovazioni gestionali istituita presso Agenzia per i servizi sanitari regionali, 2002).

(10) Nella letteratura economico-aziendale sono presenti altre classificazioni delle reti interaziendali, in cui sono ricomprese anche le collaborazioni pubblico/privato. Tra le più significative, ai fini dello scritto, si riportano le classificazioni sulla base: della gerarchia dei partecipanti (Butera, 1990); degli elementi caratterizzanti (Depperu, 1995); della struttura di governance (Meneguzzo, 1996a); delle relazioni intercorrenti (Soda, 1998); del percorso evolutivo e delle logiche di progettazione (Lorenzoni, 2000).

(11) Negli ospedali di comunità, chiamati nella terminologia anglosassone anche *Country Hospital*, la funzione clinica è affidata ai medici di medicina generale, mentre l'Asl oppure l'ente locale mantiene la proprietà e la gestione della struttura. Con questo assetto organizzativo si ottiene il vantaggio di dotare il territorio di una rete assistenziale *post-ricovero* o per pazienti cronici con costi di gestione inferiori al costo di degenza ospedaliero. Nelle esperienze attive in Italia, in Emilia e nelle Marche, l'apertura dei *Country hospital* ha combinato il vantaggio di assicurare, in alcune zone con elevati tassi di popolazione anziana, la riduzione del fenomeno del pendolarismo assistenziale e l'aumento della qualità e della familiarità dell'ambiente di cura.

(12) La mobilità negativa (o in uscita) è rappresentata dal volume di prestazioni che le aziende sanitarie locali devono acquistare da soggetti erogatori esterni, sia della propria Regione (mobilità intraregionale) sia di altre regioni (mobilità extraregionale) presso cui i propri residenti ricevono cure ed assistenza.

(13) La focalizzazione sulle attività istituzionali e su quelle distintive rientrano nelle strategie di *resizing* delle organizzazioni sanitarie. Generalmente esse sono guidate sia da

esigenze di contenimento dei costi che da esigenze di aumento della qualità dei servizi forniti: non a caso infatti le aziende sanitarie che seguono percorsi di focalizzazione, come dimostra il caso statunitense, introducono meccanismi di integrazione organizzativa come il *disease management* o i *clinical pathways* a livello interaziendale. In altre parole un ospedale che si focalizza sulle competenze distintive delle cure a pazienti oncologici non deve essere confuso come l'ambito ospedaliero specifico per il trattamento degli tumori. Anzi lo scopo della focalizzazione è precisamente di ampliare il raggio di azione, fornendo un servizio integrato ai propri pazienti, inclusi l'ospedale, una residenza assistenziale (tipicamente affidato ad un privato o a una società mista) e l'assistenza domiciliare (Herlinzger, 1997).

(14) «... la rete non è (...) formalmente gerarchica, ma presenta degli elementi di potere dovuti alla ricerca dei "partecipanti" di influenzare l'azione degli altri soggetti ai diversi livelli». Cavalieri (1999), pag. 423.

(15) Negli studi di *management* pubblico, il tema del governo delle reti pubbliche e delle collaborazioni pubblico/privato ha assunto un rilievo centrale nell'ambito del paradigma di modernizzazione della Pubblica amministrazione, noto come *Public Governance*. In base a tale paradigma, il ruolo dell'attore pubblico è quello di promuovere lo sviluppo socio-economico non mediante un intervento diretto, ma attraverso la promozione di forme di autorizzazione privata, la creazione di ambienti favorevoli all'iniziativa privata, la responsabilizzazione sulla *performance* complessiva del sistema generale. Per un approfondimento si rinvia a Eljassen, Kooiman (1993) e Kickert *et al.* (1997).

(16) Sul tema della «corporate governance» nelle amministrazioni e nelle aziende pubbliche si veda Del Vecchio (2002).

## BIBLIOGRAFIA

- AMATUCCI F. (1998), «Applicabilità del modello del project finance in Sanità», *Mecosan*, 27.
- ASHER K. (1987), *The politics of privatisation: contracting out Public Services*, MacMillan Education, Londra.
- BARNETT P., PERKINS R., POWELL M. (2001), «On a hiding to nothing? Assessing the corporate governance of hospital and health services in New Zealand 1993-1998», *International Journal of Health Planning and Management*, 16.

- BORGOLOVI E. (2000), «Governare l'amministrazione pubblica con il sistema a rete», *Azienda pubblica*, 4-5.
- BRUNELLO C. (1999), «Analisi dei modelli micro-organizzativi della medicina di base», *Mecosan*, 29.
- BUCCOLIERO L., MENEGUZZO M. (A CURA DI) (1999), *Allearsi per comprare. Politiche di acquisto dei network di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BUTERA F. (1990), *Il castello a rete*, Franco Angeli, Milano.
- CAVALIERI E. (1999), «Lo sviluppo dell'impresa», in Cavalieri E., Ranalli F., *Economia Aziendale* (vol. II), Giappichelli, Torino.
- CLEMENT J.P. ET AL. (1997), «Strategic hospital alliance: Impact on financial performance», *Health Affairs*, 16 (6), pp: 193-203.
- DEL VECCHIO M. (2002), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Egea, Milano.
- DEPPERU D. (1995), «Cooperating to compete», in Airoldi G., Amatori F., Invernizzi G., *Ownership and governance: the case of Italian enterprises and public administration*, Egea, Milano.
- DUNCAN W.J., GINTER P.M., SWAYNE L.E. (1992), *Strategic management of Health Care Organizations*, PWS-Kent Publishing comp.
- ELJASSEN K.A., KOOIMAN J. (1993), *Managing Public Organizations: lessons from contemporary European experience*, Sage, London.
- GRANDORI A. (1999), «Il coordinamento organizzativo fra imprese», *Sviluppo & Organizzazione* (171).
- GRANDORI A. (1997), «An Organizational Assessment of Interfirm Coordination Modes», *Organization Studies*, vol. 18.
- GRANDORI A., RING P.S., VAN DE VEN A.H. (1995), «Partnership organizzative», *Sviluppo & Organizzazione* (148), pp. 43-59.
- GRANDORI A. (1989), «Reti interorganizzative: progettazione e negoziazione», *Economia e Management*, 7.
- HAMEL G. (1991), «Competition for competence and interpartner learning within international strategic alliances», *Strategic Management Journal*, Summer Special Issue, 12.
- HEALTH CARE ADVISORY BOARD (1995), *Network advantage*, HCAB, Washington.
- HERLINZGER R. (1997), *Market driven Health Care*, Perseus Book.
- JONES C., HESTERLY W.S., BORGATTI S.P. (1997), «A general theory of network governance: Exchange conditions and social mechanisms», *Academy of Management Review*, 22 (4).
- KICKERT W., KLIJN E., KOPPENJAN J. (A CURA DI) (1997) *Managing complex networks. Strategies for the public sector*, SAGE, London.
- KHANNA V., GULATI R., NOHRIA N. (1998), «The dynamics of learning alliances: competition, cooperation and relative scope», *Strategic Management Journal*, 19 (3).
- KOGUT B. (1988), «A study of the life cycle of joint ventures», *Management international Review*, Special issue, pp. 39-52.
- MERCHANT H. (1997), «International joint venture performance of firms in the non-manufacturing sector», in P. Beamish and A. Inkpen (eds.), *Cooperative Strategies*, Lexington Books, Lexington, MA, pp. 428-456.
- LEGA F. (2001) «Strategie di rete per i sistemi multiospedalieri: analisi e valutazione», *Economia e Management*, 2.
- LORENZONI G. (2000), «Reti di imprese ed imprenditorialità diffusa», in Lipparini A., Lorenzoni G. (a cura di), *Imprenditori e Impresa*, Il Mulino, Bologna.
- MENEGUZZO M. (2001), *Managerialità, innovazione e governance*, Aracne, Roma.
- MENEGUZZO M. (2000), «I terreni dell'innovazione organizzativa», in Bergamaschi M., *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, McGraw Hill Italia, Milano.
- MENEGUZZO M. (A CURA DI) (1996a), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, EGEA, Milano.
- MENEGUZZO M. (1996b), «Dall'azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie: una prima valutazione della efficacia dei network sanitari», *Mecosan*, 19.
- PISANO G.P., RUSSO M.V., TEECE D. (1998), «Joint ventures and collaborative agreements in the telecommunications equipment industry», in Mowery D. (ed.) *International Collaborative Ventures in US Manufacturing*, Ballinger, Cambridge, Ma.
- REBORA G., MENEGUZZO M. (1990), *Strategia delle Amministrazioni pubbliche*, Utet, Torino.
- SAVAS E.S. (1987), *Privatisation. The key to the better government*, Chatam House, London.
- SODA G. (1998), *Reti tra imprese: modelli e prospettive per una teoria del coordinamento tra imprese*, Carocci, Roma.
- WILLIAMSON O.E. (1985), *The economic institutions of capitalism*, Free press, New York.
- ZATTONI A. (2000), *Economia e governo dei gruppi aziendali*, Egea, Milano.
- ZINN J.S., PROENCA J., ROSKO M.D. (1997), «Organizational and environmental factors in hospital alliance membership and contract management: A resource-dependence perspective», *Hospital & Health Services Administration*, 42 (1).

Management ed economia sanitaria

# MECOSAN

La rivista trimestrale  
di saggi e ricerche, documenti e commenti  
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

*Mecosan* è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

### Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

### Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

### Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

### Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpato, 1990); indicazione: VOLPATO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

### I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;  
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23  
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98  
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

# LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA IN SANITÀ

Mario Enea<sup>1</sup>, Tommaso Piazza<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup> DTPM - Facoltà di Ingegneria, Università degli Studi di Palermo

<sup>2</sup> ISMETT - Istituto Mediterraneo per Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione

**SOMMARIO:** 1. Introduzione - 2. Il *comfort* alberghiero nelle strutture ospedaliere - 3. La qualità percepita - 4. I questionari - 5. La valutazione della qualità percepita - 6. Conclusioni.

*In the last 10 years the concerns that many medical groups have about measuring patient satisfaction is increasing. Health care organizations are operating in an extremely competitive environment, and patient satisfaction has become key-factor to gain and maintain market share. All major players in the health care arena use satisfaction information when making decisions.*

*This article provides a tool to evaluate the patient's satisfaction and to drive the management decision in the direction of its increase. The approach is based on the assumption that the patient's satisfaction could be view as the distance between the perceived service connected with the single attribute and the importance of the same attribute. Both the perceived service and the importance are evaluated using some questionnaires. Questionnaires' answers are linguistic variables that are transformed in fuzzy variables during their evaluation.*

*The ranking of the importance of the attributes is evaluated using a fuzzy extension of a widely used multi attribute decision-making (MADM) technique: the Analytic Hierarchy Process (AHP).*

## 1. Introduzione

Il *comfort* alberghiero non è più considerato un aspetto secondario dell'assistenza sanitaria: le mutate condizioni di vita ed i recenti cambiamenti legislativi ed organizzativi spingono le strutture sanitarie a considerare il *comfort* alberghiero come parte integrante del sistema delle cure.

Poiché la vigente legislazione in materia sanitaria consente l'erogazione di prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale a tutte le strutture pubbliche e private accreditate, il cittadino ha l'opportunità di poter scegliere la struttura in cui farsi curare privilegiando quella che a parità di credibilità clinico-terapeutica e dislocazione geografica risponde meglio ai suoi bisogni, offrendogli assieme ad eccellenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche un ambiente confortevole ed accogliente.

In Italia, negli ultimi decenni, lo sviluppo nel campo medico scientifico non è stato affiancato da un parallelo rinnovamento delle strutture ospedaliere. *Comfort*, funzionalità e sicurezza sono da tutti pretesi, ma non sempre riscontrati. Ciò ha portato ad un divario tra le attese dei cittadini e la realtà dei servizi offerti.

Mentre nella maggior parte degli ospedali europei l'*habitat* s'indirizza sempre più verso quello alberghiero, nelle strutture ospedaliere italiane si fatica ancora a comprendere che il miglioramento del servizio offerto non si ottiene solamente soddisfacendo i bisogni espliciti del paziente (eseguire un esame di laboratorio, subire un intervento, ottenere una prenotazione, ecc.), ma anche rispondendo ai suoi bisogni latenti, quali: il rispetto della *privacy*, l'umanizzazione dei servizi, il *comfort* dei luoghi di degenza.

Tali problemi si evidenziano maggiormente quando si vanno ad esaminare i servizi di accoglienza offerti dalle strutture pubbliche, nelle quali una gestione molto spesso indirizzata a fronteggiare le emergenze, la mancanza di capacità progettuale e l'ineadeguatezza degli edifici, hanno determinato una notevole distanza tra il servizio atteso e quello erogato.

Acquisire credibilità e capacità di attrazione impone alle nostre strutture ospedaliere pubbliche di affrontare anche il problema della vivibilità degli ospedali, con tutti i problemi ad essa

---

Si ringrazia della collaborazione e per il supporto il dott. Colimberti responsabile della qualità per l'Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Ospedali Civico e Benfratelli, G. Di Cristina e M. Ascoli e la dottoressa Messina dell'Azienda ospedaliera Ospedale V. Cervello.

connessi: dalla qualità del vitto agli aspetti relazionali, dal rispetto della *privacy* al *comfort* abitativo. Il tutto destinato non solamente al degente, ma anche alla micro-collettività che ruota intorno a lui.

## 2. Il *comfort* alberghiero nelle strutture ospedaliere

In questa sede verranno considerati gli aspetti relativi ai seguenti elementi connessi al *comfort* alberghiero nelle strutture ospedaliere:

- vitto;
- *habitat* e *privacy*;
- pulizia degli ambienti e disponibilità di biancheria;
- aspetti relazionali.

È implicito nel concetto di vitto ospedaliero che il suo principale significato sanitario debba essere quello nutritivo. Il vitto ospedaliero pur essendo, in generale, soddisfacente dal punto di vista nutrizionale può non esserlo dal punto di vista gastronomico. Nulla vieta, al fine di migliorare la percezione del servizio da parte del degente, di far in modo che i menù siano ricchi e vari che rispecchino le sue abitudini alimentari per quanto lo consenta il suo stato di salute.

Il vitto deve essere confezionato in modo tale da renderlo appetibile, gradevole alla vista ed al palato soprattutto se il degente è inappetente, o costretto al letto da lungo tempo o in un periodo *post-operatorio*.

Non va peraltro trascurato il fatto che il paziente può essere più invogliato a consumare il suo pasto se gli giunge caldo, in un vassoio personalizzato con stoviglie in ceramica e non di plastica.

Tutto questo va fatto ovviamente non perdendo di vista gli aspetti di igiene e di bilanciamento delle diete che sempre devono essere tenuti sotto controllo.

Le nuove tematiche emergenti nella progettazione delle strutture ospedaliere tendono a vedere il luogo di cura come un ambiente amichevole, protettivo e comunicativo. Gli strumenti progettuali ed operativi rivolti a migliorare gli ambienti ospedalieri riguardano innanzitutto il colore, con la scelta di gamme cromatiche più adatte ai singoli ambienti; i materiali di finitura, selezionati ed organizzati in modo da garantire i necessari requisiti tecnici e favorire i processi di identificazione ed orientamento; i sistemi di illuminazione, predisposti in modo da assicurare il massimo *comfort* ambientale.

Uno degli aspetti da tenere in considerazione è che i concetti di *comfort* e di *privacy* sono del tutto soggettivi e devono essere bilanciati con le aspettative del paziente tipo.

È infatti opinione comune che la camera di degenza più accogliente, accettata ed economicamente realizzabile, sia quella con due posti letto ed il bagno in camera, essendo difficilmente perseguibile, dal punto di vista economico, l'obiettivo delle camere con singolo posto letto, almeno per le realtà ospedaliere di carattere pubblico. Tuttavia, uno dei più conosciuti testi di architettura ospedaliera (Paul, 1986) confronta i risultati di gradimento ottenuti da un'analisi delle preferenze dei pazienti di reparti diversi di uno stesso ospedale, mettendo a paragone tipologie progettuali totalmente differenti quali, ad esempio, la corsia aperta e le stanze con 2/3 posti letto. Tutte le tipologie raggiungono, da parte dei pazienti ricoverati voti di gradimento analoghi anche se per motivazioni differenti. Allo stesso tempo, i giudizi, espressi dai pazienti, riguardanti la *privacy* non si differenziano in modo eclatante a seconda della tipologia scelta, tuttavia è necessario che ciascuna scelta tipologica sia accom-

pagnata con scelte collaterali che garantiscono la *privacy* di pazienti.

In una visione di miglioramento dei servizi alberghieri nelle strutture sanitarie, il *comfort* ed il «look» non possono prescindere dalla pulizia sia degli ambienti destinati alla degenza che di ogni altro locale dell'edificio ospedaliero. Il requisito di pulizia è fondamentale per l'utilizzabilità, l'efficienza e la sicurezza di tutti gli ambienti. Con particolare cura vanno, inoltre, trattati i rifiuti per evitare pericolose dispersioni con conseguente inquinamento dell'ambiente ospedaliero e di quello circostante.

Anche se spesso gli aspetti relazionali sono poco considerati rispetto alla qualità della cura o della struttura ospedaliera, non si può fare a meno di osservare che il paziente, catapultato, suo malgrado, nel mondo ospedaliero, debba essere guidato e sostenuto nel suo processo di guarigione cercando di renderlo partecipe dello stesso. Il personale sanitario deve essere reso edotto riguardo le regole ed i principi che stanno alla base della comunicazione, poiché esso ne fa, anche in modo inconsapevole e suo malgrado, intenso uso, trasmettendo delle informazioni particolarmente delicate.

## 3. La qualità percepita

Tutti i fattori di miglioramento del *comfort* alberghiero devono essere tuttavia valutati sulla base di quelle che sono le aspettative dei degenti del reparto cui si fa riferimento. Gli aspetti connessi al *comfort* alberghiero assumono, infatti, diversa importanza per il degente a seconda della patologia di cui soffre, del suo substrato culturale e della sua età. Non prescindendo da alcuni aspetti essenziali, quali l'igiene degli ambienti, le scelte di investimento nel miglioramento del *comfort* alberghiero devono strategicamente tenere in primaria considera-

zione le esigenze dei degenti secondo la loro gerarchia di importanza. Per fare un esempio basti pensare che la camera singola è percepita in generale come un elemento di elevato *comfort*. Tuttavia se il paziente ricoverato per un intervento chirurgico la reputa tale, l'anziano, ricoverato per accertamenti può gradire la presenza di un vicino e considerare, altresì, la camera singola come una sorta di isolamento.

Quindi tutti gli interventi tesi a migliorare il *comfort* alberghiero devono essere valutati sulla base delle aspettative dei degenti della particolare struttura sanitaria.

La valutazione della qualità dei servizi, percepita dal cliente/degente, risulta essere parecchio difficoltosa prevalentemente a causa dalla variabilità delle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie stesse.

Le attività di valutazione della qualità si propongono di individuare e analizzare queste variazioni, di ricercarne le possibili cause e di suggerire gli interventi capaci di modificarle in senso favorevole. È necessario, quindi, individuare i principali elementi che contraddistinguono la qualità di una prestazione, per poi cimentarsi nella loro valutazione.

Le difficoltà in questo compito nascono soprattutto dal fatto che la qualità non è una proprietà assoluta, intrinseca ai servizi sanitari e indipendente dalle percezioni, al contrario, è un fenomeno *multidimensionale, soggettivo e dinamico*. Multidimensionale in quanto dipende da molti fattori più o meno tra loro correlati, quali, ad esempio, il tipo di prestazione ricevuta, la modalità con cui viene erogata, i costi, i risultati che raggiunge. Dipende, inoltre, sia dalle aspettative sia dalle preferenze individuali dei soggetti che sono chiamati ad esprimere un giudizio. Quindi, la qualità percepita dall'utente è un concetto *soggettivo*, espresso sulla base dei propri convin-

cimenti e delle proprie aspettative. Di conseguenza, persone diverse per cultura, abitudini e conoscenze sono portate a valutare in modo differente un medesimo servizio, sia perché concentrano il loro interesse su alcune caratteristiche e non su altre, sia perché alle stesse caratteristiche viene attribuita un'importanza relativa diversa.

La qualità percepita è anche un concetto *dinamico*: lo stesso individuo, in tempi differenti, a causa del variare delle informazioni a sua disposizione, può considerare in modo differente un servizio con identiche caratteristiche.

Possiamo concludere che non esiste una percezione oggettiva della qualità e che ogni persona possiede una propria legittima definizione di qualità: ogni individuo tende a considerare di buona qualità le prestazioni che appaiano i propri bisogni e le proprie aspettative e a giudicare come scadente ciò che si allontana da essi.

Sulla base di tali osservazioni possiamo valutare la qualità nei servizi in genere e nei servizi sanitari in particolare, come il divario tra le aspettative degli utenti e la loro soddisfazione.

Prendendo a riferimento tale criterio di valutazione della qualità del servizio, l'obiettivo dell'azienda sanitaria consisterà nel ridurre gli scarti tra le aspettative dei clienti e la loro soddisfazione.

Serve a tale scopo un modello concettuale atto a individuare le strategie per migliorare la qualità del servizio e a collegare le carenze interne all'azienda (scostamenti interni) e le carenze percepite dai clienti (scostamenti esterni).

Questo modello, illustrato nella figura 1 (Zeithaml, 1999), mostra innanzitutto una sostanziale differenza tra il punto di vista del fornitore del servizio e quello del cliente.

Lo schema pone in evidenza come le comunicazioni verbali tramite il passaparola, le esigenze personali, l'e-

sperienza passata e le comunicazioni esterne da parte del fornitore contribuiscono a determinare il servizio atteso da parte del cliente.

Il parametro di maggiore interesse per la valutazione della qualità percepita è lo scostamento tra il servizio atteso e quello percepito dal cliente. Tale divario viene indicato in figura con il numero 5 e viene determinato anche da alcune anomalie attribuibili al fornitore:

— *anomalia 1: divario tra le aspettative dei clienti e le percezioni dei dirigenti riguardo le stesse.*

L'inesatta comprensione da parte dei dirigenti aziendali di ciò che i clienti si aspettano e delle loro priorità, può determinare prestazioni giudicate scarse da questi ultimi. Conoscere le aspettative dei clienti è il primo passo e forse il più importante per fornire un servizio di elevata qualità.

I motivi che generano tale scostamento sono: l'insufficiente ricerca di mercato, l'uso improprio dei risultati, la mancanza di interazione tra dirigenti e clienti, la carente comunicazione verso l'alto del personale a contatto con il pubblico e la presenza di troppi livelli gerarchici tra il personale a contatto con il pubblico e il *management*;

— *anomalia 2: divario tra le percezioni dei dirigenti e le specifiche di qualità del servizio.*

Un altro presupposto essenziale per raggiungere una elevata qualità del servizio è la presenza di *standard* nelle prestazioni che rispecchino le percezioni dei dirigenti sulle aspettative dei clienti. Tuttavia, non sempre è facile tradurre la comprensione delle aspettative dei clienti in specifiche di qualità.

I principali motivi di questo scarto sono: la mancanza di definizione degli obiettivi, l'impegno inadeguato dei dirigenti per la qualità del servizio, la sensazione di irrealizzabilità degli

obiettivi e la standardizzazione inadeguata dei compiti;

— *anomalia 3: divario tra le specifiche di qualità e le prestazioni effettive.*

Nonostante i dirigenti comprendano le attese dei clienti e stabiliscano delle specifiche adeguate, non è ancora certa una elevata qualità del servizio. Infatti, i dipendenti o il personale di contatto, potrebbe non essere in grado o non essere disposti a offrire un servizio del livello desiderato.

I motivi di questo scarto sono: l'ambiguità dei ruoli, il conflitto dei ruoli, la scarsa idoneità dei dipendenti al ruolo, la scarsa idoneità della tecnologia, sistemi di supervisione e controllo inadeguati, sensazione di mancanza di controllo da parte dei dipendenti, la mancanza di lavoro di squadra;

— *anomalia 4: divario tra la fornitura del servizio e le comunicazioni esterne.*

Comunicazioni precise e adeguate da parte dell'azienda (pubblicità, vendita personale e pubbliche relazioni senza promesse eccessive o immagini falsate) sono essenziali per fornire servizi che i clienti possano considerare di elevata qualità.

I motivi che contribuiscono in modo determinante allo scostamento in oggetto sono: la inadeguata comunicazione orizzontale tra la linea operativa, il *marketing* e le risorse umane, la tendenza a fare promesse esagerate nelle comunicazioni.

Le quattro anomalie individuate sono collegabili alle carenze qualitative percepite dai clienti (divario 5 della figura 1). Si può dunque affermare che lo scostamento tra il servizio atteso e quello percepito dal punto dal cliente dipende da erronei comportamenti aziendali. L'azienda sanitaria ha quindi il compito di correggere questi comportamenti fornendo un servizio che rispecchi al meglio le aspettative dei dirigenti.

Misurare la qualità, in ambito sanitario, è utile sotto diversi aspetti: serve, infatti, sia agli amministratori che agli operatori sanitari per prendere delle decisioni che hanno per scopo il miglioramento dell'assistenza, il favorire la domanda di cura verso l'azienda e la disponibilità di tecnologie, tenendo conto dei vincoli di natura economica.

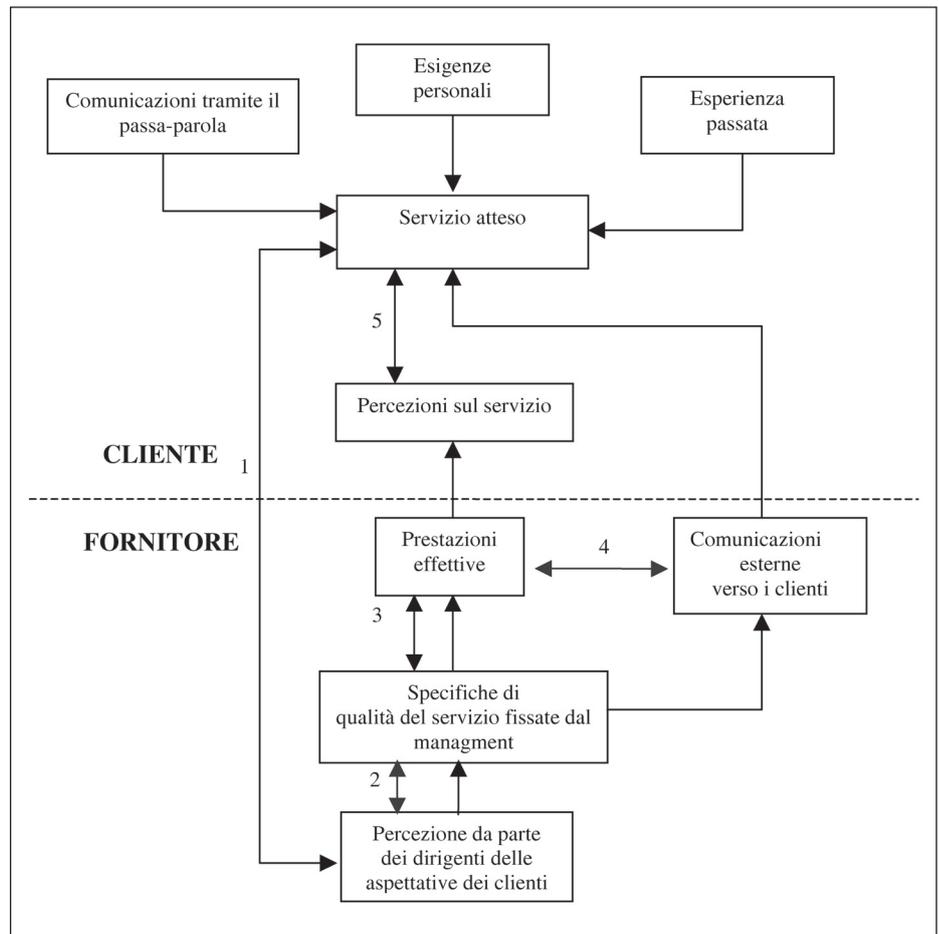
Le indicazioni necessarie si ricavano da dati di carattere clinico, economico e sociale. I dati del primo tipo riguardano la cura, gli esiti della terapia, la percentuale di malati ed infine la mortalità. I dati del secondo tipo servono ad analizzare i costi diretti e indiretti della struttura ospedaliera. Gli ul-

timi, ma non per importanza, tengono conto degli effetti psicologici del trattamento, intesi come interazione paziente/struttura e del modo in cui essa si attua.

#### 4. I questionari

Il nostro studio ha come oggetto un'analisi della qualità percepita dal paziente con riguardo al servizio alberghiero, che può considerarsi caratterizzato da alcuni attributi. Come abbiamo avuto modo di sottolineare, la qualità percepita, in relazione a ciascun attributo, si può intendere come lo scostamento fra tra ciò che l'utente si attende e ciò che percepisce dal ser-

**Figura 1 - Modello concettuale per la valutazione della qualità percepita**



vizio fornito. Seguendo tale approccio, la percezione del servizio da parte dell'utente, nel seguito indicata come *performance*, può essere valutata attraverso la somministrazione di questionari nei quali viene chiesto di valutare il servizio ricevuto (pessimo, scarso, normale, buono, ottimo) in relazione ad ogni singolo attributo. L'aspettativa dell'utente riguardo ad un certo attributo del servizio viene invece valutata attraverso il grado di importanza che il degente assegna a tale attributo. Tale valutazione, obbliga inevitabilmente l'intervistato a focalizzare l'attenzione contemporaneamente su parecchi attributi, in quanto il giudizio dell'importanza di ogni singolo attributo non può considerarsi indipendente dall'importanza assegnata

agli altri attributi. Tuttavia focalizzare l'attenzione contemporaneamente su parecchi attributi, a causa dei limiti della razionalità umana (Simon, 1983) (Miller, 1956), risulta essere poco attendibile, infatti la nostra mente è capace di gestire una quantità limitata di sollecitazioni in una medesima unità di tempo.

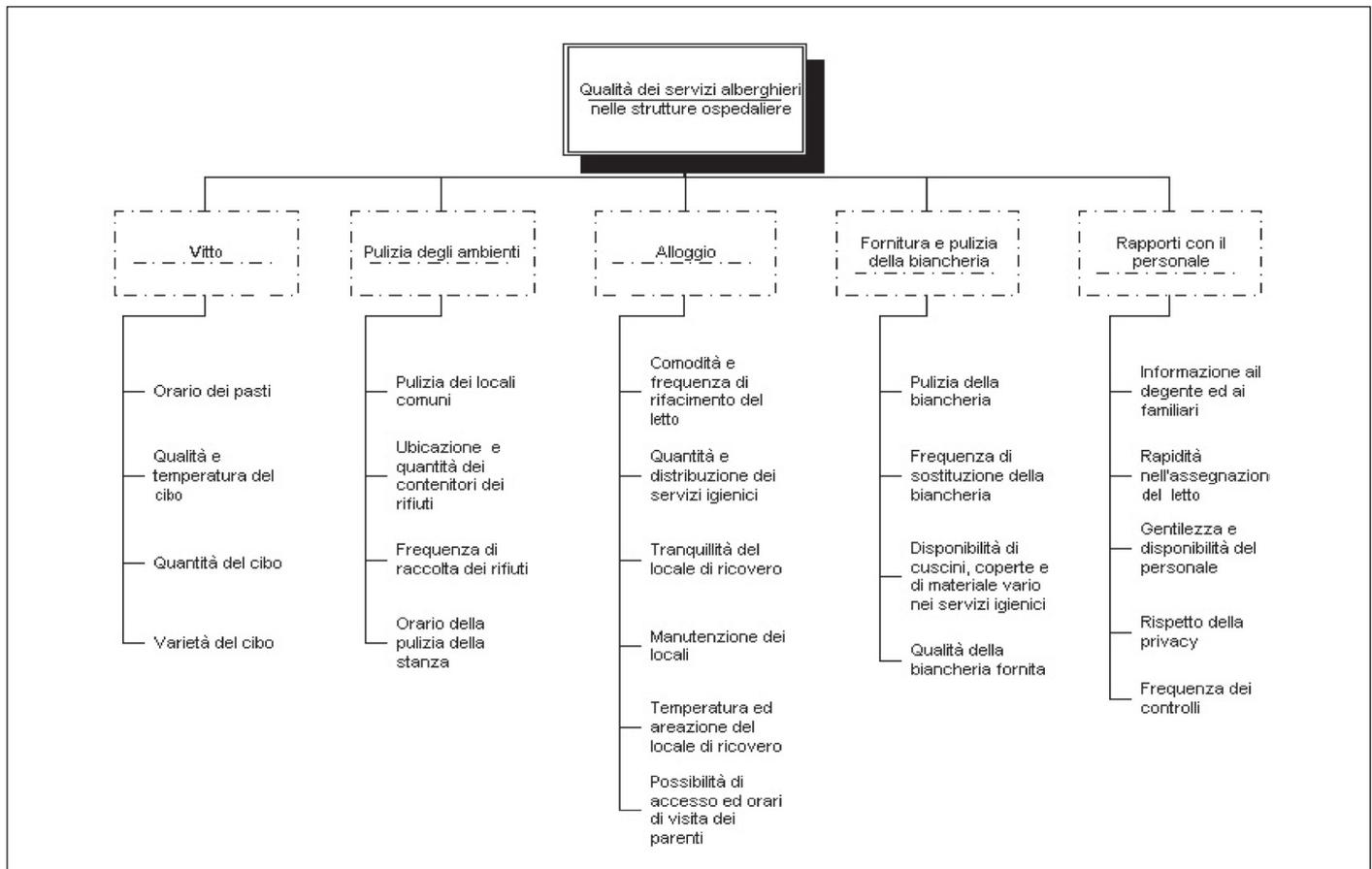
Inoltre Simon mette in evidenza che «in realtà è molto facile dimostrare che le scelte fatte da un essere vivente hanno caratteristiche che spesso dipenderanno dall'ordine in cui le varie alternative sono state presentate» il che nel caso della valutazione tradizionale dell'importanza di una serie di attributi, da parte degli intervistati, può determinare una gerarchia dipendente dall'ordine in cui i diversi attri-

buti vengono considerati. Da ciò si può dedurre che la mente umana ha bisogno cioè di un certo grado di attenzione concentrata mettendo a fuoco pochi fattori per volta.

Il metodo *AHP* (*Analytic Hierarchy Process*) (Saaty, 1980) permette di focalizzare l'attenzione del cliente utilizzando un approccio sequenziale nel quale gli attributi sono valutati prendendo in considerazione soltanto una coppia di essi per volta.

Allo scopo di valutare la qualità dei servizi alberghieri sono stati considerati cinque macro-attributi che caratterizzano il servizio offerto al paziente, in corrispondenza ai quali sono stati determinati dei sottoattributi di dettaglio secondo lo schema indicato in figura 2.

Figura 2 - Attributi caratterizzanti la qualità dei servizi alberghieri in sanità



La valutazione della qualità percepita dall'utente del servizio sanitario è stata effettuata utilizzando tre diversi questionari.

Le informazioni derivanti dal primo questionario (figura 3) vengono utilizzate per valutare la percezione del servizio relativamente ad un dato attributo da parte del paziente tipo. A tal fine è sufficiente stimare il grado di soddisfazione espresso da un campione significativo di pazienti.

Il secondo ed il terzo questionario sono stati utilizzati per valutare le aspettative del paziente. Entrambi i questionari sono costruiti al fine di ottenere dagli intervistati un giudizio relativo tra l'importanza di due diverse caratteristiche. Le valutazioni ottenute serviranno alla costruzione di alcune

matrici di confronto a coppie, che opportunamente elaborate attraverso l'applicazione del metodo *AHP* (*Analytic Hierarchy Process*) permettono la valutazione di un peso di importanza relativa in corrispondenza a ciascun attributo (appendice 1).

Le domande di questi questionari sono tutte di tipo comparativo: all'intervistato viene richiesta una valutazione del rapporto di importanza tra due differenti attributi (figura 4).

Le modalità di risposta alle domande sono identiche per tutti i quesiti:

- molto meno importante;
- meno importante;
- ugualmente importante;
- più importante;
- molto più importante.

Allo scopo di diminuire il numero di confronti, e di conseguenza il numero di quesiti da sottoporre a ciascun degente, gli attributi che si riferiscono ad ogni macro-attributo (vitto, alloggio, ecc.) sono stati raggruppati in sottogruppi omogenei, ognuno dei quali è individuato nella tabella 1 da un apposito indice. Ad esempio per il macro-attributo alloggio gli attributi tranquillità del locale di ricovero e rispetto della *privacy* sono stati raggruppati e proposti al paziente come unico attributo (attributo 1).

Così facendo si possono proporre un numero inferiore di quesiti (per il paragone a coppie) per ogni categoria: ad esempio per l'alloggio si possono proporre 15 domande anziché 55.

**Figura 3 - Esempi di domande tratte dal primo questionario**

VITTO					
1. L'orario dei pasti è soddisfacente?	POCO <input type="checkbox"/>	ACCETTABILE <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>		
2. Come considera la qualità del cibo in generale?	PESSIMA <input type="checkbox"/>	SCARSA <input type="checkbox"/>	NORMALE <input type="checkbox"/>	BUONA <input type="checkbox"/>	OTTIMA <input type="checkbox"/>
3. La temperatura del cibo è adeguata?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			

**Figura 4 - Domande tipo tratte dal secondo questionario**

VITTO					
	MOLTO MENO IMPORTANTE	MENO IMPORTANTE	UGUALMENTE IMPORTANTE	PIÙ IMPORTANTE	MOLTO PIÙ IMPORTANTE
1. Come reputa l'orario dei pasti rispetto alla qualità e temperatura del cibo?					
2. Ritiene che l'orario dei pasti nei confronti della quantità del cibo sia					
3. La qualità e la giusta temperatura del cibo è rispetto alla sua quantità					

Attraverso il confronto a coppie tra diversi attributi si individua per ogni coppia di attributi un coefficiente di dominanza  $a_{ij}$ . Tali coefficienti, molto spesso, non possono essere definiti in maniera precisa, poiché il decisore non è in grado esprimere le sue preferenze in modo esatto, e le valutazioni o i giudizi possono essere espressi solamente attraverso delle variabili linguistiche.

Una variabile linguistica è una variabile il cui valore non è espresso in termini numerici, ma è dato da giudizi espressi attraverso il linguaggio naturale. Esprimere le variabili in termini linguistici consente di caratterizzarle in maniera meno precisa. Ad esempio se si considera la variabile linguistica età, dicendo «Luca è giovane» si fa una affermazione meno precisa rispetto al dire «Luca ha 20 anni». L'etichetta giovane è il valore linguistico della variabile età, cioè essa gioca lo stesso ruolo della variabile numerica, sebbene sia meno precisa e dia meno informazioni.

Per affrontare correttamente l'incertezza derivante dell'utilizzo di variabili linguistiche e dall'imprecisione delle valutazioni espresse, può essere opportuno ricorrere alla logica *fuzzy*. Gli insiemi *fuzzy*, i numeri *fuzzy* e le variabili linguistiche sono ottimi strumenti per manipolare l'imprecisione nei processi decisionali.

Da queste constatazioni nasce utilità di una estensione *fuzzy* dell'AHP che consenta di adottare al posto di valori numerici delle variabili linguistiche per poter esprimere i coefficienti di dominanza. Per una introduzione alla logica *fuzzy* ed ai numeri *fuzzy* si veda l'appendice 2.

Un modello AHP *fuzzy* è stato sviluppato dagli autori ed è stato utilizzato per le analisi condotte nel presente studio (Enea, 2003).

I questionari sono stati sottoposti ai pazienti qualche ora prima della loro

**Tabella 1 - Attributi e macro-attributi caratterizzanti il servizio alberghiero in sanità ed indici di raggruppamento**

Macro-attributi del servizio alberghiero	Indice di raggruppamento	Attributi del servizio
<b>Vitto</b>	1	Orario dei pasti
	2	Qualità del cibo
	2	Temperatura del cibo
	3	Quantità del cibo
<b>Alloggio</b>	4	Varietà
	1	Tranquillità del locale di ricovero
	1	Rispetto della <i>privacy</i>
	2	Temperatura dei locali di ricovero
	2	Aerazione del locale di ricovero
	3	Manutenzione dei locali
<b>Pulizia degli ambienti</b>	4	Comodità del letto
	4	Frequenza di rifacimento del letto
	5	Possibilità di accesso dei parenti
	5	Orari di visita dei parenti
	6	Quantità di servizi igienici
	6	Distribuzione dei servizi igienici
	1	Pulizia del locale di ricovero
	1	Pulizia dei locali comuni
1	Pulizia dei servizi igienici	
<b>Fornitura di biancheria</b>	2	Ubicazione dei contenitori dei rifiuti
	2	Quantità dei contenitori di rifiuti
	2	Frequenza di raccolta dei rifiuti
	2	Orario della pulizia della stanza
	3	
<b>Rapporti con il personale</b>	1	Pulizia della biancheria fornita
	2	Frequenza di sostituzione della biancheria
	3	Disponibilità di cuscini/coperte
	3	Disponibilità di tovaglie e di materiale vario nei servizi igienici
	4	Qualità della biancheria
<b>Rapporti con il personale</b>	1	Informazioni al degente
	1	Informazione ai familiari
	3	Disponibilità del personale sanitario
	2	Rapidità nell'assegnazione del posto letto
	3	Gentilezza del personale medico
	3	Gentilezza del personale paramedico
	3	Disponibilità del personale sanitario
	3	Sollecitudine del personale sanitario
	4	Frequenza dei controlli da parte del personale medico
	4	Frequenza dei controlli da parte del personale paramedico
	4	Tempo dedicato dal personale medico
4	Tempo dedicato dal personale paramedico	
5	<i>Privacy</i> durante la somministrazione delle cure	

dimissione, in modo tale che il degente abbia una sufficiente conoscenza delle dinamiche del reparto.

### 5. La valutazione della qualità percepita

Allo scopo di testare la metodologia, i questionari descritti in precedenza sono stati sottoposti ai pazienti di tre differenti reparti appartenenti a due strutture ospedaliere pubbliche di Palermo: l'Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Ospedali Civico e Benfratelli, G. Di Cristina e M. Ascoli e l'Azienda ospedaliera Ospedale V. Cervello. Tali aziende sensibili alle problematiche della qualità del servizio ospedaliero, hanno collaborato attivamente alla sperimentazione per la validazione del modello.

I reparti selezionati differiscono sia per i servizi forniti che per le caratteristiche dei degenti che li utilizzano.

Il primo è un reparto di medicina dell'Azienda Civico, l'età media dei degenti è alta e le patologie curate sono tali da implicare una lunga degenza. Le sue caratteristiche sono certamente diverse da quelle del secondo che è il reparto di ginecologia della stessa azienda ospedaliera. Il terzo è uno dei reparti di chirurgia della seconda azienda ospedaliera.

La scelta di considerare reparti così differenti di aziende ospedaliere diverse nasce dalla volontà sia di valutare l'applicabilità della metodologia, sia di mettere in rilievo l'eventuale esistenza di alcuni particolari attributi la cui importanza non dipende dalla esperienza vissuta dal paziente, ma è legata al tipo di reparto.

Va considerato, che l'utente è portato a dare maggiore importanza agli attributi che sono meno curati. Di conseguenza gli indicatori di importanza degli attributi ottenuti in un certo reparto, non possono essere generalizza-

ti, poiché esprimono le valutazioni del paziente tipo rispetto al reparto sottoposto allo studio. Allo stesso tempo tali risultati non possono essere neanche generalizzati in termini temporali, perché cambiamenti nella realtà di uno stesso reparto potrebbero far modificare le preferenze espresse dai degenti.

I dati relativi alla *performance* sono stati ottenuti attraverso l'analisi del primo questionario. Ciascun degente intervistato ha espresso un giudizio sul servizio fornito dal reparto in relazione ad ogni attributo. In particolare le risposte al primo questionario sono di tre tipi:

- 1) su due livelli (es. SI/NO);
- 2) su tre livelli (es. inopportuno, accettabile, appropriato);
- 3) su cinque livelli (es. pessimo, scarso, normale, buono, ottimo).

Per ciascuna tipologia di risposta è stata individuata una regola semantica che mette in relazione la risposta del paziente con la scala della *performance*, secondo lo schema delle figure da «c» a «e» della seconda appendice.

Il giudizio medio relativo ad ogni attributo è stato calcolato attraverso la media aritmetica dei giudizi espressi dai pazienti del reparto

La valutazione dell'importanza degli attributi è stata effettuata attraverso

l'utilizzo del secondo e del terzo questionario. Le variabili linguistiche ottenute come risposte ai due questionari sono state associate a numeri *fuzzy* triangolari, secondo la tabella 2 e la figura «f» della seconda appendice, che derivano dalla scala proposta da Saaty.

In questo caso il giudizio medio dei pazienti riguardo a ogni confronto a coppia, è stato valutato attraverso la media geometrica delle variabili *fuzzy*. L'utilizzo della media geometrica piuttosto che la media aritmetica, deriva da considerazioni di carattere matematico che sono riportate in «Constrain fuzzy AHP for the project selection» (Enea, 2003). Attraverso la metodologia proposta nello studio citato, sono stati calcolati i numeri *fuzzy* che rappresentano per ogni reparto analizzato l'importanza dei singoli attributi nella scala 0-1. In base a quanto esposto nel paragrafo 3, la qualità percepita dal paziente è stata interpretata come la differenza fra la *performance* e l'importanza di un dato attributo (cfr. tabella 2).

I valori della *performance* e dell'importanza ottenuti per ciascun attributo possono essere riportati su un piano cartesiano in cui l'asse delle ascisse corrisponde all'importanza e l'asse delle ordinate alla *performance* (figura 5).

**Tabella 2 - Associazione tra le variabili linguistiche utilizzate nel secondo e nel terzo questionario ed i numeri *fuzzy***

$$\text{Qualità percepita} = \text{Performance} - \text{Importanza}$$

Variabile linguistica	Numero <i>Fuzzy</i> triangolare
Molto meno importante	(1/7 , 1/5 , 1/3)
Meno importante	(1/5 , 1/3 , 1)
Ugualmente importante	(1/3 , 1 , 3)
Più importante	(1 , 3 , 5)
Molto più importante	(3 , 5 , 7)

Su tale piano potranno essere anche riportate delle curve di isopercezione definibili come il luogo dei punti che rappresentano una medesimo livello di qualità percepita da parte dell'utente. Tali curve sono rappresentate da un fascio di rette parallele, la cui equazione generale è

$$\text{Performance} - \text{Importanza} = K$$

Nel grafico sono state riportate due differenti rette di isopercezione: ovviamente, i punti appartenenti alla retta 1, in base alle ipotesi fatte, assicurano una qualità percepita maggiore rispetto a quelli appartenenti alla retta 2.

Va comunque considerato che i valori della *performance* e dell'importanza sono numeri *fuzzy*, per cui la loro rappresentazione in un piano cartesiano può essere effettuata con l'intervallo corrispondente ad un certo livello  $\alpha$  della funzione di appartenenza ( $\alpha$  indica l'altezza sull'asse delle ordinate a cui si taglia il numero *fuzzy*, ottenendo quindi un intervallo di valori).

Il termine  $\alpha$ , in base alla teoria della possibilità, rappresenta il rischio accettato (in termini di *upper bound* della probabilità) che la variabile cada al di fuori dell'intervallo considerato (Enea, 2003).

Da ciò deriva che la rappresentazione sul piano cartesiano delle coppie importanza-*performance*, è in generale un rettangolo. Nei casi in cui la *performance* è stata valutata sulla base di domande a due livelli di risposta, la loro rappresentazione è un segmento.

Per meglio comprendere le informazioni che derivano dalla rappresentazione grafica proposta, è necessario fare delle considerazioni su alcuni casi particolari.

1) Il caso A di figura 5 si ha quando per il generico attributo, l'importanza e la *performance* sono rappresentati entrambi da due numeri *fuzzy*.

2) Il caso B di figura 5 quando la *performance* è stata valutata con una domanda a due livelli di risposta e l'importanza con un numero *fuzzy*.

3) Nel caso C in cui le superfici che rappresentano due attributi sono ampiamente sovrapposte la qualità percepita per i due attributi può essere considerata equivalente.

4) Nel caso D in cui l'area di sovrapposizione è piccola, la qualità percepita dei due attributi è da considerarsi sostanzialmente diversa.

La rappresentazione grafica ci può essere utile per confrontare i dati relativi a due periodi diversi mettendo in rilievo i cambiamenti subiti dal posizionamento dei nostri attributi. Essa inoltre ci permette di individuare una strategia per il miglioramento della qualità attraverso la gerarchizzazione degli interventi di miglioramento della qualità del servizio che rispetti il punto di vista degli utenti. Infatti, saranno giudicati prioritari gli interventi tesi a migliorare gli attributi posti sulle curve di isopercezione che rappresentano una qualità percepita più bassa.

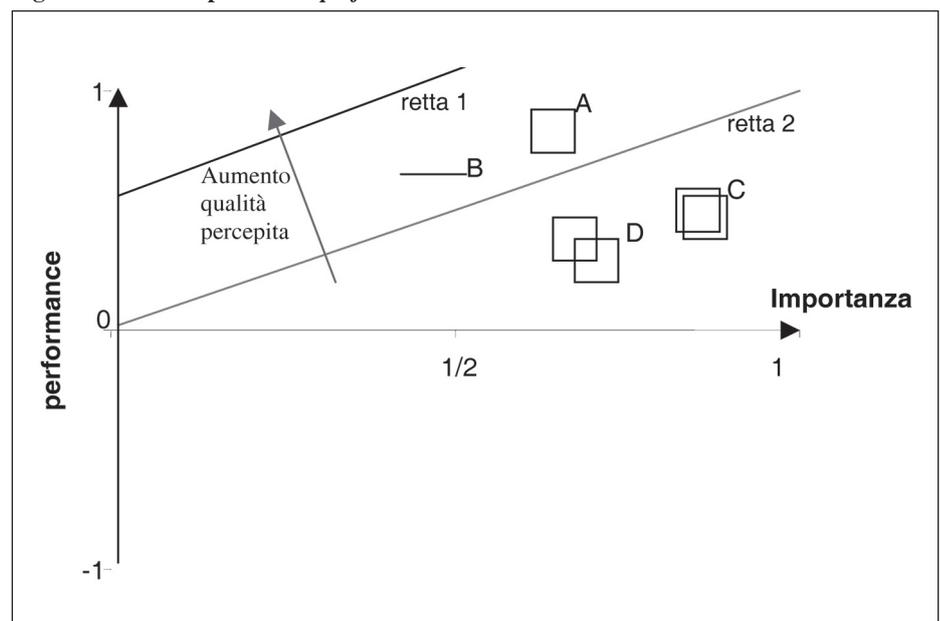
A causa della complessità insita nel confronto tra due numeri *fuzzy* (appendice 2) può risultare conveniente la loro *defuzzificazione*, cioè la loro trasformazione in numeri *crisp*.

I risultati dell'operazione di *defuzzificazione*, applicata ai numeri *fuzzy* rappresentanti la *performance* e l'importanza attribuita ai vari attributi, sono riportati nella tabella 3.

Il grafico rappresentato in figura 6 riporta, per i tre reparti sottoposti all'analisi, i valori *defuzzificati* dell'importanza relativi a ciascun attributo. Si può osservare che i valori dell'importanza attribuiti dagli utenti ai sottoattributi di dettaglio hanno andamenti simili.

Come abbiamo già avuto modo di sottolineare la qualità percepita può essere valutata attraverso la differenza tra la *performance* e l'importanza. Di conseguenza, le priorità degli interventi tesi a migliorare la qualità percepita dall'utente devono tenere in considerazione entrambi i fattori. I valori della differenza tra la *performance* e l'importanza dei singoli attributi (qua-

Figura 5 - Piano importanza - performance



lità percepita) ottenuti nella nostra analisi sono riportati in tabella 4.

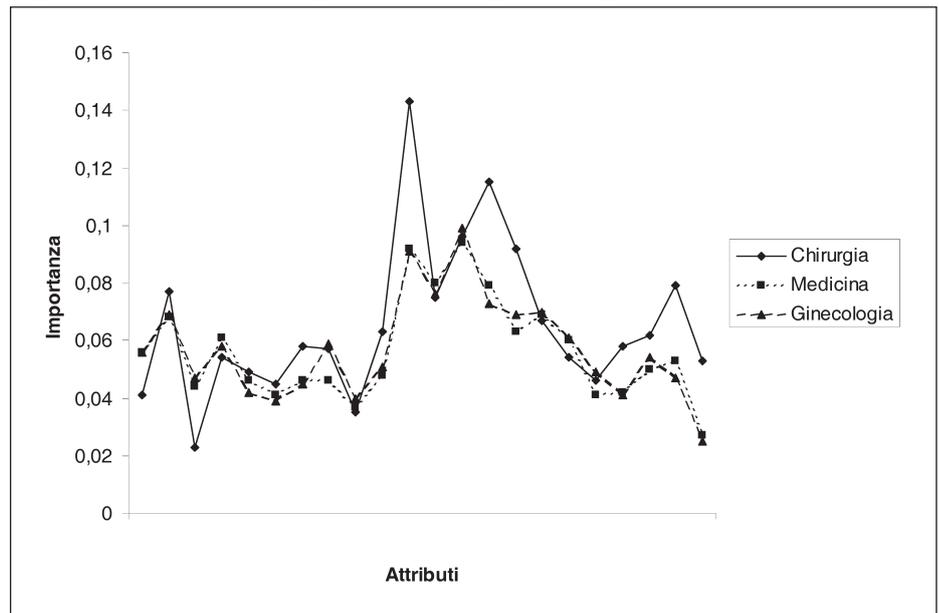
Dall'analisi di tali valori, si può osservare che le priorità di intervento sono differenti per i reparti considerati. Si nota, infatti, che anche se tutti i reparti considerati dovranno effettuare, con massima priorità, degli interventi tesi a migliorare disponibilità di cuscini, coperte e di materiale vario nei servizi igienici gli interventi che seguono il primo sulla scala delle priorità di intervento sono diversi. Nella tabella 5 sono riportati, ordinati rispetto alla priorità di intervento, gli attributi considerati per ogni reparto.

L'analisi dei risultati ottenuti dal nostro studio sui tre reparti considerati, ci permette di notare che i degenti intervistati considerano alcuni attributi come prioritari. Infatti, considerando i primi cinque attributi in ordine di importanza, possiamo osservare che quattro di essi sono comuni a tutti i tre reparti (figura 7). Di contro notevoli differenze si possono osservare nel posizionamento degli altri attributi.

Se come qualcuno ipotizza il paziente fosse portato ad attribuire importanza maggiore agli attributi del servizio che percepisce come peggiori, ciò farebbe aumentare il divario tra importanza e performance diminuendo

ulteriormente la qualità percepita. Il metodo proposto, di conseguenza, opera, in questo caso, in un regime conservativo, ponendo in maggiore evidenza la cattiva qualità del servizio.

**Figura 6 - Andamento dell'importanza rilevato per i tre reparti considerati**



**Figura 7 - Attributi con maggiore importanza**

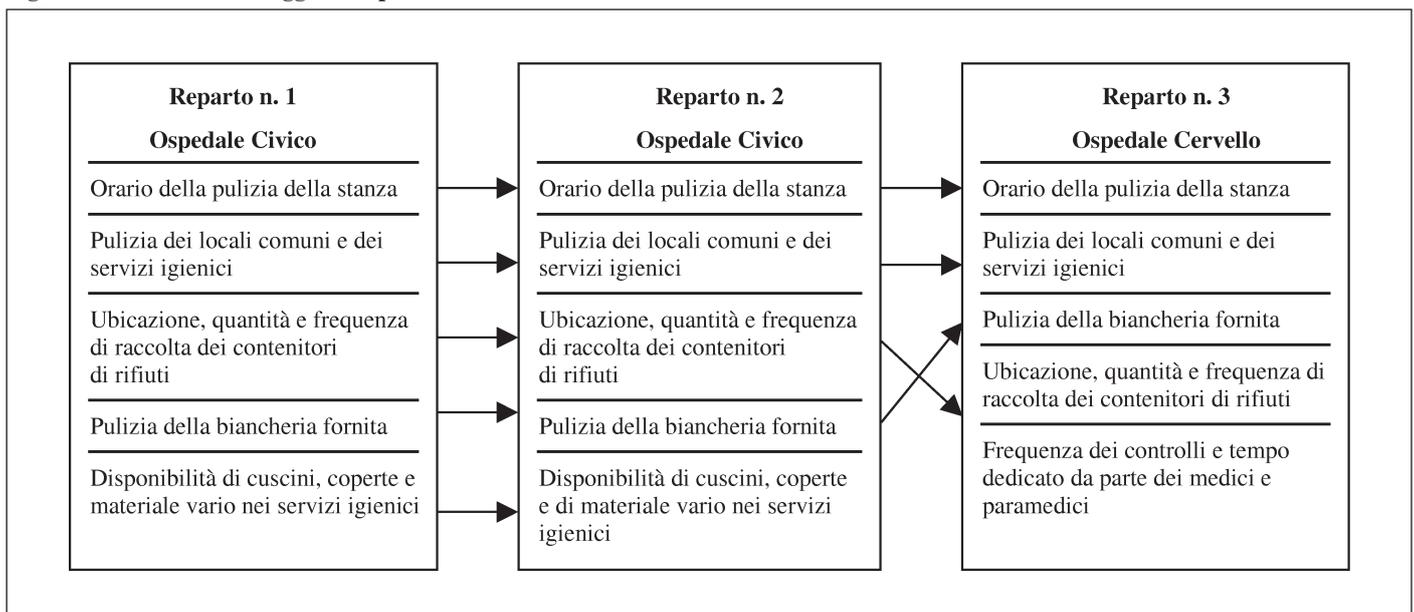


Tabella 3 - Valori defuzzificati ottenuti per l'importanza e la performance degli attributi considerati

Macro-attributo	Sotto-attributi di dettaglio	Chirurgia		Medicina		Ginecologia	
		Importanza	Performance	Importanza	Performance	Importanza	Performance
VITTO	Orario dei pasti	0.041	- 0.291	0.056	- 0.024	0.056	- 0.128
	Qualità e temperatura del cibo	0.077	- 0.403	0.068	0.268	0.069	0.220
	Quantità del cibo	0.023	- 0.536	0.044	0.390	0.047	0.345
	Varietà del cibo	0.054	- 0.165	0.061	0.135	0.058	- 0.013
ALLOGGIO	Tranquillità del locale di ricovero e rispetto della <i>privacy</i>	0.049	0.116	0.046	0.143	0.042	- 0.050
	Temperatura ed aerazione del locale di ricovero	0.045	0.000	0.041	- 0.048	0.039	- 0.306
	Manutenzione dei locali	0.058	- 0.470	0.046	- 0.081	0.045	- 0.807
	Comodità e frequenza di rifacimento del letto	0.057	- 0.377	0.046	0.025	0.059	- 0.630
	Possibilità di accesso e rispetto degli orari di visita	0.035	- 0.009	0.037	0.183	0.040	0.062
	Quantità e distribuzione dei servizi igienici	0.063	0.087	0.048	- 0.268	0.051	- 0.688
PULIZIA AMBIENTI	Pulizia dei locali comuni e dei servizi igienici	0.143	- 0.252	0.092	0.279	0.091	- 0.684
	Ubicazione, quantità e frequenza di raccolta dei contenitori di rifiuti	0.075	- 0.084	0.080	0.138	0.076	- 0.473
	Orario della pulizia della stanza	0.096	0.128	0.094	0.447	0.099	- 0.154
FORNITURA BIANCHERIA	Pulizia della biancheria fornita	0.115	0.011	0.079	0.286	0.073	- 0.214
	Frequenza di sostituzione della biancheria	0.092	- 0.776	0.063	0.027	0.069	- 0.771
	Disponibilità di cuscini, coperte e di materiale vario nei servizi igienici	0.067	- 0.949	0.069	- 0.389	0.070	- 0.842
	Qualità della biancheria fornita	0.054	0.000	0.060	0.308	0.061	- 0.060
RAPPORTI CON IL PERSONALE	Informazioni al paziente, ai parenti e disponibilità ad avere colloqui	0.046	- 0.292	0.041	0.554	0.049	0.531
	Rapidità nell'assegnare il posto letto	0.058	- 0.660	0.042	0.952	0.041	0.933
	Gentilezza del personale medico, paramedico e sollecitudine a soddisfare le esigenze	0.062	0.245	0.050	0.662	0.054	0.329
	Frequenza dei controlli e tempo dedicato da parte dei medici e paramedici	0.079	- 0.218	0.053	0.275	0.047	0.017
	Rispetto della <i>privacy</i> durante la somministrazione della cura	0.053	- 0.101	0.027	0.171	0.025	0.250

## 6. Conclusioni

Contrariamente a quanto proposto, le tecniche tradizionali non considerano in genere il parametro di importanza. Si ritiene cioè che i diversi attributi

caratterizzanti i servizi siano, dal punto di vista del cliente/paziente, egualmente importanti. Ciò è evidentemente falso e conduce a risultati poco veritieri rispetto alle aspettative dei pazienti.

I risultati ottenuti attraverso la valutazione della qualità percepita come differenza tra *performance* ed importanza risultano essere differenti da quelli che si otterrebbero per mezzo delle più diffuse analisi che considera-

**Tabella 4 - Qualità percepita dal paziente**

Macro-attributo	Sotto-attributi di dettaglio	Chirurgia	Medicina	Ginecologia
VITTO	Orario dei pasti	- 0.331	- 0.080	- 0.184
	Qualità e temperatura del cibo	- 0.479	0.200	0.150
	Quantità del cibo	0.513	0.346	0.298
	Varietà del cibo	- 0.219	0.074	- 0.071
ALLOGGIO	Tranquillità del locale di ricovero e rispetto della <i>privacy</i>	0.067	0.096	- 0.091
	Temperatura ed aerazione del locale di ricovero	- 0.045	- 0.089	- 0.344
	Manutenzione dei locali	- 0.528	- 0.127	- 0.852
	Comodità e frequenza di rifacimento del letto	- 0.435	- 0.021	- 0.689
	Possibilità di accesso e rispetto degli orari di visita	- 0.044	0.146	0.022
	Quantità e distribuzione dei servizi igienici	0.024	- 0.316	- 0.739
PULIZIA AMBIENTI	Pulizia dei locali comuni e dei servizi igienici	- 0.395	0.187	- 0.775
	Ubicazione, quantità e frequenza di raccolta dei contenitori di rifiuti	- 0.159	0.058	- 0.549
	Orario della pulizia della stanza	0.031	0.353	- 0.253
FORNITURA BIANCHERIA	Pulizia della biancheria fornita	- 0.104	0.207	- 0.287
	Frequenza di sostituzione della biancheria	- 0.868	- 0.036	- 0.840
	Disponibilità di cuscini, coperte e di materiale vario nei servizi igienici	- 1.016	- 0.458	- 0.912
	Qualità della biancheria fornita	- 0.054	0.247	- 0.120
RAPPORTI CON IL PERSONALE	Informazioni al paziente, ai parenti e disponibilità ad avere colloqui	- 0.338	0.513	0.482
	Rapidità nell'assegnare il posto letto	- 0.718	0.910	0.892
	Gentilezza del personale medico, paramedico e sollecitudine a soddisfare le esigenze	0.183	0.611	0.274
	Frequenza dei controlli e tempo dedicato da parte dei medici e paramedici	- 0.296	0.222	- 0.030
	Rispetto della <i>privacy</i> durante la somministrazione della cura	- 0.154	0.144	0.225

no esclusivamente la *performance*. La figura 7 mostra il differente ordinamento degli attributi nei due casi.

L'analisi condotta risulta essere più complessa rispetto a quelle tradizionalmente utilizzate in questo settore sia dal punto di vista della somministrazione dei questionari che da

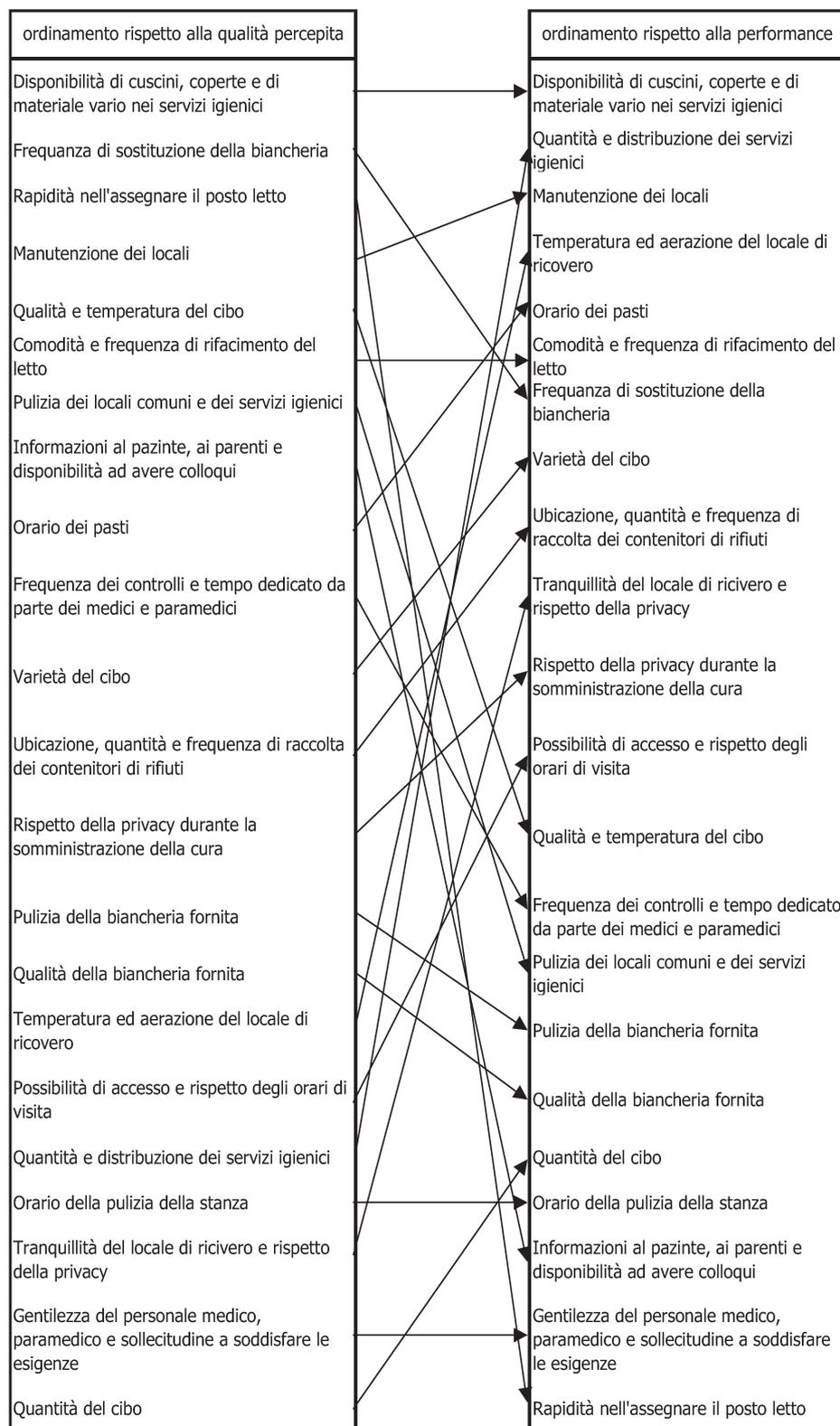
quello dell'analisi dei risultati. Infatti, la somministrazione dei questionari deve essere condotta da un intervistatore capace di spiegare, soprattutto agli intervistati più anziani, sia le domande che lo scopo dello studio, inoltre, l'elaborazione dei dati ottenuti dai questionari risulta essere più complessa rispetto alle semplici medie

aritmetiche normalmente utilizzate per valutare il giudizio del degente medio. Tuttavia, il metodo proposto consente di affrontare con un modello quantitativo il problema della qualità percepita in un contesto in cui la maggior parte dei costi e dei benefici appartiene alla categoria degli intangibili.

Tabella 5 - Priorità degli interventi da effettuare

Priorità	Chirurgia	Medicina	Ginecologia
1	Disponibilità di cuscini, coperte e di materiale vario nei servizi igienici	Disponibilità di cuscini, coperte e di materiale vario nei servizi igienici	Disponibilità di cuscini, coperte e di materiale vario nei servizi igienici
2	Frequenza di sostituzione della biancheria	Quantità e distribuzione dei servizi igienici	Manutenzione dei locali
3	Manutenzione dei locali	Manutenzione dei locali	Frequenza di sostituzione della biancheria
4	Qualità e temperatura del cibo	Temperatura ed aerazione del locale di ricovero	Pulizia dei locali comuni e dei servizi igienici
5	Comodità e frequenza di rifacimento del letto	Orario dei pasti	Quantità e distribuzione dei servizi igienici
6	Pulizia dei locali comuni e dei servizi igienici	Frequenza di sostituzione della biancheria	Comodità e frequenza di rifacimento del letto
7	Orario dei pasti	Comodità e frequenza di rifacimento del letto	Ubicazione, quantità e frequenza di raccolta dei contenitori di rifiuti
8	Varietà del cibo	Ubicazione, quantità e frequenza di raccolta dei contenitori di rifiuti	Temperatura ed aerazione del locale di ricovero
9	Ubicazione, quantità e frequenza di raccolta dei contenitori di rifiuti	Varietà del cibo	Pulizia della biancheria fornita
10	Pulizia della biancheria fornita	Tranquillità del locale di ricovero e rispetto della <i>privacy</i>	Orario della pulizia della stanza
11	Qualità della biancheria fornita	Rispetto della <i>privacy</i> durante la somministrazione della cura	Orario dei pasti
12	Temperatura ed aerazione del locale di ricovero	Possibilità di accesso e rispetto degli orari di visita	Qualità della biancheria fornita
13	Possibilità di accesso e rispetto degli orari di visita	Pulizia dei locali comuni e dei servizi igienici	Tranquillità del locale di ricovero e rispetto della <i>privacy</i>
14	Quantità e distribuzione dei servizi igienici	Qualità e temperatura del cibo	Varietà del cibo
15	Orario della pulizia della stanza	Pulizia della biancheria fornita	Frequenza dei controlli e tempo dedicato da parte dei medici e paramedici
16	Tranquillità del locale di ricovero e rispetto della <i>privacy</i>	Frequenza dei controlli e tempo dedicato da parte dei medici e paramedici	Possibilità di accesso e rispetto degli orari di visita
17	Quantità del cibo	Qualità della biancheria fornita	Qualità e temperatura del cibo
18	Informazioni al paziente, ai parenti e disponibilità ad avere colloqui	Quantità del cibo	Rispetto della <i>privacy</i> durante la somministrazione della cura
19	Rapidità nell'assegnare il posto letto	Orario della pulizia della stanza	Gentilezza del personale medico, paramedico e sollecitudine a soddisfare le esigenze
20	Gentilezza del personale medico, paramedico e sollecitudine a soddisfare le esigenze	Informazioni al paziente, ai parenti e disponibilità ad avere colloqui	Quantità del cibo
21	Frequenza dei controlli e tempo dedicato da parte dei medici e paramedici	Gentilezza del personale medico, paramedico e sollecitudine a soddisfare le esigenze	Informazioni al paziente, ai parenti e disponibilità ad avere colloqui
22	Rispetto della <i>privacy</i> durante la somministrazione della cura	Rapidità nell'assegnare il posto letto	Rapidità nell'assegnare il posto letto

**Figura 8 - Attributi con maggiore importanza**



L'approccio permette di aver a disposizione un maggiore contenuto informativo, ottenendo così uno strumento decisionale che consente di indirizzare le decisioni di investimento del *management* al raggiungimento dell'obiettivo di massimizzazione della qualità percepita da parte dell'utente del servizio e di analizzare i risultati raggiunti dopo aver effettuato investimenti tendenti a migliorare il servizio offerto.

**BIBLIOGRAFIA**

ARMSTRONG W.E. (1939), «The Determinateness of the Utility Function», *Econ. Journal*, 49, pp. 453-467.

ENEA M., PIAZZA T. (2003), «Constrain fuzzy AHP for the project selection», in corso di pubblicazione.

ENEA M., SALEMI G. (2001), «Fuzzy approach to the environmental impact evaluation», *Ecological Modelling*, 136 (2-3), pp. 131-147.

FORTEMPS F., ROUBENS M. (1996), «Ranking and defuzzification methods based on area compensation», *Fuzzy Sets and Systems*, 82, pp. 319-330.

LUCE R.D. (1956), «Semioorders and a Theory of Utility», *Econometrica*, 26, pp. 193-224.

MILLER G.A. (1956), «The Magical Number Seven Plus or Minus Two: Some Limits on Our Capacity for Processing Information», *Psychological Review*, 63, pp. 81-97

PAUL J.W., WILLIAM T.B. (1986), *Hospitals Design and development*, Architectural Press, London.

SAATY T.L. (1980), *The Analytic Hierarchy Process*, McGraw-Hill International, New York.

SIMON H.A. (1983), *Reason in Human Affairs*, Stanford University Press, Stanford.

VINCKE P. (1981), «Preference modelling, a survey and an experiment», *Proceedings of the IFORS 81 Conference*, Brans J.P. ed., Hambourg.

ZADEH L.A. (1996), «Fuzzy logic computing with words», *IEEE Transactions on Fuzzy Systems*, 4, pp. 103-111.

ZEITHAML V.A., PARASURAMAN A., LEONARD L. BERRY (1999), *Servire Qualità*, McGraw-Hill Libri, Milano.

## APPENDICE 1

## Il metodo AHP

La tecnica AHP è un metodo di supporto alle decisioni sviluppato intorno alla fine degli anni '70 da Thomas L. Saaty e che ha avuto un'ampia applicazione nei settori più disparati.

Il primo passo del metodo comporta la costruzione di una gerarchia di dominanza: cioè di una struttura reticolare costruita da due o più livelli (figura 2).

Nel nostro caso la struttura reticolare è composta soltanto da due livelli: il livello superiore contiene i macro-attributi, il livello inferiore gli attributi di dettaglio.

Tutti gli elementi subordinati allo stesso macro-attributo vengono confrontati a coppie tra loro (ad esempio nel caso della figura 2 la quantità del cibo rispetto alla varietà del cibo). Gli elementi di ciascuna coppia vengono valutati in maniera tale da stabilire quale di essi è il più importante ed in quale misura. Il risultato di tale confronto è un coefficiente  $a_{ij}$  detto coefficiente di dominanza che rappresenta una stima della dominanza del primo elemento (i) rispetto al secondo (j). Una volta valutati i coefficienti  $a_{ij}$  per il livello inferiore dovremo ripetere l'operazione per il livello superiore determinando così dei coefficienti di dominanza anche tra i macro-attributi.

Per determinare i valori dei coefficienti  $a_{ij}$  Saaty propone l'utilizzo della scala semantica di cui alla tabella a che mette in relazione i primi nove numeri interi con altrettanti giudizi che esprimono, in termini qualitativi, i possibili risultati del confronto.

Saaty utilizza nel confronto tra gli attributi oltre ai valori della scala mostrata in tabella a anche i rispettivi reciproci. È, infatti, evidente che se il rapporto di importanza tra due elementi generici a e b è stimato pari a 3 il rapporto di importanza tra b ed a dovrà essere pari a 1/3.

Confrontando a coppie n attributi che si riferiscono ad un solo macro-attributo si ottengono  $n^2$  coefficienti: di questi soltanto  $n(n-1)/2$  devono essere direttamente determinati dal decisore o dall'esperto che effettua la valutazione, essendo  $a_{ii} = 1$  e  $a_{ij} = 1/a_{ji}$  per ogni valore di i e j.

La seconda condizione, nota come relazione di reciprocità, scaturisce dalla necessità di garantire la simmetria dei giudizi di importanza.

I coefficienti di dominanza permettono di costruire una matrice quadrata reciproca e positiva detta *matrice dei confronti a coppie*:

$$A = \begin{vmatrix} a_{11} & a_{12} \cdots & a_{1n} \\ a_{21} & a_{22} \cdots & a_{2n} \\ \dots & \dots & \dots \\ a_{n1} & a_{n2} \cdots & a_{nn} \end{vmatrix}$$

Una volta costruite le matrici di confronto a coppie per tutti gli elementi del secondo livello e per i macro-attributi del livello superiore si dovranno valutare i pesi locali: cioè dei valori che misurano l'importanza relativa dei singoli elementi.

Supponiamo di determinare, con una bilancia a fulcro mobile con due vassoi, il rapporto  $a_{ij} = w_i/w_j$  tra i pesi  $w_1, w_2, \dots, w_n$  di n pietre, che costituisce il coefficiente di dominanza di ogni coppia di pietre.

Indicando con  $w$  il vettore dei pesi  $w_i$ , si verifica facilmente che vale la relazione matriciale:

$$Aw = nw \quad (1)$$

corrispondente a:

$$\begin{vmatrix} a_{11} & a_{12} \cdots & a_{1n} \\ a_{21} & a_{22} \cdots & a_{2n} \\ \dots & \dots & \dots \\ a_{n1} & a_{n2} \cdots & a_{nn} \end{vmatrix} \times \begin{vmatrix} w_1 \\ w_2 \\ \dots \\ w_n \end{vmatrix} = n \begin{vmatrix} w_1 \\ w_2 \\ \dots \\ w_n \end{vmatrix}$$

Tabella a - Scala semantica proposta da Saaty

Valore numerico	Valore linguistico
1	Uguale importanza di un elemento rispetto all'altro
3	Moderata importanza di un elemento rispetto all'altro
5	Grande importanza di un elemento rispetto all'altro
7	Rilevante importanza di un elemento rispetto all'altro
9	Estrema importanza di un elemento rispetto all'altro
2, 4, 6, 8	Valori intermedi tra due giudizi

Si noti che  $\mathbf{A}$ , così come è stata costruita, è una matrice consistente, ovvero soddisfa la condizione  $a_{ij} = a_{ik} a_{kj}$  per tutti i valori di  $i, j, k$ .

Pertanto il peso della pietra  $i^{\text{ma}}$  può essere calcolato al meno di un coefficiente di proporzionalità  $1/k$  (che definisce l'unità di misura) attraverso l'espressione:

$$\prod_{j=1}^n a_{ij} = \frac{w_i^n}{\prod_{j=1}^n w_j} = k^n \cdot w_i^n$$

da cui:

$$w_i = \frac{1}{k} \sqrt[n]{\prod_{j=1}^n a_{ij}}$$

Nella teoria delle matrici l'espressione (1) rappresenta un problema agli autovalori, in cui  $n$  è un autovalore di  $\mathbf{A}$  e  $\mathbf{w}$  è l'autovettore ad esso corrispondente.

Supponiamo ora che non sia possibile determinare i valori esatti di  $a_{ij}$  perché non è possibile misurarli attraverso uno strumento adatto (la bilancia, nel caso delle pietre).

Per valutare il «peso» di ogni pietra sarà necessario affidarsi alle valutazioni di uno o più esperti, che potranno fornire delle stime approssimate dei rapporti tra i pesi con l'ausilio della scala semantica.

La matrice  $\mathbf{A}$  fornita dall'esperto, nella maggioranza dei casi, non sarà consistente. Questa mancata consistenza dipende sia dalla difficoltà che incontra l'esperto nel mantenere la coerenza di giudizio in tutti i confronti a coppie, sia dal fatto che i suoi giudizi sebbene corretti *possono essere non consistenti*. La teoria dei sistemi relazionali di preferenza dimostra, infatti, che le relazioni di preferenza e di indifferenza che conseguono da un insieme di confronti a coppie possono essere non transitive (ad es.,  $a$  è preferito a  $b$ ,  $b$  è preferito a  $c$ , ma  $a$  può essere non preferito a  $c$ ). Obbligando l'esperto ad essere perfettamente coerente nei suoi giudizi lo costringeremmo implicitamente a rispettare quel principio di transitività della preferenza e dell'indifferenza che non dovrebbe mai essere imposto a priori (Armstrong, 1939; Luce, 1956; Vincke, 1981).

Se la matrice  $\mathbf{A}$  non è consistente, la (1) non è valida. Per determinare i pesi  $w$  dobbiamo pertanto fare ricorso a due importanti risultati della teoria delle matrici:

(i) se  $\lambda_1, \lambda_2, \dots, \lambda_n$  sono  $n$  numeri che soddisfano l'equazione:

$$\mathbf{A}\mathbf{x}_i = \lambda_i \mathbf{x}_i$$

( $\lambda_i$  sono gli autovalori reali di  $\mathbf{A}$ ) e se  $a_{ii} = 1 \forall i$ , allora:

$$\sum_{i=1}^n \lambda_i = n$$

Se  $\mathbf{A}$  è consistente, tutti gli autovalori sono uguali a zero escluso uno, che vale  $n$ .

(ii) Se si modificano leggermente i valori  $a_{ij}$  di una matrice reciproca e positiva, i corrispondenti valori degli autovalori variano di poco e in modo continuo.

Combinando i due risultati precedenti si deduce che quando gli elementi della diagonale principale della matrice  $\mathbf{A}$  sono tutti uguali a 1 e la matrice è consistente, variando di poco gli  $a_{ij}$ , l'autovalore principale  $\lambda_{\max}$  della matrice assume un valore che non differisce molto da  $n$ , mentre i restanti autovalori si mantengono prossimi a zero. Per risolvere il nostro problema basterà allora determinare il vettore  $\mathbf{w}$  che soddisfa l'equazione:

$$\mathbf{A}\mathbf{w} = \lambda_{\max} \mathbf{w} \quad (2)$$

ovvero basterà *determinare l'autovettore principale corrispondente all'autovalore  $\lambda_{\max}$  della matrice  $\mathbf{A}$* .

Resta il problema di stabilire se i pesi che si ottengono con l'espressione (2) rispecchiano i giudizi di chi ha effettuato i confronti. In altri termini occorre stabilire se e in quale misura i valori dei rapporti  $w_i/w_j$ , che si calcolano dopo aver determinato l'autovettore principale  $\mathbf{w}$ , si discostano dalle stime  $a_{ij}$  fornite dall'esperto. A questo fine il metodo AHP definisce il seguente *indice di consistenza* (CI, *consistency index*) che consente di misurare lo scarto tra questi due insiemi di valori:

$$CI = \frac{\lambda_{\max} - n}{n - 1}$$

Si noti che nel caso di consistenza perfetta CI è uguale a zero, infatti quando la matrice è perfettamente consistente, l'espressione (2) coincide con la (1) e l'autovalore principale  $\lambda_{\max}$  è uguale a  $n$ . Al crescere dell'inconsistenza il valore di CI aumenta.

Il metodo di Saaty prevede che l'indice CI sia confrontato con l'indice RI (*random index*). Questo secondo indice si calcola effettuando la media dei valori di CI di numerose matrici dello stesso ordine, i cui coefficienti vengono generati in modo *casuale*.

Quando il valore di CI della matrice compilata dall'esperto supera una soglia convenzionalmente posta uguale al 10% del valore di RI, la deviazione dalla condizione di consistenza perfetta viene giudicata inaccettabile. Questo, in ultima analisi, rappresenta un modo per valutare la coerenza del giudizio dell'esperto, il che non è possibile effettuando una valutazione di importanza con i metodi tradizionali.

Risolvendo l'espressione (2) per ogni matrice dei confronti a coppie tra attributi riferiti ad uno stesso macro-attributo, si ottengono i pesi di tutti gli attributi.

Questi pesi sono detti *locali* perché valutano l'importanza degli attributi in rapporto al macro-attributo sovraordinato.

Per determinare l'importanza complessiva di ogni attributo occorre applicare il principio di composizione gerarchica (Saaty, 1980). I pesi locali di ogni attributo vengono moltiplicati per quelli dei corrispondenti dei macro-attributi sovraordinati determinando così dei pesi globali.

## APPENDICE 2

### La logica *fuzzy* e numeri *fuzzy*

Dalla sua formalizzazione ufficiale, avvenuta con la pubblicazione dell'articolo *Fuzzy sets* nel 1965 a cura di A. Zadeh, gli sviluppi sul piano scientifico e sul piano applicativo della logica *fuzzy* sono stati notevoli.

I contributi innovativi apportati dall'introduzione della logica *fuzzy* sono da ricercarsi principalmente nella possibilità di rappresentazione e di elaborazione di informazioni vaghe. Gli insiemi *fuzzy* (*fuzzy set*) si dimostrano particolarmente utili nella rappresentazione di categorie linguistiche grazie alla rappresentazione «per gradi» di un concetto. Questa caratteristica è ben rappresentata dall'idea espressa dallo stesso Zadeh degli insiemi *fuzzy* come strumenti per «calcolare con le parole» (Zadeh, 1996) che mette in luce la necessità di una interfaccia tra i dati e le categorie attraverso le quali noi comprendiamo ed utilizziamo al meglio le informazioni.

Rispetto agli approcci tradizionali per la valutazione della qualità l'utilizzare le variabili linguistiche e la loro trasformazione in numeri *fuzzy* rappresenta un notevole passo in avanti: assegnando ad una variabile linguistica un valore numerico ben preciso i risultati numerici che si ottengono sono precisi, e non tengono conto della vaghezza delle variabili linguistiche da cui siamo partiti.

Molto spesso una rappresentazione precisa sotto forma numerica dei giudizi espressi dai soggetti intervistati, risulta molto complicata. L'introduzione della logica *fuzzy* nell'ambito dei sistemi valutativi porta il vantaggio di poter gestire le informazioni imprecise ed incerte che sono espresse generalmente con il linguaggio naturale.

L'analisi dell'importanza e della percezione del servizio legata ai fattori critici del *comfort* alberghiero nelle strutture ospedaliere, deve essere condotta sulla base delle informazioni provenienti dalle interviste ai pazienti che troveranno sicuramente maggiore difficoltà ad esprimere il concetto di qualità o di importanza su base numerica anziché con variabili linguistiche.

Il concetto che sta alla base della logica *fuzzy* è quello di insieme *fuzzy* cioè una un insieme a cui gli oggetti appartengono con un grado di appartenenza  $\alpha$  compreso tra 0 e 1. La teoria *fuzzy* è non soltanto un potente approccio per misurare l'incertezza (teoria della possibilità), ma anche una rappresentazione significativa dei concetti vaghi espressi attraverso il linguaggio naturale. Ad esempio il concetto di

giovane può essere definito in un certo contesto da una funzione d'appartenenza trapezoidale come in figura a.

Così la compatibilità dell'età di 30 anni con il concetto di giovane è pari a 0,33, mentre dell'età di 18 anni è pari ad 1.

Quindi al concetto di giovane si associa una funzione detta funzione di appartenenza che attribuisce ad ogni valore dell'universo del discorso una misura dell'appartenenza all'insieme giovane, in questo modo ogni uomo appartiene all'insieme degli uomini giovani con un certo grado di appartenenza.

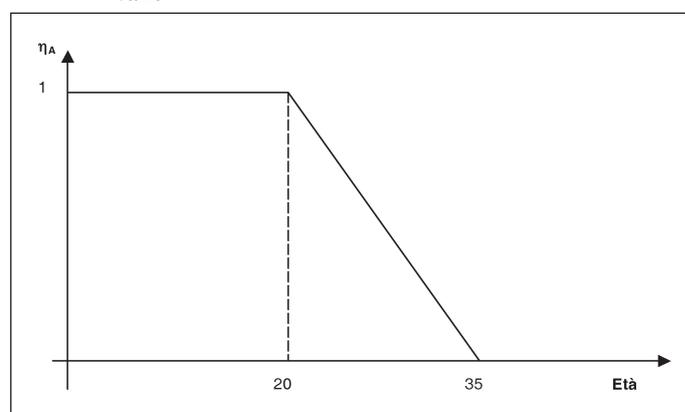
Nel nostro caso se assumiamo come universo del discorso l'intervallo  $[1/7;7]$  possiamo definire degli insiemi *fuzzy* che rappresentano le risposte date dagli intervistati attraverso variabili linguistiche.

Un numero *fuzzy* A è un insieme *fuzzy* definito in R che possiede alcune proprietà. Un particolare tipo di numeri *fuzzy* sono quelli trapezi, in questo caso la funzione di appartenenza ha forma trapezoidale (figura b). Questi numeri vengono definiti da una quadrupla del tipo:

$$A = (x_L, x_A, x_B, x_U)$$

dove  $x_L$  e  $x_U$  sono rispettivamente il limite minore e maggiore del numero cui corrisponde un valore della funzione d'appartenenza pari a zero e  $x_A$   $x_B$  valori normali del numero che hanno grado di appartenenza pari a 1.

**Figura a - Numero *fuzzy* trapezio rappresentante il concetto di giovane**



Un caso particolare dei numeri *fuzzy* trapezi sono quelli triangolari in cui  $X_A$  ed  $X_B$  coincidono.

Nel presente studio sono stati presi in considerazione solo i numeri *fuzzy* trapezi e triangolari.

A ciascuna delle possibili risposte ai questionari è stato associato un differente numero *fuzzy* come è mostrato nelle figure da c ad f determinando così una corrispondenza tra le variabili linguistiche ed i numeri *fuzzy* utilizzati.

Uno dei problemi più complessi da affrontare utilizzando la logica *fuzzy* è certamente quello connesso al confronto di due numeri *fuzzy*.

Un metodo per risolvere tale problema è quello di definire delle funzioni di *defuzzificazione* con le quali trasformare un numero *fuzzy* in un numero *crisp*.

I vari autori hanno proposto diverse funzioni di *defuzzificazione*, nel presente lavoro è stata utilizzata quella proposta da Fortemps (1996).

Figura b - Numero *fuzzy* trapezio

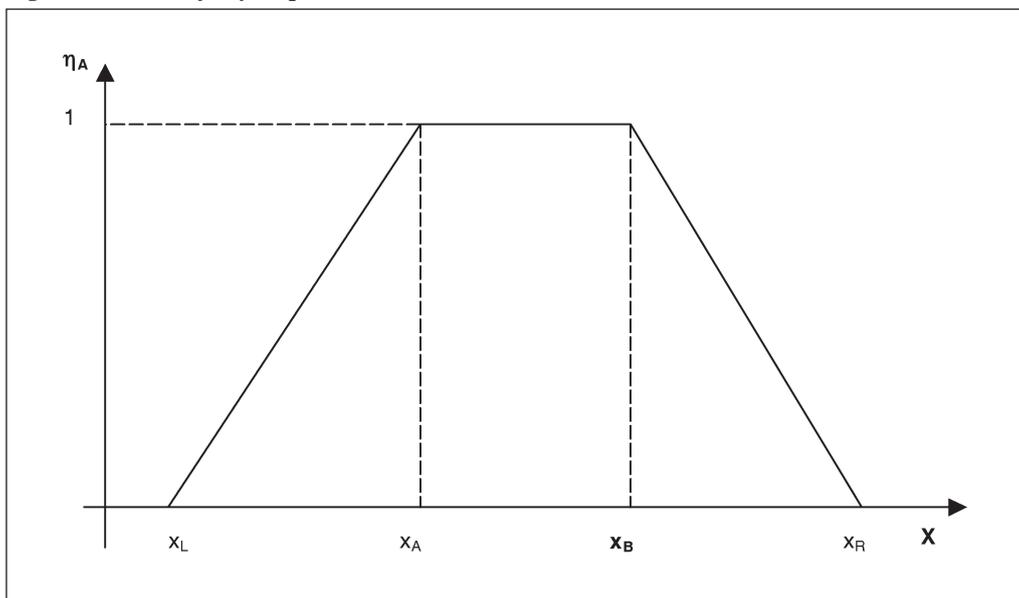
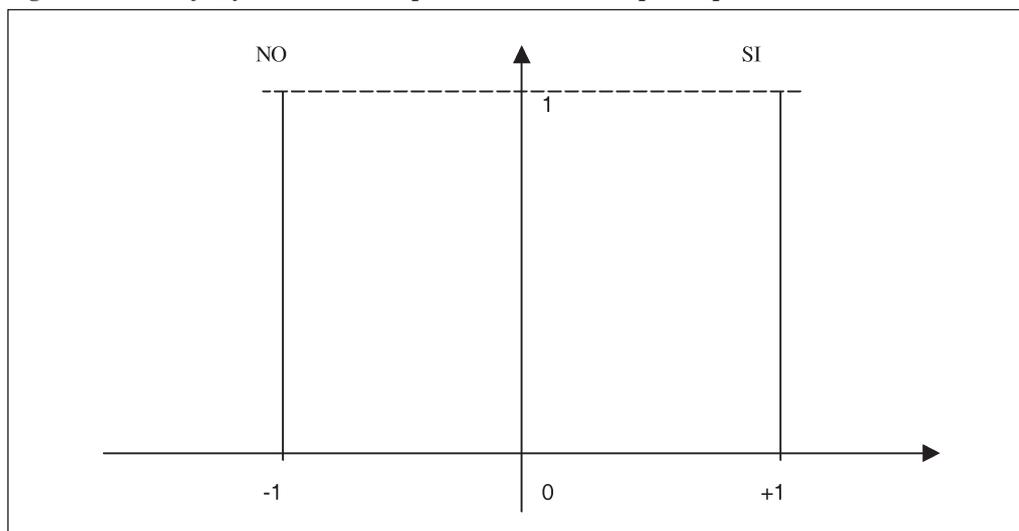
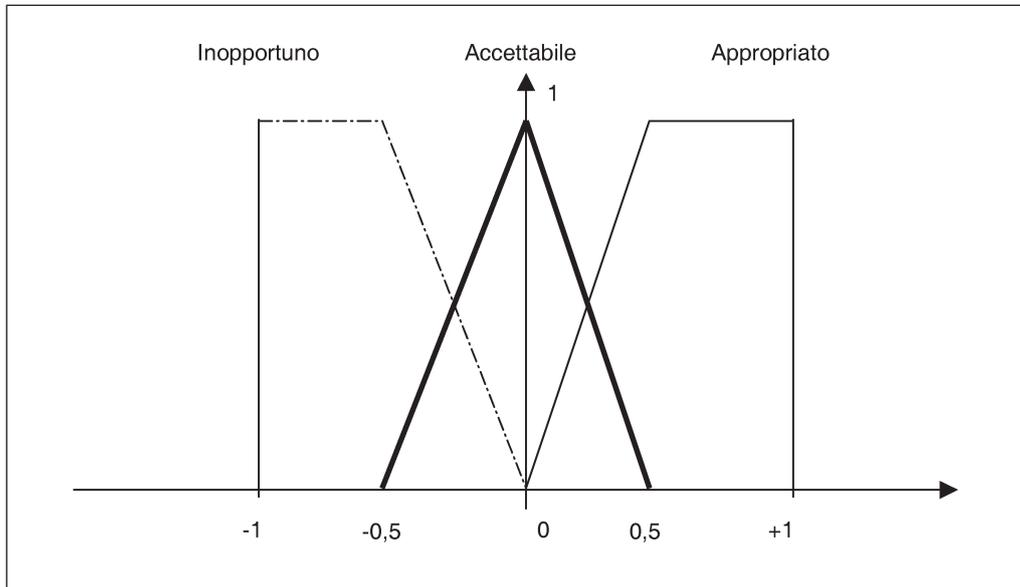


Figura c - Numeri *fuzzy* associati alle risposte su due livelli del primo questionario



**Figura d - Numeri fuzzy associati alle risposte su tre livelli del primo questionario**



**Figura e - Numeri fuzzy associati alle risposte su cinque livelli del primo questionario**

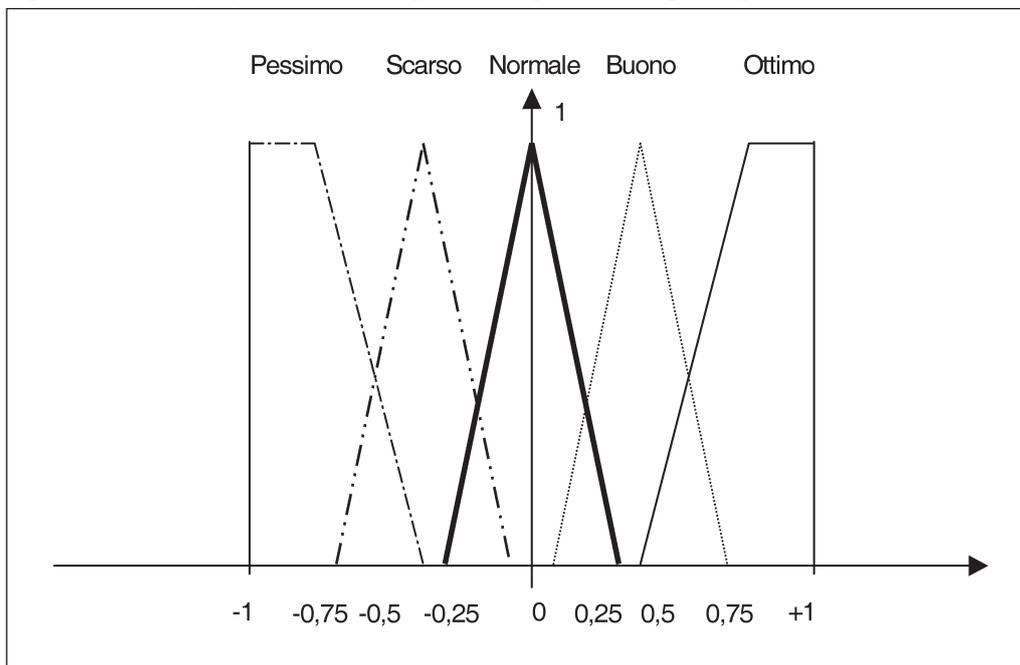
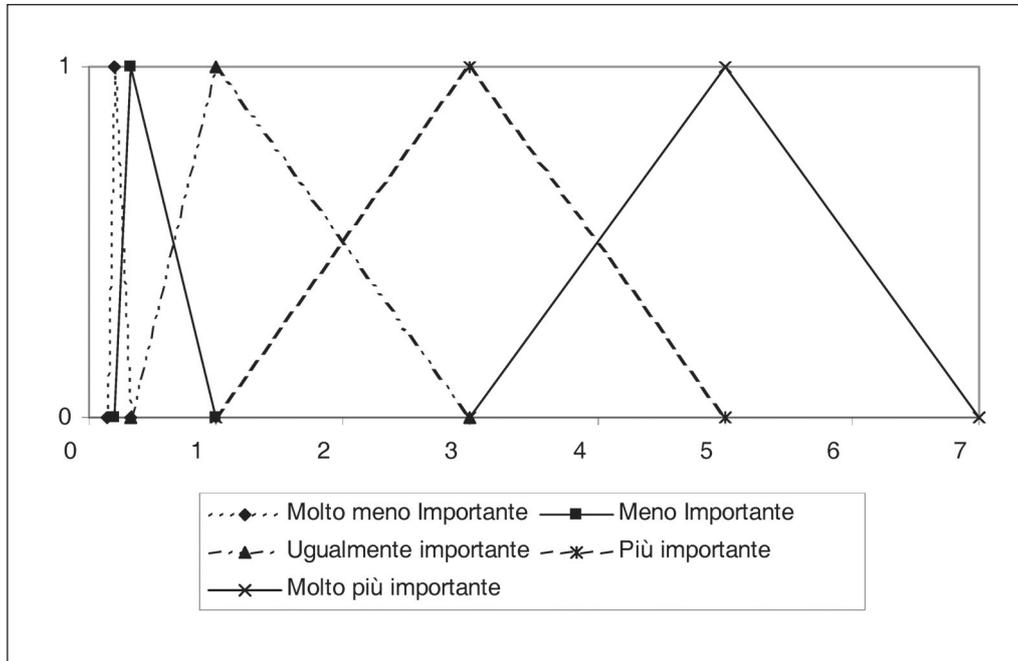


Figura f - Rappresentazione grafica dell'associazione tra le variabili linguistiche utilizzate nel secondo e nel terzo questionario ed i numeri fuzzy



Management ed economia sanitaria

# MECOSAN

La rivista trimestrale  
di saggi e ricerche, documenti e commenti  
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

*Mecosan* è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

### Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

### Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

### Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

### Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpato, 1990); indicazione: VOLPATO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

### I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;  
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23  
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98  
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

# **Documenti e commenti**

Sezione 2<sup>a</sup>

# lo spazio pubblicitario

**RAGIUSAN**  
Rassegna giuridica della sanità

## CARATTERISTICHE TECNICHE

Periodicità: mensile (n. 10 fascicoli per anno solare)  
Formato: cm. 21 x 28  
Fotocomposizione: SIPIS s.r.l.  
Stampa: offset della Grafica «Ripoli»  
Carta: patinata opaca da gr. 90 mq.  
Copertina: cartoncino plastificato (stampa due colori)  
Rilegatura: all'americana  
Spedizione: in abbonamento postale, c. 20, art. 2,  
L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma

Rivista di servizio, di riflessione e di cultura. Fondata e diretta da **Luigi D'Elia**, ad essa collaborano giuristi che lavorano nelle Magistrature, nelle Università, nei più accreditati centri di ricerca e nelle istituzioni sanitarie. Rivista leader del settore, è consultata da oltre diecimila lettori costituenti un uditorio mirato (politico-istituzionale-gestionale) nel mondo della sanità.

## CARATTERISTICHE TECNICHE

Periodicità: trimestrale (n. 4 fascicoli per anno solare)  
Formato: cm. 21 x 28  
Fotocomposizione: SIPIS s.r.l.  
Stampa: offset della Grafica «Ripoli»  
Carta: patinata opaca da gr. 90 mq.  
Copertina: cartoncino plastificato (stampa due colori)  
Rilegatura: all'americana  
Spedizione: in abbonamento postale, c. 20, art. 2,  
L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma

**MECOSAN**  
Management ed economia sanitaria

La rivista rappresenta il naturale complemento di **Ragiusan** per quanti vogliono essere informati sulle tecniche manageriali e sulle anticipazioni e tendenze nel managing della sanità. Lo staff redazionale sotto la guida scientifica del prof. **Elio Borgonovi**, Direttore del CeRGAS (SDA-Bocconi di Milano) è impegnato a produrre linee-guida nelle sei sezioni in cui la rivista è articolata:

- Sez. 1ª - **Saggi e ricerche**
- Sez. 2ª - **Documenti e commenti**
- Sez. 3ª - **Esperienze innovative**
- Sez. 4ª - **La sanità nel mondo**
- Sez. 5ª - **Sanità e impresa**
- Sez. 6ª - **Biblioteca**

Il rapporto lettore-testata è tale da rendere insostituibile questo periodico, che è motivo di orgoglio per la società editoriale per aver saputo catturare un uditorio qualificato e gratificante (circa 6 mila lettori) con alto potere decisionale.

**RAGIUFARM**  
Rassegna giuridico farmaceutica

## CARATTERISTICHE TECNICHE

Periodicità: bimestrale (n. 6 fascicoli per anno solare)  
Formato: cm. 21 x 28  
Fotocomposizione: SIPIS s.r.l.  
Stampa: offset della Grafica «Ripoli»  
Carta: patinata opaca da gr. 90 mq.  
Copertina: cartoncino plastificato (stampa due colori)  
Rilegatura: all'americana  
Spedizione: in abbonamento postale, c. 20, art. 2,  
L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma

L'unica vera rivista giuridico-farmaceutica. Raggiunge bimestralmente il farmacista (pubblico e privato) e il medico con poteri direzionali. Con una redazione guidata da **Luigi Sanfilippo**, Professore a contratto presso la Facoltà di Farmacia dell'Università degli Studi di Milano, esperto del settore, è riuscita a raccogliere un successo lusinghiero (circa 10 mila lettori).

Riconfermare l'importanza del «prodotto di marca» è l'obiettivo che la **SIPIS** si propone, nel riservare a nome e prodotti di alta immagine, lo spazio pubblicitario disponibile sulle proprie riviste



**RAGIUSAN**

Rassegna giuridica della sanità



**MECOSAN**

Management ed economia sanitaria



**RAGIUFARM**

Rassegna giuridico farmaceutica

Per le peculiari caratteristiche editoriali (riviste da libreria) le tre riviste presentano un alto indice di consultazione e di lettura, anche nel tempo.

Esse rappresentano, infatti, un indispensabile strumento utilizzato da tutti coloro che, nel mondo della sanità operano:

nel settore **politico-istituzionale** (parlamentari, membri del Governo, Regioni, Comuni, A.s., ecc.);

nel settore **tecnico** (direttori di ospedali, di cliniche, primari, direttori di farmacia, farmacisti pubblici e privati, ecc.);

nel settore **gestionale** (direttori generali, direttori amministrativi e dirigenti di A.s.);

nel settore **giuridico** (magistrati, avvocati, ecc.);

nel settore **associativo delle professionalità interessate** (ordini professionali, società scientifiche, sindacati, ecc.).

Una presenza di promozione pubblicitaria sulle pagine delle suddette riviste realizza e rafforza ulteriormente l'immagine dell'azienda committente nei confronti di una «qualificata» area di lettori con alto potere decisionale.



**SIPIS** Soc. Edif. a r.l.

00197 Roma - Viale Parioli, 77  
Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817  
E-mail: sipised@tin.it

# QUALE RUOLO PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NEL NUOVO PIANO SOCIO SANITARIO 2002-2004 DELLA REGIONE LOMBARDIA?

Emanuele Vendramini

Responsabile area Distretti, MMG e Governo della Domanda del CeRGAS - Università Bocconi

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il modello previsto legge 31 - 3. Il modello attuato - 4. Il modello del previsto dal Piano - 5. L'evoluzione futura: *voucher* e buoni - 6. Conclusioni.

## 1. Introduzione

Il ruolo del Medico di medicina generale (Mmg) è da alcuni anni oggetto di riflessioni e proposte sia da parte del livello politico istituzionale che della componente gestionale.

In particolare si è sviluppata la consapevolezza dell'importanza del Mmg all'interno del Servizio sanitario nazionale (Ssn); importanza sottolineata a più riprese sia a livello di indicazioni programmatiche che di impostazione operativa (1).

Al Medico di medicina generale viene chiesto di partecipare al processo di recupero di livelli di appropriatezza (soprattutto dell'ambito di cura), di sviluppare logiche e strumenti di integrazione interna alla categoria e con altre professionalità (infermieri, assistenti sociali, pediatri di libera scelta, specialisti ospedalieri). In questi ultimi anni infatti termini come appropriatezza, efficacia, governo clinico, evidenze scientifiche rappresentano le parole chiave e i punti di riferimento.

Alla luce proprio di queste riflessioni ha iniziato ad affermarsi in diverse regioni una corrente di pensiero che sostiene la necessità di separare, al fine proprio di raggiungere quei risultati di cui sopra, la funzione di programmazione da quella di produzione.

L'intuizione di fondo è data dalla potenziale autoreferenzialità delle strutture che contemporaneamente sono chiamate ad erogare servizi e a monitorare l'appropriatezza della propria produzione (volumi).

Questa corrente di pensiero ha in pratica poi generato due scuole: coloro che teorizzano la separazione tra le due funzioni collocandole in aziende differenti, scorporando ad esempio la funzione ospedaliera, tipicamente produttiva dalle Asl (modello lombardo e piano toscano) da coloro che invece propongono una separazione intra aziendale (esempio Piano Emilia-Romagna) (2).

Si rimane sempre all'interno dello stesso paradigma (quello della separazione tra programmazione, governo clinico e produzione) ma le implicazioni pratiche in termini di *governance* complessiva sono rilevanti.

La prima scuola teorizza la necessità di creare delle aziende produttrici e delle aziende o acquirenti o comunque con funzione di governo, di tutela, mentre la seconda modifica l'assetto interno alle singole aziende andando a definire delle strutture organizzative (tipicamente i distretti) con funzione di tutela ed altre (ad esempio i diparti-

menti delle cure primarie) con funzione di erogazione.

Nel processo di ridefinizione degli assetti istituzionali che sta caratterizzando varie regioni emerge come vi sia una realtà, quella della medicina generale che al momento svolge entrambe le funzioni.

Per coerenza non può non nascere la riflessione sul ruolo del Medico di medicina generale: dove può essere collocato sul versante della domanda o della offerta visto?

In realtà per il Mmg non è evidentemente possibile scorporare le due funzioni, quello che è possibile fare è dichiarare quella che si intende privilegiare.

Un medico di medicina generale sul versante della domanda verrebbe chiamato a svolgere le seguenti funzioni: filtro, governo della domanda, indirizzo, ricerca dell'appropriatezza, sarebbe un medico associato (nelle differenti forme previste dalla convenzione).

Un medico di medicina generale caratterizzato dalla funzione di offerta sarebbe un produttore di cure primarie potenzialmente in competizione con altri.

Se dal punto di vista teorico può non essere immediata la raffigurazio-

ne dei due diversi ruoli, dal punto di vista pratico la collocazione del Mmg può derivare da scelte molto concrete: la predisposizione dei *report*:

— un *report* con i dati su quanto viene prescritto direttamente colloca il Mmg sul versante dell'offerta;

— un *report* con i dati sui consumi dei suoi assistiti indipendentemente da chi abbia fisicamente prescritto la prestazione colloca il Mmg sul versante della domanda.

La scelta della struttura del *report* (sui consumi o sulla prescrizione) ha quindi delle implicazioni pratiche di grande impatto (ribadendo comunque le due funzioni non sono completamente separabili).

In particolare l'obiettivo di questo lavoro è quello di analizzare le scelte e le strategie del Piano socio sanitario della Regione Lombardia seguendo in particolare 4 tappe.

- 1) il modello previsto dalla legge 31;
- 2) il modello attuato;
- 3) il modello del previsto dal Piano;
- 4) l'evoluzione futura: *Voucher* e Buoni.

## 2. Il modello previsto legge 31

La legge 31 della Regione Lombardia si basa su tre premesse:

- a) separazione tra acquirenti (domanda) e produttori (offerta);
- b) libera scelta del cittadino (3);
- c) competizione pubblico/privato.

Il modello prefigurato dalla legge si basa sullo strumento dei contratti stipulati dalle Asl (4) con i produttori, in competizione tra loro.

In questo modo l'Azienda/acquirente è chiamata a stipulare contratti con i fornitori.

Il modello, ispirandosi al modello inglese di separazione tra acquirenti e fornitori (Fattore, 1996), si basa sulla

scorporazione dalle Aziende Usl di tutte le funzioni di produzione ospedaliera o specialistica, lasciandovi quindi le sole funzioni di igiene pubblica e veterinaria, di medicina di base e quelle socio-sanitarie (cioè gli eventuali servizi socio-assistenziali delegati dai comuni, le dipendenze, le strutture di ricovero non ospedaliere, ecc.). L'azienda è finanziata a quota capitaria e deve pagare le prestazioni effettuate per i propri residenti dalle aziende di produzione pubbliche e private (figura 1). Nell'assetto istituzionale inglese il soggetto acquirente ha l'onere formale di sottoscrivere contratti di fornitura con i produttori (determinando *mix*, volumi e tariffe), mentre la domanda non è libera di rivolgersi ai fornitori di fiducia, dovendosi indirizzare presso i produttori contrattati dall'azienda di residenza (figura 2). Nel caso italiano invece l'azienda non ha alcun potere formale di imporre contratti d'acquisto, così come la domanda è libera di rivolgersi presso le strutture sanitarie che preferisce. Risulta quindi decisivo per l'azienda sviluppare logiche negoziali che facciano risultare conveniente ai produttori la sottoscrizione di contratti (ad esempio garantendo loro quote interessanti di mercato) per riuscire

ad assolvere la funzione di acquisto. sul lato del governo della domanda, non avendo alcun potere formale di interdizione, l'azienda deve attivare tutti gli strumenti impliciti di indirizzo della domanda, come il *budget* dei Mmg, il *budget* di distretto, la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici, l'utilizzo degli stessi contratti con i fornitori. In questo caso siamo di fronte a un modello basato sulla separazione tra acquirenti e fornitori e sulla libertà di scelta, che impone all'Asl di attivare tutti i possibili strumenti di governo implicito della domanda.

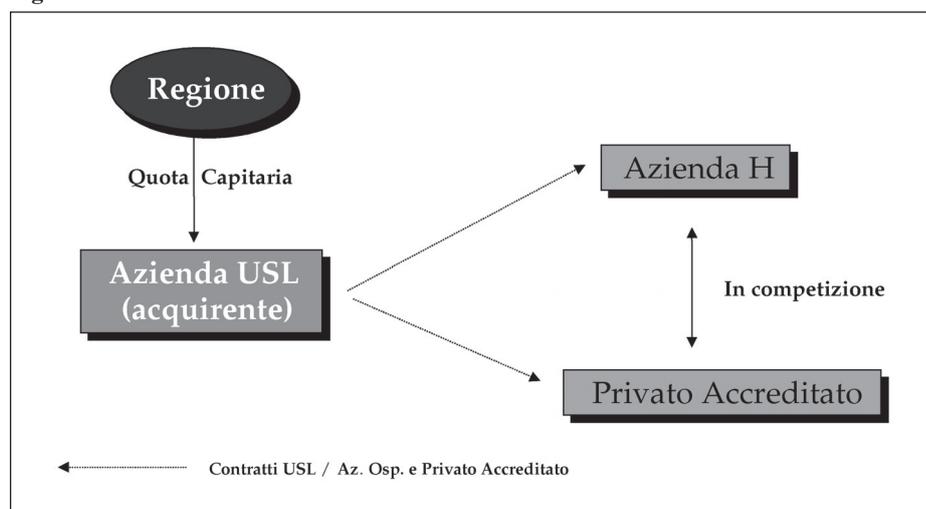
A regime questo modello attribuisce alla Regione un ruolo abbastanza modesto, di arbitro del sistema.

Dal punto di vista dello strumento su cui si basa il modello di separazione tra acquirente e fornitore e cioè i contratti è possibile identificarne tre tipologie:

- 1) contratti sui volumi;
- 2) contratti su pacchetti di prestazioni;
- 3) contratti sui percorsi.

I contratti sui volumi si caratterizzano per la garanzia che l'acquirente offre al produttore di un corrispettivo a *forfait* a prescindere dal reale utilizzo del servizio.

Figura 1



Tale contratto garantisce quindi al produttore una stabilità nella programmazione delle entrate di cassa lasciando di fatto il rischio imprenditoriale all'acquirente. Questi infatti in caso di errata programmazione dei volumi si vedrebbe costretto a pagare per un servizio non utilizzato.

I contratti sui pacchetti si caratterizzano per un acquisto da parte dell'azienda sanitaria locale di un insieme di prestazioni (tipicamente ambulatoriali) da offrire ai propri assistiti. In questo modo l'acquirente stipula un contratto tramite il quale il produttore eroga un predefinito *case mix* di prestazioni (visite cardiologiche ed esami diagnostici ad esempio o consulenze specifiche), *case mix* concordato con l'Asl e quindi meno soggetto a logiche inflattive.

Il produttore ha invece la convenienza di garantirsi volumi e flussi finanziari.

I contratti sui percorsi consistono nell'inserimento da parte dell'acquirente di un determinato produttore all'interno di un processo assistenziale (ricovero per i pazienti anziani con frattura di femore, BPCO ad esempio).

L'acquirente in questo caso non acquista semplicemente prestazioni o un servizio (inteso come aggregato di prestazioni) ma definisce al produttore i criteri di eleggibilità dei pazienti, concorda le modalità di accesso e di dimissione degli assistiti (giornate di degenza per i pazienti postictali e i criteri tramite i quali si imposta la dimissione protetta).

In questo modo la tariffa è concordata non tanto sulla prestazione erogata ma dal servizio offerto dal produttore: liste d'attesa, giornate di degenza, assistenza extra ospedaliera.

Proprio alla luce della analisi dello strumento dei contratti interaziendali emerge la vera sfida che è chiamato ad affrontare l'acquirente non tanto nei

confronti del produttore ma relativamente alle proprie capacità di programmazione:

— i pazienti poi richiederanno le prestazioni proprio dal produttore contrattato?

— chi garantisce un controllo sui flussi e sulla appropriatezza delle prestazioni?

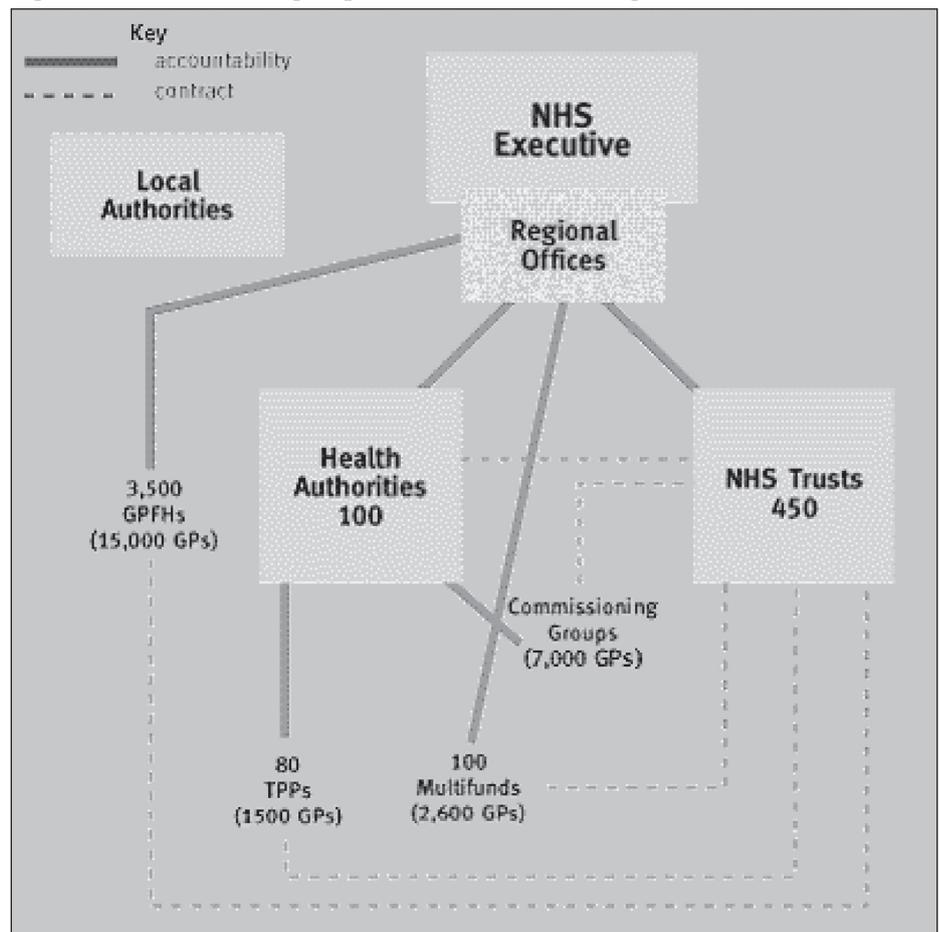
È proprio in questa fase che emerge la non coerenza dello strumento dei contratti con l'esercizio della libera scelta (5) da parte del cittadino e la necessità, quindi, di sviluppare una funzione di governo della domanda, di indirizzo degli assistiti.

All'interno di questo scenario il Mmg in modo molto coerente si po-

trebbe inserire esercitando un ruolo di *gatekeeping*. Il Medico di medicina generale infatti, probabilmente meglio se aggregato all'interno di forme associative, può essere molto efficace nello svolgimento del ruolo di *gatekeeping*, di indirizzo dei propri assistiti proprio verso quelle strutture che sono state contrattate, egli infatti già, magari in modo non sempre coordinato con l'azienda, svolge una funzione di «counselling» nei confronti dei propri assistiti.

Risulta quindi essere di particolare importanza il coinvolgimento dei Mmg nel processo programmatico e decisionale che porta alla stipulazione dei contratti e soprattutto sulle moda-

Figura 2 - Modello «working for patients» introdotto da Margharet Thatcher nel 1989



lità operative attraverso le quali i contratti poi vengono gestiti. Il coinvolgimento dei Mmg nei processi decisionali risulta infatti un importante strumento di responsabilizzazione e di programmazione dei consumi sanitari soprattutto nell'ottica della condivisione delle scelte e delle strategie. In quest'ottica il modello previsto dalla legge 31 assume l'assetto rappresentato dalla figura 3 (6).

Anche se non debitamente evidenziato nel grafico risulta particolarmente importante sottolineare come ben difficilmente il singolo medico riuscirà a svolgere in modo efficace tale funzione, questo sia per motivazioni storiche che contingenti.

Storiche in quanto il Mmg è abituato a lavorare singolarmente senza un reale coordinamento né con i colleghi né con l'azienda che spesso viene vista come una controparte. Questo isolamento si ripercuote nella non sempre chiara conoscenza dell'ambiente che circonda la professione del Mmg; ambiente caratterizzato da strutture in competizione tra loro, da convenienze convergenti con l'Asl, da convenienze differenti tra produttori e acquirenti.

Contingenti in quanto il Mmg singolo è chiamato a svolgere un ruolo di filtro proprio in un momento in cui la domanda (propria ed impropria) da parte dei pazienti risulta essere particolarmente in crescita sia per fattori endogeni (età popolazione ad esempio) che esogeni (incremento delle strutture di offerta che inducono domanda).

Dal punto di vista normativo esistono già gli strumenti che possono facilitare il lavoro del Mmg e permettergli di riacquistare una vera e propria centralità all'interno del sistema: le forme associative. Le forme associative infatti sia quelle disciplinate dall'articolo 40 della convenzione nazionale (medicina in associazione, in rete, di

gruppo, cooperative e fondazioni) e dall'articolo 15 (*équipe* territoriale), pur nella loro diversità, ben si posizionano nell'ottica del confronto tra pari, della crescita complessiva della categoria e quindi nella condivisione di linee di indirizzo e di comportamenti maggiormente omogenei.

Questo dato offre la possibilità di proporre al lettore una riflessione sui rapporti che devono essere intesi tra le differenti forme previste dal rapporto convenzionale. In particolare dal punto di vista teorico è possibile identificare tre tipologie di forme associative:

- 1) la medicina in associazione, di rete e di gruppo (art. 40 comma 3 lett. a);
- 2) le cooperative e le fondazioni (art. 40 comma 3 lett. b);
- 3) le *équipe* territoriali (art. 15 e art. 31).

Non rientrando tra le finalità di questo lavoro analizzare le caratteristiche delle differenti forme risulta però importante esplicitare alcune tipicità:

- 1) le forme associative quali associazione, rete e gruppo, esplicitamente incentivate dalla convenzione

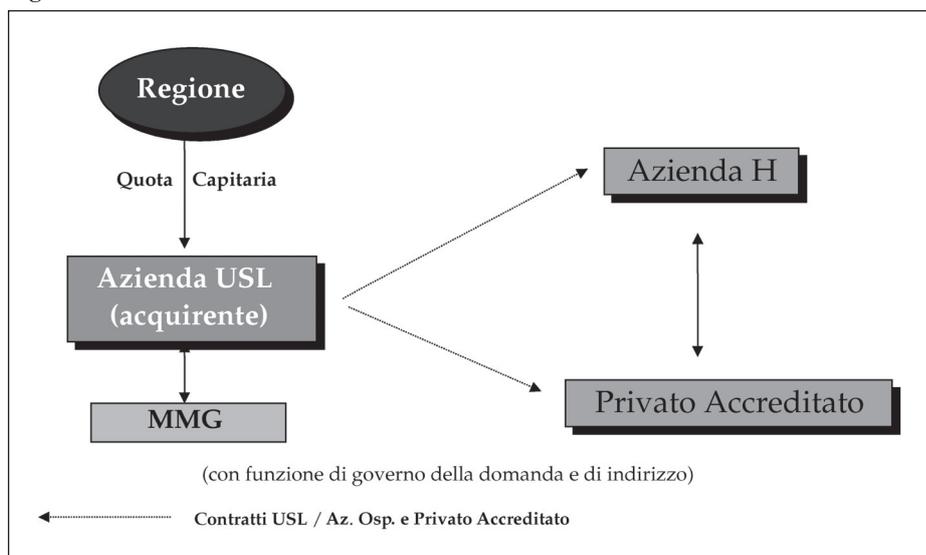
sono di costituzione libera e volontaria da parte dei Mmg e chiedono un accordo esplicito tra i Mmg proponenti e le loro aziende sanitarie;

2) le cooperative e le fondazioni non sono incentivate dalla convenzione nazionale, sono di costituzione libera e volontaria da parte di Mmg e la loro costituzione non prevede alcun ruolo neppure informale da parte delle Asl;

3) le *équipe* territoriali sono obbligatorie, qualora sperimentate dalle Asl, sono incentivate in quota fissa (art. 31) e prevedono (seppur anche in un secondo momento) l'integrazione con altre figure professionali quali i Pediatri di libera scelta, personale infermieristico, assistenti sociali, ed altri. Una delle ulteriori peculiarità delle *équipe* territoriali è che possono essere costituite sia da Mmg singoli, che associati, in rete o in medicina di gruppo, come evidenziato dallo schema della figura 4.

Si evidenzia quindi come le forme e gli strumenti volti ad una sempre maggiore integrazione, uniformità e coordinamento all'interno delle cure primarie siano molteplici.

Figura 3



### 3. Il modello attuato

Se fino ad ora l'analisi del modello Lombardo si è basata sull'interpretazione del modello rappresentato dalla legge di attuazione del processo di riforma avviato dai decreti legislativi 502 e 517 e sulla identificazione delle convenienze e dei ruoli che i differenti attori dovrebbero ricoprire nella nuova arena nel momento l'osservazione ed il processo di ricerca indaga la realtà delle aziende sanitarie lombarde emerge che in realtà il modello identificato dalla legge 31 non è mai stato applicato operativamente in quanto di fatto i contratti non sono mai stati siglati né resi operativi. Si è quindi sviluppata una dicotomia tra modello dichiarato e previsto a livello normativo e quanto effettivamente attuato.

La Regione Lombardia non ha mai infatti finanziato, come invece previsto della riforma le Asl secondo una logica di quota capitaria ponderata (cioè in relazione alla tipologia e numerosità della popolazione residente) ma si è riservata la funzione di definire direttamente i tetti sui produttori e quindi la distribuzione e il riconoscimento dei volumi erogati dai produttori (salvo poi imputare i consumi alla popolazione residente nelle Asl).

La Regione Lombardia si è infatti riservata il ruolo di attore principale all'interno dello scenario strategico ed in particolare se il modello dichiarato era riconducibile al modello teorico della separazione tra acquirente e fornitore, quanto attuato è invece tipico del modello a centralità regionale (in particolare cfr. figura 5).

Secondo il modello teorico a centralità regionale la regione cerca di mantenere in mano saldamente le redini del gioco, pertanto finanzia tutti i produttori (aziende, ospedali azienda, privato accreditato) con il meccanismo tariffa per prestazioni. Trovando ci però in un settore a rilevanti asim-

metrie informative tra domanda e offerta, completamente a favore di quest'ultima, l'offerta è in grado di indurre tutta la domanda che desidera, cercando di trarre vantaggio dal meccanismo di finanziamento a prestazioni. infatti proprio la struttura prevalentemente fissa dei costi favorisce l'adozione di comportamenti inflazionistici da parte dei produttori, essendo il costo marginale delle ultime prestazioni

in media significativamente inferiore alla tariffa. Per sterilizzare la naturale tendenza a comportamenti espansionistici delle prestazioni la regione può scegliere tra tre strade:

— imporre ad ogni produttore un contratto di fornitura che imponga *mix*, volumi e tariffe per le prestazioni;

— imporre ad ogni produttore un tetto di finanziamento massimo, la-

Figura 4

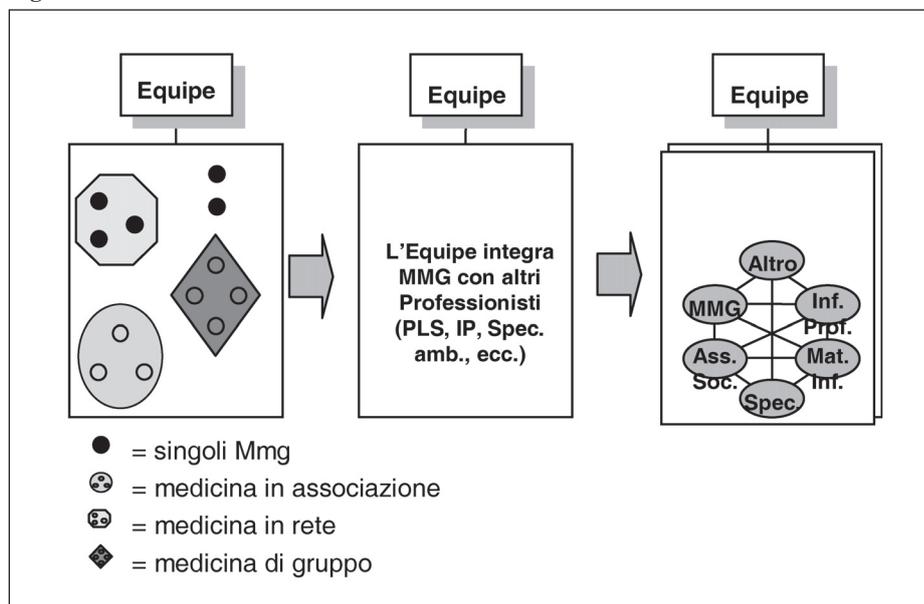
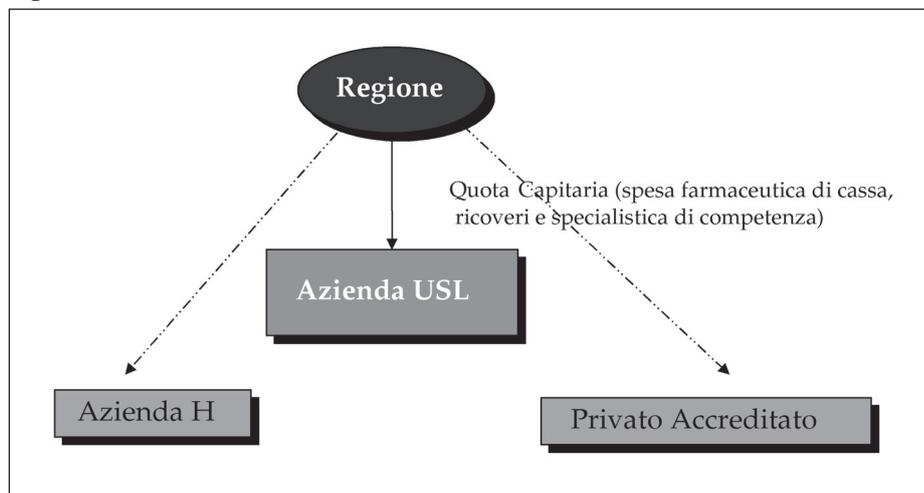


Figura 5



sciando successivamente ad uno studiato gioco tariffario il determinarsi di *mix* di prestazioni che la regione giudica virtuoso;

— imporre al cartello dei produttori un tetto di finanziamento massimo, lasciando alla loro capacità di concertazione la suddivisione delle quote, utilizzando però comunque uno studiato gioco tariffario per ottenere *mix* di prestazioni desiderati.

In altri termini nella prima soluzione la *holding* negozia puntualmente con ogni produttore il *mix* e i volumi di prestazioni attesi: in questo caso la programmazione regionale cerca di esplicitare *ex ante* ciò che giudica debba essere erogato da ogni singola azienda per soddisfare le esigenze collettive mantenendo in equilibrio il sistema regionale. Nella seconda soluzione, invece, una volta determinato il tetto complessivo per produttore, la regione cercherà di influenzare i *mix* di produzione, che naturalmente cercheranno di spostarsi sulle prestazioni con le tariffe ritenute più remunerative, manovrando sapientemente il tariffario regionale (e gli eventuali abbattimenti delle tariffe al crescere dei volumi) nel tentativo di rendere finanziariamente attraenti le prestazioni giudicate proprie e viceversa. La terza soluzione invece spinge l'insieme dei produttori a fare «cartello» e a suddividersi al loro interno le quote di finanziamento e le correlate percentuali di mercato.

In questo modello in cui tutte le aziende sono dei semplici produttori e la regione costituisce l'unico grande acquirente del sistema, la dimensione delle aziende è abbastanza indifferente in quanto non vi sono particolari esigenze di autosufficienza sanitaria, così come è possibile ipotizzare lo scorporo di un numero significativo di ospedali dalle aziende Usl, in quanto questo è un assetto basato sull'autocontrollo dell'offerta (grazie ai con-

tratti o ai tetti) e non basato sull'uso delle strutture d'offerta per il controllo della domanda come nel modello precedente (separazione acquirente fornitore con finanziamento a quota capitolaria degli acquirenti). Risulta evidente in questo modello il ruolo assolutamente centrale che si attribuisce la Regione, dovendo essa definire le produzioni ottimali per ogni produttore e cercando di imporla nella negoziazione con ogni singola azienda. In coerenza a questa impostazione la regione mantiene anche a regime il controllo diretto dei rapporti con i fornitori privati accreditati.

Andando oltre il modello teorico e analizzando di fatto la realtà della Asl lombarda di fatto priva di una propria funzione di produzione da un lato e dall'altro non finanziata secondo le modalità della quota capitolaria, non risulta chiara la sua funzione, di non produttrice e di non acquirente (la regione infatti è acquirente).

Allo stesso modo non risulta chiaro il ruolo del Mmg, di fatto senza un ruolo né di governo della domanda né di offerta.

Il modello a «centralità regionale» è infatti quello che ripone minor enfasi

sul problema del governo della domanda. Tale assetto presenta un *focus* che è assolutamente spostato sul governo dell'offerta, al punto che la sua autolimitazione, frutto di tetti finanziari o vincoli contrattuali, deve cercare di portare in equilibrio il sistema.

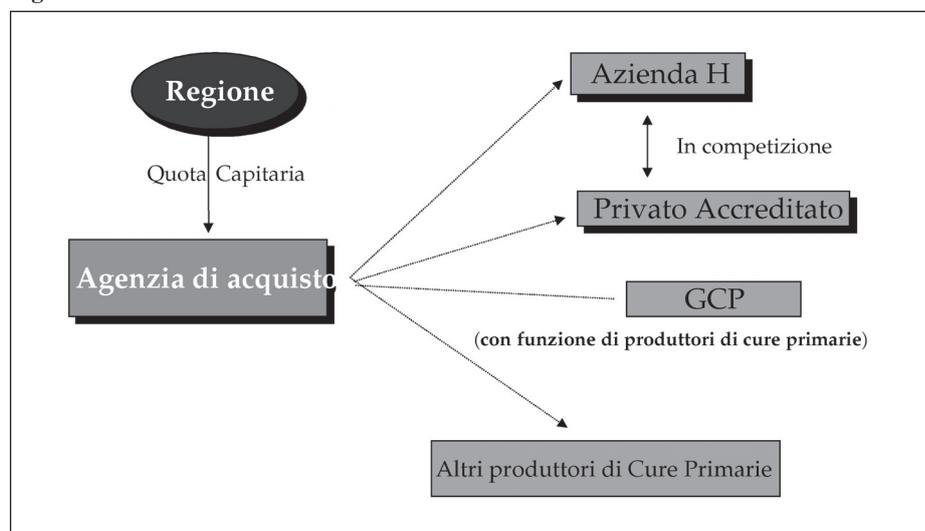
#### 4. Il modello del previsto dal Piano

Il Piano socio sanitario 2002-2004 della regione Lombardia viene sicuramente in contro alle esigenze del sistema sanitario lasciato, principalmente per le Asl e per i Mmg, per un breve periodo senza una chiara missione.

Il Piano scioglie molti nodi e prende una posizione chiara in merito alle riflessioni proposte soprattutto in merito alla medicina generale. Il dibattito tra domanda e offerta, committenza e produzione viene risolto esplicitando che i Mmg, raggruppati obbligatoriamente in Gcp insieme ad altre professionalità delle cure primarie (Pediatri di libera scelta, ad esempio) e collocandoli sul versante dell'offerta e della produzione.

In particolare il modello proposto dal Pss 2002-2004 è quello riportato nella figura 6.

Figura 6



Il Mmg è quindi produttore, in competizione con altri produttori di cure primarie, a cui non viene più richiesta di svolgere la funzione di governo della domanda (in coerenza con il modello).

La logica associativa sposata nella legge 31 al fine di un più efficace governo della domanda viene qui interpretata al fine di costituire una nuova realtà produttrice: quella dei gruppi di cure primarie.

Emergono di conseguenza tre riflessioni in merito:

- 1) introduzione di logiche concorrenziali sulle cure primarie;
- 2) retribuzione di produttori;
- 3) contratti tra produttori e agenzia di acquisto.

1) La prima riflessione che emerge nasce da due considerazioni: la prima è che i principali produttori di cure primarie ad oggi e non solo nel modello lombardo sono le strutture ospedaliere, sia grazie alle strutture ambulatoriali territoriali scorporate alle Asl secondo la legge 31 sia in relazione allo svilupparsi di funzioni specialistiche a livello territoriale come ad esempio i centri sul diabete, l'ipertensione ecc.

Si vuole quindi mettere in competizione i Mmg con le strutture ospedaliere, produttori di fatto di gran arte delle prestazioni (ambulatoriali ad esempio di primo livello?).

La seconda riflessione è relativa all'organizzazione delle cure primarie, la costituzione dei Gcp richiederà del tempo, sicuramente anni per la sola integrazione tra i Mmg, poi si potrà procedere ragionevolmente all'integrazione tra questi e le altre figure professionali.

Infatti non sembra ipotizzabile sviluppare processi integrativi tra professionalità differenti in assenza di una vera integrazione interna alle singole categorie (7).

2) La seconda riflessione che emerge è relativa al finanziamento dei pro-

dottori. La logica della quota capitaria che per altro presenta molteplici punti forza non sembra coerente con le logiche tipiche dei produttori. Sistemi tariffari o a notula sembrano maggiormente appropriati alle logiche produttive e di competizione tra agenti.

3) La terza riflessione richiama quanto affermato nella prima parte del presente lavoro ed è relativa alla coerenza tra le logiche contrattuali ed il diritto alla libera scelta del cittadino.

Questa riflessione assume ancora maggior valore alla luce della scelta di collocare il Mmg sul versante dell'offerta.

La questione è semplice cosa succede se la futura agenzia di acquisto stipula contratti con i fornitori e tra questi i Mmg e poi il paziente decide per altre strutture?

L'esercizio della funzione di governo della domanda in capo a quale struttura è posta?

La questione di fondo che sembra emergere è relativa alla risposta da dare alla seguente domanda: chi è e chi deve essere il giudice della qualità del sistema sanitario?

A questa domanda esistono due possibili risposte:

- 1) il paziente stesso;
- 2) una agenzia pubblica

Nel primo caso (rappresentato in letteratura dal caso svedese) si ritiene che il paziente abbia le informazioni per poter interpretare i propri bisogni e per soddisfarli anche attraverso la definizione un proprio percorso di assistenza e cura.

Nel secondo caso (rappresentato in letteratura dal modello inglese) si ritiene che stante l'asimmetria informativa che caratterizza il rapporto medico paziente sia opportuno indirizzare l'utente verso un percorso costruito da professionisti che abbiano come obiettivo il beneficio sociale (esempio azienda pubblica).

In generale il Servizio sanitario nazionale non ha mai sciolto questo dilemma di fatto auspicando il governo della domanda all'interno di un modello in cui la libera scelta sia un diritto.

In realtà il piano 2002-2004 della regione Lombardia sembra dare una risposta alla domanda precedente optando per la prima risposta. Si prevede infatti che la possibilità che il paziente possa usufruire di *voucher* e buoni per finanziare direttamente le strutture presso cui richiede assistenza.

## 5. L'evoluzione futura: *voucher* e buoni

Innanzitutto che cosa sono i buoni ed i *voucher*?

BUONO: provvidenza economica a favore dell'utente nel caso in cui l'assistenza possa essere prestata da un *care giver* sia esso familiare o un appartenente alle reti di solidarietà.

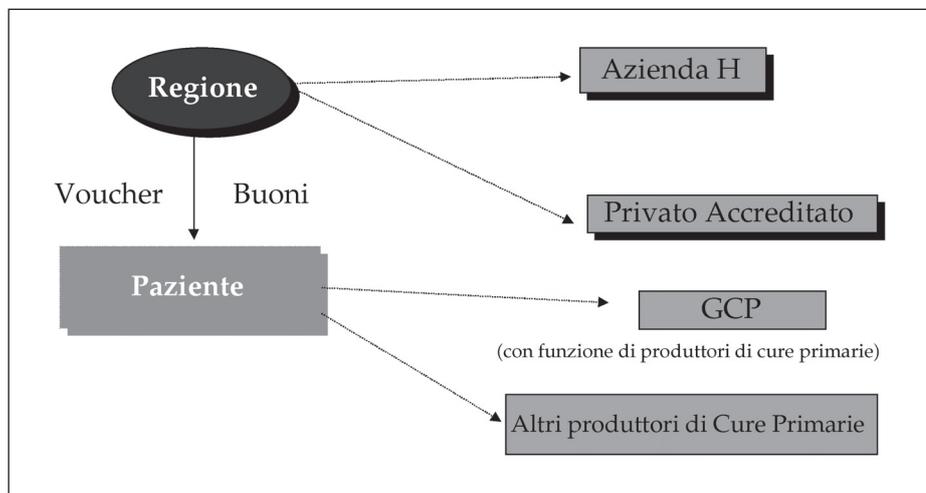
VOUCHER: provvidenza economica a favore dell'utente utilizzabile solo nel caso di prestazioni erogate da *care giver* professionali (8).

Lo schema ipotizzato è quindi quello della figura 7.

In coerenza al modello non compare più l'azienda pubblica locale come snodo principale per la programmazione delle attività ma, il cuore del sistema, risulta essere il paziente e la sua famiglia dotati di una capacità di acquisto data dai *voucher* e dai buoni.

Ad alcuni questa scelta può ricordare i sistemi assicurativi dell'Olanda (in cui non esistono Asl o *Health Authority*) e degli Stati Uniti (in cui le HMO di fatto non hanno alcuna caratteristica in comune con le Asl) ma in realtà in quei sistemi il cittadino non è in grado di scegliere se non il livello di copertura del rischio in quanto le strutture convenzionate e le modalità di erogazione delle prestazioni (e del

Figura 7



rimborso) vengono definite dalle assicurazioni e non certo dai pazienti.

Quindi di fatto nei sistemi assicurativi le convenienze vengono di fatto definite dalle mutue/assicurazioni (cioè da chi ha la cassa).

## 6. Conclusioni

Emerge con straordinario vigore come il Ssn sia entrato in una fase di profondi cambiamenti sia in relazione al processo devolutivo che lo sta interessando che alle nuove logiche di sussidiarietà orizzontale che iniziano ad emergere.

Contemporaneamente il Mmg e la sua funzione è oggetto di riflessioni e ripensamenti, oggi si può affermare che la centralità delle cure primarie non è più un assioma indiscutibile e questo è dimostrato dal fatto che il Pss di una regione pari ad un sesto dell'intera popolazione nazionale pone i Mmg insieme agli altri produttori e non al centro del proprio sistema.

In conclusione il rischio che si configura non è tanto nella implicazione ma nella possibilità che vi sia un innamoramento del modello, che diventi una scelta in sé per sé e non uno strumento che, come tutti i modelli,

abbia dei punti di forza e di debolezza.

Sicuramente il presente Piano lombardo rappresenta una rottura paradigmatica rispetto al passato ed anche al dibattito nazionale. La sensazione che si ha è che non sempre siano presenti quelle coerenze interne (Mmg produttori ma finanziati con quota capitaria, contratti e libera scelta, contratti e Mmg produttori) tali da permettere una reale traduzione pratica ed operativa del modello soprattutto in tempi brevi. Quello che si auspica, non solo in regione Lombardia, è che sia lasciato una volta conclusa la sperimentazione il tempo necessario per una appropriata valutazione *ex post* e che non si riparta subito con la riforma della riforma impedendo di fatto di cogliere i punti di forza e le opportunità e lavorare sulle inevitabili criticità e debolezza che ogni processo innovativo comporta.

(1) Importanza sottolineata sia in letteratura che nei convegni scientifici che, soprattutto, attraverso sperimentazioni gestionali a livello aziendale (cfr. bibliografia).

(2) L'autore ha già analizzato questa opzione in una pubblicazione congiunta con Federico Lega a cui si rimanda, il presente lavoro si

focalizza quindi sulla separazione delle due funzioni tra aziende differenti.

(3) In realtà la libera scelta del cittadino è un diritto per tutti i cittadini italiani ma in regione Lombardia è stato particolarmente sottolineato questo aspetto soprattutto in relazione al rapporto con le strutture private accreditate.

(4) Le Asl lombarde hanno la caratteristica di non avere una propria capacità produttiva essendo prive di strutture di erogazione quali ospedali, poliambulatori, tutta infatti la specialistica ambulatoriale, anche quella convenzionata fa infatti riferimento alle strutture produttrici, le aziende ospedaliere (che in realtà sono reti di strutture produttrici).

(5) Nel senso che un cittadino ha comunque il diritto di richiedere prestazioni presso una struttura non contrattata dalla propria azienda o fuori provincia o regione.

(6) Questo schema richiama il modello introdotto da Margaret Thatcher nel 1989 «working for patients» di cui si presenta lo schema (si rammenta che in Inghilterra non esiste il diritto alla libera scelta) (figura 2).

(7) La proposta è quindi quella di omogeneizzare i comportamenti all'interno della medicina generale attraverso un processo di crescita complessivo della categoria e quindi di conseguenza sviluppare progetti e programmi volti all'integrazione con le altre professionalità.

(8) Fonte: Piano socio sanitario 2002-2004 Regione Lombardia.

## BIBLIOGRAFIA

- ATTI DEL CONVEGNO DI SCHIO (1997), *Il budget per il medico di base e per il distretto socio sanitario*, 31 maggio 1997, ed. CIDAS, Vicenza.
- AA.VV., *Il budget in medicina generale: esperienze a confronto*, materiale del convegno del 17 marzo 2000 SDA - CeRGAS Bocconi.
- AA.VV. (1999), «Un progetto di collaborazione con i MMG: l'esperienza dell'azienda 2 di Lucca», *Mecosan*, 30, pp. 127-137.
- BEVILACQUA M. (1995), «La medicina di gruppo: verso il team delle cure primarie», *SIMG*, 1.
- BORGONOV E. ET AL. (1997), *Il budget in medicina generale: proposte a confronto*, materiale del convegno del 23 maggio SDA - CeRGAS Bocconi.
- BORGONOV E., VENDRAMINI E. (1998), *La gestione della medicina generale: principi e criteri economici*, UTET, Torino.

- CASATI G. (1996), *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, EGEA, Milano.
- DI MALTA A. (1998), *Forme associative in medicina generale: opportunità e rischi*, Convegno nazionale FIMMG, 23-27 settembre 1998 Perugia.
- FILIPPI A. (1994), «La medicina di gruppo riduce gli accessi impropri al pronto soccorso», *SIMG*, 5.
- LONGO F. (A CURA DI) (1998), *ASL, distretto, medico di base*, EGEA, Milano.
- LONGO F., VENDRAMINI E. (1997), «Nuovi modelli di gestione della medicina generale: prime esperienze a livello locale», tratto da: F. Sassi, *Gestione e finanziamento della medicina generale in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- MINISTERO DELLA SANITÀ, sistema informativo sanitario, dipartimento della programmazione, flussi informativi delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere, [www.sanita.it](http://www.sanita.it).
- MINARDI A., VERONESE F., VALLICELLI D., TASSINARI M.C. (1998), «La sperimentazione del budget in medicina generale nell'Azienda di Imola», *Mecosan*, 25, pp. 135-144.
- NHS, Working for patients, 1989.
- NHS, Developing NHS Purchasing and GP Funholding - Towards a primary Care-led NHS, 1994.
- NHS, The New NHS, 1997.
- NHS, For a Healthier Nation, 1998.
- NHS, A First Class Service - Quality in the New NHS, 1998/2.
- REGIONE LOMBARDIA: Piano socio sanitario 2002-2004.
- REGIONE LOMBARDIA: sintesi del Piano socio sanitario 2002-2004.
- VENDRAMINI E. (1995), «Il destino del medico di famiglia si divide in quattro», *Occhio Clinico*, 5.
- VENDRAMINI E., LONGO F. (2001), *Il budget e la medicina generale*, Mc Graw Hill, Milano.
- VENDRAMINI E., CAVALLO M.C., GERZELI S. (2001), *Organizzazione e gestione delle cure primarie: un'analisi nazionale*, Mc Graw Hill, Milano.

## SITI WEB

[www.sanita.regione.lobardia.it](http://www.sanita.regione.lobardia.it)  
[www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)  
[www.snaml.it](http://www.snaml.it)  
[www.cumi.it](http://www.cumi.it)  
[www.fiaso.it](http://www.fiaso.it)  
[www.sanita.it](http://www.sanita.it)  
[www.cergas.info](http://www.cergas.info)  
[www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)

Management ed economia sanitaria

# MECOSAN

La rivista trimestrale  
di saggi e ricerche, documenti e commenti  
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

*Mecosan* è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

### Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

### Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

### Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

### Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpato, 1990); indicazione: VOLPATO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

### I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;  
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23  
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98  
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

# IL CONTO ECONOMICO DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: PROPOSTE OPERATIVE

Simone Poli

*Dipartimento di Management e Organizzazione Industriale - Università Politecnica delle Marche*

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La potenzialità informativa del conto economico delle aziende sanitarie pubbliche: l'economicità - 3. Le questioni sospese - 4. Il tentativo di usare il bilancio come strumento di valutazione dell'efficacia gestionale - 5. I condizionamenti derivanti dal vincolo di destinazione del risultato positivo di gestione - 6. Le caratteristiche degli schemi proposti - 7. Conclusioni.

## 1. Introduzione

Nell'ampio processo di aziendalizzazione che sta interessando la sanità pubblica (1), uno dei primi passi compiuti è stato quello di dotare le nuove aziende di un sistema informativo idoneo al fine di perseguire una maggiore razionalità economica, sostituendo il previgente sistema di contabilità finanziaria con il più efficiente ed efficace sistema di contabilità economico-patrimoniale (2).

Il processo di aziendalizzazione non può che essere lungo e irto di difficoltà, soprattutto perché non può ridursi alla semplice trasposizione acritica dei sistemi adottati nelle aziende private nell'ambito di «aspiranti» aziende sanitarie pubbliche. Eppure, per quanto riguarda il sistema di bilancio, si è optato per l'adozione di schemi conformi a quelli civilistici, previ adattamenti terminologici insufficienti, trascurando la necessaria funzionalità che deve legare lo strumento informativo al fine istituzionale dell'azienda. La conseguenza di tale scelta è quella di avere degli schemi di bilancio che assommano i limiti informativi propri di quelli civilistici, ampiamente e generalmente evidenziati dal-

la dottrina economico-aziendale (Matacena, 1993: 121-153), a tutto l'insieme dei limiti derivanti dall'adozione di schemi previsti per aziende aventi caratteristiche, in termini di natura, finalità e attività esercitata, completamente differenti (3).

Il processo di aziendalizzazione delle aziende sanitarie pubbliche è, quindi, ancora un «cantiere aperto».

Lo scopo di questo lavoro è quello di suggerire i possibili miglioramenti da apportare a uno degli strumenti del sistema informativo aziendale, il conto economico, sulla base della situazione attuale, giudicata scarsamente corrispondente alle finalità della riforma (Grandis, 1996: 109; Persiani, 1999: 152; Tieghi, 2000: 1-2), e degli aspetti che non sono stati presi in considerazione al momento della redazione dei prospetti obbligatori di bilancio per le aziende sanitarie pubbliche.

## 2. La potenzialità informativa del conto economico delle aziende sanitarie pubbliche: l'economicità

Il conto economico è il documento che aiuta a comprendere il grado di

conseguimento delle condizioni di equilibrio economico aziendale, o economicità della gestione (4), e che mostra la «dimensione» e il «sistema dei valori» che hanno concorso alla sua determinazione (5).

A differenza di quanto accade nelle imprese, nelle aziende sanitarie pubbliche il valore informativo del risultato d'esercizio è, però, incompleto: esso sintetizza in misura minore il livello di economicità conseguito, dal momento che non riflette una delle sue determinanti, il grado di efficacia della gestione.

L'efficacia può essere definita, sinteticamente, come la capacità di raggiungere gli obiettivi: le aziende sanitarie pubbliche hanno obiettivi di natura meta-economici, rappresentati dal soddisfacimento dei bisogni socio-sanitari della collettività, il cui conseguimento non può essere valutato sulla base del risultato economico del periodo, ma solo attraverso la verifica del grado reale di soddisfacimento raggiunto.

La considerazione del solo risultato economico può condurre persino a giudizi distorti e fuorvianti. A titolo di esempio, l'eventuale margine positivo di gestione dell'azienda può

essere valutato positivamente se fatto dipendere dal miglioramento dell'efficienza gestionale, negativamente se la riduzione eventuale dei costi fosse associata al peggioramento, quantitativo e/o qualitativo, dei livelli socio-assistenziali offerti alla collettività.

Da tali riflessioni consegue che il risultato economico di periodo esprime correttamente solo il grado di autosufficienza economica dell'azienda sanitaria pubblica (6). In particolare, il risultato positivo esprime la capacità di consumare meno risorse di quante acquisite; il risultato negativo, al contrario, indica la tendenza a consumare più risorse di quelle a disposizione.

In sintesi, l'adozione di qualunque struttura di conto economico, anche se concepita sulla base di principi diversi da quelli utilizzati per la redazione degli schemi ministeriali e regionali, può solo migliorare la capacità informativa di tale documento, ma non può, in nessun caso, conseguire obiettivi di conoscenza che, in assoluto, le sono preclusi. In altre parole, nessuna struttura di conto economico è capace, senza ricorrere a strumenti ulteriori e complementari, di verificare l'efficacia della gestione di un'azienda sanitaria pubblica nel raggiungimento dei propri fini istituzionali (7).

Quanto precede fa emergere l'esigenza di una struttura di conto economico che evidenzi grandezze maggiormente significative per le caratteristiche delle aziende in esame (e che non si riduca alla sola definizione del risultato di periodo che rappresenta un valore «muto», al più «afono», non essendo in grado di sintetizzare gli aspetti salienti della gestione). Inoltre, la struttura ideale deve focalizzarsi sul «sistema dei valori» che aiuta a comprendere meglio il conseguimento delle condizioni di equilibrio.

### 3. Le questioni sospese

#### 3.1. *La definizione dei livelli di responsabilità del manager dell'azienda sanitaria pubblica: la definizione del valore della produzione*

Lo schema di conto economico deve permettere di formalizzare e misurare le responsabilità dell'azienda, cioè gli obiettivi, in termini di prestazioni erogate.

Il valore della produzione è la grandezza che definisce gli ambiti da considerare sotto il controllo, e quindi la responsabilità, dell'azienda. In altri termini, l'azienda non può essere responsabile di ciò che è escluso da tale aggregato (Battaglia, Zavattaro, 1997).

Le riflessioni di seguito proposte sono valide per le aziende sanitarie locali. Nel caso di aziende ospedaliere, infatti, non esiste la mobilità, perché non c'è una popolazione di riferimento, e il sistema di finanziamento non si basa sull'attribuzione della quota capitolaria.

A seconda dell'accezione di ricavo di produzione utilizzata, e conseguentemente di quella di costo di produzione, la responsabilizzazione trova differente focalizzazione.

Nell'accezione ampia, i ricavi sono rappresentati dall'insieme delle risorse comunque a disposizione dell'azienda, destinato al soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini, indipendentemente dalla modalità di soddisfazione, diretta o indiretta, cioè tramite altri operatori. Di conseguenza, la mobilità passiva, cioè quanto un'azienda sanitaria locale paga un altro operatore per le prestazioni erogate a cittadini del proprio territorio di riferimento, che dovrebbe essere considerata più correttamente un semplice trasferimento di risorse, diventa un costo.

Nell'accezione ristretta, i ricavi sono costituiti dalle valutazioni economiche di ciò che l'azienda ha saputo produrre direttamente. Ne consegue che per costi si intendono i costi-consumo sopportati a fronte di tale produzione. In questo caso, le risorse assegnate alle aziende sanitarie locali devono essere diminuite delle quote trasferite agli altri operatori per mobilità passiva in quanto non costituiscono ricavi nell'accezione ristretta.

Le due accezioni di ricavo e costo presentate hanno un risvolto diretto sul livello di responsabilità di un'azienda sanitaria pubblica.

Nel primo caso, poiché deve essere cercato l'equilibrio economico tra le risorse assegnate e ritenute sufficienti per il soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione di riferimento e quanto speso o trasferito a tal fine, la responsabilizzazione trova focalizzazione sulle esigenze della propria popolazione. In questa circostanza, il valore della produzione assume il significato di valore della produzione che i cittadini residenti nel territorio di riferimento dell'azienda territoriale ricevono e di cui l'azienda è responsabile (Battaglia, Zavattaro, 1997: 13). In altre parole, la singola azienda deve comunque garantire certi livelli qualitativi di prestazioni sanitarie ai propri cittadini, indipendentemente dal soggetto che concretamente provvede all'erogazione dei servizi. Tale impostazione risulta più corrispondente con il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie locali, basato sulla quota capitolaria, ed è quella accolta sia nel conto economico ministeriale che in quelli regionali.

Nel secondo caso, la responsabilizzazione viene focalizzata sull'attività svolta direttamente dalla singola azienda (Tieghi, 2000: 215-216). In tale modo si evidenzia la capacità dell'azienda di dimensionarsi in modo coerente con i volumi di prestazioni

che essa eroga direttamente (bisogni sanitari espressi da cittadini residenti e non residenti). Con tale impostazione va cercato l'equilibrio economico tra le risorse acquisite e trattenute, tramite la produzione diretta, e quelle consumate per ottenerla.

### 3.2. L'evidenziazione dei livelli di autonomia gestionale

La struttura ideale di conto economico per le aziende sanitarie pubbliche può presentare la classificazione delle disponibilità economiche — si usa tale espressione generica per sottolineare l'eterogeneità e la convenzionalità dei ricavi delle aziende in esame — e dei costi d'esercizio in ragione del grado di gestibilità che essi presentano. Il grado di controllabilità dei ricavi e dei costi è strettamente correlato al grado di riferibilità del risultato economico d'esercizio al soggetto d'azienda. Per mezzo di esso è possibile valutare il livello effettivo di responsabilità del *manager*.

Il risultato economico di periodo può diventare un metro di giudizio dell'operato del *manager* in termini di efficienza gestionale. Per poter esprimere un giudizio corretto sull'operato del *manager* è necessario evidenziare l'effettivo grado di responsabilità dello stesso sulle grandezze e la dinamica che hanno condotto a certi risultati. Minore è l'autonomia gestionale del *manager*, minore è la responsabilità sui risultati finali. La ripartizione dei ricavi sulla base del criterio di gestibilità degli stessi consente di evidenziare i livelli effettivi di autonomia decisionale e, quindi, di responsabilità.

Il criterio di classificazione proposto consente anche un altro tipo di valutazione, basata sulla relazione esistente tra la natura di azienda e il grado di autonomia economica. Il concetto di autonomia si riferisce alla condizione per la quale l'azienda opera in mo-

do tale da determinare i propri risultati. L'autonomia è verificata quando esiste la possibilità di sviluppare tutte le azioni idonee al raggiungimento delle finalità assegnate e dell'equilibrio economico-finanziario. Se viene meno tale capacità, la natura d'azienda viene persa e l'ente diventa parte di un'azienda più ampia dalla quale dipende direttamente (8).

Quando i vincoli posti al comportamento degli enti pubblici diventano troppo stringenti, tali da ridurre il grado di autonomia a livelli limite, ostacolando la ricerca dell'equilibrio, essi fanno spostare a un altro livello la responsabilità sul raggiungimento del risultato.

La struttura di conto economico non può evidenziare completamente il livello dei condizionamenti all'autonomia gestionale, dal momento che molti di essi non possono essere isolati e valutati economicamente, o possono esserlo con livelli di soggettività tali da compromettere la significatività dei risultati. Si fa riferimento, in particolare, ad alcuni fattori di natura strutturale, all'insieme dei fenomeni connessi alle garanzie dell'azione pubblica e alle necessità di coordinamento tra i vari enti (Zangrandi, 1999: 7-14).

Se ci si limita ai soli effetti del sistema di finanziamento sulla tipologia e composizione dei ricavi, e quindi sulla possibilità effettiva di incidere su di essi, l'idea di un conto economico che evidenzi il grado di autonomia aziendale ha effettive possibilità di realizzazione.

Fra i ricavi caratteristici, ossia quelli inerenti all'erogazione di servizi sanitari, sono comprese tipologie di entrata aventi un significato economico completamente diverso l'una dall'altra. Tali ricavi possono derivare da trasferimenti da parte di altri enti, a loro volta, a destinazione vincolata o indistinta, non correlati direttamente al livello di attività erogato da parte della

struttura, da ricavi tariffari e da ricavi determinati sulla base di prezzi di mercato.

Il sistema di finanziamento tariffario permette di ricreare la relazione propria del sistema di scambio economico e la correlazione tra costi e ricavi. Infatti le aziende sanitarie erogano servizi in cambio di un prezzo. Si tratta, però, di una situazione di mercato «simulato» dal momento che la tariffa non deriva dall'incontro tra domanda e offerta sul mercato, ma dalla decisione di un livello di governo superiore che determina, in via generale, un definito criterio e una specifica valutazione economica. Un condizionamento ulteriore al sistema di mercato deriva dalle scelte di politica sanitaria di contrazione delle risorse consumate. Il sistema tariffario stimola l'erogazione di volumi crescenti di servizi sanitari. Per evitare ciò, vengono introdotti dei meccanismi aventi lo scopo di disincentivare la produzione oltre livelli stabiliti: tariffe decrescenti all'incremento dei volumi oltre una certa soglia, definizione di un livello massimo finanziabile, individuazione *ex ante* di un livello di finanziamento riconosciuto all'azienda.

L'azienda sanitaria pubblica opera in condizioni *standard* di mercato solo nel momento in cui soddisfa quei bisogni sanitari particolari rappresentati, a titolo di esempio, dalla richiesta di prestazioni in tempi più rapidi, o con livello di *comfort* alberghiero più elevato o per ottenere prestazioni da un'*équipe* specifica. Anche se rappresenta ancora un'attività marginale, è tendenzialmente in espansione, stimolata dalla ricerca di risorse economiche aggiuntive.

In sintesi, se il livello di autonomia gestionale per i costi è uguale a quello delle altre aziende che operano per il mercato, lo stesso non può dirsi per i ricavi caratteristici. Infatti «i costi sono espressivi dei livelli di attività e dei

servizi erogati, cioè delle risorse profuse per la realizzazione di attività, mentre i proventi non sono espressivi del valore oggettivo dallo scambio, ma tipicamente dipendono da scelte dei livelli di governo competenti su quanto destinare ai consumi sanitari» (Zangrandi, 1999: 32).

L'articolazione dei ricavi caratteristici deve permettere l'identificazione di ciò che viene offerto ai cittadini nell'ambito della garanzia pubblica da ciò che viene erogato nell'ambito di meccanismi di scambio individuale (prestazioni a pagamento).

La proposta operativa più ambiziosa è quella di scindere il valore della produzione tra «valore della produzione» e «disponibilità economiche ordinarie». Questi valori vanno confrontati con i costi relativi: «costo della produzione ceduta al mercato» e «costo della produzione dei processi di erogazione». In questo modo, il risultato della gestione caratteristica, «equilibrio economico dell'attività caratteristica», è distinto in «equilibrio economico della produzione» ed «equilibrio economico dei processi di consumo» (Zangrandi, 1999: 38-39).

La proposta più attendibile consiste nella ripartizione dei ricavi sulla base della controllabilità degli stessi, e quindi in ragione dell'approssimazione, via via crescente, ai valori di mercato delle prestazioni erogate, senza procedere all'imputazione dei costi sulla base del livello di gestibilità dei ricavi stessi. Tale proposta si concretizza in un livello maggiore di disaggregazione del valore della produzione. Questa classificazione è definita più attendibile perché evita la ripartizione dei volumi incerti di costi comuni che compromette, a causa dei criteri adottati, comunque soggettivi, l'attendibilità dei risultati.

#### **4. Il tentativo di usare il bilancio come strumento di valutazione dell'efficacia gestionale**

##### *4.1. Il ruolo della relazione sulla gestione*

Il miglioramento della capacità informativa del bilancio, in termini di valutazione dell'efficacia gestionale, può essere perseguito ricorrendo a uno strumento complementare agli schemi di bilancio, di natura prevalentemente descrittiva ed extracontabile. Il risultato economico dell'esercizio, quindi, diventa solo un semplice valore parametrico che va ponderato sulla base di altre informazioni focalizzate, in modo particolare, sul conseguimento degli obiettivi che hanno guidato l'azione aziendale.

Il presupposto logico di tale impostazione è il concetto stesso di efficacia. In sintesi, per efficacia si intende l'effettivo rapporto conseguito tra obiettivi previsti e obiettivi raggiunti: più tale rapporto è alto, maggiore è il grado di efficacia della condotta gestionale. In altre parole, l'efficacia è la misura della capacità di conseguire i risultati messi in preventivo.

Nelle aziende sanitarie pubbliche, a differenza di quanto avviene nelle aziende ordinarie di produzione, l'assenza di un effettivo scambio economico — cioè di un meccanismo capace di oggettivare il valore delle attività erogate — produce un ulteriore effetto distorsivo sulle valutazioni. Quanto rilevato implica la necessità di procedere alla valutazione anche della traduzione delle finalità istituzionali in obiettivi misurabili in quantità non monetarie (Zangrandi, 1999: 28).

Alla luce di quanto premesso, il documento di cui si vogliono delineare le caratteristiche diventa una relazione sui risultati raggiunti e sulla coerenza degli stessi con quanto previsto.

Nelle varie normative regionali in tema di sanità, esistono già documenti descrittivi di accompagnamento al bilancio d'esercizio, ma questi, noti col nome di «relazione sulla gestione» o «relazione del Direttore generale», ancora non consentono il raggiungimento completo dell'obiettivo informativo di cui si tratta.

La proposta operativa consiste nell'integrazione di tali documenti, attraverso un'opera di focalizzazione sul livello dei risultati raggiunti (9).

##### *4.2. Un approccio alternativo: la focalizzazione sui costi caratteristici*

Un tentativo grezzo di analisi dell'efficacia gestionale può essere condotto attraverso una particolare classificazione funzionale dei costi caratteristici (10).

Di notevole valore informativo è la ripartizione degli oneri caratteristici tra «oneri afferenti direttamente al processo erogativo» e «oneri di supporto al processo erogativo».

Gli «oneri afferenti direttamente al processo erogativo» sono rappresentati dal costo dei fattori produttivi che hanno partecipato direttamente al processo di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie. Tale categoria di costi è l'equivalente del «costo industriale del venduto», calcolato per le imprese di produzione.

Gli «oneri di supporto al processo erogativo», invece, sono costituiti dall'insieme di tutti gli altri costi caratteristici che possono essere imputati alla funzione socio-sanitaria solo indirettamente, soprattutto quelli sostenuti per il funzionamento dell'apparato organizzativo, amministrativo e burocratico dell'azienda.

La differenza tra il valore della produzione e la prima categoria di oneri rappresenta il «margine lordo del processo erogativo» (l'equivalente del «margine lordo industriale»), ossia il

marginale generato dal processo produttivo dei servizi sanitari. Sottraendo gli «oneri di supporto al processo erogativo», si ottiene il risultato della gestione caratteristica o risultato operativo.

Lo schema di conto economico strutturato sulla base della ripartizione dei costi caratteristici appena proposta permette di osservare i fattori di rigidità strutturale delle aziende sanitarie pubbliche e l'incidenza che tali rigidità hanno sui margini economici dell'attività di erogazione dei servizi sanitari. Inoltre, dallo schema si desume l'efficienza aziendale a livello di allocazione delle risorse: le risorse disponibili sono state destinate all'espletamento della funzione socio-sanitaria e non per il semplice mantenimento della struttura retrostante (Cassandro, 1979: 20; D'Alessio, 1992: 23).

Come ogni altra classificazione basata su criteri funzionali, anche quella appena proposta rischia di pervenire a risultati inattendibili, a causa della inamovibile soggettività dei criteri di ripartizione dei costi comuni.

### 5. I condizionamenti derivanti dai vincoli di destinazione del risultato positivo di gestione

Alle aziende sanitarie pubbliche è vietata la copertura delle perdite d'esercizio con le risorse derivanti dalla cessione di componenti patrimoniali, allo scopo di contrastare il conseguente depauperamento del patrimonio aziendale.

Il divieto è stato introdotto dall'art. 65 della L. 833/78 e successive modificazioni e integrazioni. La norma impone alle singole regioni di legiferare in ordine alla disciplina dell'alienazione dei beni patrimoniali delle aziende sanitarie pubbliche e al reinvestimento delle risorse derivanti dagli smobilizzi in beni patrimoniali maggiormente produttivi o in poten-

ziamenti di strutture sanitarie esistenti (11).

Quanto sancito non ha prodotto alcun effetto sugli schemi di bilancio previsti, né su quelli ministeriali, né su quelli regionali. Si ritiene, però, che l'applicazione delle norme richiamate debba avere un riscontro formale anche sugli schemi di bilancio, e sul conto economico in particolare.

Senza l'inserimento di poste di bilancio aventi lo scopo di tradurre contabilmente la *ratio* delle norme ricordate, il risultato finale a cui si perviene è sostanzialmente e formalmente scorretto, palesemente contrastante con le previsioni legislative (12).

Operativamente si ritiene necessario depurare il risultato economico dell'esercizio dagli effetti delle alienazioni di elementi patrimoniali. Nel caso in cui un'azienda sanitaria realizzi una plusvalenza da alienazioni, tale valore deve essere contestualmente portato a incremento di una riserva del patrimonio netto, la cui unica destinazione è quella prevista dalla norma di legge, cioè reinvestimenti patrimoniali o ristrutturazioni o potenziamenti di strutture sanitarie già esistenti. Poiché potrebbero essere presenti nel passivo dello stato patrimoniale contributi in conto capitale assegnati specificamente per il cespite ceduto, la quota non ancora utilizzata per la sterilizzazione dei rispettivi ammortamenti va fatta confluire nella riserva di cui si tratta.

Nel caso opposto, in cui l'alienazione conduce alla realizzazione di una minusvalenza, coerentemente a quanto scritto sopra, tale valore va portato in diminuzione della riserva già costituita in precedenza. Resta fermo che i rispettivi contributi in conto capitale siano imputati alla riserva medesima.

Quest'ultimo passaggio, è bene ricordare, è di fondamentale importanza. Se al momento della cessione di un cespite acquisito a fronte di contributi

specifici in conto capitale non si procede allo storno della quota inutilizzata di tali valori, l'effetto distorsivo generato sul risultato d'esercizio è molto grave. La minusvalenza iscritta in bilancio in realtà trova copertura economica nei contributi assegnati, ma viene fatta incidere interamente sul risultato economico, comportando un successivo ulteriore rifinanziamento.

Quanto proposto è sostanzialmente e formalmente coerente con quanto previsto dalle leggi regionali e aumenta la chiarezza dei documenti contabili del bilancio.

### 6. Le caratteristiche degli schemi proposti

Nella definizione di schemi di riclassificazione, ci si è posti il problema propedeutico di valutare il grado di dipendenza degli stessi dagli schemi ministeriali e regionali adottati. Decidere di mantenere un legame forte con gli schemi già utilizzati, significa, da un lato, raggiungere un miglioramento informativo comunque limitato, dall'altro, permettere a tutti i soggetti esterni di procedere nella riclassificazione. Al contrario, proporre uno schema innovativo, che si basa su un criterio di classificazione diverso da quello posto a base degli schemi adottati, si traduce in un effettivo miglioramento della qualità dell'informazione offerta, ma compromette la possibilità per i terzi esterni di procedere nella rielaborazione.

Si ritiene che il soggetto interno sia fortemente interessato a proporre uno schema di bilancio che persegua la definizione di un risultato economico maggiormente idoneo ad esprimere un giudizio corretto sulla propria capacità gestionale, in termini di efficienza ed efficacia. Quindi, il redattore del bilancio avrebbe tutto l'interesse a inserire nelle note al bilancio destinato a pubblicazione, uno schema con le ca-

ratteristiche di cui si sta trattando. Inoltre, egli dispone di tutti gli strumenti — contabilità generale, contabilità analitica, potere di modificare il piano dei conti, ecc. — necessari al fine.

Alla luce di quanto scritto, vengono proposti due schemi di riclassificazione del conto economico: il primo (tavola 1), «a prodotto interno lordo e valore aggiunto», il secondo (tavola 2), «a margine lordo del processo erogativo». Nel primo caso, si rileva una maggiore facilità di calcolo per l'analista esterno, dal momento che i dati necessari sono reperibili direttamente nei bilanci pubblicati, senza richiedere informazioni di dettaglio non sempre disponibili.

Entrambi gli schemi si basano su una classificazione per aree funzionali delle componenti di ricavo e di costo. Inoltre, per quanto riguarda l'articolazione dei ricavi caratteristici, si è assunta la prima delle accezioni di valore della produzione tra quelle analizzate nel paragrafo 3.1, e si è optato per un'articolazione ampia, sulla base del criterio di gestibilità delle stesse componenti di ricavo (per il significato operativo di tale scelta si rinvia al paragrafo 3.2).

La differenza significativa tra i due schemi, a parte la definizione di valori parametrici dal significato diverso, consiste nel criterio utilizzato di classificazione dei costi: per natura, nel primo caso, per destinazione, nel secondo.

Entrambi gli schemi, infine, presentano un'articolazione dell'area straordinaria coerente con le riflessioni fatte sul grado di vincolo nella destinazione dell'utile (paragrafo 5).

In questa sede non si procede all'esame analitico del significato del contenuto degli schemi proposti, parzialmente fatto nei paragrafi precedenti, per il quale si rinvia alla dottrina, ampia e significativa (Ranalli, 1984; Liz-

za, 1989; Confalonieri, 1992; Matace-  
na, 1993; Marchi, Paolini, Quagli,  
1995; Tieghi, 2000), ma si propongono  
solo alcune riflessioni sul significato e  
l'importanza del «valore aggiunto».

Il valore aggiunto è una grandezza  
economica ampiamente utilizzata nel-  
la prassi come parametro di valutazio-  
ne nei calcoli di convenienza econo-  
mica, in alternativa al profitto. A titolo

**Tavola 1 - Conto economico a valore aggiunto**

1. Contributi in c/esercizio finalizzati
2. Contributi in c/esercizio indistinti
3. Compartecipazione alla spesa sanitaria
4. Compensi a tariffa
5. Ricavi-prezzo
6. Altri proventi e ricavi tipici diversi
7. Variazione delle rimanenze di produzione
8. Incrementi di immobilizzazioni per lavori interni
9. <b>Valore della produzione (1+2+3+4+5+6+7+8)</b>
10. Mobilità passiva intraregionale
11. Mobilità passiva extraregionale
12. <b>Prodotto interno lordo caratteristico (9-10-11)</b>
13. Consumo di beni sanitari
14. Costi per acquisto di servizi
15. Godimento beni di terzi
16. <b>Costi-consumo di beni e di servizi di uso singolo (13+14+15)</b>
17. <b>Valore aggiunto lordo caratteristico (12-16)</b>
18. Costo del lavoro
19. <b>Margine operativo lordo caratteristico (17-18)</b>
20. Ammortamenti
21. Quota contributi in c/capitale utilizzata per sterilizzare gli ammortamenti
22. Perdite su crediti
23. Accantonamenti tipici
24. <b>Costi-consumo di beni e servizi di uso durevole e perdita di valore degli elementi facenti parte delle attività circolanti (20-21+22+23)</b>
25. <b>Risultato operativo caratteristico (19-24)</b>
26. Risultato della gestione extracaratteristica (+/-)
27. Risultato della gestione finanziaria (+/-)
28. <b>Risultato ordinario (25+26+27)</b>
29. Proventi straordinari
30. Accantonamento plusvalenze da alienazioni
31. Oneri straordinari
32. Storno minusvalenze da alienazioni
33. <b>Risultato della gestione straordinaria (29-30-31+32)</b>
34. <b>Risultato ante imposte (28+33)</b>
35. Imposte sul reddito
36. <b>Risultato netto (34-35)</b>

di esempio, il valore aggiunto può essere assunto a base della misurazione dell'efficienza nell'impiego di determinate tipologie di risorse, in particolare il lavoro e il capitale, per mezzo di indici (valore aggiunto/numero di dipendenti; valore aggiunto/capitale investito). L'osservazione dell'andamento temporale di tali indici fornisce preziose informazioni sull'efficacia del *management* nel conseguire risultati, in termini di produttività, in linea con le previsioni (Gabrovec Mei, 1986; Lizza, 1989: 149).

La portata del valore informativo del valore aggiunto, e delle analisi condotte sulla sua base, cresce valutando il suo grado di attendibilità, rispetto al reddito operativo e/o al reddito netto. L'attendibilità dipende dall'incidenza delle componenti di costo e di ricavo determinate in modo soggettivo. Diversamente dal reddito operativo e dal reddito netto, la soggettività di determinazione è limitata alle rimanenze di prodotti finiti e semilavorati e alle capitalizzazioni di costi per costruzioni interne in economia. Gli ammortamenti e gli accantonamenti a fondi rischi e spese, invece, non incidono sul valore aggiunto e, quindi, la soggettività necessaria per il loro calcolo non inficia l'oggettività del valore in questione (Lizza, 1989: 150).

Gli schemi proposti sono stati strutturati avendo come punto di riferimento le aziende sanitarie locali, le cui caratteristiche peculiari, profondamente diverse da quelle delle aziende ospedaliere, hanno sollecitato le riflessioni svolte in precedenza. Ciò non toglie che gli stessi schemi possono essere adottati dalle aziende ospedaliere, con le stesse finalità e le medesime capacità informative. Naturalmente, lo schema risulterà movimentato solo per quelle voci che hanno significato per le aziende in questione.

In generale, si tratterà di schemi più semplici.

## 7. Conclusioni

I soggetti che provvedono alla redazione del bilancio hanno l'interesse, la capacità, la possibilità e l'autonomia per rimediare al ridotto livello qualitativo dell'attuale sistema informativo di bilancio (13), arricchendo il contenuto della nota integrativa, o altro allegato al bilancio, con riclas-

sificazioni più funzionali, magari simili a quelle proposte in questo lavoro. Inoltre, così operando, essi contribuiscono a superare il grave problema della comparabilità dei bilanci tra le aziende sanitarie pubbliche delle diverse regioni (Terzani, 1996: 5) (14).

L'adozione generalizzata di uno schema di conto economico dotato di maggiore capacità informativa consentirebbe, innanzitutto, la comparazione, spaziale e temporale, e tale

**Tavola 2 - Conto economico «a margine lordo del processo erogativo»**

1. Contributi in c/esercizio finalizzati
2. Contributi in c/esercizio indistinti
3. Compartecipazione alla spesa sanitaria
4. Compensi a tariffa
5. Ricavi-prezzi
6. Altri proventi e ricavi tipici diversi
7. Variazione delle rimanenze di produzione
8. Incrementi di immobilizzazioni per lavori interni
9. **Valore della produzione (1+2+3+4+5+6+7+8)**
10. Mobilità passiva intraregionale
11. Mobilità passiva extraregionale
12. **Margine disponibile per l'attività istituzionale di erogazione diretta (9-10-11)**
13. Consumo di beni sanitari
14. Servizi impiegati per l'erogazione delle prestazioni sanitarie
15. Godimento beni di terzi impiegati nell'attività sanitaria
16. Ammortamenti di immobilizzazioni impiegate nell'attività sanitaria
17. Quota dei contributi in c/capitale utilizzata per sterilizzare gli ammortamenti
18. Accantonamenti per l'attività sanitaria
19. Costi del personale per l'attività sanitaria
20. Altri costi per l'attività sanitaria
21. **Oneri afferenti direttamente al processo erogativo (13+14+15+16-17+18+19+20)**
22. **Margine lordo del processo erogativo (12-21)**
23. Consumo di beni non sanitari
24. Servizi non impiegati per l'erogazione delle prestazioni sanitarie
25. Godimento beni di terzi non impiegati nell'attività sanitaria
26. Ammortamenti di immobilizzazioni non impiegate nell'attività sanitaria
27. Quota dei contributi in c/capitale utilizzata per sterilizzare gli ammortamenti
28. Accantonamenti per l'attività non sanitaria
29. Costi del personale per l'attività non sanitaria
30. Altri costi non sanitari
31. **Oneri di supporto al processo erogativo (23+24+25+26-27+28+29+30)**
32. **Risultato operativo caratteristico (22-31)**

comparazione sarebbe, a nostro avviso, di qualità migliore.

(1) Il processo di aziendalizzazione sta interessando ormai da tempo tutto il settore pubblico. Cfr. Anselmi (1995). Con particolare riferimento alla sanità pubblica, cfr. Anselmi, Volpato (1990); Anselmi (1996); Del Bene (2000); Marinò (2001); Anselmi, Saita (2002).

(2) Sui sistemi informativi, cfr. Marchi (1993). Sull'efficacia dei sistemi informativi, cfr. Branciarri (1996: 223-224).

(3) Chi ha condotto l'esame su base nazionale ha riscontrato un'estrema eterogeneità tra gli schemi di bilancio predisposti dalle diverse regioni. In generale, tale comportamento è corretto poiché è indizio del fatto che le singole regioni non hanno operato un recepimento acritico dei suggerimenti ministeriali, apportando spesso livelli rilevanti di miglioramento. Il comportamento prevalente, però, si limita a un graduale avvicinamento all'impostazione del codice civile (Annessi Pessina, Cantù, 2000: 129-200).

(4) Sui concetti di equilibrio economico ed economicità cfr. Ferrero (1968: 198-207) e Giannessi (1979: 11). Per un riferimento specifico al settore pubblico, cfr. Borgonovi (1996: 153).

(5) È bene sottolineare che la gestione aziendale secondo criteri economici è strumentale per qualsiasi fine. Cfr. Giannessi (1961: 69); Onida (1965: 105); Amaduzzi (1965: 2-4).

(6) Parte della dottrina ritiene, però, che un risultato positivo possa essere interpretato negativamente, in termini di grado di soddisfazione dei bisogni. Cfr. Cassandro (1979: 36); Anthony (1986: 304).

(7) Tale convinzione è ormai radicata a livello dottrinale (Zappa, Marcantonio, 1954: 48).

(8) Molti sono gli Autori che individuano nell'autonomia un fattore costitutivo dell'azienda. Cfr. Zappa (1957: 65-66); Ferrero (1968: 202-207); Masini (1970: 171); Azzini (1982: 16-17); Airolti, Brunetti, Coda (1989: 327-329).

(9) Cfr. Rea (1998: 307-308). L'Autore propone di denominare tale documento «relazione istituzionale». La diversa denominazione ha lo scopo di esaltare il rinnovato ruolo delle relazioni già redatte, maggiormente focalizzate sugli aspetti rilevati nel testo. Per una panoramica sugli interventi della dottrina in merito all'importanza di un documento dal contenuto prevalentemente descrittivo per particolari tipologie di aziende, senza pretese di esaustività, cfr. Zappa, Marcantonio (1954: 48); Ma-

tacena (1984: 161); Tieghi (1995: 248-259); Bruni (1997); Hinna (2000).

(10) Per un'altra proposta di conto economico basato sulla classificazione funzionale dei costi, cfr. Grandis (1996: 98-100).

(11) A titolo di esempio, l'art. 8 della L.R. 47/96 della Regione Marche e l'art. 15 della L.R. 50/94 della Regione Emilia-Romagna prevedono che, qualora il risultato positivo dell'esercizio sia influenzato dagli effetti prodotti da alienazioni patrimoniali, tale risultato venga messo in evidenza nella relazione del Direttore generale — documento accompagnatorio del bilancio d'esercizio — che deve altresì prevedere l'esclusivo utilizzo dei corrispettivi valori per reinvestimenti patrimoniali maggiormente produttivi o per ristrutturazioni o potenziamenti di strutture sanitarie.

(12) Si ritiene più funzionale inserire le plusvalenze e le minusvalenze da alienazione nell'area straordinaria, indipendentemente dalle caratteristiche delle stesse, poiché dalle previsioni legislative sembra emergere una valutazione acriticamente straordinaria di tali componenti.

(13) Sul ruolo assunto dal bilancio di esercizio nell'ambito della comunicazione aziendale, cfr. Marasca (1999: 14-22).

(14) Sull'importanza e le implicazioni dell'uso di una convenzione linguistica in economia aziendale, cfr. Franceschi Ferraris (1978: 266-273).

#### BIBLIOGRAFIA

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

AMADUZZI A. (1965), *Sull'economia delle aziende pubbliche di erogazione*, Giappichelli, Torino.

ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (A CURA DI) (2000), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, EGEA, Milano.

ANSELMI L. (1995), *Il processo di aziendalizzazione della Pubblica amministrazione. Il «percorso aziendale»*, Giappichelli, Torino.

ANSELMI L. (A CURA DI) (1996), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie. Strumenti per una gestione manageriale efficace*, Il Sole 24 Ore, Milano.

ANSELMI L., SAITA M. (A CURA DI) (2002), *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore, Milano.

ANSELMI L., VOLPATO O. (A CURA DI) (1990), *L'azienda salute*, Giuffrè, Milano.

ANTHONY R.N. (1986), *Contabilità e bilancio: uno schema concettuale*, Franco Angeli, Milano.

AZZINI L. (1982), *Istituzioni di economia d'azienda*, Giuffrè, Milano.

BATTAGLIA G., ZAVATTARO F. (1997), «L'introduzione della contabilità economico patrimoniale: quali strumenti operativi per l'interpretazione dei valori economici», *Mecosan*, 21, pp. 9-20.

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

BRANCIARI S. (1996), *I sistemi di controllo nella piccola impresa*, Giappichelli, Torino.

BRUNI G. (1997), «Il bilancio di missione delle aziende non profit», *Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale*, 5-6, pp. 234-244.

CASSANDRO P.E. (1979), *Le gestioni erogatrici pubbliche*, UTET, Torino.

CONFALONIERI M. (1992), *Forme, strutture e schemi di bilancio*, UTET, Torino.

D'ALESSIO L. (1992), *La gestione delle aziende pubbliche. Problemi di programmazione, controllo e coordinamento*, Giappichelli, Torino.

DEL BENE L. (2000), *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano.

FERRERO G. (1968), *Istituzioni di economia d'azienda*, Giuffrè, Milano.

FRANCESCHI FERRARIS F. (1978), *L'indagine metodologica in economia aziendale*, Giuffrè, Milano.

GABROVEC MEI O. (1984), *Metodologie quantitative di determinazione del valore aggiunto aziendale*, Goliardica, Trieste.

GIANNESI E. (1961), *Interpretazione del concetto di azienda pubblica*, Corsi, Pisa.

GIANNESI E. (1979), *Appunti di economia aziendale*, Pacini, Pisa.

GRANDIS F.G. (1996), *Lo schema di bilancio delle aziende sanitarie pubbliche*, UTET, Torino.

HINNA L. (2000), «Il bilancio di missione. La rendicontazione contabile e sociale nelle strutture non profit», *Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale*, 7-8, pp. 358-377.

LIZZA F. (1989), *Le riclassificazioni di bilancio: il conto economico*, CLUA, Ancona.

MARASCA S. (1999), *Le valutazioni del bilancio di esercizio*, Giappichelli, Torino.

MARCHI L. (1993), *I sistemi informativi aziendali*, Giuffrè, Milano.

MARCHI L., PAOLINI A., QUAGLI A. (1995), *Strumenti di analisi gestionale. Il profilo strategico*, Giappichelli, Torino.

- MARINÒ L. (2001), *Dinamiche competitive ed equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano.
- MASINI C. (1970), *Lavoro e risparmio*, UTET, Torino.
- MATACENA A. (1984), *Impresa e ambiente. Il «bilancio sociale»*, CLUEB, Bologna.
- MATACENA A. (1993), *Il bilancio di esercizio. Strutture formali, logiche sostanziali e principi generali*, CLUEB, Bologna.
- ONIDA P. (1965), *Economia d'azienda*, UTET, Torino.
- PERSIANI N. (1999), *L'introduzione della contabilità economica e il nuovo sistema di bilancio nell'azienda sanitaria*, CEDAM, Padova.
- RANALLI F. (1984), *Sulla capacità informativa delle strutture di bilancio*, CEDAM, Padova.
- REA M.A. (1998), *Le aziende sanitarie pubbliche. Profilo economico-aziendale, modello contabile e problematiche di bilancio*, Giappichelli, Torino.
- TERZANI S. (1996), *Le comparazioni di bilancio*, CEDAM, Padova.
- TIEGHI M. (1995), *Le fondazioni. Obiettivi finalizzanti, sistemi informativi e bilancio di esercizio*, CLUEB, Bologna.
- TIEGHI M. (2000), *Il bilancio di esercizio delle aziende sanitarie pubbliche: uno schema di analisi*, CLUEB, Bologna.
- ZANGRANDI A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche. Aspetti di gestione, organizzazione e misurazioni economiche*, Giuffrè, Milano.
- ZAPPA G. (1957), *Le produzioni nell'economia delle imprese*, I tomo, Giuffrè, Milano.
- ZAPPA G., MARCANTONIO A. (1954), *Ragioneria applicata alle aziende pubbliche*, Giuffrè, Milano.

Management ed economia sanitaria

# MECOSAN

La rivista trimestrale  
di saggi e ricerche, documenti e commenti  
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

*Mecosan* è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

### Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

### Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

### Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

### Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpato, 1990); indicazione: VOLPATO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

### I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;  
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23  
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98  
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>

# RAGIUSAN

Rassegna Giuridica della Sanità

Egregio dottore,

**per il successo della Sua professione e della Sua azienda, essere informati è determinante.**

*Ma per reperire dati, notizie, aggiornamenti con puntualità e completezza ci vuole tempo, probabilmente molto più tempo di quello di cui Lei può disporre.*

*Per questo la rivista **RAGIUSAN** è lo strumento di informazione che Lei cerca.*

*Completa, autorevole, facile da consultare,*

*la rivista **RAGIUSAN** costituisce un vero e proprio «sistema integrato di informazione giuridica», pensato per darLe di più in minor tempo.*

*La rivista articolata in sette sezioni (1. Strutture ed organizzazione - 2. Contabilità e patrimonio -*

*3. Prevenzione ed igiene pubblica - 4. Assistenza sanitaria e medicina legale -*

*5. Assistenza farmaceutica - 6. Sanità veterinaria - 7. Rapporti di lavoro),*

*ciascuna delle quali suddivisa in tre parti (dottrina, giurisprudenza, documentazione),*

*rappresenta una fonte inesauribile di consultazione. Si abboni subito, avrà un vantaggio in più.*

## CAMPAGNA PROMOZIONALE VALIDA FINO AL 30 APRILE 2003

**CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE DI ABBONAMENTO 2003 + ANNATA ARRETRATA IN REGALO:  
DUE ANNATE AL PREZZO DI UNA: € 600,00**

Programma abbonamento 2003

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

Spett. **SIPIS** - Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Fax 068085817 - E-mail: sipised@tin.it

- Vi prego voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano, n. .... abbonament..... a

## RAGIUSAN

Rassegna Giuridica della Sanità

diretta da Luigi D'Elia

con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco).

- Pertanto:

- Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**
- Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata  
Barrare la casella che interessa

- Avendo provveduto al pagamento dell'abbonamento entro il 30 aprile 2003, ho diritto ad una annata arretrata in regalo (con esclusione del 2001 e 2002).

Cognome e nome ..... Via .....

C.a.p. .... Località ..... Prov. ....

..... lì ..... Annata arretrata prescelta: 19 .....

Codice Fiscale .....

FIRMA E TIMBRO .....

Partita IVA .....

(In caso di Ente, USL, Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

L'ordine è valido se accompagnato dal pagamento dell'abbonamento entro il 30 aprile 2003.

L'offerta della presente campagna promozionale non è cumulabile con altre e non si applica agli ordini che pervengano tramite libreria.

La scelta dell'annata non costituisce vincolo per la **SIPIS**, che in caso di esaurimento delle scorte in magazzino, può sostituire l'annata prescelta con altra annata.

# IL MODELLO DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE NEOPLASTICO: IL CASO DELLA RETE ONCOLOGICA PIEMONTESE

Maria Michela Gianino<sup>1</sup>, Giorgio Donna<sup>2</sup>, Giovanni Renga<sup>1</sup>

Università degli Studi di Torino

<sup>1</sup> Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia

<sup>2</sup> Dipartimento di Economia Aziendale

**SOMMARIO:** 1. Premessa - 2. La rete oncologica piemontese - 3. Il modello della presa in carico - 4. La centralità dell'utente - 5. La presa in carico è un approccio olistico al paziente che ... - 6. ... promette l'accoglienza dell'individuo e la definizione di un percorso ... - 7. ... assistenziale ... - 8. ... la gestione del percorso assistenziale ... - 9. ... nel rispetto del principio della multidisciplinarietà - 10. Le fasi della presa in carico - 11. I vantaggi del modello della presa in carico.

## 1. Premessa

La parcellizzazione del sapere e della pratica medica ha condotto ad una crescente specializzazione delle professionalità coinvolte nell'assistenza sanitaria che spesso rispondono alla unitaria domanda di salute del cittadino mediante una offerta di servizi frammentata. Tale frammentarietà costituisce uno dei principali nodi critici dei sistemi sanitari non solo italiano.

Si assiste così ad una ampia variabilità circa il tipo, le modalità, e la sequenza con cui si propongono gli interventi sanitari, fornendo risposte inadeguate e, talvolta, inefficaci al trattamento della malattia e sottoponendo i cittadini affetti dalla stessa patologia a percorsi diversificati. La situazione potrebbe essere modificata mediante un confronto intra e interdisciplinare fra le diverse professionalità coinvolte, le quali condividendo esperienze e conoscenze, possono raggiungere un comune consenso sul comportamento clinico da tenere e dare una risposta unitaria ed adeguata ad uno specifico problema di salute.

La frammentazione dell'offerta di servizi induce inoltre ad una costante soluzione di continuità fra una fase e

l'altra del processo di prevenzione, diagnosi e cura, impedendo il diffondersi di una cultura di presa in carico del paziente che sia globale, cioè garante dell'assistenza alla sua condizione in tutte le dimensioni, mediche, sociali e psicologiche, continua, cioè capace di supportare il cittadino senza alcuna interruzione fra i singoli episodi in cui può essere disarticolato il suo *iter* all'interno del sistema sanitario, ed infine trasversale in modo da assicurare un collegamento fra i diversi tratti del percorso: dal medico di medicina generale, all'accesso alle strutture di diagnosi e cura sino all'assistenza domiciliare. Solo in tal modo si evitano problemi di equità, in quanto in una situazione frammentata ha maggiore possibilità di accesso al sistema e migliore qualità di assistenza chi dispone di maggiori risorse economiche, relazionali e conoscitive.

Infine vi possono essere conseguenze negative anche dal punto di vista economico, poiché una erogazione non integrata delle prestazioni sanitarie può indurre a duplicazioni, a sovrapposizioni o alla realizzazione di servizi che potrebbero risultare inefficaci o inutili alla luce di conoscenze ed informazioni condivise.

Le difficoltà legate alla frammentazione risultano maggiori quanto più gli utenti presentano bisogni complessi ed articolati. È il caso delle condizioni prevalentemente connesse a patologie cronico-degenerative fra le quali sono certamente annoverabili quelle neoplastiche.

Le loro particolarità di:

- avere una storia naturale che evolve con rapidità ed esiti diversi a seconda del tipo di carcinoma;

- essere trasversali alle unità organizzative aziendali, sia territoriali sia ospedaliere, e, frequentemente a più aziende;

- coinvolgere numerose categorie professionali;

- richiedere la presenza di tecnologie di diverso grado di specializzazione che, come tali, non hanno una diffusione territoriale omogenea;

- dover essere trattate, almeno in alcune fasi della malattia, in strutture dotate di appropriati requisiti;

- impattare pesantemente sullo stato emotivo del paziente che necessita di punti di riferimento stabili e di fiducia;

si traducono nella necessità per il cittadino in stato di bisogno di peregrinare fra i diversi servizi per cercare le ri-

sorse di cui necessita rivestendo contemporaneamente i ruoli di organizzatore e fruitore dei servizi stessi.

Il problema è dunque la ricerca di soluzioni organizzative capaci di superare gli ostacoli presentati.

In tale contesto si colloca il presente contributo che delinea il modello organizzativo della rete oncologica piemontese. Un successivo articolo affronterà un altro tema importante delle Rete oncologica e precisamente le modalità con cui si è affrontato il problema dell'integrazione clinico-culturale ed organizzativa del percorso assistenziale del paziente neoplastico (1).

## 2. La rete oncologica piemontese

L'avvio della rete oncologica piemontese è nel dettato del Piano sanitario regionale (Psr) 1997-1999 che, nell'ambito dell'azione programmata «Lotta alle malattie neoplastiche», individuava come obiettivo strategico per la Regione Piemonte, la riduzione «in maniera significativa della mortalità, morbilità ed incidenza di nuovi casi».

I dati epidemiologici e le caratteristiche della domanda, descritti dallo stesso Psr, davano ragione della rilevanza di tale aree di intervento:

— l'incidenza della totalità delle neoplasie era pari a 465 nuovi casi all'anno per 100.000 abitanti, pari, cioè, a circa 20.000 nuovi casi in tutta la Regione (2);

— i decessi annuali per patologia neoplastica erano circa 11.300 di cui 6.200 nei maschi e 5.100 nelle femmine, costituendo circa 1/4 di tutte le cause di morte;

— circa il 20% del totale dei ricoveri, pari a 120.000, erano causati da patologia neoplastica.

In tale quadro «la riorganizzazione dell'attività oncologica» tramite la realizzazione di «un sistema a rete su

scala regionale articolato per livelli di complessità» risultava essere uno degli obiettivi operativi da perseguire.

In coerenza con le raccomandazioni contenute nelle linee guida per l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia, elaborate dalla Commissione oncologica nazionale (3), il Psr 1997-1999 delineava un primo assetto organizzativo della rete oncologica regionale, specificando che la costituiscono:

— i medici di medicina generale,

— i distretti socio sanitari con le loro strutture di tipo ambulatoriale o consultoriali,

— i centri di riferimento regionali,

— i poli, inizialmente individuati in 8 unità, con sede presso aziende ospedaliere o sanitarie locali, quali riferimento per il territorio di altre aziende sanitarie afferenti,

— i servizi oncologici presenti nelle aziende sanitarie non sedi di polo.

I nodi fondamentali della rete si prevedeva fossero i poli oncologici, riferimento per il trattamento della maggior parte delle neoplasie, nella cui sede era obbligatoriamente prevista la presenza di tre unità operative autonome e precisamente: l'oncologia medica, la radioterapia, la chirurgia, le quali dovevano essere costituite in dipartimento.

Al forte impulso fornito dal Psr 1997-1999 ad una organizzazione a rete dell'attività oncologica se ne è accompagnato un altro che ne qualifica il tipo di modello e che nasce dalla consapevolezza che le patologie neoplastiche hanno la peculiarità di essere trasversali, coinvolgere un gran numero di specialità mediche, avere percorsi di diagnosi e cura complessi e di lunga durata, richiedere cure da realizzarsi in strutture specifiche (reparti, *day hospital*, ambulatori, a domicilio, strutture di eccellenza), che devono essere dotate, a seconda dei casi, di attrezzature e professionalità di diversa

qualità e grado di sofisticazione. Tali caratteristiche si collocano in un contesto in cui manca un efficace coordinamento tra i diversi attori erogatori i quali operano in posizioni isolate non solo sul piano geografico ma anche e soprattutto sul fronte della comunicazione e collaborazione interna alle diverse componenti del sistema sanitario.

Il problema che si poneva era di definire un modello di organizzazione a rete capace di governare la complessità della malattia neoplastica senza trascurare ed anzi tenendo in congiunta considerazione tutte le specificità che la caratterizzano.

La soluzione è stata l'elaborazione del modello della *presa in carico del paziente oncologico* che possiede caratteri organizzativi idonei ad affrontare le problematiche che presenta la patologia neoplastica e la cui esplicitazione della fisionomia costituisce oggetto dei paragrafi successivi.

## 3. Il modello della presa in carico

Così come è stata concepita, la presa in carico del paziente sancisce la «centralità dell'utente» ed è definibile come «un approccio olistico al paziente che promette l'accoglienza dell'individuo e la definizione e la gestione di un percorso assistenziale nel rispetto del principio della multidisciplinarietà».

In tale definizione, essenziale e sintetica nella sua formulazione, sono presenti tutti gli elementi fondamentali che consentono di qualificare la presa in carico e che è opportuno trattare isolatamente al fine di esplicitare in maggior dettaglio il suo significato. A tal fine procediamo ad una sommaria analisi della definizione data e la scomposizione che ne risulta costituisce oggetto di trattazione separata nei prossimi paragrafi.

#### 4. La centralità dell'utente

La centralità del cliente non è estraneo al mondo imprenditoriale ed anzi numerose *Business school* e consulenti strategici hanno teorizzato che, vivendo in una economia di mercato, è cruciale mantenere soddisfatti gli acquirenti. I clienti sono soddisfatti se un prodotto o servizio risponde o supera le loro attese ad un prezzo non superiore a quello del valore da loro percepito. Uno dei maggiori teorizzatori dell'importanza della creazione di valore per il cliente è Michael Porter (1995) che ha sviluppato il modello delle cinque forze competitive per analizzare la concorrenza in un settore di attività ed ha identificato le tre strategie generali per raggiungere il vantaggio competitivo. Nel suo pensiero l'identificazione delle fonti del vantaggio competitivo non può realizzarsi se si considera l'azienda come un tutto unico. «Il vantaggio deriva dalle varie attività separate che un'impresa svolge nel progettare, produrre, vendere, distribuire e assistere i suoi prodotti» e diventa dunque fondamentale «stabilire una metodologia sistematica per esaminare tutte le attività che svolge un'azienda e come interagiscono, se si vogliono analizzare le fonti del vantaggio competitivo» (Porter, 1995) e soddisfare il cliente. Lo strumento che propone per svolgere tale analisi è la *catena del valore* che disaggrega le attività generatrici di valore per il cliente e le suddivide in due grandi gruppi: attività primarie ed attività di supporto. Le prime sono quelle direttamente impegnate nella creazione fisica del bene e nella sua distribuzione, mentre le seconde lavorano a sostegno delle singole attività primarie o dell'intera catena. Di queste la figura 1 richiama sinteticamente i contenuti, insieme alla rappresentazione grafica.

Anche se concepito per un'economia di mercato e per imprese indu-

striali, il modello porteriano è utilizzabile anche in ambito oncologico. Se è vero che le aziende sanitarie non operano in condizioni di libera concorrenza e non hanno il prezzo come parametro del valore che gli utenti assegnano alle prestazioni offerte, è anche afferabile che il loro successo — e quindi il loro vantaggio competitivo — dipende ugualmente dalla capacità di generare valore per il paziente. L'identificazione delle fonti richiede la costruzione della catena delle attività. La sua coniugazione in ambito onco-

logico porta a enfatizzare l'importanza delle attività operative su cui si focalizza l'intera catena e delle quali presenta una maggiore articolazione. Peraltro, la stessa classificazione e contenuto delle attività di supporto che viene proposta da Porter, mal si presta alla rete oncologica con la conseguenza che si è elaborata una versione rivisitata con una diversa articolazione delle attività. Il modello adottato per l'assistenza oncologica è riprodotto in figura 2 e presenta due categorie di attività:

Figura 1 - La catena del valore di Michael Porter (1995)

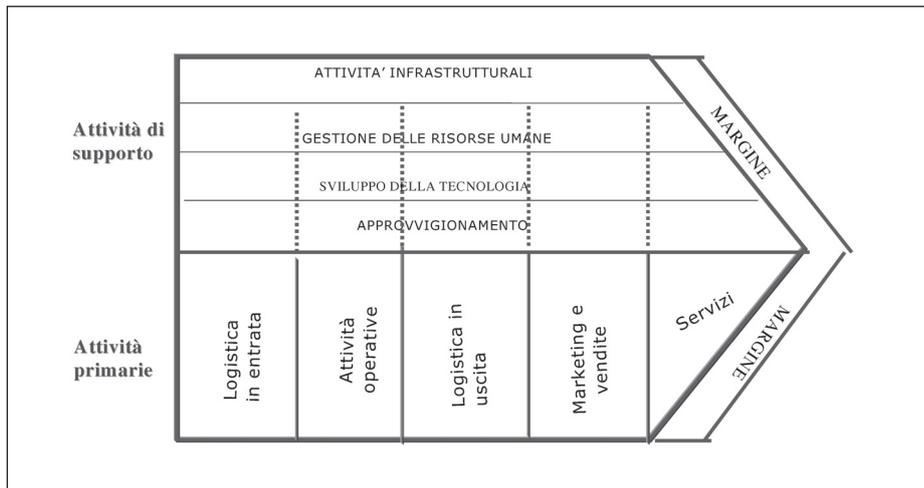
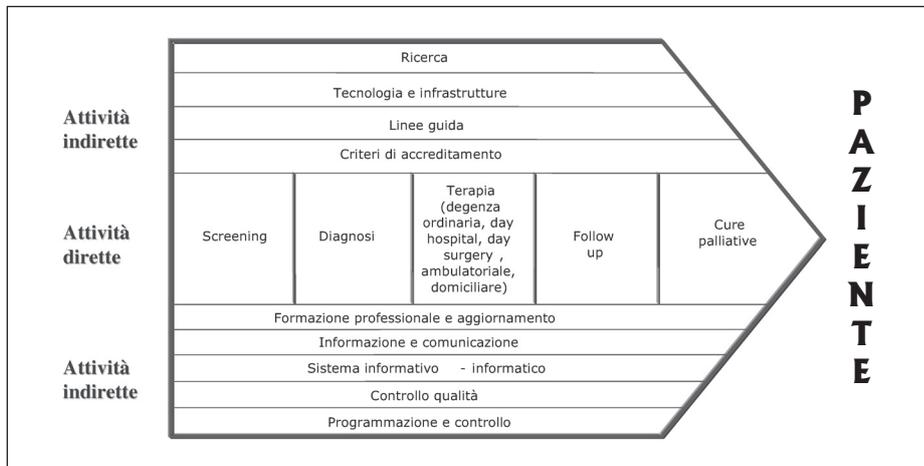


Figura 2 - La catena delle attività in oncologia



Fonte: Appiano et al. (2002).

- dirette;
- indirette.

Le prime sono quelle relative al percorso primario che segue il processo di assistenza al paziente e che lo coinvolgono in prima persona: in qualità di destinatario delle singole e specifiche prestazioni erogate in sede di prevenzione secondaria, in veste di fruitore delle attività di diagnosi e cura della patologia, come soggetto attorno a cui si elaborano e si realizzano i controlli di *follow up* ed i programmi di cure palliative. In altri termini, le attività dirette alla creazione di valore in oncologia sono quelle di realizzazione delle prestazioni.

Le attività indirette sono quelle invece che partecipano in modo mediato all'assistenza del paziente, favorendo cioè l'efficace ed efficiente svolgimento delle prime.

Disaggregate in otto categorie, le attività indirette sono finalizzate a governare ambiti capaci di condizionare i risultati delle attività dirette, ed il loro contenuto consiste in:

- la realizzazione di attività di ricerca;
- il ricorso alla *technology assessment* finalizzata a valutare le attrezzature e le tecniche da introdurre e da utilizzare nell'assistenza sanitaria;
- la definizione per le diverse patologie di linee guida cliniche ed organizzative ed alla loro divulgazione;
- l'elaborazione e l'applicazione di opportuni criteri di accreditamento, finalizzati a stabilire quali strutture possono svolgere attività sanitarie in ambito oncologico e quali tipi di prestazioni possono erogare;
- la predisposizione e realizzazione di programmi formativi rivolti a tutti gli operatori e definiti sulla base dei bisogni rilevati per i diversi profili professionali;
- lo svolgimento di una campagna informativa rivolta alle diverse categorie di destinatari (istituzioni, uten-

ti, Mmg, associazioni di volontariato ...);

— l'esistenza di sistemi informativi tali da consentire il costante monitoraggio del paziente e delle attività svolte dalle varie strutture;

— la valutazione della qualità in oncologia;

— l'adozione di sistemi di pianificazione e controllo idonei al governo complessivo del settore oncologico.

La centralità dell'utente è rafforzata anche dal fatto che nel modello della presa in carico l'attenzione è rivolta non ad un cliente genericamente inteso ma al singolo cittadino come «caso» particolare da trattare. È un aspetto che accomuna il modello della presa in carico con la metodologia del *case management* con la quale ha analogie non solo perché quest'ultima annovera fra le patologie per cui è giustificato l'impiego del *case manager* le neoplasie (Powell, 1996; Mullan, 1998; Powell, 1999) ma soprattutto perché condivide la stessa filosofia della peculiarità del singolo caso e della necessaria personalizzazione del trattamento. A prova di quanto affermato è sufficiente analizzare le fasi logiche in cui si articola un programma di *case management*, riportate in dettaglio in figura 3, che, partendo dalla selezione e valutazione del singolo caso, transita per la progettazione di un piano assistenziale individualizzato

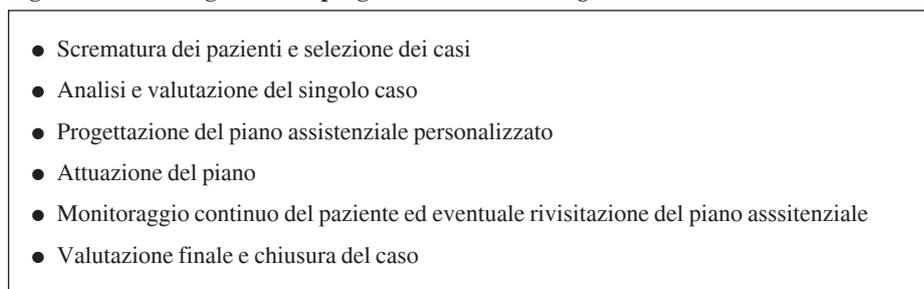
per arrivare ad una sua valutazione finale e chiusura.

## 5. La presa in carico è un approccio olistico al paziente che ...

*Approccio* in quanto sostanzia una nuova filosofia assistenziale che pone al centro dell'attenzione il cittadino, quale portatore di un bisogno di salute, anziché i servizi di cui egli usufruisce nel corso della propria storia clinica; *olistico* in quanto concepisce la risposta ai bisogni del paziente oncologico, come un insieme di prestazioni sanitarie e non, altamente interconnesso ed integrato e non come semplice somma di servizi erogati dal sistema sanitario.

Come *approccio olistico* il modello della presa in carico presenta una sensibile assonanza con la metodologia sia del *disease management* che del *case management*. La letteratura (Zitter, 1994; Epstein, Sherwood, 1996; Ellrodt, Cook, Lee, 1997; Richards, 1998), infatti, definisce il *disease management* come approccio sistemico alla cura del paziente che coordina le diverse risorse e cure sanitarie attraverso l'intero sistema., sottolineando come, l'elemento distintivo rispetto alle tradizionali modalità di offerta delle cure al paziente, è proprio la diversa modalità con cui si affronta il problema della tutela e cura della salute del cittadino che fa dell'approccio

**Figura 3 - Le fasi logiche di un programma di *case management***



Fonte: Trinchero (1999); Fernandez, Davias (2001).

integrato l'elemento innovativo. In modo non dissimile, il *case management* si presenta come «una modalità olistico-sistemica di presa in carico del singolo caso (...) per la gestione in ambito ospedaliero e territoriale del paziente cronico e multiproblematico» (Trincherò, 1999) (4).

La sua adozione segna dunque il superamento del modello tradizionale di assistenza al paziente che rafforza una visione della componente clinica individualistica e rappresenta una soluzione a quella che H. Mintzberg descrive come il paradosso delle moderne organizzazioni che denunciano l'esigenza di bilanciare la necessaria specializzazione di gruppi professionali con il loro coordinamento.

La crescente specializzazione delle attività mediche ed il correlato assetto organizzativo assunto dalle strutture operative del servizio sanitario, ispirato ad un criterio di aggregazione delle posizioni organizzative in unità incentrate sulla omogeneità delle professioni coinvolte, ha progressivamente condotto a parcellizzare il processo di diagnosi e cura in singole fasi.

In ciascuna di esse si sviluppa un rapporto biunivoco medico-paziente, e la risposta al bisogno spesso si esaurisce nell'ambito delle porzioni di conoscenza detenuta dal singolo professionista.

Tale visione individualistica porta il professionista a concentrarsi sulle singole prestazioni della cui erogazione è responsabile, perdendo di vista il bisogno del paziente nel suo complesso.

## 6. ... promette l'accoglienza dell'individuo e la definizione di un percorso ...

Uno dei capisaldi del modello della presa in carico è l'atto di accogliere un individuo a cui viene sospettata o accertata una patologia neoplastica, qua-

le riconoscimento di una realtà in cui gli utenti ed i loro familiari conoscono assai poco in merito alle modalità di accesso e di orientamento ai servizi ed in cui si trovano tendenzialmente soli nel rapportarsi con la rete degli interventi (Giunco, 2000; Gori, 2001). L'accoglienza che non si traduce nella semplice ricezione del paziente e nella sua registrazione sotto il profilo amministrativo, assume una connotazione di «ospitalità» accollandosi l'onere di prenderlo in carico durante tutta la storia della sua malattia. A ciò contribuisce la definizione e gestione di un «percorso» inteso nell'accezione di migliore sequenza temporale e spaziale delle attività da svolgere per gestire un bisogno di salute di un paziente sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali o tecnico-strutturali a disposizione (Casati, 1999; Lomastro, 1999).

Per dar corpo al concetto di percorso sono necessarie alcune puntualizzazioni.

— La migliore sequenza spaziale e temporale delle attività. La prevenzione, diagnosi e cura delle malattie neoplastiche interessano una molteplicità di professionalità e di discipline alcune delle quali, per la peculiarità della patologia o per le caratteristiche della domanda, non sono sempre presenti in tutte le aziende sanitarie. Il percorso del paziente oncologico assume quindi la connotazione di essere trasversale alle diverse unità organizzative, ospedaliere e territoriali, di una stessa azienda ma anche a più aziende. In tale trasversalità il percorso deve garantire al paziente l'accesso alle strutture che dispongono delle capacità e competenze professionali adatte a risolvere il suo problema di salute, salvaguardando la sua esigenza di usufruire di prestazioni sanitarie il più possibile vicino al luogo di residenza.

La migliore sequenza temporale si traduce, invece, nella cadenzatura del-

le attività da realizzarsi evitando inutili ritardi o pause ingiustificate.

— Le conoscenze tecnico-scientifiche disponibili. È una condizione che richiama le linee guida per la pratica clinica nel cui rispetto deve avvenire la definizione del percorso assistenziale. La locuzione «nel cui rispetto» sostanzia il rapporto esistente fra linee guida e percorsi assistenziali e libera il campo da possibili fraintendimenti in merito alla loro sinonimia.

I due concetti infatti non sono sovrapponibili innanzitutto perché le linee guida si concentrano sugli aspetti di natura clinica dell'assistenza e, quindi, contengono una descrizione parziale delle attività che devono essere svolte per garantire una risposta al bisogno del paziente. Inoltre la loro definizione è avulsa dal contesto in cui dovranno trovare attuazione in quanto non contengono alcun riferimento alle caratteristiche organizzative e gestionali delle singole strutture erogatrici, né alla loro effettiva dotazione professionale e tecnologica (Casati, 1999).

Le linee guida definite come «raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo sistematico con lo scopo di assistere medici e paziente nel decidere quali sono le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche» (Institute of Medicine, 1992), costituiscono la sintesi delle conoscenze scientifiche sull'argomento a cui si è giunti mediante un metodo sistematico di raccolta, valutazione critica ed interpretazioni delle migliori evidenze scientifiche. Nonostante il loro carattere non vincolante, ed in questo si differenziano dai protocolli, procedure da seguire ed applicare regolarmente, da strumenti amministrativi, finalizzati al contenimento dei costi, da norme, disposizioni vincolanti che limitano l'autonomia professionale, le linee guida «costituiscono comunque, un punto di arrivo nella

sintesi delle informazioni disponibili» (Casati, 1999) a cui è opportuno atterrarsi nella definizione del percorso di un paziente affetto da una data patologia per assicurare l'assistenza più appropriata. Il rispetto delle linee guida offre quindi al percorso la garanzia di adottare le migliori modalità di trattamento diagnostico e terapeutico di un caso clinico sulla base delle conoscenze scientifiche e tecnologiche disponibili in un determinato momento storico.

— Le risorse professionali e quelle tecnico-strutturali disponibili. Lontano dalla logica di essere un riferimento ideale per la gestione del paziente da imporre agli attori coinvolti nel processo di diagnosi e cura, il percorso deve scaturire dal lavoro di un gruppo di professionisti che, alla luce delle caratteristiche organizzativo gestionali delle singole strutture erogatrici di prestazioni sanitarie e sulla base della effettiva dotazione tecnologica e professionale a disposizione, definisce le modalità con cui gestire un determinato problema di salute in quella specifica realtà locale e fra realtà diverse.

### 7. ... assistenziale ...

L'attributo *assistenziale* assume un significato più ampio di quello che gli si attribuisce intuitivamente e qualifica il percorso sotto tre differenti dimensioni, come schematizzato in figura 4.

La prima si collega alla *estensione* del percorso e cioè alla delimitazione dell'inizio ed alla individuazione del suo *end point*. Superando la concezione dell'assistenza come pura e semplice somministrazione di una terapia al paziente, la presa in carico fissa come punto di partenza del percorso lo *screening*, per dipanarsi attraverso le fasi della diagnosi e della cura fino al *follow up* e/o alle cure palliative ai malati terminali. Sotto questo profilo il

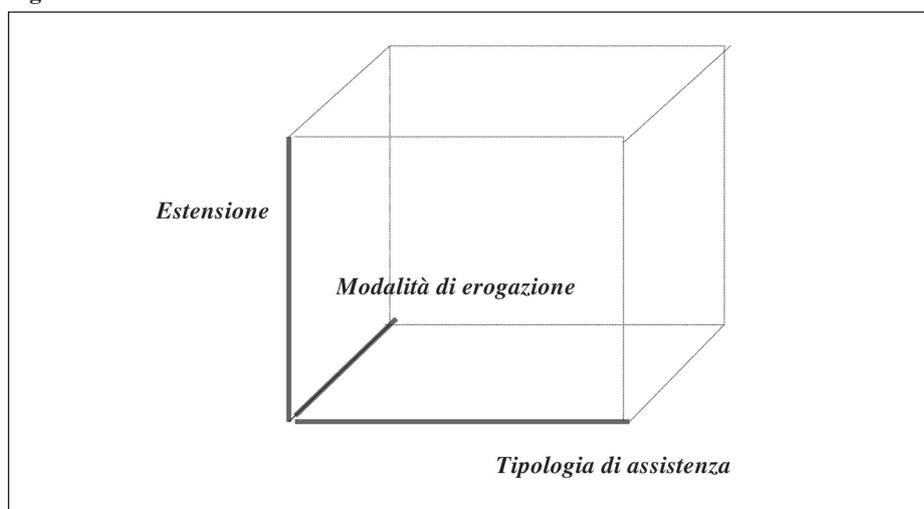
modello in oggetto presenta una maggiore assonanza con il *disease management* differenziandosi dalla metodologia del *case management*. Quest'ultimo, trascurando gli esiti degli studi sulla storia clinica delle malattie, da cui si evince come in molti casi un intervento tempestivo e sistematico possa rappresentare un'opportunità per prevenire l'insorgenza o modificare la prognosi della malattia, si propone una gestione personalizzata dell'assistenza di un individuo il cui stato di salute è già seriamente compromesso. Nel caso della patologia neoplastica una delle condizioni di eleggibilità è che vi sia la diagnosi o che sia in stato avanzato (Powell, 1996). Diversamente il *disease management*, ed analogamente il modello della presa in carico, interiorizzano l'importanza di prevenire e di intervenire nelle fasi primordiali della malattia dedicandosi anche alla assistenza della popolazione a rischio (Hunter, 2000).

La rappresentazione grafica della catena delle attività in oncologia, presentata nel paragrafo 4, ed in particolare di quelle dirette, consente non solo di delimitare l'estensione del percorso del paziente, ma anche di introdurre la seconda dimensione dell'at-

tributo «assistenziale» che verte sulle *modalità di erogazione* delle prestazioni. Il deciso orientamento al paziente del modello della presa in carico richiede la rivalutazione o la predisposizione di forme alternative di assistenza. Tale fenomeno interessa prevalentemente la componente ospedaliera alla quale si propone di offrire alternative in forma di assistenza domiciliare o residenziale in strutture dedicate quali ad esempio gli *hospice* e di diversificare i regimi di ricovero, ricorrendo in maggior misura al *day hospital* ed al *day surgery* rispetto alla forma ordinaria.

Infine l'ultima dimensione relativa alla *tipologia* dell'assistenza offerta chiama in causa la partecipazione di diverse figure professionali ciascuna delle quali assolve ad uno dei possibili aspetti con cui si manifesta il bisogno del paziente. Il malato oncologico necessita di una assistenza modulata in base alla evoluzione del quadro clinico ed a quello psicologico, i cui elementi componenti abbracciano oltre all'area infermieristica e medica, anche quella dell'assistenza sociale e psicologica, sino all'assistenza religiosa. In particolare tra i bisogni dei malati di tumore vi è il supporto psico-

Figura 4 - Le dimensioni dell'assistenza



logico e sociale (Ramirez, 1989; Ford, 1994; Dri, Liberati, Satolli, 1997).

### 8. ... la gestione del percorso assistenziale ...

Trattando di percorso assistenziale è forte il richiamo al concetto di processo.

Se infatti definiamo quest'ultimo come un insieme organizzato di attività correlate ed omogenee sul piano della diretta finalità (Brusa, 2000) non vi è dubbio che il percorso sia con esso identificabile, ed in particolare che coincida con un processo produttivo che attraversa orizzontalmente le strutture sanitarie (Lomastro, 1999).

La sua gestione necessita di adeguati accorgimenti organizzativi, soprattutto nella realtà sanitaria in cui la base di aggregazione delle posizioni di lavoro, prescelta dalle aziende sanitarie, è ispirata al principio della omogeneità delle professioni coinvolte. Tale criterio riflette il modo di vedere l'organizzazione come struttura verticale, formata da un insieme di compiti specialistici, anziché concepirla in modo orizzontale, cioè come catene di attività finalizzate a soddisfare il bisogno dell'utente (Oriani, Monti, 1996).

La soluzione adottata per presidiare i processi vede l'istituzione della figura del *process manager*.

Fra le diverse alternative offerte dalle esperienze concrete e dalla letteratura (Trincherò, 1999) relativamente alle caratteristiche con cui viene configurato il *process manager*, nel modello della presa in carico si è prescelta quella che:

— lo delinea non come singolo ma gruppo multidisciplinare,

— gli assegna responsabilità di natura gestionale (in quanto coordina diverse fasi e figure professionali), clinica (perché direttamente coinvolto nella scelta delle prestazioni e nella loro realizzazione) ed economica (in

quanto orientato a migliorare l'efficienza del percorso).

Il ricorso alla figura del *process manager*, che alcuni autori interpretano come un nuovo tipo di *manager* di integrazione (Oriani, Monti, 1996), di cui la teoria organizzativa è molto ricca (Lawrance, Lorsch, 1967; Galbraith, 1973; Mintzberg, 1996), è dettato dalla consapevolezza che la soluzione alternativa, per risolvere i problemi di integrazione e presidiare le interdipendenze e connessioni, consisterebbe nel cambiare le basi di aggregazione delle posizioni di lavoro passando da una basata sugli *input* ad una basata sugli *output* (Mintzberg, 1996). Ciò significherebbe cambiare l'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, rendendo difficile la sua percorribilità per gli ostacoli di natura legislativa nazionale e regionale, contrattuali e culturali che incontrerebbe.

### 9. ... nel rispetto del principio della multidisciplinarietà

Fra gli aspetti critici dei percorsi effettivamente seguiti dai pazienti ed osservati in occasione di una ricognizione realizzata su di un campione di cinque neoplasie, elette sulla base dei criteri di frequenza, diffusione di strutture sul territorio, esistenza di protocolli-diagnostico terapeutici, complessità di trattamento, rarità ed in sette realtà aziendali piemontesi si enuclea la mancanza di una modalità di lavoro improntata alla multidisciplinarietà.

La necessità di un confronto intra ed interdisciplinare si pone per più ragioni:

— la collegialità nell'affrontare un problema di natura sanitaria è la chiave per darne una soluzione olistica;

— la condivisione delle esperienze e delle conoscenze è il mezzo per evitare la cristallizzazione di comporta-

menti ed accrescere il patrimonio culturale disponibile;

— il confronto fra punti di vista diversi è lo strumento per definire il percorso più adeguato per il singolo paziente;

— il consenso sulla risposta ad un problema di salute è alla radice della garanzia del *continuum* assistenziale.

Il principio della multidisciplinarietà è garantito nel modello della presa in carico dai Gruppi interdisciplinari cure (Gic) la cui composizione è descritta nel paragrafo successivo.

### 10. Le fasi della presa in carico

La presa in carico del paziente oncologico si articola in tre diverse fasi ciascuna delle quali vede il coinvolgimento di diverse figure organizzative:

1) la fase dell'accoglienza del paziente presidiata dal Centro di accoglienza e servizi (Cas);

2) la fase della definizione delle strategie diagnostiche e terapeutiche, presidiata dal Gruppo interdisciplinare cure (Gic);

3) l'attuazione operativa della suddetta strategia a cura dei singoli professionisti responsabili di realizzare le singole fasi del percorso.

Presso il Dipartimento oncologico delle sedi di polo e presso i Servizi oncologici delle aziende afferenti è prevista l'attivazione dei centri di accoglienza e servizi. Sono strutture operative, composte nella loro dotazione minima, da personale medico, infermieristico, amministrativo e volontario, istituite con il compito iniziale di accogliere il cittadino con problemi oncologici indirizzatogli dal Medico di medicina generale (Mmg) o da altre strutture. Nel loro ruolo di accoglienza rappresentano il punto di riferimento a cui rivolgersi in ogni caso di sospetta o certa neoplasia per risolvere il dubbio diagnostico e per essere inseriti in un appropriato percorso assisten-

ziale. All'accoglienza si accompagnano compiti di tutoraggio del paziente per i quali provvedono ad attivare il Gruppo interdisciplinare cure specifico *in loco*, a gestire il percorso sotto il profilo amministrativo, a garantire la continuità assistenziale assicurando che vi sia sempre un soggetto, sia esso un Gic, un servizio, un'unità di degenza, il medico di medicina generale o altra struttura territoriale, ad avere in carico il paziente per tipo e durata di prestazione. La sua funzione di supporto nel percorso assistenziale si assolve anche in occasione della mobilità del paziente da un polo all'altro, nel corso della quale non vi è soluzione di continuità di assistenza ma il semplice passaggio ad altro Centro di accoglienza e servizi che si sostituisce nel ruolo.

La seconda fase è presidiata dai Gruppi interdisciplinare cure

Sono dei *team* composti da professionisti di diversa specializzazione e competenza che si riuniscono allo scopo di discutere collegialmente i casi trattati e di formulare un piano diagnostico terapeutico personalizzato alle specifiche condizioni del paziente nel rispetto delle linee guida. La loro configurazione muta da patologia a patologia, anche se vi sono figure professionali comuni, quali ad esempio, l'oncologo medico o il radioterapista, che vengono integrate con gli specialisti necessari alla risoluzione del caso, da quelli d'organo, al laboratorista, allo psicologo. Certamente la loro composizione deve essere tale da poter trattare globalmente una patologia oncologica.

La collegialità con cui viene definito un percorso assistenziale è la premessa per la sua attuazione operativa che vede l'intervento dei singoli professionisti chiamati a realizzarne le singole fasi. La poliedricità del percorso assistenziale si stempera nelle singole attività che saranno realizzate,

nella sequenza spaziale e temporale definita, dai singoli esperti che, per quella porzione di *iter*, avranno in carico il paziente.

Il ricorso all'intervento del singolo professionista, nella logica del modello della presa in carico, è necessario per motivi di competenza professionale e di realizzabilità pratica del percorso e come tale assume un ruolo strumentale alla gestione della patologia nel suo complesso.

### 11. I vantaggi del modello della presa in carico

Quanto sino ad ora esposto, può mettere adeguatamente in luce le opportunità che il modello della presa in carico può offrire nella gestione del paziente oncologico.

Tale modello infatti:

— ragiona sul bisogno di salute del singolo individuo che diviene il punto focale su cui concentrare l'attenzione;

— assicura un approccio olistico al paziente facendo della multidisciplinarietà e della multiprofessionalità un ingrediente fondamentale;

— assicura l'accoglienza e la presa in carico del paziente oncologico durante tutto il suo iter all'interno del sistema sanitario;

— razionalizza il percorso del paziente evitando duplicazioni di prestazioni, scartando quelle a comprovata bassa efficacia, eliminando pause e ritardi fra una fase e l'altra;

— riorienta la domanda verso le strutture della stessa azienda sanitaria locale di residenza, migliorando l'accessibilità ai servizi e salvaguardando i legami familiari e sociali del singolo individuo;

— funge da deterrente alla fuga dei pazienti verso altre regioni italiane e verso l'estero;

— governa la presenza del privato autorizzato, evitando che il paziente entri nel circuito dell'attrazione del-

l'offerta per carenze del servizio sanitario.

(1) La descrizione nelle sue linee essenziali dell'approccio organizzativo adottato dalla Regione Piemonte alla lotta ai tumori e basato su una logica di «rete di servizi» è riportata nell'articolo dal titolo «La rete oncologica Piemontese» in corso di pubblicazione (Appiano *et al.*, 2002).

(2) La relazione sullo stato di salute della popolazione nella Regione Piemonte aggiunge un ulteriore elemento specificando che «dall'analisi dei rischi relativi di incidenza di tumori in Piemonte rispetto all'intera nazione si osserva un modesto eccesso del rischio dei tumori maligni nel loro complesso sia tra maschi (RR = 1.03) che tra femmine (RR = 1.04)».

(3) Pubblicate sulla G.U. n. 42 del 20 febbraio 1996.

(4) A sostegno della sua definizione la stessa autrice riporta quanto espresso da due degli organismi che godono di maggior credito negli USA e precisamente:

— l'*American Nurses Association*, afferma che «il cuore del *case management* è l'approccio sistemico all'assistenza»;

— il *Case Management Society of America* (CMSA) scrive che «Il *case management* è un processo collaborativo che attraverso la comunicazione e l'uso delle risorse disponibili è volto alla programmazione, all'attuazione, al coordinamento, al monitoraggio ed alla verifica delle opportunità e dei servizi per rispondere ai bisogni dell'individuo ...».

A tali contributi se ne può aggiungere un terzo della *DH Social Services Inspectorate UK* che definisce il *case management* come «un processo integrato finalizzato ad individuare i bisogni delle persone e a soddisfarli nella maniera più adeguata ... Per tale ragione enfatizza la necessità che siano i servizi ad adattarsi ai bisogni e non il contrario e l'importanza di evitare situazioni in cui questi ultimi sono presi in considerazione da ogni servizio separatamente» (Davis, Fernandez, 2001).

### BIBLIOGRAFIA

- APPIANO S. ET AL. (2002), «La rete oncologica piemontese», *Politiche Sanitarie*, vol. 3, 4, ott.-dic., pp. 185-190.
- AMERICAN NURSING ASSOCIATION (1991), *Council of Community Health Nursing*, Washington DC.

- BRUSA L. (2000) *Sistemi manageriali di programmazione e controllo*, Giuffrè Editore, Milano.
- CASATI G. (A CURA DI ) (1999), *Il percorso del paziente*, Milano, EGEA.
- DAVIS B., FERNANDEZ J. (2001) «Il case management: ottenere equità ed efficienza nell'allocazione delle risorse», *Prospettive sociali e sanitarie*, 9, pp. 2-7.
- DRI P., LIBERATI A., SATOLLI R. (1997), «La cura del carcinoma alla mammella», *Effective Health Care*, Edizione italiana, 1, Zadig.
- ELRODT G. ET AL. (1997), «Evidence based disease management», *Jama*, 278(20), pp. 1678-1692.
- EPSTEIN R., SHERWOOD L. (1996), «From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed», *Annals of Internal Medicine*, 124(9), pp. 832-837.
- FORD S. (1994), «Can oncologists detect distress in Their outpatients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations?», *Br J Cancer*, 70, pp. 767-770.
- GALBRAITH J. (1973), *Designing Complex Organization*, Addison-Wesley, Massachusetts.
- GIUNCO P. (2000), «Pazienti anziani complessi e rete dei servizi», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 1, pp. 16-20.
- GORI C. (2001), «Quali prospettive per il case management in Italia», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 9, pp. 13-18.
- HUNTER D. (2000), «Disease management: It has a compelling logic, but needs to be tested in practice», *British Medical Journal*, 320 (7234), p. 530.
- INSTITUTE OF MEDICINE (1992), *Guidelines for Clinical Practice. From development to use*, Washington D.C. National Academy Press.
- LOMASTRO M. (1999), «Il percorso del paziente», *Mecosan*, 30, pp. 176-183.
- LAWRENCE P.R., LORSCH J.W. (1967), *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*, Harvard University Press.
- MINTZBERG H. (1996), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- MULLAY C.M. (1998), *The case management handbook*, Second Edition, Aspen Publishers, Inc.
- ORIANI G., MONTI R. (1996), «La reingegnerizzazione dei processi aziendali», in Costa G., Nacamulli R.C.D. (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*, UTET Torino, vol. 5; Metodi e tecniche di analisi e di intervento, pp. 283-329.
- PORTER M. (1995), *Il vantaggio competitivo*, Edizioni Comunità, Milano, pp. 43-55.
- POWELL K.P. (1996), *Nursing case management*, Philadelphia, Lippincott.
- POWELL K.P. (1999), *Case management. A practical guide to success in managed care*, Second Edition Philadelphia, Lippincott.
- RAMIREZ A.J., «Liaison Psychiatry in a breast cancer unit», *J R Soc. Med.*, 82, pp. 15-17.
- RICHARDS T. (1998), «Disease management in Europe: likely to grow as pressure to deliver cost effective care mounts», *British Medical Journal*, 317(7156), pp. 426-427.
- TRINCHERO E. (1999), «Case management: approccio sistemico alla gestione del paziente», *Mecosan*, 32, pp. 33-45.
- ZITTER M. (1994), «Disease management a new approach to health care», *Medical Interface*, 7 (8) p. 70-72 (75-76).

Management ed economia sanitaria

# MECOSAN

La rivista trimestrale  
di saggi e ricerche, documenti e commenti  
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

*Mecosan* è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

### Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

### Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

### Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

### Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpato, 1990); indicazione: VOLPATO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

### I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;  
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23  
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98  
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

# IL FLUSSO INFORMATIVO DELLE SDO ED IL SISTEMA DEI CONTROLLI. L'ESPERIENZA NELLA REGIONE VENETO

Salvatore Russo

Università Ca' Foscari di Venezia, Dipartimento di Economia e Direzione Aziendale

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Contenuto informativo e rilevanza della SDO - 3. Tipologia dei controlli - 4. La Regione Veneto: l'esperienza di informatizzazione ed i controlli sulle SDO - 5. Discussione e conclusioni.

## 1. Introduzione

La riforma del servizio sanitario nazionale (Ssn), la scansione delle differenti fasi di programmazione e la conseguente modifica dei criteri di finanziamento delle aziende sanitarie, come è noto, hanno comportato l'adozione di una molteplicità di strumenti gestionali innovativi, a supporto dei quali l'informatizzazione ha innegabilmente assunto un ruolo fondamentale.

In particolare, il decentramento nel governo del sistema sanitario, volto ormai al federalismo amministrativo e fiscale, con le recenti modifiche apportate all'art. 117 della Costituzione, nonché l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche, emergendo come i due momenti chiave delle ultime due riforme sanitarie, avrebbero perso gran parte del loro significato qualora parallelamente non fossero stati congegnati degli efficaci sistemi di monitoraggio. L'esigenza di gestire intelligentemente ed efficientemente l'enorme quantità di dati e di informazioni in possesso delle singole strutture operative del Ssn che si è manifestata, a livello centrale e locale, ha così spinto le realtà regionali tecnologicamente più avanzate allo sviluppo ed alla realizzazione di veri e propri si-

stemi di supporto delle attività decisionali, al fine di coadiuvare amministratori e operatori nel complesso compito della programmazione.

In diverse regioni, mediante il potenziamento delle infrastrutture tecnologiche ed il ridisegno dell'architettura del sistema informativo, è stata questo modo attivata una serie di procedure di acquisizione, validazione ed elaborazione dei dati con lo scopo, da una parte, di creare opportuni archivi informatici, dall'altra, di facilitare la necessaria interazione tra i sistemi informativi delle aziende sanitarie ed il sistema informativo regionale.

Nel corso del lavoro, con riferimento ai flussi informativi generati dall'assistenza ospedaliera, si è prestata attenzione alle attività connesse all'acquisizione ed elaborazione dei dati forniti dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) ed all'utilizzo delle informazioni nosologiche in esse contenute, in sede di programmazione e valutazione dell'uso delle risorse. La SDO, infatti, quale espressione di sintesi dei dati riguardanti ciascun episodio di ricovero, non soltanto riveste un ruolo cruciale nelle nuove logiche di finanziamento delle attività ospedaliere per la parte denominata «remunerazione a tariffa», ma diviene un maneg-

gevole strumento di indagini conoscitive il cui utilizzo è finalizzato, sia a potenziare gli elementi previsionali della programmazione, sia ad indirizzare gli stessi operatori del sistema verso un utilizzo appropriato delle risorse. Di conseguenza, sulla base di un'analisi condotta a livello regionale, si è verificato in che misura le potenzialità scaturenti dall'informatizzazione del flusso delle SDO, costituendo una radicale revisione delle modalità di comunicazione dei dati, risultino sfruttate e fungano da supporto al sistema sanitario e ai suoi nuovi strumenti di regolazione.

Le verifiche empiriche, concentrate nella parte speciale rivolta allo studio dei «Sistemi di valutazione e controllo delle attività ospedaliere» adottati dalla Regione Veneto, si sono soffermate in particolare sull'individuazione di indicatori e sull'influsso che gli stessi esercitano nella formulazione delle politiche sanitarie, da cui deriva l'e-

---

Si ringrazia per la collaborazione il dr. Fabio Perina e la dott.ssa Sabina Rosso, Direzione risorse socio sanitarie, Regione Veneto, e Maurizio Celloni della Direzione Accreditamento e Qualità, Regione Veneto (già della Direzione per i Servizi ospedalieri e ambulatoriali).

splicitazione di determinate linee strategiche. La ricerca si è avvalsa della collaborazione dei seguenti uffici dell'Assessorato alle politiche sanitarie della Regione:

- la Direzione regionale risorse sociosanitarie;
- la Direzione per i servizi ospedalieri e ambulatoriali.

## 2. Contenuto informativo e rilevanza della SDO

Il governo del nuovo servizio sanitario nazionale prevede che tutte le esigenze informative inerenti all'attività ospedaliera vengano soddisfatte attraverso i flussi di dati connessi alla SDO che, consentendo la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella clinica, ne costituisce a tutti gli effetti una rappresentazione sintetica e fedele. La cartella clinica ospedaliera rappresenta il principale strumento informativo attraverso il quale vengono rilevate tutte le informazioni anagrafiche e cliniche riguardanti ciascun ricovero ospedaliero. La significativa definizione dell'*American Hospital Medical Record Association*, secondo cui «The medical record is the who, what, why, when and how of patient care during hospitalisation» può, infatti, chiarirne la portata (Nonis, Braga, Guzzanti, 1998: p. 20). In tale breve espressione si concentrano tutti i profili clinico-scientifici, epidemiologici, amministrativo-gestionali e medico-legali che questo genere di documentazione è, o quanto meno, dovrebbe essere in grado di produrre, sempre che la sua struttura sia sufficientemente formalizzata e congegnata per condurre ad informazioni significative su un singolo caso. Ogni cartella clinica deve, per sua natura, rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura e conse-

guentemente coincidere con la storia della degenza del paziente identificabile mediante le seguenti fasi (Nonis, Braga, Guzzanti, 1998: p. 21):

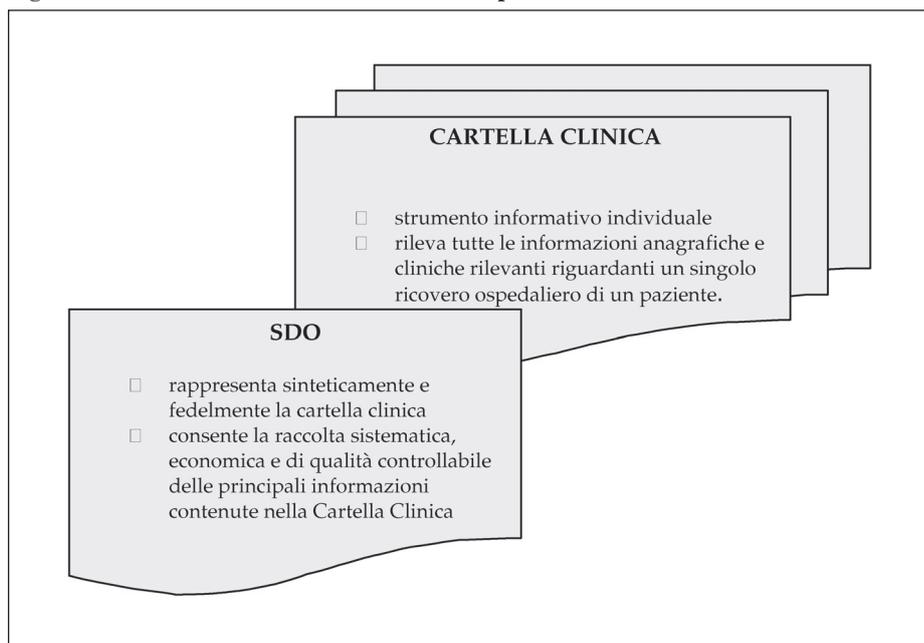
- accettazione del paziente, con identificazione, motivo del ricovero, anamnesi patologica remota prossima;
- esame obiettivo;
- diario con indicazione del decorso della malattia, terapia effettuata, esami e prestazioni diagnostico-terapeutiche prescritti, denunce, referti e consensi informati ottenuti durante la degenza;
- relazioni descrittive delle prestazioni effettuate e/o consulenze di altri sanitari;
- epicrisi, ovvero valutazione finale, compreso il risultato dell'eventuale riscontro autoptico eseguito nel caso di decesso del paziente;
- copia della lettera di dimissione per il medico curante.

Avendo origine al momento dell'ammissione del paziente da parte dell'istituto di cura, la cartella clinica ospedaliera ha la funzione di seguire il

paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera sino al momento delle sue dimissioni.

L'istituzione della SDO con D.M. 28 dicembre 1991 ha costituito un fondamentale momento di revisione, non tanto del contenuto, che è suscettibile di continue modifiche migliorative, quanto delle funzioni svolte dalla cartella clinica, essendo state queste ultime in gran parte «baricentrate» sul nuovo documento informativo che, pur essendone una sintesi, costituisce, come stabiliscono i decreti ministeriali (D.M. 28 dicembre 1991, art. 1; D.M. 27 ottobre 2000, art. 2) «parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale». In questo modo, la SDO rappresenta un vero e proprio quadro sinottico della cartella clinica, attraverso il quale sono desumibili tutte le informazioni minime e necessarie relative ad ogni paziente ricoverato e dimesso dagli ospedali pubblici e privati operanti sul territorio nazionale cosicché sia possibile ottenere un tracciato chiaro e leggibile di quelle carat-

**Figura 1 - Cartella clinica e SDO secondo il disciplinare tecnico del D.M. n. 380 del 2000**



teristiche sul caso trattato reputate indispensabili.

La successione di decreti che ha regolamentato il contenuto della SDO ne ha senz'altro sviluppato la portata informativa, consolidandone al tempo stesso il ruolo di strumento fondamentale nell'economia del sistema ospedaliero, per i molteplici fini cui è deputato il suo utilizzo. Sin dalla sua prima versione, la SDO è suddivisa secondo un criterio di ripartizione funzionale e amministrativo del ricovero, in cinque settori di cui i primi quattro riguardano la degenza ordinaria e l'ultimo il ricovero diurno (*day hospital* e *day surgery*):

- 1) anagrafica dell'istituto di ricovero e del paziente;
- 2) accettazione;
- 3) movimento interno e dimissione;
- 4) dati sanitari della dimissione;
- 5) *day hospital*.

Come è possibile desumere dal decreto istitutivo, nella sua prima versione lo strumento della SDO era destinato a rivoluzionare i flussi informativi del sistema sanitario laddove si prevedeva, ancor prima della riforma del '92, che avrebbe consentito al tempo stesso lo sviluppo di un sistema di valutazione dell'attività ospedaliera e la preparazione di una rilevazione epidemiologica sistematica sulla popolazione dei dimessi dagli ospedali per acuti. A ciò si aggiunge che, dopo aver rivelato nella pratica le sue potenzialità informative ed esplicative, la SDO è stata posta al centro del sistema di remunerazione dei soggetti erogatori dell'assistenza ospedaliera, basato sul sistema di classificazione per raggruppamenti omogenei di diagnosi (Rod/Drg<sub>S</sub>).

A definire il quadro di riferimento è intervenuto un ulteriore decreto ministeriale, del 20 ottobre 2000, «Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui

dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati», che ha dettato nuove linee guida, suscettibili di modifiche migliorative da parte delle singole regioni (art. 2), rispetto alla compilazione di questo importante documento. Nella sua attuale versione esso si compone di due sezioni, come dalla figura 3: la sezione A contiene le informazioni anagrafiche, la sezione B, la cui numerazione riprende e prosegue la numerazione dell'elenco contenuto nella sezione A, contiene le informazioni di carattere strettamente sanitario con la ripresa del dato identificativo dell'istituto di ricovero e del numero della scheda.

Rispetto alla versione precedente sono stati modificati i campi relativi all'«Accettazione», con l'eliminazione dell'ora e del motivo di ricovero, al «Movimento interno e dimissione», con l'eliminazione dell'area funzionale, ed infine ai «Dati sanitari della dimissione» con l'aggiunta del peso alla nascita. Quest'ultima informazione identifica il peso rilevato al momento della nascita e va riportata soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso.

Come stabilisce il disciplinare tecnico, allegato al decreto, l'eventuale trasferimento interno del paziente da un'unità operativa (reparto) all'altra dello stesso istituto di ricovero non comporta una sua dimissione e una successiva riammissione ma rappresenta un unico percorso il cui numero identificativo, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, sarà pertanto il medesimo per tutta la durata del ricovero.

Soltanto nei casi di passaggio da un tipo di ricovero ad un altro, per esempio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, oppure dal ricovero acuto alla riabilitazione o lungodegenza, o viceversa, si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO, fatte salve eventuali diverse disposizioni regionali.

Il regime di ricovero può consistere in ricovero «ordinario» o «diurno». Quanto al ricovero ordinario deve intendersi il normale ricovero per acuti, mentre per «ricovero diurno», che può assumere la denominazione di *day hospital* o *day surgery*, a seconda della complessità o invasività del trattamento prestato, si intende un ricovero,

**Figura 2 - Cronologia dei provvedimenti riguardanti la scheda di dimissione ospedaliera**

D.M. 28 dicembre 1991 - Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera
D.M. 26 luglio 1993 - Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli Istituti di ricovero pubblici e privati
Circolare «Modalità per la trasmissione dalle regioni e province autonome al Ministero della sanità dei dati acquisiti attraverso le schede di dimissione ospedaliera»
Circolare 21 aprile 1994 - «Scheda di dimissione ospedaliera. Indicazioni per l'utilizzo della classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche»
Nota 8 maggio 2000 - «Rilevazione dei dati sui dimessi dagli istituti pubblici e privati (Scheda di dimissione ospedaliera - SDO). Regole essenziali di codifica delle variabili cliniche»
D.M. 27 ottobre 2000, n. 380 - «Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati»

o un ciclo di ricoveri, programmato, limitato ad una sola parte della giornata e non estensibile all'intero arco delle ventiquattro ore dal momento del ricovero. Esso è generalmente utilizzato in luogo delle prestazioni ambulatoriali poiché fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, complesse o invasive e soprattutto incentivate in una prospettiva di graduale sostituzione dei ricoveri ordinari con i ricoveri diurni almeno in quei casi che lo consentano. Tanto per riportare un esempio, già dai dati disponibili, proprio sulla base delle SDO esaminate dal Ministero della sanità per il 1999, si può notare come il numero dei ricoveri per acuti in regime di *day hospital* rilevato nel 1998 abbia registrato un incremento di 400.000 casi su tutto il territorio nazionale rispetto al 1997.

Nella fattispecie del ricovero diurno, la cartella clinica e la corrispondente SDO devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative all'intero ciclo di trattamento; inoltre ogni singolo accesso giornaliero del paziente è conteggiato come giornata di degenza e la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo contatto con l'istituto di cura. Soltanto al termine dell'anno solare, come prevede il dispositivo ministeriale, si procede alla chiusura convenzionale della cartella clinica e all'apertura di una nuova cartella qualora i cicli di trattamento si perpetuino oltre lo stesso.

Quanto invece alla tipologia di diagnosi ed alla loro codifica il nuovo decreto ribadisce la distinzione tra la diagnosi principale (1) e le diagnosi secondarie (2). Entrambe devono essere codificate secondo la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della *International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification*, detta anche ICD9-CM). Nel modello italia-

no l'attribuzione dei pazienti viene effettuata sulla base della diagnosi principale di dimissione, facendola rientrare in una delle 25 categorie diagnostiche principali (MDC: *Major diagnostic categories*) che costituiscono una riaggregazione dei grandi gruppi di patologie contenuti nella classificazione ICD9-CM.

Fino allo scorso anno lo strumento principale per la codifica delle diagno-

si era dato dal sistema ICD9 (*International classification of diseases, 9th revision*), mentre il *Drg-Group*, che è il *software* mediante il quale ciascun dimesso da un ospedale viene attribuito a uno specifico Drg, era stato costruito per utilizzare i codici ICD9-CM (3). Per quelle regioni che non hanno prontamente adeguato la propria classificazione al nuovo sistema si trattava di risolvere un problema di

**Figura 3 - Il contenuto della SDO come da D.M. n. 380 del 20 ottobre 2000**

SDO	
<p><b>A</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Anagrafica dell'istituto di ricovero e del paziente</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. denominazione dell'ospedale di ricovero;</li> <li>2. numero della scheda;</li> <li>3. cognome e nome del paziente;</li> <li>4. sesso;</li> <li>5. data di nascita;</li> <li>6. comune di nascita;</li> <li>7. stato civile;</li> <li>8. comune di residenza;</li> <li>9. cittadinanza;</li> <li>10. codice sanitario individuale;</li> <li>11. regione di residenza;</li> <li>12. azienda unità sanitaria locale di residenza;</li> </ol>	<p><b>B</b>      <b>Accettazione</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. regime di ricovero;</li> <li>14. data di ricovero;</li> <li>15. unità operativa di ammissione;</li> <li>16. onere della degenza;</li> <li>17. provenienza del paziente;</li> <li>18. tipo di ricovero;</li> <li>19. traumatismi o intossicazioni;</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Movimento interno e dimissione</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>20. trasferimenti interni;</li> <li>21. unità operativa di dimissione;</li> <li>22. data di dimissione o morte;</li> <li>23. modalità di dimissione;</li> <li>24. riscontro autoptico;</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Day hospital o Day surgery</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>25. motivo del ricovero in regime diurno;</li> <li>26. numero di giornate di presenza in ricovero diurno;</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Dati sanitari della dimissione</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>27. peso alla nascita;</li> <li>28. diagnosi principale di dimissione;</li> <li>29. diagnosi secondarie;</li> <li>30. intervento chirurgico principale o parto;</li> <li>31. altri interventi chirurgici e procedure diagnostiche o terapeutiche.</li> </ol>

conversione costruendo un'apposita tabella in grado di ridurre al minimo le eventuali perdite di informazione. I Drgs infatti sono le categorie finali di un sistema di classificazione dei ricoveri negli ospedali per acuti, che derivano dalla combinazione di alcune notizie fondamentali contenute nei campi delle SDO cui viene attribuito un determinato codice. Nella versione adottata dal Ssn, i gruppi finali sono clinicamente significativi e omogenei al loro interno quanto a consumo di risorse assistenziali e quindi anche rispetto ai costi di produzione dell'assistenza.

Il codice utilizzato deve essere a 5 caratteri in tutti i casi per i quali la ICD9-CM lo preveda, mentre per i casi in cui siano stabiliti soltanto 3 o 4 caratteri occorre riportarli allineati a sinistra. Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate, oltre a quella principale, più di cinque forme morbose, che rispondano a determinati fattori riportati di identificazione delle diagnosi secondarie, spetterà al medico che ha formulato la diagnosi, dopo la selezione e la codifica, stabilire ed indicare quali possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente. A ciò va aggiunto infine che tra le diagnosi secondarie devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni insorte nel corso del ricovero.

La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso; la scheda di dimissione, infatti, reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella SDO è effettuata dallo stesso medico responsabile della dimissione ovvero da altro personale sanitario, medico o infer-

mieristico, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura e adeguatamente formato ed addestrato in modo tale che vengano rispettate fedelmente sia l'ordine sia il contenuto delle formulazioni riportate dal compilatore nella stessa scheda di dimissione, fatta salva la possibilità di effettuare una revisione concordata con il medico compilatore della SDO.

Sotto il profilo organizzativo, esiste una certa autonomia all'interno del singolo ospedale che riguarda gli strumenti e le procedure utilizzati per assicurare la necessaria qualità dei dati. Il direttore sanitario dell'istituto di cura è in ogni caso il responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni nelle stesse riferite. Ovviamente esiste tutta una serie di questioni organizzative legate alla rilevazione nelle SDO e lasciate da una parte all'autonomia dei singoli istituti, dall'altra alla regolamentazione a livello regionale nel rispetto delle esigenze di monitoraggio di cui ciascun governo regionale intende avvalersi.

Le principali questioni riguardanti il singolo episodio di ricovero possono riassumersi nei seguenti punti (Noinis, 1997; Colombo, Bertaccini, Carparelli, La Manna, Martorana, 2000; Lattuada, Francescutti, Zampognaro, 2001):

- definizione delle figure deputate alla codifica che può essere *decentralizzata*, se affidata ai medici di reparto o *accentrata* se svolta direttamente dalla direzione sanitaria;

- individuazione di altre figure che intervengono a supporto del processo di codifica;

- definizione delle linee-guida per il percorso formativo dei medici o di altre figure professionali deputate alla codifica;

- disegno e architettura del sistema informatico che deve supportare la base dati;

- adozione di strumenti e procedure per il controllo e la revisione interni dei processi di codifica.

### 3. Tipologia dei controlli

#### 3.1. I controlli e le verifiche sulle SDO

La completezza della rilevazione nelle SDO, a livello nazionale è espressa sia con riferimento alla numerosità dei dimessi, per i quali sono state trasmesse le informazioni, sia in termini di accuratezza con cui esse sono riportate e codificate. La valutazione si sostanzia dunque in funzione del numero medio di diagnosi e del numero medio di interventi chirurgici riportati per ogni singola SDO. Tanto più è attendibile il contenuto espresso da quest'ultima, quanto più si potrà procedere ad un eterogeneo utilizzo delle informazioni disponibili. La rilevanza strategica di questo documento ed il dettaglio di informazioni che è in grado di produrre possono, infatti, essere comprese soltanto mettendo in evidenza le funzioni da esso assolte e precisamente di:

- determinazione dei principali indicatori di attività ospedaliera ed epidemiologici;

- piattaforma di valori per l'attivazione di un adeguato sistema di contabilità analitica all'interno degli ospedali ed attivare un controllo sui costi di produzione e sulla qualità delle prestazioni;

- individuazione dei Drgs cui sono legati congiuntamente il sistema di remunerazione a tariffa delle aziende ospedaliere e i meccanismi di mobilità infraregionale ed interregionale;

- controllo sull'appropriatezza dei ricoveri e monitoraggio delle attività cliniche, anche se spesso queste ulti-

me necessitano di ulteriori approfondimenti delle cartelle cliniche.

Ciò sta a dimostrare come la SDO costituisca non soltanto un maneggevole strumento per la costruzione di un sistema integrato tra le informazioni anagrafico-gestionali e quelle cliniche all'interno dell'ospedale, ma anche il tramite per le transazioni finanziarie ed il supporto ai processi di valutazione, programmazione e controllo dell'attività ospedaliera.

Come confermano le ultime indicazioni ministeriali, le SDO appaiono sempre più proiettate verso il soddisfacimento di esigenze che contemperino l'attendibilità delle informazioni e l'oculato utilizzo che se ne può fare per presidiare continuamente il consumo delle risorse ed il correlato contenimento dei costi ospedalieri. Non a caso nell'allegato dell'ultimo decreto, a proposito dell'indicazione della diagnosi principale, si ribadisce il principio che, qualora nel corso dello stesso ricovero venga evidenziata più di una condizione con caratteristiche analoghe, «deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse», asserzione che avvalorata il significato contabile che nel tempo è venuto ad assumere la SDO.

Il sistema delle SDO è stato concepito in modo tale da agganciarsi ai meccanismi di controllo della spesa sanitaria e da verificare numero e modalità delle prestazioni rese ai cittadini, tenendo conto altresì delle compensazioni di mobilità per i pazienti che usufruiscono di prestazioni fuori dal proprio territorio di residenza ed alimentano il serbatoio della mobilità infraregionale ed extraregionale. In questo modo sono stati sviluppati nodi elaborativi corredati di precisi meccanismi di *input*, di predisposizione e controllo dei dati, per procedere a forme di programmazione sanitaria o per ottenere le compensazioni finanziarie

per le prestazioni erogate ai non residenti, tra le aziende delle regioni e con le altre regioni.

Al fine di garantirne una corretta compilazione e conseguentemente un efficiente utilizzo, esiste una gerarchia di controlli di tipo *bottom-up* che, partendo dai sistemi informativi interni alle unità operative ospedaliere e transitando per il sistema informativo sanitario regionale, mediante un opportuno processo di validazione, termina con le valutazioni e le ponderazioni del Ministero della salute. I controlli in questione assolvono la duplice funzione di garantire che le SDO presentino una maggiore completezza possibile delle informazioni e che la loro compilazione avvenga secondo criteri di «congruità» e «accuratezza». L'esigenza dell'applicazione di tali principi comporta innanzitutto che le SDO siano soggette a controlli di tipo logico-formale, al fine di riscontrare gli errori in fase di acquisizione, attribuzione delle diagnosi e descrizione degli interventi e procedure presenti su ciascuna scheda. Corollario di quanto appena affermato è che la SDO, ancorché strumento di controllo, è prioritariamente oggetto di controllo.

Con il D.M. 26 luglio 1993, «Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli Istituti di ricovero pubblici e privati», facente seguito alla riforma del 1992 ed all'introduzione del sistema di pagamento per Drg, il Ministero della salute ha richiesto alle regioni di comunicare con cadenza periodica semestrale i dati per la verifica dell'accuratezza con cui vengono compilate le SDO, attivando in questo modo una rilevazione sistematica delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, in sostituzione della rilevazione statistica dei ricoveri negli istituti di cura operata, fino al 1995, attraverso il Mod Istat D10.

Così facendo, a livello centrale, si sono voluti perseguire i seguenti obiettivi:

— gestione di un sistema informativo sanitario (4) che fosse in grado di consentire la raccolta dei dati necessari alla programmazione sanitaria, al monitoraggio e controllo delle attività sanitarie svolte dai diversi livelli del Servizio sanitario nazionale;

— verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati rispetto ai programmi stabiliti ed all'uso delle risorse allocate;

— divulgazione presso gli utenti dei risultati e delle modalità di accesso ai servizi.

Contemporaneamente è stata avviata la costruzione di tavole di sintesi ove vengono riportati gli errori commessi nella compilazione delle SDO per singole regioni a testimonianza dell'attendibilità dei dati raccolti e del loro possibile utilizzo in termini di programmazione sanitaria e monitoraggio della spesa.

A partire dalla rilevazione effettuata nel 1999, lo stesso Ministero della sanità ha predisposto un piano di validazione dei dati trasmessi dalle regioni e dalle province autonome attraverso una sequenza di fasi successive. A seguito della comunicazione degli errori riscontrati nei *controlli logico-formali*, le regioni e le province autonome, che svolgono il ruolo di *validatori primari* delle proprie informazioni, hanno potuto procedere ad ulteriori verifiche e al miglioramento della qualità dei dati trasmessi.

I controlli logico-formali, che avvengono in primo luogo all'interno dell'azienda sanitaria, dalla quale permanano i dati, riguardano:

— la completezza dei dati richiesti con riferimento al prospetto SDO;

— l'accuratezza della compilazione;

— la congruenza delle date;

— la validità dei codici;

— la compatibilità delle diagnosi con sesso ed età;

— altri controlli in grado di evidenziare errori di compilazione e di caricamento dei dati.

Tale sistema di controllo a cascata ha avuto nel tempo l'effetto di ridurre in modo consistente gli errori, registrando una percentuale di schede errate pari al 5,3% (sul totale delle schede inviate nel 1999) nettamente inferiore a quella degli anni precedenti (oltre il 16,3% nel 1998, 17,8% nel 1997). Le schede sono state trasmesse da tutte le 21 regioni e dalle 2 province autonome, per un totale di 1388 istituti di ricovero, due in più rispetto all'anno precedente (tabella 1). Il numero di istituti invianti è di 1478; rispetto all'anno precedente, nel quale risultavano 1510 istituti invianti, dalla trasmissione effettuata dalle regioni sono stati esclusi istituti (principalmente di riabilitazione ex art. 26 legge 833/1978) ai quali non deve applicarsi la rilevazione SDO. Come già nella rilevazione dell'anno 1998, la riduzione a 1388 strutture è dovuta alle situazioni di accorpamento di singoli istituti di ricovero, che hanno inviato separatamente le SDO, in aziende o in presidi ospedalieri cui sono interessate più strutture.

Accanto ai controlli di tipo logico-formale esistono altre due categorie di controlli legati alla SDO che possono essere indicati nel modo seguente:

1) controlli finalizzati ad una verifica dell'appropriatezza dell'assegnazione della diagnosi principale, che entrano pertanto nel merito della scelta del percorso del paziente;

2) controlli sul *creeping* della SDO, tesi ad evitare le manipolazioni della SDO al fine di accrescere il peso del Drg corrispondente.

Nel primo caso si tratta di controlli volti ad una verifica dell'appropriatezza generica, ovvero quella relativa alla tempistica d'esecuzione degli in-

terventi connessi ad ciascun episodio di ricovero, che consente di valutare se le prestazioni erogate al paziente sono proprie dell'ospedale per acuti con riferimento sia alla tipologia sia alla concentrazione del tempo, a prescindere dal tipo di diagnosi. Sempre mediante i dati presenti nelle SDO è possibile inoltre procedere a verifiche attinenti all'appropriatezza specifica o clinica, ovvero verifiche tese ad indagare la necessità che il paziente sia sottoposto ad un intervento sanitario, che quest'intervento sia quello più idoneo per rispondere ai suoi bisogni e che infine venga erogato dalla struttura sanitaria a minor complessità (Lattuada, Francescutti, Zampognaro, 2001). Nella relazione introduttiva accompagnatoria dei risultati delle SDO rilevate sul territorio nazionale tra gli altri sono infatti presenti i cosiddetti «Indicatori di efficacia e appropriatezza» delle cure «utili a valutazioni generali sia in ambito programmatico che come screening informativo». Mediante questo tipo di indicatori, ad esempio, viene calcolata la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale, oppure il complesso di Drg medici in reparti chirurgici per quantificare il numero di casi non sottoposti ad intervento ma dimessi da reparti chirurgici. In tal modo è possibile rappresentare così una *proxy* del ricorso inappropriato al ricovero in ambiente specialistico. Altri indicatori presentati nella relazione introduttiva alle SDO sono gli indici generali di attività, gli indicatori di complessità, gli indicatori di efficienza, gli indicatori di domanda, accessibilità, utilizzo ed infine gli indicatori per il controllo esterno.

Nel secondo caso i controlli sulle SDO sono invece legati al sistema di remunerazione a tariffa delle prestazioni ospedaliere e finalizzati ad evitare i cosiddetti comportamenti opportunistici dei soggetti erogatori secondo quando espresso a partire dalle Li-

nee guida n. 1/1995 che contengono direttive di applicazione del D.M. 14 dicembre 1994.

A questo riguardo è il caso di precisare che anche il Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996, capitolo 8, aveva sollecitato l'adozione, a livello regionale e aziendale, di procedure di controllo finalizzate all'individuazione di quegli «incentivi perversi» tipicamente associati al sistema di remunerazione a prestazione, con particolare riguardo alla verifica della corretta compilazione della SDO. Nelle linee guida n. 1/1995 il Ministero della sanità ha fornito le opportune indicazioni per la realizzazione di un'efficace attività di controllo sia sulla regolarità dei flussi informativi relativi alle schede di dimissione ospedaliera sia sull'attribuzione e valorizzazione dei Drg, arrivando perfino ad indicare specifici criteri di monitoraggio al fine di individuare eventuali «effetti distorsivi» direttamente connessi al nuovo sistema di remunerazione. I destinatari principali di tali indicazioni erano, ovviamente, gli organi di governo regionali, ai quali spettava di disciplinare i flussi informativi tra Regione, aziende sanitarie e case di cura pubbliche o private, e di organizzare il sistema dei controlli.

In particolare, al punto 6 veniva affidato alle regioni il compito di attivare adeguati controlli sull'attività dei soggetti erogatori, con la segnalazione dei casi maggiormente indicativi di eventuali «comportamenti opportunistici», come appresso elencati:

— *ricoveri inappropriati*: numerosità di ricoveri con degenza significativamente più bassa rispetto a quella media oppure dimissioni anticipate e ricoveri ripetuti al fine di moltiplicare le prestazioni ed i ricavi;

— *ricoveri anomali*: numerosità dei casi con durata di degenza oltre il valore soglia onde individuare eventuali

**Tabella 1 - Distribuzione degli errori rilevati secondo la tipologia. Confronto anni 1997-1999 (Fonte: Ministero della sanità 2000)**

Tipo di errore	1997		1998		1999	
	Numero errori	% su schede inviate	Numero errori	% su schede inviate	Numero errori	% su schede inviate
Usl di provenienza errata					213.467	1,68
Intervento o proced. secondaria errata	234.253	2,00	233.557	1,86	205.060	1,61
Data intervento principale errata o mancante	305.803	2,61	547.123	4,35	162.110	1,27
Diagnosi secondaria errata	207.081	1,77	173.431	1,38	132.308	1,04
Regione di provenienza errata					98.970	0,78
Regione e Usl di provenienza errate	1.155.264	9,87	978.293	7,78		
Regione e Usl di provenienza non impostate	13.827	0,12	17.253	0,14	57.797	0,45
Intervento principale errato	105.101	0,90	119.643	0,95	39.817	0,31
Diagnosi principale errata	69.865	0,60	37.974	0,30	23.632	0,19
Diagnosi secondaria incompatibile età/sexo	11.325	0,10	12.433	0,10	22.842	0,18
Diagnosi principale incompatibile età/sexo	8.661	0,07	14.180	0,11	21.958	0,17
Codice istituto errato	432.249	3,69	45.772	0,36	4.506	0,04
Intervento principale incompatibile col sesso	2.117	0,02	2.884	0,02	4.382	0,03
Intervento o proced. secondario incompatibile col sesso	4.218	0,04	2.399	0,02	4.356	0,03
Diagnosi principale non impostata	10.209	0,09	6.731	0,05	2.636	0,02
Data di dimissione errata	198	0,00	10.131	0,08	1.933	0,02
Data di ricovero non impostata	4	0,00	9.083	0,07	1.434	0,01
Durata degenza dh errata	11.292	0,10	331.200	2,63	1.244	0,01
Data di nascita non impostata	1.361	0,01	1.454	0,01	1.226	0,01
Durata degenza dh non impostata	11.191	0,10	2.174	0,02	646	0,01
Data di nascita errata	2.842	0,02	7.629	0,06	203	0,00
Data di ricovero errata	1.615	0,01	971	0,01	197	0,00
Sexo non impostato	1.679	0,01	3.226	0,03	27	0,00
Sexo errato	8	0,00	60.833	0,48	19	0,00
Regime di ricovero non impostato	8	0,00	18	0,00	11	0,00
Regime di ricovero errato	529	0,00	953	0,01		-
<b>Totale errori riscontrati</b>	<b>2.590.700</b>	<b>22,13</b>	<b>2.619.345</b>	<b>20,83</b>	<b>1.000.781</b>	<b>7,86</b>
	<b>1997</b>		<b>1998</b>		<b>1999</b>	
<b>Totale schede controllate</b>	<b>11.707.101</b>		<b>12.577.826</b>		<b>12.727.449</b>	
<b>Schede corrette</b>	<b>9.619.293</b>	<b>82,2%</b>	<b>10.521.602</b>	<b>83,7%</b>	<b>12.056.886</b>	<b>94,7%</b>
<b>Schede errate</b>	<b>2.085.120</b>	<b>17,8%</b>	<b>2.056.224</b>	<b>16,3%</b>	<b>670.563</b>	<b>5,3%</b>

tendenze ad ottenere pagamenti agiuntivi oltre la tariffa stabilita;

— *ricoveri di una sola giornata*: proporzione di casi di trasferimento ad altro istituto entro la seconda giornata di ricovero al fine di individuare la tendenza ad assicurarsi comunque la tariffa riconosciuta in tali fattispecie (doppia);

— *ricoveri complicati*: numerosità di casi con diagnosi concomitanti e/o complicanti allo scopo di individuare comportamenti orientati ad ottenere le tariffe più remunerative stabilite per tali casi;

— *ricoveri ripetuti*: proporzione per ciascun Drg, di ricoveri ripetuti nell'arco di un determinato periodo al fine di individuare comportamenti orientati a moltiplicare inappropriatamente le prestazioni.

Con ulteriore nota del Ministero della sanità n. 100/SCPS/131668 dell'11 novembre 1996, diretta a tutti gli Assessorati alla sanità e concernente il «Controllo del nuovo sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera», con la quale sono stati affidati alle aziende sanitarie specifici compiti in materia di controllo operativo mirato e, facendo riferimento al Piano sanitario nazionale relativo al triennio 1994-1996, è stata ribadita la necessità di adottare, sia a livello regionale che a livello di Azienda unità sanitaria locale, adeguate procedure di controllo dirette a contrastare i cosiddetti «incentivi perversi» connessi al nuovo sistema di remunerazione a prestazione.

È in tale nota ministeriale che trovano la propria origine i cosiddetti controlli esterni dei cui indicatori si dà un'illustrazione nelle relazioni sulle SDO dal 1997 in poi. Viene, infatti, ipotizzato un sistema di controllo basato su due livelli operativi. Il primo è riservato alle regioni per il monitoraggio sistematico delle SDO e per la produzione di indicatori standardizza-

ti mirati ad evidenziare modalità di gestione dei ricoveri e di compilazione delle schede non corrette da parte delle case di cura. Il secondo livello operativo viene invece affidato direttamente alle Aziende unità sanitarie locali per l'effettuazione di un'attività di controllo, anche di merito, sulla base delle risultanze del monitoraggio effettuato dalle regioni. I controlli esterni sono generalmente articolati in modo tale che eventuali comportamenti non corretti siano contestati per iscritto alle case di cura interessate, in modo che, sulla base delle controdeduzioni prodotte, si possa procedere, se del caso, direttamente alla rideterminazione della remunerazione oppure al suo mancato riconoscimento. Con una certa differenziazione di metodi, tecniche e strumenti le regioni si sono adattate a quanto stabilito dalle linee guida ministeriali ed è proprio sull'esame di un caso specifico, quello della Regione Veneto, che verte il paragrafo successivo.

#### **4. La Regione Veneto: l'esperienza di informatizzazione ed i controlli sulle SDO**

##### *4.1. Adozione delle SDO ed evoluzione del flusso informativo*

Con particolare riferimento all'attivazione del flusso informativo riguardante l'assistenza ospedaliera, la Regione Veneto con la L. reg. n. 83 del 13 giugno 1975, è stata una delle prime regioni a obbligare le strutture ospedaliere alla compilazione per ogni singolo paziente di un *foglio notizie*, antesignano delle SDO, sulla base di un modello tracciato record che doveva essere fatto pervenire con cadenza mensile agli uffici competenti della regione.

Tale documento, contenente indicazioni limitate all'identità del paziente, alla struttura di ricovero, alla diagnosi

principale ed al tipo di terapia praticata, ha subito una prima radicale ristrutturazione dei contenuti nel 1985 (circolare regionale n. 33308/6.1.33/1985 del 21 ottobre 1985), quando si è proceduto all'introduzione dei codici di diagnosi concomitanti in aggiunta alla diagnosi principale, delle informazioni relative all'effettuazione di interventi/procedure, secondo un *set* di informazioni contenenti il codice di intervento definito dal tariffario regionale, la data, il reparto di erogazione della prestazione ed i trasferimenti interni di reparto.

Una seconda modifica (circolare regionale n. 12453/20100 del 26 marzo 1993) ne ha essenzialmente ampliato le finalità attivando il flusso informativo anche per quanto riguarda il ricovero diurno mediante un tracciato *record* diverso da quello utilizzato per i ricoveri ordinari, introducendo peraltro i codici della classificazione ICD9-CM, per gli interventi e le procedure, e stabilendo l'adozione dei codici ministeriali per la classificazione degli istituti di ricovero e delle unità operative. A ben vedere il 1993, per gli uffici regionali, ha costituito il primo anno di una rilevazione delle SDO intesa come prova sperimentale per l'adozione del sistema tariffario Drg e la costituzione (valorizzazione) di un apposito archivio. Dal 1994 in poi a tale rilevazione hanno provveduto le singole aziende, con trasmissione del codice agli appositi uffici regionali nell'ambito del tracciato record di scambio. Quest'ultimo è stato modificato in modo tale da facilitare l'adeguamento relativo alla degenza ordinaria, consentendo così l'introduzione del campo corrispondente alla valorizzazione del codice Drg. Agli inizi del 1999, in ottemperanza alla circolare ministeriale n. 87/20560 del 18 gennaio ed in largo anticipo sulle statuizioni a livello nazionale recepite nel D.M. n. 380/2000 la Regione Veneto ha deli-

neato l'impostazione del sistema attualmente in vigore, procedendo ad un'ulteriore riforma dei contenuti tecnici della rilevazione con riferimento ai tracciati *record* della SDO ed alla modalità di trasmissione dei dati. L'obiettivo principale di questo intervento di ristrutturazione del flusso informativo è stato, come riporta la stessa nota esplicativa e come confermano i funzionari, l'accorpamento in un solo tracciato di scambio Ulss-Regione di tutte le informazioni costituenti il debito informativo regionale verso il livello centrale ed interregionale.

La riforma delle SDO è consistita essenzialmente nell'adozione della modalità di gestione e trasmissione con tracciati separati per dati anagrafici e dati sensibili, mediante *file* separati, in ottemperanza alle norme sulla *privacy*, dettate:

— nell'integrazione del tracciato delle SDO con le informazioni sull'attività ospedaliera, tipiche del flusso informativo della mobilità (cognome nome, medico prescrittore, importo della degenza)

— nella predisposizione del tracciato all'utilizzo del codice ICD9-CM (attraverso l'estensione dei campi di diagnosi a 5 caratteri);

— nella riunificazione dei due archivi della degenza ordinaria e del ricovero diurno (con attribuzione alle schede di dimissione di numeri identificativi univoci per istituto, indipendentemente dal regime di degenza);

— nell'introduzione di nuove variabili al fine di rendere più chiaro il quadro di ogni singolo episodio di ricovero con la precisazione del *motivo del ricovero in regime diurno*, del *peso alla nascita*, *quarta e quinta diagnosi concomitante*, *quarto e quinto intervento chirurgico/procedura*.

Sono state introdotte altresì tre variabili — *grado di dipendenza assistenziale al ricovero*, *grado medio di dipendenza assistenziale durante la*

*degenza*, *grado di dipendenza assistenziale alla dimissione* — che integrano il modello nazionale di SDO. Infine, ulteriore e significativa novità, con riferimento alle attività di gestione dei dati di mobilità attiva interregionale, è stata la soppressione della modalità di aggiornamento riguardante la valorizzazione del campo «posizione contabile». La procedura di acquisizione degli aggiornamenti è stata modificata mediante la trasmissione periodica dell'archivio consolidato fino alla data di entrata in vigore delle nuove regole. Tale modifica è dipesa dalla decisione di rendere definitiva la periodicità annuale nella trasmissione interregionale dei dati analitici di mobilità attiva, comportando la necessità di trasmettere alle regioni archivi il cui contenuto è costituito esclusivamente da *record* equivalenti ad addebiti. Nella pratica le Aziende sanitarie sono tenute ad inviare trimestralmente l'intero archivio aggiornato disponibile al momento della trasmissione, in modo che la base dati regionale sia costituita esclusivamente da schede corrispondenti ad addebiti. Ogni invio successivo a quello del primo trimestre è costituito sia da nuove schede (relative al trimestre appena trascorso), sia da schede già trasmesse alla Regione (in parte ritrasmesse negli stessi contenuti del primo invio, in parte reinviolate con contenuto aggiornato).

L'altra novità di rilievo è stata l'introduzione della classificazione ICD9-CM per la codifica delle diagnosi superando la precedente versione e passando alla versione *HCFA Drg Grouper (Version 14)* con 495 codici diversi, mentre le altre regioni hanno ancora la versione *HCFA10* che si associa alla classificazione dei dati ICD9 transcodificati nell'ICD9-CM con 492 codici.

#### 4.2. La struttura del sistema informatico e l'attivazione del flusso informativo

Sotto il profilo del *database* informativo sempre nel 1999 la regione ha proceduto ad una ristrutturazione delle modalità dei dati SDO e degli altri flussi informativi, sviluppando l'archivio regionale con il sistema ORACLE secondo un'architettura adeguata a quanto richiesto dalla normativa in materia di trattamento dei dati sensibili, attuando in tal modo una separazione delle tabelle contenenti dati anagrafici e quelle contenenti i dati sanitari. Tutti i database e le applicazioni di acquisizione e controllo (sino a dicembre 2001) utilizzano una tecnologia *standard* regionale con un linguaggio di programmazione PL-SQL (*Program Language - Structured Query language, linguaggio per interrogazione strutturata*). Gli applicativi di livello regionale riguardanti IVG e ABS (*Adaptive Block Size*, dimensione di blocco adattiva per i *modem*) sono stati sviluppati con risorse interne. Allo stesso modo, sempre per l'IVG e l'ABS è stato sviluppato internamente — con strumento *standard* regionale (DELPHI) — il pacchetto distribuito alle Aziende per il *data-entry* a livello locale. In questo modo sono stati attivati i servizi Intranet tra le aziende Ulss e la Regione ed si è proceduto a potenziare il sistema telematico di trasmissione dei dati estendendo alle Aziende Ulss ed ospedaliere il servizio WAN (*Wide Area Network*, rete geografica) regionale. Ciò ha consentito di abbandonare le precedenti modalità di comunicazione consistenti nell'invio postale dei supporti magnetici e di attivare la trasmissione dei flussi con il protocollo di sicurezza SSL (*Security Socket Layer*) per la crittografia dei dati in transito.

Le innovazioni apportate si sono dunque tradotte in una maggiore siste-

Tabella 2 - I contenuti della SDO in Veneto

Nome campo	Tipo
Regime di ricovero	AN
ULSS-azienda inviante	AN
Codice istituto	AN
Sub codice istituto - mod. HSP 11 bis	AN
Numero della scheda	AN
Medico prescrittore	AN
Cognome	AN
Nome	AN
Codice fiscale	AN
Codice sanitario individuale	AN
Comune/stato estero di nascita	AN
Data di nascita	D
Sesso	AN
Comune/stato estero di residenza	AN
Cittadinanza	AN
Stato civile	AN
Regione di residenza	AN
ULSS di residenza	AN
Data di ricovero	D
Reparto di ammissione	AN
Onere della degenza	AN
Provenienza del paziente	AN
Tipo di ricovero	AN
Motivo del ricovero	AN
Motivo del ricovero in regime diurno	AN
Traumatismi o intossicazioni	AN

<b>Grado di dipendenza assistenziale al ricovero</b>	N
Data 1° trasferimento	DATA
Reparto di trasferimento	AN
Data 3° trasferimento	D
Reparto di trasferimento	AN
Data 4° trasferimento	D
Reparto di trasferimento	AN

*Legenda:*

AN = dati anagrafici;

D = dati sensibili;

N = nuovi campi.

<b>Grado medio di dipendenza durante il ricovero</b>	N
<b>Numero giorni di permesso</b>	N
<b>Numero giorni di presenza in ricovero diurno</b>	N
Data di dimissione o morte	D
Reparto di dimissione	AN
Modalità di dimissione	AN
Riscontro autoptico	AN
<b>Peso alla nascita</b>	N
<b>Grado di dipendenza assist. alla dimissione</b>	N
Diagnosi principale alla dimissione	AN
Diagnosi secondaria 1	AN
Diagnosi secondaria 2	AN
Diagnosi secondaria 3	AN
Diagnosi secondaria 4	AN
Diagnosi secondaria 5	AN
Data intervento principale o parto	D
Intervento chirurgico principale o parto	AN
Reparto intervento principale o parto	AN
Data altro intervento/procedura 1	D
Altro intervento/procedura 1	AN
Reparto altro intervento/procedura 1	AN
Data altro intervento/procedura 2	D
Altro intervento/procedura 2	AN
Reparto altro intervento/procedura 2	AN
Data altro intervento/procedura 3	D
Altro intervento/procedura 3	AN
Reparto altro intervento/procedura 3	AN
Data altro intervento/procedura 4	D
Altro intervento/procedura 4	AN
Reparto altro intervento/procedura 4	AN
Data altro intervento/procedura 5	D
Altro intervento/procedura 5	AN
Reparto altro intervento/procedura 5	AN
DRG	AN
<b>Importo degenza</b>	N

maticità ed in una tempestività che prima non erano realizzabili nella trasmissione dei dati, influenzando positivamente tutte le comunicazioni e permettendo al tempo stesso la frequenza di aggiornamento dell'archivio. Ad esempio a marzo del 2001 tutto l'archivio delle SDO del 2000 era già stato validato. Con riferimento alle attività ospedaliere attualmente sono in esercizio le procedure informatiche di acquisizione/validazione/elaborazione finalizzate al trattamento dei dati oggetto dei due principali flussi informativi riguardanti rispettivamente le schede di dimissione ospedaliera e la mobilità sanitaria interregionale.

Le procedure volte all'acquisizione delle informazioni sono scandite attraverso due essenziali procedure di verifica informatica. Da un lato, infatti, ci sono i *controlli di tipo bloccante* che impediscono alle informazioni inficiate di errori di essere trasmesse dall'azienda alla regione e facilitano una comunicazione immediata, secondo le scadenze previste per l'acquisizione dei dati, delle chiavi di identificazione dei record scartati per mancato superamento dei controlli ed un immediato recupero delle informazioni corrette.

Dall'altro lato, vi sono dei *controlli di tipo non bloccante*, attraverso cui gli uffici regionali riescono, sempre per via telematica, a segnalare gli errori riscontrati sui campi della SDO a seguito delle procedure di validazione ed in tal modo ad ottenere un nuovo invio del dato, una volta effettuata la correzione da parte delle Aziende Ulss ed ospedaliere, in occasione della successiva scadenza trimestrale.

Il nuovo sistema, come esprimono anche i dati ministeriali, ha permesso alla Regione di raggiungere un elevato livello qualitativo dell'archivio e di registrare un risultato inferiore alla soglia minima di segnalazione dell'1 per mille rispetto ai dati segnalati dal Mi-

nistero. A questo proposito occorre aggiungere inoltre che a partire dal 2000 la rilevazione ministeriale dei dati della Regione Veneto viene effettuata per via telematica, mediante la rete SIS. Il Veneto e la Toscana sono infatti le uniche due regioni ad essere collegate direttamente al SIS.

#### 4.3. La valutazione e il controllo delle attività attraverso le SDO

La Regione Veneto con delibera n. 4807 del 1999, modificata, dopo una prima sperimentazione, con delibera n. 3572 del 2001 ha inoltre regolamentato lo svolgimento dell'attività dei controlli sulle attività ospedaliere, individuando i criteri per le seguenti verifiche su:

- 1) la validità della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua corrispondenza alle attività svolte;
- 2) l'appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati;
- 3) l'appropriatezza delle forme e delle modalità di erogazione dell'assistenza;

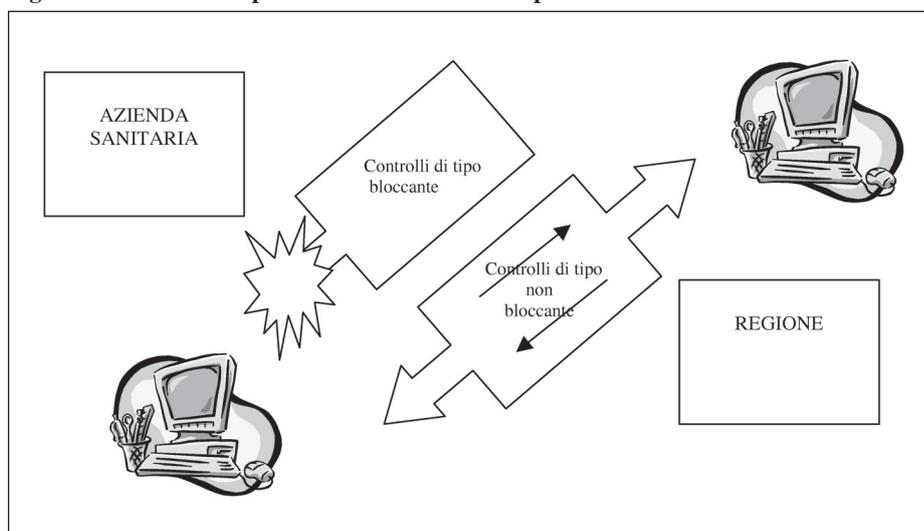
4) i risultati finali dell'assistenza, incluso il gradimento degli utilizzatori dei servizi.

Tali controlli, in linea con quanto stabilito dalle indicazioni ministeriali, hanno lo scopo di consentire, da un lato, ad ogni struttura erogatrice di prestazioni sanitarie di monitorare e verificare i propri *standard* erogativi, dall'altro, agli acquirenti di effettuare una valutazione della rispondenza delle prestazioni erogate ai propri assistiti a determinati *standard* di appropriatezza. Essi si articolano su due seguenti livelli:

- 1) controlli interni alle aziende sanitarie pubbliche e strutture private accreditate;
- 2) controlli esterni sulle strutture sanitarie private accreditate e tra aziende sanitarie pubbliche.

La Regione attualmente esercita una attività diretta di controllo a cascata su tutti i ricoveri ospedalieri che avvengono presso le strutture pubbliche e private che insistono sul suo territorio e sulla mobilità extraregionale attraverso la *Commissione operativa regionale per la verifica della appropriatezza delle prestazioni sanita-*

Figura 4 - Controlli di tipo bloccante e controlli di tipo non bloccante sulle SDO



rie (5), che rappresenta il primo livello, ed i *Nuclei provinciali per i controlli esterni di tipo sanitario* (6). Alla Commissione spettano le seguenti funzioni:

- predisporre e aggiornare le linee guida operative sull'attività di controllo esterno e sulla valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale, facendo riferimento anche ad un *set* minimo di indicatori di attività che tutte le strutture sanitarie pubbliche e private devono fornire al nucleo provinciale per i controlli esterni di tipo sanitario;

- valutare l'attività dei nuclei provinciali per i controlli esterni di tipo sanitario;

- risolvere gli eventuali contenziosi trasmessi dai nuclei provinciali e concludere l'esame in tempo utile per la redazione del bilancio d'esercizio;

- acquisire ulteriori informazioni rispetto a situazioni particolare che emergono dall'analisi dei contenuti nell'archivio regionale delle attività sanitarie, dalle segnalazioni dei nuclei provinciali per i controlli esterni di tipo sanitario o da considerazioni autonome della commissione stessa, sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate.

Ai Nuclei provinciali è invece assegnato il compito di:

- valutare le risultanze del controllo interno prodotte dalle singole strutture di ricovero pubbliche e private coinvolte, segnalando alla Regione eventuali anomalie;

- definire le modalità di applicazione, in sede locale, delle direttive regionali in tema di controlli esterni e le modalità di verifica;

- esaminare e risolvere i contenziosi relativi all'attività di controllo;

- trasmettere alla direzione dei Servizi ospedalieri e ambulatoriali eventuali contestazioni non risolte,

corredate dal verbale che evidenzia le posizioni tecniche delle parti.

#### 4.4. I controlli interni

Per quanto riguarda il flusso informativo generato dalle SDO, nell'ambito dei controlli interni alla singola azienda, i Direttori generali della Ulss, delle Aziende ospedaliere e i Rappresentanti legali delle strutture sanitarie accreditate hanno particolari responsabilità comprendenti le verifiche. I controlli interni sono strutturati a loro volta in modo tale da poter essere distinti in *controlli interni diretti* sulle SDO e controlli che incidentalmente cadono sulle SDO ma hanno come obiettivo primario quello di monitorare il sistema di pagamento a prestazione basato sui Drg. Del resto, come si è già avuto modo di ribadire più sopra, mettere a punto un siffatto sistema per gli organi regionali ha voluto significare principalmente preoccuparsi di salvaguardare da eventuali utilizzi opportunistici (Taroni, 1996) il sistema di finanziamento dell'attività ospedaliera introdotto dalle recenti riforme sia per quanto concerne la remunerazione delle aziende ospedaliere, sia per quanto concerne la mobilità infra-regionale ed extraregionale. Soltanto in questo modo si è spianata la strada per un'efficiente allocazione delle risorse sia uso appropriato delle stesse. È in tale contesto che la SDO ha giocato il suo ruolo fondamentale ed ha per così dire attirato le attenzioni dell'amministrazione direzionale, che si avvalsa di studi specifici in campo sanitario per congegnare il sistema di controlli e verifiche e correzioni.

Pertanto per ciò che attiene ai controlli interni diretti le finalità che il sistema messo in atto si sforza di perseguire riguardano:

- la completezza dei dati;

- l'accuratezza della compilazione della SDO;

- l'appropriatezza dell'assegnazione della diagnosi principale;

- la congruenza fra SDO e cartella clinica;

- i controlli logico-formali.

La completezza dei dati, considerata la valenza informativa multifunzionale della SDO, deve essere garantita in maniera accurata per quanto riguarda la sua compilazione in tutti i campi previsti dal tracciato *record* regionale. Ai fini del controllo interno ogni struttura di ricovero deve possedere il 100% delle SDO, compilate con i dati necessari alla corretta attribuzione del Drg, delle tariffe, alla completa identificazione del paziente, alla completa caratterizzazione della tipologia del ricovero ospedaliero.

L'accuratezza della compilazione della SDO presuppone che per ogni presidio di ricovero e per ogni struttura semplice o complessa di questo debbano essere disponibili almeno i seguenti indicatori, calcolati su base semestrale, relativi alla totalità delle SDO:

- numero medio di diagnosi per SDO;

- percentuale di SDO con 1 diagnosi sul totale delle SDO;

- percentuale di SDO con 6 diagnosi sul totale delle SDO;

- numero medio interventi/procedure per SDO;

- per i Drg<sub>S</sub> omologhi, percentuale dei Drg<sub>S</sub> complicati rispetto al totale degli omologhi;

- percentuale di Drg<sub>S</sub> chirurgici sul totale delle dimissioni.

A titolo esemplificativo si riportano gli indicatori per l'anno 2000, di una Azienda Ulss con due presidi, sulla base della prima delibera sui controlli che in questa sua parte non è stata modificata dalla successiva del 2001. Gli indicatori sull'accuratezza della compilazione della SDO sono ripartiti per area medica, riabilitativa, chirurgica e materno-infantile. Il cal-

colo e la valutazione degli indicatori dei controlli interni è generalmente effettuato sui dimessi di un singolo anno di riferimento anche se le analisi vengono condotte semestralmente con la presentazione di dati parziali, a metà anno, e di dati consolidati a fine anno.

Al fine di valutare l'appropriatezza dell'assegnazione della diagnosi principale sono definite particolari regole di codifica contenute per una parte nella nota esplicitiva sulle SDO ed aggiornate periodicamente e per un'altra parte nelle linee guida in allegato alla delibera n. 4807 del 1999 laddove la

stessa stabilisce che per ogni struttura semplice o complessa e per ogni presidio di ricovero devono essere monitorati in particolare:

— la percentuale di ricoveri con un sintomo come prima diagnosi (codici ICD9-CM compresi fra 780 e 799.9) sul totale delle dimissioni;

— la percentuale di ricoveri con diagnosi principale non specifica (codici ICD9-CM xxx.9) sul totale delle dimissioni;

— la percentuale di ricoveri con diagnosi principale con codice V sul totale delle dimissioni.

Anche in questo caso a titolo esemplificativo si riportano i dati della stessa azienda Ulss (figura 6).

Per garantire la verifica della congruenza fra la SDO e la cartella clinica è previsto che venga eseguito un controllo, su un campione statisticamente significativo, della congruenza fra SDO e cartella clinica. In questo caso il campione esaminato deve rispettare i principi seguenti:

— comprendere tutte le strutture semplici o complesse;

— comprendere i ricoveri con trasferimento interno, vista l'elevata probabilità che il reparto di dimissione

**Figura 5 - Indicatori sull'accuratezza della compilazione della SDO**

INDICATORI SULL'ACCURATEZZA DELLA COMPILAZIONE DELLA SDO (PUNTO 3.1.B DGR 4807/99)  
INDICATORI CALCOLATI SUL TOTALE SDO (RICOVERI ORDINARI E DIURNI)

DIVISIONI	DIMESSI ANNO 2000													
	1° PRESIDIO							2° PRESIDIO						
	Numero dimessi	Numero medio di diagnosi per SDO	% di SDO con 1 diagnosi sul totale	% di SDO con 6 diagnosi sul totale	Numero medio interventi e procedure per SDO	% DRG complicati	% DRG chirurgici	Numero dimessi	Numero medio di diagnosi per SDO	% di SDO con 1 diagnosi sul totale	% di SDO con 6 diagnosi sul totale	Numero medio interventi e procedure per SDO	% DRG complicati	% DRG chirurgici
CARDIOLOGIA	1.125	2,5	30,8	1,3	1,2	6%	25%	1.795	3,4	4,6		1,1	11%	17%
UCIC	122	2,5	27,1		0,9	7%	16%	31	3,4	6,5		0,7	6%	6%
GERIATRIA	1.794	3,0	13,5	2,1	0,2	23%	2%	75	4,3	1,3	21,3	0,1	32%	1%
MEDICINA	1.446	2,2	35,1	1,5	0,3	19%	1%	1.988	3,8	8,4	15,4	0,3	24%	1%
NEFROLOGIA	225	3,1	8,9		1,1	30%	27%							
NEUROLOGIA	992	2,4	23,5		1,0	9%	1%	695	2,5	24,6	0,1	0,3	10%	1%
ONCOLOGIA	741	3,1	3,6	-	3,3	9%	4%	639	2,9			2,1	10%	0%
PNEUMOLOGIA								623	1,9	37,1		0,9	8%	3%
PSICHIATRIA	247	1,1	89,1	-	2,3	1%	0%	222	1,5	59,5		2,9	0%	2%
<b>TOTALE AREA MEDICA</b>	<b>6.692</b>						<b>7%</b>	<b>6.068</b>						<b>6%</b>
LUNGODEGENZA	151	4,0	3,3	19,2	0,3	25%	5%	1.221	3,5	9,6	6,9	0,4	25%	2%
RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	7	3,6	-		3,0	0%	0%							
<b>TOTALE AREA RIABILITATIVA</b>	<b>158</b>						<b>4%</b>	<b>1.221</b>						<b>2%</b>
ANESTR/ANIMAZ.	78	3,1	6,4	2,6	3,9	21%	31%	143	3,5	5,6	0,7	3,4	14%	31%
CHIRURGIA GENERALE	2.190	2,3	40,0	1,9	1,5	23%	69%	2.216	2,2	41,7	1,2	1,9	17%	57%
CHIRURGIA VASCOLARE								505	2,0	48,3		1,8	22%	75%
OCULISTICA	2.229	1,6	62,1		2,1	0%	93%							
ORTOPEDIA	2.316	1,2	86,0		1,8	2%	71%	2.984	1,4	68,8		1,9	3%	81%
O.R.L.								1.424	1,6	64,3	0,7	2,0	1%	74%
UROLOGIA	2.837	1,4	72,8		1,0	10%	45%	1.165	1,2	80,8		1,4	7%	59%
<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>	<b>9.650</b>						<b>67%</b>	<b>8.437</b>						<b>69%</b>
PEDIATRIA	1.087	1,4	67,0		0,3	1%	17%	759	1,8	43,2		0,7	3%	1%
TERAPIA INTENS. NEON/ NEONATOLOGIA	327	1,8	54,4		0,2	1%	0%	109	2,7	12,8	1,8	2,2	1%	0%
NIDO	1.403	1,0	99,9	1,5	-	0%	0%	711	1,5	67,1		0,1	0%	0%
OST./GINEC.	3.568	2,0	28,4		1,3	1%	45%	2.721	1,2	79,8		1,7	1%	47%
<b>TOTALE AREA MAT. INFANTILE</b>	<b>6.385</b>						<b>44%</b>	<b>4.300</b>						<b>44%</b>
<b>OSPEDALE</b>	<b>22.885</b>	<b>1,9</b>	<b>49,3</b>	<b>0,7</b>	<b>1,2</b>	<b>8%</b>	<b>38%</b>	<b>20.026</b>	<b>2,2</b>	<b>44,9</b>	<b>2,2</b>	<b>1,4</b>	<b>10%</b>	<b>38%</b>

ometta le segnalazione di diagnosi e interventi effettuati presso altre strutture semplici o complesse.

Infine la stessa delibera con riferimento ai controlli logico-formali stabilisce che il sistema informatico di ogni struttura deve assicurare il controllo logico-formale dei dati relativi alla SDO, con particolare riguardo ai controlli di tipo bloccante e

di tipo non bloccante, ponendo particolare attenzione ad i seguenti elementi:

- congruenza delle date;
- validità dei codici;
- compatibilità delle diagnosi con sesso ed età;
- ogni altri controllo che possa evidenziare errori di compilazione e *data-entry*.

Per quei controlli interni, invece, per i quali la SDO rappresenta lo strumento di verifica e non il fine, giova evidenziare quelli attinenti in modo specifico ai Drg<sub>s</sub> ed aventi come oggetto la manipolazione della SDO e i profili assistenziali. In entrambi i casi è previsto l'utilizzo di particolari griglie di indicatori che siano in grado di rilevare eventuali anomalie e per i

Figura 6 - Indicatori sull'appropriatezza dell'assegnazione della diagnosi principale

INDICATORI SULL'APPROPRIATEZZA DELL'ASSEGNAZIONE DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE (PUNTO 3.1.C DGR 4807/99)  
INDICATORI CALCOLATI SUL TOTALE SDO (RICOVERI ORDINARI E DIURNI)

DIVISIONI	DIMESSI ANNO 2000							
	1° PRESIDIO				2° PRESIDIO			
	Numero dimessi	% dimessi con sintomo come prima diagnosi	% dimessi con diagnosi principale non specifica	% dimessi con diagnosi principale con codice "V"	Numero dimessi	% dimessi con sintomo come prima diagnosi	% dimessi con diagnosi principale non specifica	% dimessi con diagnosi principale con codice "V"
CARDIOLOGIA	1.125	11%	19%	12%	1.795	2%	14%	10%
UCIC	122	14%	9%	2%	31	6%	3%	3%
GERIATRIA	1.794	2%	18%	1%	75	4%	11%	0%
MEDICINA	1.446	6%	16%	0%	1.988	4%	10%	1%
NEFROLOGIA	225	4%	7%	0%				
NEUROLOGIA	992	6%	3%	0%	695	10%	5%	0%
ONCOLOGIA	741	0%	5%	62%	639	0%	8%	65%
PNEUMOLOGIA					623	27%	22%	6%
PSICHIATRIA	247	0%	22%	0%	222	0%	7%	0%
<b>TOTALE AREA MEDICA</b>	<b>6.692</b>	<b>5%</b>	<b>14%</b>	<b>9%</b>	<b>6.068</b>	<b>6%</b>	<b>12%</b>	<b>11%</b>
LUNGODEGENZA	151	2%	18%	3%	1.221	4%	11%	1%
RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	7	0%	0%	57%				
<b>TOTALE AREA RIABILITATIVA</b>	<b>158</b>	<b>2%</b>	<b>17%</b>	<b>6%</b>	<b>1.221</b>	<b>4%</b>	<b>11%</b>	<b>1%</b>
ANESTRIANIMAZ.	78	8%	12%	1%	143	7%	15%	2%
CHIRURGIA GENERALE	2.190	3%	10%	0%	2.216	7%	12%	2%
CHIRURGIA VASCOLARE					505	0%	38%	0%
OCULISTICA	2.229	0%	1%	4%				
ORTOPEDIA	2.316	0%	5%	0%	2.984	0%	2%	0%
O.R.L.					1.424	2%	6%	1%
UROLOGIA	2.837	4%	22%	20%	1.165	9%	23%	14%
<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>	<b>9.650</b>	<b>2%</b>	<b>10%</b>	<b>7%</b>	<b>8.437</b>	<b>4%</b>	<b>11%</b>	<b>3%</b>
PEDIATRIA	1.087	14%	12%	1%	759	11%	11%	0%
TERAPIA INTENS. NEON./ NEONATOLOGIA	327	2%	5%	1%	109	3%	6%	12%
NIDO	1.403	0%	0%	100%	711	0%	1%	97%
OST./GINEC.	3.568	1%	2%	1%	2.721	1%	14%	1%
<b>TOTALE AREA MAT. INFANTILE</b>	<b>6.385</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>	<b>23%</b>	<b>4.300</b>	<b>2%</b>	<b>11%</b>	<b>17%</b>
<b>OSPEDALE</b>	<b>22.885</b>	<b>3%</b>	<b>9%</b>	<b>12%</b>	<b>20.026</b>	<b>4%</b>	<b>11%</b>	<b>8%</b>

quali sono prefissati determinate soglie di valori che non vanno superate. Così per il *creeping* è previsto il monitoraggio della percentuale dei ricoveri attribuiti ad un Drg complicato sul totale delle dimissioni, come anche la percentuali di quei Drg<sub>s</sub> considerati critici o le degenze media nei casi di

Drg complicati. Anche in questo caso si riporta una tabella a titolo esemplificativo (figura 7).

#### 4.5. I controlli esterni

I controlli esterni, riallacciandosi alla filosofia dei controlli interni indi-

retti, hanno la finalità di accertare, mediante verifiche di tipo sanitario condotte sulle SDO e sulle cartelle cliniche:

— l'appropriatezza del ricovero rispetto ad eventuali modalità alternative di erogazione dell'assistenza;

Figura 7 - Indicatori sulla manipolazione della SDO

INDICATORI SULLA MANIPOLAZIONE DELLA SDO (PUNTO 3.2.A DGR 4807/99)  
INDICATORI CALCOLATI SUL TOTALE SDO (RICOVERI ORDINARI E DIURNI)

DIVISIONI	DIMESSI ANNO 2000							
	1° PRESIDIO				2° PRESIDIO			
	Numero dimessi	% dimessi con DRG complicato	% dimessi con diagnosi concomitanti molto comuni	% dimessi con DRG 389 (Nido) 468, 476 e 477	Numero dimessi	% dimessi con DRG complicato	% dimessi con diagnosi concomitanti molto comuni	% dimessi con DRG 389 (Nido) 468, 476 e 477
CARDIOLOGIA	1.125	6%	8%	0%	1.795	11%	13%	0%
UCIC	122	7%	7%	0%	31	6%	13%	0%
GERIATRIA	1.794	23%	11%	0%	75	32%	23%	0%
MEDICINA	1.446	19%	7%	0%	1.988	24%	13%	0%
NEFROLOGIA	225	30%	8%	0%				
NEUROLOGIA	992	9%	8%	0%	695	10%	6%	0%
ONCOLOGIA	741	9%	1%	0%	639	10%	1%	0%
PNEUMOLOGIA					623	8%	3%	0%
PSICHIATRIA	247	1%	0%	0%	222	0%	0%	0%
<b>TOTALE AREA MEDICA</b>	<b>6.692</b>	<b>15%</b>	<b>7%</b>	<b>0%</b>	<b>6.068</b>	<b>14%</b>	<b>10%</b>	<b>0%</b>
LUNGODEGENZA	151	25%	13%	0%	1.221	25%	14%	0%
RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	7	0%	0%	0%				
<b>TOTALE AREA RIABILITATIVA</b>	<b>158</b>	<b>23%</b>	<b>13%</b>	<b>0%</b>	<b>1.221</b>	<b>25%</b>	<b>14%</b>	<b>0%</b>
ANESTR/ANIMAZ.	78	21%	3%	0%	143	14%	9%	3%
CHIRURGIA GENERALE	2.190	23%	4%	0%	2.216	17%	3%	0%
CHIRURGIA VASCOLARE					505	22%	7%	0%
OCULISTICA	2.229	0%	4%	0%				
ORTOPEDIA	2.316	2%	0%	0%	2.984	3%	1%	0%
O.R.L.					1.424	1%	1%	0%
UROLOGIA	2.837	10%	2%	0%	1.165	7%	0%	0%
<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>	<b>9.650</b>	<b>8%</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>	<b>8.437</b>	<b>8%</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>
PEDIATRIA	1.087	1%	0%	0%	759	3%	0%	0%
TERAPIA INTENS. NEON./ NEONATOLOGIA	327	1%	0%	0%	109	1%	0%	0%
NIDO	1.403	0%	0%	0%	711	0%	0%	2%
OST./GINEC.	3.568	1%	0%	0%	2.721	1%	0%	0%
<b>TOTALE AREA MAT. INFANTILE</b>	<b>6.385</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>4.300</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>OSPEDALE</b>	<b>22.885</b>	<b>8%</b>	<b>3%</b>	<b>0%</b>	<b>20.026</b>	<b>10%</b>	<b>5%</b>	<b>0%</b>

— la rispondenza tra quanto riportato sulla SDO e quanto contenuto e documentato in cartella clinica;

— la correttezza della codifica.

I controlli esterni inoltre hanno la funzione di consentire alla Commissione operativa regionale, attraverso la rete dei Nuclei provinciali per i controlli esterni di tipo sanitario, di acquisire informazioni che permettano l'individuazione di nuove criticità e la messa a punto di indicazioni operative finalizzate alla risoluzione dei problemi emersi. I controlli esterni sono, come prescrivono le linee guida, pianificati dai Nuclei provinciali per i controlli esterni di tipo sanitario e svolti da un gruppo di esperti individuati nell'ambito del personale di ciascuna struttura sanitaria, rappresentata nel Nucleo provinciale. Essi vanno condotti, in modo assolutamente omogeneo e «a tappeto» su tutti gli erogatori — pubblici e privati accreditati — del territorio di competenza; si basano su criteri espliciti, condivisi e riconosciuti dalla letteratura scientifica, nonché come recentemente stabilito dalla Commissione operativa regionale sulla griglia dei seguenti indicatori:

— le percentuali di ricoveri attribuiti a un Drg complicato sul totale delle dimissioni;

— la percentuale di Drg 389 (limitatamente ai dimessi dal nido), 468, 476 e 477 sul totale delle dimissioni (7);

— la percentuale di ricoveri ripetuti sul totale dei ricoveri;

— la percentuale di ricoveri potenzialmente inappropriati;

— la percentuale di ricoveri oltre il valore soglia (*outliers*);

— la percentuale di dimissioni per trasferimento entro il secondo giorno;

— la percentuale di ricoveri 0-1 giorno con Drg medico;

— la degenza media Drg-specifica.

La presenza di indicatori di questo genere sta a significare l'esigenza di

monitorare strettamente le situazioni in bilico che posso essere sintomatiche di abuso o cattivo funzionamento del sistema.

In merito all'oggetto del controllo esterno di tipo sanitario sono soggetti a controllo sanitario esterno specifiche tipologie di ricovero che per le loro caratteristiche sono meritevoli di valutazione. Sono così fissati i criteri di base per la valutazione delle singole tipologie di ricovero oggetto di verifica.

Ricoveri ordinari ripetuti:

— ricoveri ordinari potenzialmente non appropriati;

— ricoveri ordinari attribuiti ad un Drg complicato;

— ricoveri ordinari di 0-1 giorno con Drg medico;

— ricoveri in regime diurno;

— ricoveri in riabilitazione;

— ricoveri ordinari ripetuti;

— ricoveri ordinari inappropriati;

— ricoveri ordinari attribuiti ad un Drg complicato.

## 5. Discussione e conclusioni

A ben vedere le questioni affrontate inducono a fare delle osservazioni in merito a taluni degli aspetti più innovativi emersi dalla riforma del sistema sanitario nazionale, ed in particolare all'introduzione di meccanismi di programmazione economico-finanziaria e controllo delle attività sanitarie. La revisione del sistema di finanziamento delle prestazioni ospedaliere, basata prevalentemente (almeno per quanto concerne le aziende ospedaliere, le strutture accreditate ed il fenomeno della mobilità) su strumenti tariffari (Drg<sub>s</sub>) ha infatti spostato l'attenzione dei vari livelli di governo sulla produttività del sistema ospedaliero che, come era prevedibile, è progressivamente cresciuta, per il semplice fatto che sono diminuite le durate delle degenze ed è aumentato il numero dei ricoveri. Da ciò ne è conseguito che il livello

dei costi è rimasto drammaticamente invariato o si è spostato in basso di pochi punti percentuali nei casi migliori. Associata a queste due considerazioni ve n'è una terza che riguarda più da vicino i punti deboli nell'utilizzo del sistema tariffario ed i rischi di manomissione ad esso correlati. Se, infatti, il fenomeno della produttività si è potuto in parte arginare o quanto meno monitorare, almeno nei contesti regionali più evoluti, facendo ricorso all'affinamento di strumenti quali forme di contrattazione interaziendale (accordi contrattuali, meglio identificati dall'art. 8 *quinquies* del D.L.vo n. 229/1999 tra Regioni/Usl e strutture pubbliche o private), stime del fabbisogno attraverso l'utilizzo di indicatori relativi alla produttività, tanto delle attività di ricovero quanto di quelle ambulatoriali, non sempre il successo ha coronato l'approntamento di misure volte ad evitare un utilizzo distorto del sistema di tariffazione. In realtà quest'ultimo argomento, pur potendo essere analizzato autonomamente, rappresenta un'ulteriore implicazione del nuovo assetto dei servizi sanitari regionali, collocandosi sia a monte sia a valle di tutta quella rete di rapporti interistituzionali che si intrecciano al fine di garantire l'offerta ospedaliera in una determinata area geografica. Le misure di garanzia consistono essenzialmente nel cercare di azzerare le situazioni di sottoutilizzo della capacità produttiva delle strutture autorizzate/accreditate allo scopo di allineare i volumi di attività a quelli previsti dalla programmazione nazionale, senza trascurare una tensione al miglioramento continuo dell'uso appropriato dei servizi ospedalieri. L'allestimento di un sistema informativo per la predisposizione di dati, atti a consentire una migliore leggibilità delle attività operative, a livello organizzativo regionale e di aziende UsI, diviene in questo modo uno strumento cruciale, in grado non

soltanto di snellire e fluidificare le attività di monitoraggio ma di supportare lo stesso sistema dei controlli sanitari ed amministrativi rivolto a tutti i produttori, pubblici o privati. La finalità di tali controlli consiste, infatti, nel garantire il corretto ed appropriato utilizzo delle risorse rese disponibili all'interno del sistema sanitario. Com'è già riscontrabile in alcuni casi riportati in letteratura (Del Vecchio, 1998; Lega, Longo, 2002), i produttori di prestazioni (nella fattispecie ospedaliere, ma nella realtà anche ambulatoriali), «si impegnano all'atto della sottoscrizione dei contratti di fornitura di prestazioni sanitarie, alla massima collaborazione con l'azienda Usl nell'attività di verifica e controllo», mettendo a disposizione di funzionari dell'azienda Usl la documentazione necessaria. Nel caso specifico della regione Veneto, in cui le ultime manovre intraprese tendono a stabilire criteri ben precisi per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa, a superamento del «principio del c.d. dinamismo dei tetti di spesa mediante l'applicazione di una progressiva regressione tariffaria» (del. G.R. n. 616 del 22 marzo 2002), lo sviluppo di un così accurato e gerarchicamente strutturato sistema dei controlli è destinato ad esercitare una notevole influenza sui risultati futuri. Nell'architettura del servizio sanitario regionale esso presenta oltretutto tutte le peculiarità per divenire momento di scambio e collaborazione tra governo clinico e governo economico del servizio sanitario.

Una lettura in chiave aziendale tende a ricondurre l'implementazione dei sistemi di valutazione e controllo dei servizi ospedalieri nell'ambito propriamente manageriale, nel quale le responsabilità economiche e gestionali sono più sentite. In questo senso le tecniche e le strumentazioni approntate dalle aziende, anche in ottemperanza a dettati normativi, tendono a fon-

dersi con la cultura organizzativa ed esigono l'adozione di metodologie che dipendono, nel caso specifico della sanità, non soltanto dal grado di attendibilità e di funzionalità del sistema informativo-contabile ma anche da un atteggiamento non ostile da parte dei dirigenti medici e del personale sanitario. È attraverso l'interazione delle due «anime» aziendali, quella sanitaria e quella amministrativa, solitamente tendenti a manifestare comportamenti antagonisti, che un corretto sistema di valutazione e controllo può essere in grado di fornire i risultati richiesti e di scendere in profondità nella sua analisi. Questo spiega il fatto di come sia sempre più manifesta la necessità che agli ordinari strumenti di *reporting* siano affiancate modalità di verifica, differenziate, riferite alla concreta erogazione delle prestazioni, alcuni aspetti delle quali, ad esempio l'appropriatezza, non possono trovare riscontro nei tradizionali sistemi informativi. Anche sulla base dell'analisi suesposta non è un caso che la filosofia del nuovo sistema, di stretta derivazione clinica, considerando l'estrazione professionale medica dei componenti della Commissione incaricata di stabilire le *guidelines* relative ai controlli, si ispiri a principi tesi ad evitare che modifiche introdotte nei meccanismi del sistema di finanziamento possano generare delle anomalie come un aumento del numero di ricoveri non necessari o ripetuti, la manipolazione della SDO al fine di ottenere Drg più remunerativi, la selezione dei pazienti che, a parità di Drg, presentano dei costi di trattamento inferiore o ancora una ricerca della massimizzazione del pareggio economico a detrimento della qualità offerta ai pazienti.

---

(1) La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di

trattamento e/o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

(2) La diagnosi secondaria è complementare della diagnosi principale ed è tenuta in considerazione soltanto se contribuisce a far variare in maniera significativa la durata della degenza alla quale viene imputato un maggior consumo di risorse ospedaliere.

Secondo la definizione data nel nuovo D.M. del 20 ottobre 2000 «Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico».

(3) La differenza tra ICD9 e ICD9-CM consiste in una più estesa possibilità dell'ultima versione di registrare la codifica delle malattie. Così se nella versione ICD9 è possibile codificare circa 5.200 entità nosologiche, nella versione ICD9-CM tale possibilità viene estesa a circa 15.000.

(4) Il SIS si articola attraverso due principali nodi elaborativi dislocati su due livelli distinguendo tra sistemi elaborativi locali o regionali, dislocate presso le unità periferiche del sistema sanitario e sistemi elaborativi centrali dislocati a Roma.

(5) La Commissione è costituita dal dirigente della Direzione regionale dei servizi ospedalieri ed ambulatoriali che la presiede, dal dirigente regionale della Direzione risorse socio-sanitarie, da tre esperti in tecniche di valutazione sanitarie e da un rappresentante per ciascuna delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative.

(6) Ciascun Nucleo provinciale è composto dai Direttori sanitari delle Aziende unità locale socio sanitarie della provincia, delle Aziende ospedaliere e delle strutture private accreditate che insistono sul territorio provinciale. È presieduta dal Direttore sanitario dell'Azienda locale socio sanitaria del capoluogo di provincia.

(7) Il Drg 389 e quello riguardante i neonati a termine con infezione maggiore, il 468 è quello riguardante l'intervento chirurgico esteso non riguardante la diagnosi principale, il 476 è l'intervento chirurgico alla prostata non correlato alla diagnosi principale, il 477 è l'intervento chirurgico non esteso non correlato alla diagnosi principale (del. G.R. 1007/99).

## BIBLIOGRAFIA

- ACHARD P.O. (1999), *Economia e organizzazione delle imprese sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- ANASTASY C. ET AL. (1982), «Les «groupes de diagnostics analogues» de Fetter: vers une endoscopie des coûts», *Gestions hospitalières*, (28): 232, pp. 535-550.
- ANNESI E., CANTÙ E. (2002), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2001, Egea, Milano.
- ANSELMINI L. (1996), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie: strumenti per una gestione manageriale efficace*, Il sole 24-ore libri, Milano.
- BUCCOLIERO L., CAVALIERE A., NASI G. (2000), «I sistemi informativi automatizzati a supporto dei sistemi di programmazione e controllo», in Casati G., *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- BORGOLOVI E. (1992), «Il finanziamento del S.s.n. come strumento di programmazione e controllo», *Mecosan*, 4.
- BORGOLOVI E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BRUZZI S. (1997), *Finanziamento e gestione delle aziende ospedaliere*, Giuffrè, Milano.
- CAMUSSONE P.F. (1999), *Il sistema informativo aziendale*, Milano, Etas Libri
- CASATI G. (2000), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- CASATI G. (1999), *Il percorso del paziente: la gestione per processi in sanità*, Egea, Milano.
- CASELLI R., LOMUTO C., PISANI E. (1999), «Valorizzazione dei processi di assistenza ospedaliera classificati in Drgs», *Mecosan*, 29, pp. 93-100.
- CHIARUGI C., FABBRINI E. (1999), «Il sistema informativo a supporto del sistema decisionale: il budget nell'esperienza dell'azienda ospedaliera A. Mayer di Firenze», *Mecosan*, 23, pp. 101-114.
- COLOMBO G.L. ET AL. (2000), «L'informatizzazione della SDO: il caso della clinica urologia del Policlinico S. Orsola di Bologna», *Mecosan*, 33, pp. 59-70.
- COVALESKI M.A., DIRSMITH M.W. (1986), «Social expectations and accounting practices in the health sector», *Research in Governmental and Nonprofit Accounting*, vol. 2, pp. 119-134.
- DEL VECCHIO M., LONGO F. (1993), «Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L. 502/92», *Mecosan*, 6, pp. 49-62.
- DEL VECCHIO M. (A CURA DI) (1998), «I contratti tra le aziende Usl e le aziende ospedaliere», *Mecosan*, 25, pp. 85-104.
- EVERITT S.B. (1998), *Dizionario Cambridge di statistica medica*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- FETTER R.B. ET AL. (1980), «Case mix definition by diagnosis related groups», *Medical Care*, XVIII (2).
- FETTER R.B. ET AL. (1983), «Définition de l'éventail des malades hospitalisés par des Groupes de Diagnostic Homogènes», Traduzione di Le Roux D., Rodrigues J.M. *Gestions Hospitalières*, *Le cahiers*, 32 (224), pp. 210-224.
- LEGA F., LONGO F. (2002), «Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto», *Mecosan*, 41, pp. 9-21.
- LATTUADA L., FRANCESCUTTI C., ZAMPOGNARO E. (2001), *L'appropriatezza dei ricoveri*, Studio Vega, Mareno di Piave (TV).
- MOLIGNINI G. (1995), «Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie a quota capitaria ed a prestazioni. Una proposta di applicazione», *Mecosan*, 15, pp. 26-33.
- MUSAIO A. (2001), *Il controllo dei costi e delle aree di responsabilità nelle aziende ospedaliere*, FrancoAngeli, Milano.
- NONIS M., CORVINO G., FORTINO A. (1997), *La scheda di dimissione ospedaliera*, Il pensiero scientifico, Roma.
- NONIS M., BRAGA M., GUZZANTI E. (1998), *Cartella clinica e qualità dell'assistenza*, Il pensiero scientifico, Roma.
- TARONI F. (1996), *Drg/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il pensiero scientifico, Roma.
- TARONI F., NONIS M. (1996), «Il pagamento a prestazione: introduzione al sistema di classificazione dei ricoveri per ROD/Drg e impatto sul Ssn», in *Contributi per una gestione manageriale della sanità*, Quaderni di Mecosan, Sipis, Roma.
- ZANETTI M. ET AL. (1996), *Il medico e il management*, Accademia nazionale di medicina, Genova.
- ZANGRANDI A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche*, Giuffrè, Milano.

## DOCUMENTI

- CIRCOLARE 87/20560, Nuova disciplina del flusso informativo «scheda di dimissione ospedaliera».
- REGIONE DEL VENETO, deliberazione della Giunta n. 4807 del 28 dicembre 1999, «Controlli sull'appropriatezza dell'attività sanitaria della Regione Veneto. Approvazione del documento tecnico-organizzativo per la verifica ed il controllo dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri».
- REGIONE DEL VENETO, deliberazione della Giunta n. 3572 del 21 dicembre 2001, «Aggiornamento sistema dei controlli sull'attività di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale. Modifica del. G.R. n. 4807 del 28 dicembre 1999».
- REGIONE DEL VENETO, deliberazione della Giunta n. 616 del 21 dicembre 2001, «Assistenza ospedaliera: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2002».
- RELAZIONE INTRODUTTIVA, dati SDO 1999, Ministero della salute, <http://www.sanita.it/sdo/Dati99/relaz.doc>

Management ed economia sanitaria

# MECOSAN

La rivista trimestrale  
di saggi e ricerche, documenti e commenti  
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

*Mecosan* è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

### Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

### Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

### Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

### Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpato, 1990); indicazione: VOLPATO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

### I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;  
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23  
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98  
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

# INSERIMENTO LAVORATIVO DEI NEOASSUNTI: UN'INDAGINE MEDIANTE QUESTIONARIO

Cinzia Biondani<sup>1</sup>, Franco Padovani<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ufficio Aggiornamento e Formazione Permanente - Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri di Verona

<sup>2</sup> Già Ufficio Aggiornamento e Formazione Permanente - Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri di Verona

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. L'inserimento dei neoassunti nell'Azienda ospedaliera di Verona - 3. L'indagine - 4. I risultati - 5. Le conclusioni - 6. Le ricadute gestionali e organizzative.

## 1. Introduzione

L'inserimento lavorativo inizia nel momento in cui il nuovo dipendente entra a far parte dell'organizzazione e si conclude idealmente quando egli si sente bene inserito nell'ambiente, padrone del mestiere, adeguatamente produttivo. Esso rappresenta una fase del processo di socializzazione al lavoro, parte integrante della gestione del personale, così da garantire sia una buona qualità della vita lavorativa degli operatori che la maggior efficienza e produttività dell'organizzazione.

Sia per il neoassunto che per l'organizzazione è importante raggiungere in tempi ragionevoli un soddisfacente adattamento reciproco. Tre possono essere i criteri in base ai quali valutare la conclusione del processo:

- un criterio sociale (adattamento reciproco tra le persone);
- un criterio tecnico professionale (sviluppo di competenze);
- un criterio organizzativo (miglioramento della produttività).

In ogni caso si confrontano esigenze ed aspettative dei neoassunti e dell'organizzazione. Poiché l'esito è positivo quando sono soddisfatte sia le une che le altre è opportuno analizzarle in maniera puntuale.

*Per la persona* consideriamo due tipi di bisogni psicologici: il primo attiene la sfera affettiva (essere riconosciuto come persona, accettato, rassicurato, aiutato), l'altro la sfera cognitiva (conoscere l'ente, i colleghi, i superiori, le norme giuridiche e sociali, i compiti specifici).

*Per quanto riguarda l'organizzazione* è primaria l'esigenza di migliorare la produttività (o almeno di garantire gli *standard* prefissati) in termini sia di efficienza che di qualità.

Dipendendo la produttività dal lavoro delle persone, l'organizzazione ha interesse a favorire il loro adattamento ed il soddisfacimento dei loro bisogni nei confronti del lavoro e del contesto.

## 2. L'inserimento dei neoassunti nell'Azienda ospedaliera di Verona

All'epoca della ricerca l'Azienda ospedaliera «Istituti Ospitalieri di Verona» è un'organizzazione sanitaria costituita da due presidi ospedalieri (l'Ospedale Civile Maggiore e l'Ospedale Policlinico) e da un blocco di uffici e servizi centrali. Vi lavorano circa 4.800 dipendenti.

Nell'ambito dei programmi di gestione delle risorse umane, l'Azienda

ha deciso di dar vita, verso la fine del 1997, ad una revisione del processo di inserimento del personale neoassunto per migliorare ed uniformare, nei limiti del possibile, le relative procedure (1).

Allo scopo la direzione del personale ha costituito un gruppo di lavoro che, dopo una ricognizione delle procedure in atto, ha deciso di far precedere alla loro revisione un'indagine conoscitiva sull'esperienza compiuta da un campione di operatori di recente assunzione e di affidarne l'incarico agli autori del presente contributo.

## 3. L'indagine

Nostra prima preoccupazione fu quella di focalizzare l'attenzione sui bisogni dei neoassunti e sui relativi vissuti.

Fra i modelli teorici che inquadrano i bisogni dell'uomo, anche se meno citato rispetto a quelli classici di McGregor, Maslow ed Herzberg, abbiamo ritenuto che si prestasse meglio a sostenere le nostre considerazioni e le linee del nostro progetto quello proposto da McClelland (McClelland, 1985) che riconosce nell'uomo tre motivazioni sociali di

base: di appartenenza (*need for affiliation*) che esprime il bisogno di sentirsi accolto e partecipe in un gruppo sociale; di dominio (*need for power*) che esprime quello di esercitare un controllo sulla realtà; di riuscita (*need for achievement*) cioè di autorealizzazione secondo parametri di eccellenza.

Applicando tale modello al nostro problema abbiamo dovuto modificarne in parte i parametri definitivi per renderli compatibili con il quadro dei citati criteri di «successo»: nel *bisogno di appartenenza* riconosciamo l'esigenza, presente in particolare in chi si inserisce in un nuovo ambiente lavorativo, di sentirsi riconosciuto come persona, accolto favorevolmente ed apprezzato; nel *bisogno di dominio*, l'esigenza di padroneggiare cognitivamente la realtà dell'ambiente lavorativo nei suoi diversi aspetti; nel *bisogno di riuscita*, l'esigenza di utilizzare le proprie competenze per contribuire in modo personale e significativo alla produttività dell'organizzazione.

Secondo McClelland nell'adulto tutte e tre le motivazioni sono presenti ed operanti: ciò che fa la differenza tra le persone è la prevalenza dell'una o dell'altra. A noi è sembrato interessante indagare quale risultasse eventualmente più diffusa nel gruppo dei neoassunti.

Dall'elenco di coloro che erano entrati in azienda nella seconda metà del 1997, furono depennati tutti quelli che non rispondevano al criterio: «primo ingresso ... con rapporto di lavoro *full time* a tempo indeterminato». Rimasero 307 nominativi «utili» che identificavano persone di diverse qualifiche dei ruoli sanitario, amministrativo e professionale.

È stato costruito *ad hoc* un questionario per autosomministrazione. Per meglio identificare problemi ed esperienze critiche dei neoassunti abbia-

mo dapprima condotto 14 interviste individuali in profondità con dipendenti di recente assunzione appartenenti ai vari profili compresi nel campione.

Il questionario finale, dopo un *trial* della forma provvisoria per testarne la comprensibilità e la capacità di favorire la *compliance* degli interpellati, è risultato composto di 17 domande, (alcune a risposta precodificata, alcune frasi da completare, alcune su scale di Likert, un differenziale semantico) precedute dalla richiesta di dati personali.

Ai 307 dipendenti selezionati il questionario è stato recapitato per posta interna con una lettera che illustrava i motivi dell'indagine.

Il piano di *elaborazione statistica* prevedeva, oltre al calcolo delle frequenze, degli indici della tendenza centrale e della dispersione, l'analisi delle relazioni fra variabili (regressione) e l'analisi fattoriale.

## 4. I risultati

Dopo due mesi dall'invio sono stati restituiti, debitamente compilati, n. 191 questionari. Percentuale (77%) più che soddisfacente.

I 191 dipendenti che hanno risposto sono in gran parte femmine, di età tra i 20 e i 30 anni, infermiere professionali, assegnate prevalentemente all'Ospedale Civile Maggiore (tabelle 1, 2, 3 e 4).

Il gruppo dei 191 soggetti è risultato rappresentativo dell'intera popolazione dei dipendenti dell'azienda ospedaliera.

### 4.1. La rappresentazione anticipatoria

L'immagine che i soggetti si erano costruita della nostra Azienda è deducibile dalle aspettative e dai timori presenti in loro prima dell'ingresso (tabelle 5 e 6).

**Tabella 1 - Distribuzione di frequenza dei soggetti che hanno risposto all'indagine in base al genere**

Genere	Frequenza	Frequenza percentuale
Maschi	54	28,3
Femmine	137	71,7
<b>Totale</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 2 - Distribuzione di frequenza dei soggetti che hanno risposto all'indagine in base all'età**

Età	Frequenza	Frequenza percentuale
Da 20 a 30 anni	136	71,2
Da 31 a 40 anni	40	20,9
Da 41 in poi	14	7,3
Non risponde	1	0,5
<b>Totale</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>

L'aspettativa più spesso indicata è «poter svolgere un lavoro adatto alle proprie possibilità e capacità», seguita da «un lavoro sicuro» e da «rendersi utile agli altri».

La rappresentazione della realtà aziendale risulta piuttosto ambivalente. I timori più spesso denunciati (di «essere assegnato ad un posto non adatto alle proprie capacità» e di «non riuscire ad adattarsi all'ambiente» o di «non essere all'altezza del compito»), descrivono un'azienda non sufficientemente idonea a soddisfare i bisogni dei neofiti.

Le risposte indicherebbero la prevalenza del *bisogno di dominio* (aspirazione a svolgere un lavoro adatto alle proprie capacità; timore di essere assegnato ad un posto non adatto), seguito dal *bisogno di appartenenza* e di sicurezza (timore di non riuscire ad ambientarsi; aspirazione al posto sicuro) e, infine, dal *bisogno di riuscita* (desiderio di rendersi utile agli altri; timore di non essere all'altezza del compito).

#### 4.2. Il primo impatto

Dalle risposte alle frasi da completare emerge che i soggetti sono stati «particolarmente colpiti» dall'efficienza del personale e dalla sua disponibilità e cortesia, ma anche dalla pesantezza dell'*iter* burocratico (lentezza, tempi lunghi e attese).

«Il momento più bello» sembra essere stato per il 44,2% quando hanno ricevuto conferma dell'assunzione; per un 11%, quello della conoscenza dell'unità operativa di destinazione.

Su tale assegnazione si appuntava l'attesa dei soggetti, i quali «non vedevano l'ora» di essere subito operativi e di conoscere la nuova realtà.

Il primo contatto con la realtà aziendale è stato fonte di piacevoli sorprese: il 18% «non avrebbe mai pensato» di riuscire ad ambientarsi così in fret-

ta; il 12,3%, di essere chiamato così presto; il 5,7%, di veder soddisfatte le proprie aspettative; il 4,1%, di trovare un ambiente accogliente e stimolante.

Non molte le sorprese spiacevoli: solo per un terzo del campione l'impatto iniziale ha prodotto anche delusione, nervosismo, alterazione dell'umore, soprattutto in quelli assegnati all'Ospedale Civile Maggiore. Quali i motivi? La carenza di informazioni desiderate; i tempi di attesa; la scortesia degli addetti all'assunzione; l'eccessivo numero di concorrenti; la scarsa organizzazione degli uffici e la scomodità degli orari.

#### 4.3. I tre «momenti della verità» (2)

L'ingresso in Azienda avviene passando dal Servizio sviluppo e gestione delle risorse umane dove i nuovi dipendenti firmano il contratto e vengono immatricolati.

Dall'analisi degli *item* che esplorano i vissuti legati a questo momento (3) (tabella 7) emerge che nel complesso gli intervistati hanno molto apprezzato la gentilezza del personale; la breve attesa prima della firma del contratto; la pertinenza delle domande loro rivolte. Avrebbero tuttavia desiderato ricevere maggiori

**Tabella 3 - Distribuzione di frequenza dei soggetti che hanno risposto all'indagine in base alla qualifica**

Qualifica	Frequenza	Frequenza percentuale
Medico	8	4,2
Dirigente non medico	4	2,1
Infermiere professionale	143	74,9
Tecnico di laboratorio	2	1,0
Tecnico di radiologia	1	0,5
Terapista della riabilitazione	1	0,5
Operatore tecnico	8	4,2
Ausiliario specializzato	6	0,3
Coadiutore amministrativo	15	7,9
Non risponde	3	1,6
<b>Totale</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 4 - Distribuzione di frequenza dei soggetti che hanno risposto all'indagine in base alla struttura di appartenenza**

Struttura	Frequenza	Frequenza percentuale
Policlinico	72	37,7
Ospedale Civile Maggiore	112	58,6
Uffici amministrativi centrali	6	3,1
Non risponde	1	0,5
<b>Totale</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>

informazioni circa la loro destinazione.

Per tutti, tranne che per i laureati sanitari e gli amministrativi assegnati agli uffici centrali, il passaggio successivo avveniva presso l'ufficio Capo Servizi Sanitari Ausiliari (CSSA) o presso la dirigenza amministrativa di sede, a seconda della qualifica. I vissuti legati a questa seconda fase sono esplorati da 10 *item* (4) (tabella 8).

L'esperienza sembra essere stata poco soddisfacente, in particolare per: la possibilità di cambiare sede lavorativa qualora l'inserimento fosse risultato problematico; lo scarso interesse degli addetti a conoscere problemi o esigenze degli intervistati; la scarsità di informazioni e istruzioni sulla deontologia professionale; la poca considerazione delle preferenze personali per la sede lavorativa.

Contrasta con tale quadro l'assegnazione ad una struttura che ha consentito di svolgere un lavoro confacente alle capacità ed interessi. Può essere che chi stabiliva le assegnazioni fosse in grado di conciliare le esigenze dell'organizzazione con quelle dei nuovi assunti; il buon esito delle assegnazioni potrebbe tuttavia essere imputato al clima sociale delle strutture operative o alla capacità di adattamento dei soggetti.

La notevole eterogeneità dei giudizi risulta correlata alla sede ospedaliera nella quale si è verificato l'incontro con gli addetti all'assegnazione: decisamente più scontenti quelli indirizzati all'Ospedale Civile Maggiore (le differenze tra le Mm.aa. risultano tutte significative ad un livello superiore al 99%).

L'impatto con l'ambiente di lavoro al quale i neoassunti sono stati assegnati ha dato luogo a molteplici reazioni (tabella 9). Ai 22 *item* della domanda è stata applicata l'analisi fattoriale (5) per verificare una loro even-

tuale raggruppabilità in relazione a specifici settori dell'esperienza.

Sono stati individuati sei fattori, che spiegano il 60% circa della varianza totale (tabella 10).

Del primo fattore risultano saturati sei *item*. In base al loro contenuto il

fattore è stato chiamato *atteggiamento del gruppo*.

Del secondo fattore sono saturi cinque *item* riferibili alla ricerca di informazioni sui diversi aspetti della nuova realtà. È stato denominato *iniziativa per conoscere*.

**Tabella 5 - Distribuzione di frequenza delle aspettative dei nuovi assunti**

Aspettativa	Frequenza	Frequenza percentuale delle risposte	Frequenza percentuale dei casi
Un posto di lavoro comodo	35	6,8	18,4
Un lavoro tranquillo, regolare	17	3,3	8,9
Un lavoro vario, creativo	58	11,3	30,5
Un lavoro sicuro	91	17,7	47,9
Essere a contatto ogni giorno con molte persone	60	11,7	31,6
Rendermi utile agli altri	71	13,8	37,4
Guadagnare uno stipendio almeno decoroso	59	11,5	31,1
Un lavoro adatto alle mie possibilità e capacità	108	21,0	56,8
Altro	15	2,9	7,9
<b>Totale</b>	<b>514</b>	<b>100,0</b>	<b>270,5</b>

**Tabella 6 - Distribuzione di frequenza dei timori dei nuovi assunti**

Timori	Frequenza	Frequenza percentuale delle risposte	Frequenza percentuale dei casi
Di non riuscire ad adattarmi all'ambiente	92	31,2	52,0
Di essere sfruttato/a	14	4,7	7,9
Di non essere all'altezza del compito	41	13,9	23,2
Di essere assegnato/a ad un posto non adatto a me	116	39,3	65,5
Di essere troppo caricato di responsabilità	13	4,4	7,3
Il rapporto con il paziente/utente	4	1,4	2,3
Altro	15	5,1	8,5
<b>Totale</b>	<b>295</b>	<b>100,0</b>	<b>166,7</b>

Del terzo fattore sono saturi tre *item* relativi alla preoccupazione di affrontare la nuova realtà. L'abbiamo denominato *preoccupazione*.

Il quarto fattore satura altri tre *item* i cui contenuti esprimono la necessità di adeguarsi al comportamento e alle esigenze degli altri componenti dell'*équipe* di lavoro. Per tale motivo l'abbiamo denominato *compliance*.

Due *item*, sono saturati da un quinto fattore, che in base ai contenuti abbiamo denominato *dipendenza dai più esperti*.

Altri due *item*, infine, sono saturati da un sesto fattore, riferibile all'*iniziativa per personalizzare la realtà*.

È stato, quindi, calcolato il punteggio fattoriale composito (6), riportato nella tabella 11.

Il valore del punteggio medio relativo all'*iniziativa per conoscere*, assai prossimo al grado massimo della scala, sembra indicare un forte bisogno, da tutti condiviso, di padroneggiare cognitivamente la realtà (*bisogno di dominio*).

L'emergenza di tale bisogno sembra favorita, almeno in parte, dalla percezione di un atteggiamento amichevole di colleghi e superiori, nei confronti dei quali si attua un comportamento accattivante (*compliance*).

#### 4.4. L'immagine del lavoro

Le risposte alla domanda che chiedeva di valutare il grado di corrispondenza di un certo numero di qualità del lavoro con le aspettative sono state utilizzate per verificarne il realismo. Il valore medio delle Mm.aa. relative agli *item* della domanda è uguale a 3,607: il lavoro è stato percepito come una realtà abbastanza corrispondente all'immagine che i soggetti ne avevano in anticipo. Tale percezione risulta notevolmente omogenea (la D.S. del gruppo di Mm.aa. considerate è 0,72).

**Tabella 7 - Medie e deviazioni standard delle risposte agli *item* relativi all'accoglienza dei neoassunti presso il Servizio gestione risorse umane**

Al Servizio gestione risorse umane	Media	Deviazione standard
<b>6.1</b> Sono stati tutti molto gentili	5,80	1,48
<b>6.2</b> Mi hanno fatto attendere molto tempo prima di farmi firmare il contratto	2,62	1,96
<b>6.3</b> Mi hanno fatto un sacco di domande di cui non ho capito l'utilità	1,98	1,65
<b>6.4</b> Prima di firmare il contratto avrei preferito ricevere maggiori informazioni sul posto al quale ero stato/a destinato/a	5,05	2,24
<b>6.5</b> Le domande che mi hanno fatto dimostravano il loro interesse nei miei confronti	4,01	1,99
<b>6.6</b> Mi sento correttamente identificato dal paziente/utente, come persona e per le funzioni che svolgo, attraverso i sistemi di riconoscimento attualmente in dotazione (targhetta con cognome, nome e qualifica)	5,00	2,17

**Tabella 8 - Medie e deviazioni standard delle risposte agli *item* relativi all'accoglienza dei neoassunti presso l'ufficio caposervizi o la dirigenza amministrativa di sede**

Presso l'ufficio caposervizi o la dirigenza amministrativa di sede	Media	Deviazione standard
<b>7.01</b> Mi hanno dato sufficienti informazioni sull'organizzazione dell'ospedale	4,12	2,31
<b>7.02</b> Mi hanno chiesto se avevo delle preferenze relativamente alla mia destinazione	3,88	2,70
<b>7.03</b> Nell'assegnarmi al reparto/servizio hanno tenuto conto delle mie preferenze	3,16	2,49
<b>7.04</b> Mi hanno spiegato come sono articolati i turni/orari	4,12	2,71
<b>7.05</b> Mi hanno illustrato i miei diritti in materia di congedi e di permessi e le modalità per richiederli	3,10	2,52
<b>7.06</b> Mi hanno assegnato ad un reparto/servizio dove posso svolgere un lavoro confacente alle mie capacità, ai miei interessi e alle mie inclinazioni	5,00	2,18
<b>7.07</b> Mi hanno detto che se non mi fossi trovato bene avrei avuto la possibilità di cambiare reparto/servizio	2,39	2,06
<b>7.08</b> Hanno voluto sapere se avevo dei problemi/esigenze particolari	2,76	2,27
<b>7.09</b> Mi hanno fatto attendere molto prima di darmi informazioni sulla mia destinazione	4,18	2,35
<b>7.10</b> Mi hanno fornito informazioni ed istruzioni sulla deontologia professionale (segreto professionale, diritto alla <i>privacy</i> , ecc.)	2,90	2,30

Il giudizio circa le caratteristiche del lavoro appare generalmente positivo. Ciò vale in modo particolare per i soddisfacenti rapporti con i pazienti, i loro familiari e gli altri operatori. Solo le prospettive di carriera sono considerate poco incoraggianti (M.a. 3,22).

#### 4.5. La soddisfazione dei bisogni di base

Le successive domande miravano ad evidenziare i vissuti riconducibili a ciascuno dei tre bisogni di base teorizzati da McClelland, così come da noi riformulati.

Il livello di *inserimento nell'ambiente* risulta complessivamente soddisfacente (M.a. = 7,43; range effettivo: 1-10).

Un confronto effettuato mediante un test di regressione lineare fra tale livello e l'esperienza compiuta nelle diverse fasi del percorso che ha portato i soggetti alla sede di destinazione, ha evidenziato relazioni statisticamente significative con la percezione dell'atteggiamento positivo da parte dei colleghi «contenti di avere il nuovo assunto nel gruppo» e con la facilità di inserimento nel gruppo stesso — riferibili ad una *dimensione relazionale*; con la richiesta di informazioni al caposala/capoufficio — riferibile all'*iniziativa personale*; con l'assegnazione, operata dagli addetti, ad un reparto/servizio adeguato alle capacità e inclinazioni dei soggetti — riferibile ad una *dimensione organizzativa*.

Il livello di *padronanza del lavoro* risulta ancor più soddisfacente.

Rapportato alle stesse variabili del confronto precedente esso ha evidenziato relazioni statisticamente significative con i tentativi compiuti per migliorare aspetti insoddisfacenti della realtà — riferibili ad una *dimensione di iniziativa personale*; con l'assenza di preoccupazione nel rapporto con i pazienti/utenti — riferibile ad una *di-*

*mensione relazionale*; con la facilità di riconoscimento da parte degli utenti e con l'assegnazione ad un reparto/servizio adeguato alle proprie capacità ed inclinazioni — riferibili ad una *dimensione organizzativa*.

Il giudizio circa *l'utilità del proprio lavoro* per l'Azienda è quello più positivo.

L'analisi del rapporto con le variabili oggetto dei precedenti confronti ha rivelato solamente due relazioni si-

**Tabella 9 - Medie e deviazioni standard delle risposte agli item relativi all'arrivo dei neoassunti in reparto/servizio/ufficio**

In reparto/servizio/ufficio	Media	Deviazione standard
<b>8.01</b> Ho cercato di capire come funzionava l'organizzazione del reparto (servizio/ufficio)	6,71	0,66
<b>8.02</b> Sono stato/a affiancato/a ad un/una collega più esperto/a	5,99	1,77
<b>8.03</b> Ho cercato di andare d'accordo con i colleghi	6,86	0,39
<b>8.04</b> Mi sono dato/a da fare per conoscere meglio i vari aspetti del lavoro	6,80	0,47
<b>8.05</b> Ero preoccupato/a di non essere all'altezza della situazione	5,32	2,01
<b>8.06</b> Ho chiesto spiegazioni ai colleghi più esperti	6,75	0,57
<b>8.07</b> Ho avuto difficoltà ad inserirmi nel gruppo	3,04	2,14
<b>8.08</b> Ho chiesto informazioni al/alla caposala/capoufficio	5,68	1,80
<b>8.09</b> I colleghi si sono mostrati contenti di avermi nel loro gruppo	5,62	1,59
<b>8.10</b> Ero curioso/a di sperimentare situazioni nuove	6,11	1,32
<b>8.11</b> Ho cercato di dare un tocco personale alle cose che stavo facendo	5,31	1,67
<b>8.12</b> Il rapporto con i pazienti/utenti mi preoccupava	2,75	2,08
<b>8.13</b> Ho cercato di cambiare le cose che secondo me non andavano bene	4,28	1,86
<b>8.14</b> I superiori mi hanno fornito supporto adeguato	4,97	1,98
<b>8.15</b> Mi preoccupavo soprattutto di non disturbare i colleghi	3,50	2,14
<b>8.16</b> I superiori sono stati disponibili quando sottoponevo loro dei problemi	5,50	1,82
<b>8.17</b> Mi preoccupavo di farmi accettare dai colleghi	4,82	1,98
<b>8.18</b> Ho cercato di imparare bene il lavoro che mi era stato assegnato	6,76	0,60
<b>8.19</b> I colleghi hanno cercato di farmi sentire a mio agio	5,80	1,49
<b>8.20</b> Eseguivo alla lettera quello che mi era stato ordinato	5,20	1,71
<b>8.21</b> Ho dovuto continuamente adeguarmi al modo di lavorare dei colleghi	4,45	1,90
<b>8.22</b> I colleghi mi considerano scomodo/a perché ho cercato di introdurre delle novità	2,32	1,77

gnificative: con l'atteggiamento disponibile dei colleghi e con l'atteggiamento degli addetti del Servizio gestione risorse umane. Queste variabili sembrano pure riferibili ad una *dimensione relazionale*; tuttavia la seconda potrebbe essere riferita anche ad una *dimensione organizzativa* in quanto l'interessamento per i nuovi assunti potrebbe derivare dal considerarli elementi utili per l'organizzazione.

L'esame del contenuto degli *item* che hanno generato relazioni statisticamente significative con il livello di inserimento, di padronanza e di utilità

(ossia, con la soddisfazione dei bisogni di appartenenza, di dominio e di riuscita rispettivamente) sembra indicare che i nostri soggetti siano stati favoriti più da condizioni socio-ambientali ed organizzative di quanto non si siano aiutati con personali strategie di *coping*.

Per un ulteriore approfondimento abbiamo voluto indagare:

— il tempo necessario per sentirsi bene inseriti nell'ambiente, padroni del proprio lavoro, utili per l'Azienda;

— quale fra i tre vissuti fosse fonte di maggior soddisfazione;

— le condizioni capaci di favorire il raggiungimento del livello di soddisfazione precedentemente indagato.

Relativamente al primo punto si evidenziano valori estremamente diversificati sia rispetto alla variabile tempo che ai singoli vissuti.

Le tabelle 12, 13 e 14 riportano le frequenze di risposta relative al tempo necessario per sentirsi bene inseriti nell'ambiente (tabella 12), padroni del proprio lavoro (tabella 13), utili all'Azienda (tabella 14).

Il vissuto prevalente dopo una settimana riguarda l'utilità del proprio la-

Tabella 10 - Analisi fattoriale del punteggio agli *item* relativi all'arrivo nel reparto/servizio/ufficio

Item	Fattori					
	1 Atteggiamento del gruppo	2 Iniziativa per conoscere	3 Preoccupazione	4 Compliance	5 Dipendenza dai più esperti	6 Iniziativa per personalizzare la realtà
D 8.01		,703				
D 8.02					,688	
D 8.03		,708				
D 8.04		,692				
D 8.05			,658			
D 8.06		,524				
D 8.07	-,699					
D 8.08					,684	
D 8.09	,769					
D 8.10						,790
D 8.11						
D 8.12			,702			
D 8.13						,797
D 8.14	,635					
D 8.15				,545		
D 8.16	,604					
D 8.17			,606			
D 8.18		,775				
D 8.19	,874					
D 8.20				,729		
D 8.21				,666		
D 8.22	-,638					

voro per l'Azienda, seguito a distanza dalla percezione di un buon inserimento e della padronanza del proprio lavoro. Le frequenze relative al sentimento di *utilità* mostrano un evidente calo dopo quindici giorni ed in seguito tendono a diminuire progressivamente avvicinandosi al livello iniziale solo dopo «più di quattro mesi»; quelle relative al sentimento di *padronanza* del lavoro, poche all'inizio, mostrano un andamento crescente con discreta regolarità (il livello più elevato è raggiunto «dopo più di quattro mesi»), mentre i tempi necessari per un soddisfacente *inserimento* presentano un andamento ancora diverso: fino ai due mesi le frequenze continuano a crescere; il successivo calo è verosimilmente dovuto alla diminuzione dei rispondenti.

L'iniziale percezione di una capacità produttiva sensibilmente superiore all'inserimento e alla padronanza del lavoro riflette a nostro avviso più un'esigenza che una valutazione realistica: non si può essere effettivamente utili all'Azienda quando ancora non si conosce bene la nuova realtà, non si possiedono tutti i segreti del mestiere e, soprattutto, non si può aver reso quanto si sembra disposti a dichiarare.

D'altra parte l'andamento delle frequenze cumulative mostra che al momento della compilazione del questionario (8) il 90,6% dei soggetti si dichiara bene inserito, l'83,6% padrone del proprio lavoro e «solo» il 78,6% utile e produttivo.

Sempre al momento della compilazione del questionario la maggior parte dei nostri soggetti (68,3%) indica quale motivo di maggior soddisfazione il sentirsi capace di far bene il proprio lavoro; circa un terzo (32,3%), l'aver raggiunto un buon inserimento nell'ambiente e nel gruppo e solo un 10% l'utilità del proprio lavoro per l'azienda.

**Tabella 11 - Punteggi fattoriali composti**

Fattori	Denominazione	M.a.	D.s.
F1	Atteggiamento del gruppo	4,53	0,77
F2	Iniziativa per conoscere	6,78	0,38
F3	Preoccupazione	4,30	1,50
F4	<i>Compliance</i>	4,38	1,42
F5	Dipendenza dai più esperti	5,93	1,16
F6	Iniziativa per personalizzare la realtà	4,78	1,48

**Tabella 12 - Tempo necessario per l'inserimento nell'ambiente**

Tempo	Frequenza	Frequenza percentuale	Frequenza cumulativa
1 settimana	14	7,3%	7,3%
15 giorni	16	8,4%	15,7%
1 mese	23	12,0%	27,7%
2 mesi	39	20,4%	48,2%
3 mesi	26	13,6%	61,8%
4 mesi	17	8,9%	70,7%
Più di 4 mesi	38	19,9%	90,6%
Non raggiunto	18		9,4%
<b>Totale</b>	<b>191</b>		

**Tabella 13 - Tempo necessario per acquisire padronanza del proprio lavoro**

Tempo	Frequenza	Frequenza percentuale	Frequenza cumulativa
1 settimana	12	6,3%	6,3%
15 giorni	7	3,7%	10,1%
1 mese	22	11,5%	21,7%
2 mesi	26	13,6%	35,4%
3 mesi	20	10,5%	46,0%
4 mesi	24	12,6%	58,7%
Più di 4 mesi	47	24,6%	83,6%
Non raggiunto	31	16,2%	
Non risponde	2	1,0%	
<b>Totale</b>	<b>191</b>		

Perché solo un 10% del campione riconosce nel sentimento di utilità del proprio lavoro il motivo di maggior soddisfazione, quando lo stesso sentimento appare predominante all'inizio della esperienza lavorativa, mantiene un buon livello anche in seguito (78,6%) e figura al primo posto rispetto alle altre dimensioni esplorate? La percezione dell'utilità del proprio lavoro potrebbe non agire come motivo di soddisfazione se non riconosciuta e convalidata dall'ambiente sociale: il 10% dei soggetti che la indicano come il principale motivo di soddisfazione sarebbe dunque capace di regolare le proprie percezioni ed i propri vissuti autonomamente rispetto alle conferme dell'ambiente.

Le condizioni che hanno maggiormente aiutato i soggetti a passare dalla situazione iniziale a quella registrata all'atto della compilazione del que-

stionario sono mostrate nella tabella 15.

Un primo blocco di risposte comprende le voci *c*, *l* ed *o* riferibili a *condizioni personali dei soggetti* (somma

delle frequenze percentuali = 44,6); un secondo, le voci *a*, *b*, *d*, *f* e *g* riferibili ai *rapporti interpersonali* (somma delle frequenze percentuali = 40,8); un terzo le voci *e*, *h*, *i*, *m* e *n* riferibili a

**Tabella 14 - Tempo necessario per sentirsi utile all'Azienda**

Tempo	Frequenza	Frequenza percentuale	Frequenza cumulativa
1 settimana	34	17,8%	17,8%
15 giorni	11	5,8%	23,6%
1 mese	23	12,0%	35,6%
2 mesi	19	9,9%	45,5%
3 mesi	16	8,4%	53,9%
4 mesi	15	7,9%	61,8%
Più di 4 mesi	32	16,8%	78,6%
Non raggiunto	36	18,8%	
Non risponde	5	2,6%	
<b>Totale</b>	<b>191</b>		

**Tabella 15 - Aspetti che hanno agevolato l'inserimento**

Aspetti	Frequenza	Frequenza percentuale delle risposte	Frequenza percentuale dei casi
<b>a.</b> Superiori intelligenti, comprensivi, tolleranti	32	4,0%	16,9%
<b>b.</b> Superiori capaci ed appassionati del loro lavoro	25	3,1%	13,2%
<b>c.</b> Il mio impegno e sacrificio personale	143	17,9%	75,7%
<b>d.</b> L'aiuto e la collaborazione dei colleghi	129	16,1%	68,3%
<b>e.</b> Orari e turni comodi	15	1,9%	7,9%
<b>f.</b> La presenza di un collega anziano che mi ha seguito ed istruito	60	7,5%	31,7%
<b>g.</b> Rapporti sereni e cordiali all'interno del gruppo	81	10,1%	42,9%
<b>h.</b> Il carico di lavoro non massacrante	13	1,6%	6,9%
<b>i.</b> La qualità del lavoro in sé (aspetti piacevoli/difficoltà)	63	7,9%	33,3%
<b>l.</b> Un forte desiderio di imparare e rendermi utile	121	15,1%	64,0%
<b>m.</b> Lo stipendio	14	1,8%	7,4%
<b>n.</b> Le prospettive di carriera	6	0,8%	3,2%
<b>o.</b> Precedenti esperienze lavorative	93	11,6%	49,2%
<b>p.</b> Altro	5	0,6%	2,6%
<b>Totale</b>	<b>800</b>	<b>100,0%</b>	<b>23,3%</b>

*variabili organizzative* (somma delle frequenze percentuali = 14,0). Dunque i nostri soggetti attribuiscono soprattutto a se stessi, e in seconda istanza ai rapporti interpersonali, il merito dei progressi compiuti, relegando all'ultimo posto l'influenza delle variabili organizzative.

La tabella 16 riporta i valori di media aritmetica e di deviazione *standard* relativi ai tre *item* costruiti per verificare il grado di identificazione dei neoassunti con l'Azienda e con il proprio reparto/servizio, nonché la loro conoscenza degli obiettivi aziendali.

I valori di M.a. segnalano un grado di soddisfazione per l'appartenenza all'Azienda ed al reparto/servizio piuttosto elevato (9). Meno rilevante la consapevolezza circa gli obiettivi aziendali. La dispersione dei dati relativi a tale consapevolezza è la più alta. Il gruppo è dunque altamente e abbastanza uniformemente contento dell'ambiente di lavoro, ma non sufficientemente interessato o attento agli obiettivi dell'ente.

A cosa possono essere riferiti la soddisfazione di appartenere all'Azienda e al reparto (servizio, ufficio) ed il grado di conoscenza degli obiettivi aziendali? Le risposte ai relativi *item* sono state confrontate (*test* di regressione lineare) con quelle date alle domande volte a conoscere:

- i vissuti nei tre «momenti della verità»;
- l'immagine del lavoro;
- l'immagine dell'Azienda.

La *soddisfazione di appartenere all'Azienda* appare significativamente legata all'aver ricevuto particolare attenzione al momento dell'assunzione; alla presenza nel lavoro di aspetti positivi ed all'immagine dell'Azienda vista come «Migliorabile», «Gradevole», «Buona», «Gratificante», «Competitiva».

La *soddisfazione di far parte del reparto (servizio, ufficio)* appare signifi-

cativamente collegata: all'essere stati assegnati «ad un reparto/servizio in cui svolgere un lavoro confacente alle (proprie) capacità, interessi, inclinazioni»; all'«essere stati messi a proprio agio dai colleghi», all'aver «assunto iniziative personali per conoscere meglio il lavoro» e all'essere stati «diligenti nell'esecuzione degli ordini»; all'aver trovato il lavoro «piacevole», «stabile», tale da favorire «l'apporto di contributi innovativi», nonché «rapporti soddisfacenti con i colleghi» e da far sentire «partecipi dell'organizzazione».

La *consapevolezza circa gli obiettivi dell'Azienda* è maggiore in coloro che hanno ottenuto «sufficienti informazioni sull'organizzazione dell'ospedale» e sulla «deontologia professionale», hanno «superiori disponibili quando sottopongono loro dei problemi»; considerano il lavoro «stimolante», capace di «far sentire partecipi dell'organizzazione» e di «farne conoscere gli obiettivi». È quindi riferibile a specifici comportamenti organizzativi.

#### 4.6. Si può fare di meglio?

Invitati a fornire suggerimenti per migliorare l'inserimento dei futuri neoassunti, i soggetti hanno risposto proponendo le indicazioni riportate nella tabella 17.

Il suggerimento più frequente è: prendere in maggiore considerazione esigenze, aspettative e attitudini delle persone, seguito da: affiancare al neoassunto un *tutor* e soddisfare maggiormente il bisogno di informazioni.

Le varie indicazioni fornite possono essere raggruppate secondo un criterio di analogia dei contenuti.

Un primo raggruppamento comprende le voci *c, d, l* ed *m* che esprimono un bisogno forte di attenzione e di considerazione personalizzate e riguardano *comportamenti di tipo relazionale* (somma delle frequenze percentuali = 38,0%); spicca il suggerimento di prendere in maggior considerazione esigenze, aspettative e attitudini (20,9% delle frequenze).

Tutte le altre voci possono formare un secondo raggruppamento (un totale di risposte percentuali = 50,1) riferibile a *comportamenti organizzativi*: fra esse segnaliamo l'affiancamento di un *tutor* ed una maggiore quantità di informazioni.

#### 4.7. L'immagine dell'Azienda

Il differenziale semantico (10), costituito da 26 coppie di aggettivi di significato opposto con intercalata una gradazione settenaria, è stato stilato utilizzando alcune coppie dello strumento di Osgood ed alcune qualificazioni da noi raccolte in prove di associazione libera. Poiché ogni coppia esprime un *continuum* fra i due estremi, abbiamo preferito considerare, in prima battuta, solo quelle i cui valori di M.a. cadessero all'esterno del *range* compreso tra 3 e 5. Ne è risultata la seguente caratterizzazione dell'Azienda:

<i>pubblica</i>	<i>competitiva</i>	<i>forte</i>
<i>grande</i>	<i>pregevole</i>	<i>migliorabile</i>
<i>positiva</i>	<i>specializzata</i>	<i>attiva</i>

**Tabella 16 - Attuale soddisfazione per l'appartenenza e consapevolezza degli obiettivi**

	M.a.	D.s.
Soddisfatto di appartenere a questa Azienda	5,74	1,36
Soddisfatto di far parte di questo servizio (reparto/ufficio)	5,64	1,47
Consapevole degli obiettivi dell'Azienda	4,57	1,86

Sono solo nove dimensioni, tutte a connotazione positiva. Le altre 17 appaiono difficilmente discriminabili. L'immagine dell'Azienda risulta dunque in gran parte non ancora del tutto decifrabile. Perciò si è ritenuto di applicare ai giudizi relativi alle 26 copie un'analisi fattoriale per chiarire meglio il quadro. Sono stati così estratti quattro fattori che spiegano il 52,25% della varianza totale.

Del *primo fattore* sono saturi quegli aggettivi che, nell'insieme, tracciano l'immagine di una realtà accogliente, positiva e rassicurante: l'abbiamo denominato «l'azienda protettiva».

Del *secondo fattore* sono saturi quelli che caratterizzano l'Azienda come realtà dinamica ed assertiva: l'abbiamo chiamato «l'azienda efficiente».

Gli aggettivi che saturano il *terzo fattore* propongono l'immagine di un'organizzazione che oppone resistenza passiva al cambiamento: lo possiamo denominare «l'azienda bloccata».

Poiché del *quarto fattore* è saturo solo un aggettivo, non ci sentiamo di attribuirgli una specifica denominazione.

## 5. Le conclusioni

Le persone accedono all'Azienda ospedaliera avendone un'immagine abbastanza realistica: il 98% delle aspettative risulta, almeno in parte, soddisfatto. Fra esse emerge ripetutamente quella di trovare un lavoro adatto alle proprie capacità. Il fatto, poi, che solo un 30% dei timori presenti all'ingresso sia risultato del tutto non giustificato conferma il carattere realistico dell'immagine.

La percezione del *grado di inserimento*, della raggiunta *competenza professionale e dell'utilità per l'Azienda* del proprio lavoro risulta piuttosto elevata.

La percezione del progressivo inserimento nell'ambiente, della acquisita competenza professionale e dell'utilità del proprio lavoro non procede per

linee parallele: all'inizio predomina la convinzione circa l'utilità; successivamente si afferma sempre più il vissuto relativo alle altre due dimensioni, in particolare alla padronanza.

Utile è risultata l'esplorazione dei motivi di soddisfazione lavorativa: la buona qualità della vita in Azienda viene considerata in larga misura dipendente dal sentirsi capaci di fare bene il proprio lavoro (2/3 dei casi); molto meno dal sentirsi inseriti nell'ambiente e nel gruppo (circa 1/3); quasi per nulla dalla considerazione dell'utilità del lavoro stesso per l'azienda (10%). Poiché nel complesso non vengono segnalate differenze di rilievo nel raggiungimento del livello di inserimento di padronanza e di utilità, il diverso peso rivestito dalle tre variabili nel determinare la soddisfazione lavorativa potrebbe essere attribuito alla già citata prevalenza del bisogno di dominio e all'influenza della *cultura organizzativa* nel cui tessuto i bisogni individuali possono trovare occasione di soddisfacimento.

Tabella 17 - Suggerimenti per un migliore inserimento

Suggerimenti	Frequenze	Percentuale risposte	Percentuale casi
a. Più informazioni	30	14,2	23,1
b. Corsi di formazione	10	4,7	7,7
c. Ascolto (stile di comportamento, atteggiamento)	13	6,2	10,0
d. Considerazione delle esigenze, aspettative, attitudini	44	20,9	33,8
e. Gestione dei disadattamenti	3	1,4	2,3
f. Affiancamento: tutoraggio	39	18,5	30,0
g. Migliorare l'organizzazione del lavoro	11	5,2	8,5
h. Presentazione delle strutture per una più diretta conoscenza	6	2,8	4,6
i. Monitoraggio dell'inserimento, dell'apprendimento, del rendimento	4	1,9	3,1
l. Stile di relazione, comunicazione	12	5,7	9,2
m. Valorizzazione della persona	11	5,2	8,5
n. Snellimento delle pratiche burocratiche	3	1,4	2,3
Altro	25	11,8	19,2
<b>Totale</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>	<b>162,3</b>

Quanto all'applicabilità del *modello* di McClelland all'analisi dei vissuti legati all'inserimento, i risultati dell'indagine ne consentono una sostanziale conferma:

a) ripetutamente viene denunciata l'insoddisfazione per la scarsità e l'incompletezza delle informazioni. Poiché la conoscenza della realtà costituisce un modo per padroneggiarla cognitivamente, tale insoddisfazione potrebbe nascere prevalentemente da un *need for power* non appagato;

b) i 6 fattori che in gran parte regolano l'impatto con le sedi di destinazione generano due ulteriori raggruppamenti: il primo, costituito dai fattori «atteggiamento del gruppo», «*compliance*» e «dipendenza dai più esperti» attinenti all'ambito relazionale, suggestivamente richiama il *need for affiliation*; l'altro, composto dai fattori «iniziativa per conoscere» e «iniziativa per personalizzare la realtà», esprime ancora una volta il *need for power*. Una conferma dell'importanza degli aspetti relazionali è data anche dal particolare peso che hanno mostrato nel determinare la soddisfazione lavorativa (11);

c) risulta evidente una netta prevalenza del *need for power*: molti dati indicano quali fattori maggiormente responsabili del raggiungimento dei livelli dichiarati di inserimento, padronanza ed utilità, l'impegno, il sacrificio, il desiderio di conoscere e di migliorarsi. Vengono poi le variabili collegate ai rapporti interpersonali e suggestivamente riferibili al *need for affiliation*. L'inserimento nell'ambiente lavorativo quale fattore di soddisfazione giustificato al momento dell'intervista, avrebbe potuto avere un ben diverso rilievo all'ingresso in Azienda: raggiunta un'adeguata soddisfazione grazie al positivo rapporto con i colleghi e gli altri operatori, il *need for affiliation* cessa di agire come fattore motivante e lascia il campo alla

padronanza del lavoro, che si impone come fattore motivatore anche nelle successive fasi della carriera lavorativa;

d) la percezione dell'utilità del lavoro, che prevale sulle altre al momento dell'intervista, è anche la prima a manifestarsi in ordine di tempo; col passare dei mesi, viene surclassata dalla percezione di un buon inserimento e, soprattutto, della padronanza del lavoro. Tuttavia la sua iniziale prevalenza non può considerarsi realistica, ma piuttosto espressione di un bisogno;

e) quanto e come le variabili legate alla cultura organizzativa hanno potuto condizionare la soddisfazione dei bisogni personali? La maggior soddisfazione per la padronanza del lavoro potrebbe dipendere da una condizione specifica dell'organizzazione sanitaria nella quale, nonostante l'introduzione di nuovi principi organizzativi e gestionali, la cultura che privilegia la competenza professionale e l'efficacia è trasmessa dagli «anziani» ai neofiti che nella competenza troverebbero il principale motivo di soddisfazione. L'aspirazione a svolgere un lavoro adatto alle proprie capacità sembra essere stata soddisfatta nella maggior parte dei casi grazie alla perspicacia degli addetti alle assegnazioni ed al clima sociale incontrato nelle strutture di destinazione.

Le variabili organizzative sono state considerate capaci di favorire l'inserimento e la soddisfazione professionale, anche se sono stati segnalati aspetti negativi. Vengono, infatti, contestate ai responsabili della gestione dell'inserimento: la scarsa disponibilità a fornire le informazioni desiderate e l'inadeguatezza o l'assenza di una funzione di tutoraggio.

Così, in difetto di adeguati *comportamenti organizzativi*, i neoassunti cercano compensazione ed aiuto in molteplici aspetti della *dimensione re-*

*lazionale* e ricorrono a strategie di *coping* e di adattamento impennate sull'*iniziativa personale*.

## 6. Le ricadute gestionali e organizzative

Il modello di McClelland (nella nostra riformulazione dei parametri definitivi) ci sembra utilizzabile per identificare i comportamenti organizzativi da adottare. I risultati della nostra indagine indicano gli ambiti nei quali tali comportamenti dovrebbero essere migliorati per realizzare un programma di più elevata qualità:

a) la considerazione dei neoassunti *come persone* e quindi una maggior attenzione alle loro esigenze e idiosincrasie;

b) la gestione del *processo informativo* e la trasmissione programmata di tutte le informazioni capaci di soddisfare il bisogno di conoscenza e di controllo della realtà;

c) l'istituzionalizzazione di una funzione di tutoraggio affidata a persone in grado non solo di «insegnare il mestiere», ma anche di facilitare lo sviluppo dei rapporti interpersonali;

d) la conoscenza e la condivisione degli obiettivi che la Direzione aziendale ha fissato come traduzione della propria *mission*.

I risultati dell'indagine da noi svolta hanno fornito utili indicazioni per migliorare in generale il processo di socializzazione organizzativa e, nello specifico, il delicato momento dell'inserimento lavorativo. Alcune di esse sono state tradotte in iniziative concrete.

Una prima azione, messa in atto dal Servizio Sviluppo e Gestione delle Risorse Umane, è stata quella di attrezzare degli spazi deputati all'accoglienza dei nuovi arrivati alla struttura. Si sa, la prima impressione molto spesso determina il giudizio di fondo sul quale vengono ancorati i successi-

vi giudizi e se essa risulta negativa sarà più difficile che le seguenti non siano ad essa congruenti. Se il nuovo arrivato, già nel momento dell'assolvimento degli adempimenti formali e amministrativi, riceve una buona impressione dell'azienda presso la quale presterà il proprio servizio è più probabile che esso sia ben disposto verso ciò che vi troverà.

Un secondo punto risultato particolarmente critico, quello dell'informazione, è stato affrontato attraverso la predisposizione e la realizzazione di un manuale, dal titolo «Benvenuto in azienda», contenente tutte le informazioni utili non solo a chi arriva per la prima volta nell'organizzazione, ma anche a coloro che vi lavorano da più tempo. Tale guida, contenente nella sua prima veste editoriale alcuni cenni sulla storia dell'Azienda, la sua organizzazione, la sua *vision* e la sua *mission*, oltre che informazioni sui diritti e doveri del dipendente, nella sua seconda edizione è stata arricchita di sezioni dedicate: al sistema di valutazione del personale, alla comunicazione in azienda, alla formazione e all'applicazione del programma nazionale per l'educazione continua in medicina.

L'indagine ha inoltre fornito lo spunto per la predisposizione di apposite «linee guida» comuni alle varie aree, sanitaria tecnica e amministrativa, per l'inserimento dei nuovi assunti in Azienda, messe a punto, dopo un produttivo lavoro, da un gruppo di operatori designati come futuri *tutor* di struttura. La loro individuazione all'interno di ciascuna unità operativa e la loro investitura attraverso provvedimento formale del Direttore generale ha costituito un passo di fondamentale importanza per il riconoscimento del loro ruolo all'interno della comunità organizzativa.

Certo, resta ancora molto da fare, soprattutto sul versante della formazione dei *tutor*, figure fondamentali di

riferimento nella gestione del delicato processo di inserimento del nuovo assunto e nella trasmissione di quella «cultura» che costituisce una miscelanea tra la competenza professionale e quella organizzativa.

Per coniugare, inoltre, le iniziative tendenti a favorire le esigenze aziendali con le aspettative dei soggetti da assumere, chi è responsabile della gestione del processo di inserimento socio-lavorativo dovrà porre maggior attenzione alle esigenze delle persone: soddisfatte nelle loro aspettative e positivamente identificate all'azienda queste non potranno che contribuire validamente alla realizzazione degli obiettivi aziendali oltre che di quelli personali. La valorizzazione del neoassunto, in un'epoca in cui le risorse umane rappresentano un bene sempre più prezioso e in cui la consapevolezza circa la propria professionalità da parte dei neofiti è già oggi un fatto innegabile, deve costituire un imperativo dal quale non si può prescindere se una azienda sanitaria vuole costituire un polo di attrazione non solo per i potenziali clienti/utenti ma anche nei confronti dei talenti che riesce a reclutare e fidelizzare, in un periodo di intensa concorrenza, non solo del mercato dell'offerta di servizi, ma anche dell'offerta di lavoro.

(1) Storicamente la preoccupazione principale era rivolta ai bisogni dell'organizzazione piuttosto che a quelli delle persone. L'evoluzione dei tempi aveva, tuttavia, fatto maturare la consapevolezza che quel modello non poteva più reggere nei confronti del nuovo sistema di valori aziendali e per un ottimale utilizzo della risorsa umana.

(2) Carlzon (1989) chiama *momento della verità* il primo incontro tra cliente esterno ed operatore, nel quale si fissa nella mente del cliente l'immagine dell'intera azienda.

(3) Le risposte ad ogni *item* (1 per il completo disaccordo, 7 per il pieno accordo) sono state trattate come gradi di una scala ad inter-

vallo: se ne sono calcolate la *Media aritmetica* e la *Deviazione standard*.

(4) Anche in questo caso le valutazioni dei soggetti per ogni *item* (1 per il completo disaccordo, 7 per il pieno accordo) sono state trattate come gradi di una scala ad intervallo: se ne sono calcolate la *Media aritmetica* e la *Deviazione standard*.

(5) L'analisi fattoriale è una tecnica di analisi dei dati che consente di ridurre le variabili prese in considerazione (solitamente gli *item* di una scala) tra di loro correlate, ad un numero inferiore di variabili tra di loro indipendenti. Essa permette, in sintesi, di verificare se una serie di indicatori che costituiscono una scala siano espressione di una o più dimensioni sottostanti.

L'analisi fattoriale, oltre a far emergere i fattori, ossia le dimensioni sottostanti alla scala, consente di ottenere delle saturazioni, ossia dei coefficienti di correlazione tra gli *item* della scala e i sottostanti fattori. Esse sono espressione di quanto l'*item* o l'indicatore preso in esame sia rappresentativo del fattore o dimensione sottostante (Corbetta, 1999).

(6) Media aritmetica dei punteggi attribuiti agli *item* rappresentativi del fattore.

(7) La gamma si estende da 1 a 7 dove il grado 1 esprime il massimo di corrispondenza con le aspettative.

(8) Cioè nei mesi di luglio e agosto 1998; i soggetti assunti verso la fine del 1997 potevano contare su un'esperienza di almeno 7 mesi.

(9) La gamma dei punteggi variava da 1 a 7.

(10) Il differenziale semantico costituisce una tecnica di rilevazione propria della ricerca quantitativa, che solitamente viene utilizzata per rilevare il significato che un concetto assume per gli individui senza porre loro domande dirette sull'argomento. Esso è in genere costituito da una serie di coppie bipolari di aggettivi, intervallate da cinque o sette categorie di risposta, di cui solo le estreme hanno una denominazione, mentre la centrale rappresenta la neutralità.

(11) Tale evidenza corrisponde a quanto rilevato da Comucci Tajoli e De Bernardi (1992) in una ricerca sulla soddisfazione lavorativa degli insegnanti. Le due autrici hanno, infatti, confermato che gli aspetti relazionali, classificati come fattori igienici di contesto nel modello di Herzberg (1966), sono tra le principali fonti di soddisfazione lavorativa e devono, pertanto, essere considerati come fattori di contenuto e quindi motivatori.

**BIBLIOGRAFIA**

- CAPOZZA D. (1977), *Il differenziale semantico*, Patron Editore, Bologna.
- CARLSON J. (1989), *La piramide rovesciata*, Franco Angeli, Milano.
- COMUCCI TAJOLI A., DE BERNARDI B. (1992), «Soddisfazione ed insoddisfazione nell'insegnamento», in G. Favretto, A. Comucci Tajoli (1992), *Insegnare oggi*, Franco Angeli, Milano.
- CORBETTA P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.
- DE POLO M. (1988), *Entrare nelle organizzazioni*, Il Mulino, Bologna.
- FAVRETTO G. (1994), *Lo stress nelle organizzazioni*, Il Mulino, Bologna.
- GOLDBERG P.A. (1965), «A review of sentence completion methods. in personality assessment», in: B.I. Murstein, Ed. (1965), *Handbook of projective techniques*, Basic Books, Inc. New York, pp. 777-821.
- HERZBERG F. (1966), *Work and the Nature of Man*, Word, Cleveland.
- MCCLELLAND D. (1985), *Human Motivation*, Glenview, Ill., Scott, Foresman and Company.
- NELSON D.L., QUICK J.C., JOPLIN J.R. (1991), «Psychological Contracting a Newcomers Socialization: An Attachment Theory Foundation in Handbook on Job stress», (Special Issue), *Journal of Social Behaviour and Personality*, 6, 7, p. 55-72.

# I RAFFRONTI INTERAZIENDALI DEI DATI DI COSTO IN SANITÀ: L'ESPERIENZA DELL'OSSERVATORIO COSTI DELLA REGIONE TOSCANA

Aldo Ancona<sup>1</sup>, Antonio Barretta<sup>2</sup>, Sandro Signorini<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Area Pianificazione e risorse, Dipartimento diritto alla salute e delle politiche di solidarietà, Regione Toscana

<sup>2</sup> Facoltà di Economia, Università degli Studi di Siena

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie toscane - 3. Lo scopo dello sviluppo della comparazione interaziendale dei costi - 4. L'Osservatorio costi e la *uniform costing* impiegata - 5. La comparazione interaziendale considerata dall'ottica delle aziende - 6. Conclusioni.

## 1. Premessa

In un precedente contributo ci siamo occupati della comparazione interaziendale dei costi delle aziende sanitarie scozzesi (1). In quell'occasione abbiamo evidenziato che le caratteristiche del contesto economico-aziendale influenzano il tipo di utilizzo che è possibile fare dell'analisi comparativa in oggetto. Fra queste caratteristiche di scenario è possibile riconoscere un ruolo di primo piano al meccanismo di finanziamento delle aziende sanitarie. Infatti, mentre nei contesti di *quasi market* la comparazione interaziendale dei dati di costo solitamente svolge il ruolo principale di indirizzare le negoziazioni tese a fissare le tariffe dei servizi sanitari, invece, in ambiti dove operano meccanismi di finanziamento meno orientati a stimolare la competizione fra aziende (si pensi ai cosiddetti *integrated market*), l'analisi comparativa in questione si pone principalmente l'obiettivo di promuovere il *benchmarking* delle *performance* di efficienza.

Coerentemente con quanto scritto rileviamo che la dottrina che si è occupata del tema delle comparazioni dei dati di costo per fini negoziali, si è ri-

ferita ad ambiti all'interno dei quali è operante un meccanismo di *quasi market* (2). Invece altri contributi, che si sono concentrati sull'importanza che la comparazione dei dati di costo delle aziende sanitarie può possedere al fine di migliorare l'efficienza nell'uso delle risorse, hanno fatto riferimento a contesti come la Scozia e l'Inghilterra dove il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie è stato recentemente rivisitato in modo tale che le risorse finanziarie non siano più assegnate sulla base di un sistema di prezzi specifici del singolo servizio erogato (3).

In questo contributo ci dedicheremo ancora una volta al tema del confronto nello spazio dei dati di costo in ambito sanitario, facendo riferimento all'esperienza della Regione Toscana. Proporremo anche in questo caso l'accostamento fra le caratteristiche del sistema di finanziamento delle aziende sanitarie e lo scopo per cui è stata promossa la comparazione interaziendale dei dati di costo. Inoltre, descriveremo sia la struttura che a livello regionale gestisce la comparazione interaziendale, ovvero, l'*Osservatorio regionale dei costi delle strutture organizzative sanitarie*, che la *uniform costing* (cioè la metodologia condivisa di rile-

vazione dei costi) impiegata. Infine, riporteremo alcune delle posizioni espresse, in merito alla comparazione interaziendale dei dati di costo, da alcuni responsabili dell'ufficio *controllo di gestione* di tre aziende sanitarie toscane.

## 2. Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie toscane

Il Fondo sanitario regionale (Fsr) è definito dalla L. reg. n. 22 del 2000 come l'insieme delle risorse regionali disponibili per il sistema sanitario. Per il 2001 l'ammontare complessivo delle risorse è stato di circa 4.204 milioni di euro. Come specificato dal

---

Seppure il presente contributo è frutto di analisi ed elaborazioni congiunte, Antonio Barretta può essere considerato autore dei §§ 1, 5 e 6, mentre ad Aldo Ancona ed a Sandro Signorini devono essere attribuiti i §§ 2, 3 e 4. Antonio Barretta desidera ringraziare il Dipartimento di Economia e direzione aziendale dell'Università Ca' Foscari di Venezia, ed in particolare il prof. Giuseppe Marcon, per i fondi di ricerca che gli sono stati messi a disposizione al fine di condurre delle ricerche in ambito della gestione dei servizi sanitari. Gli esiti di tali ricerche sono in parte contenuti nella presente pubblicazione.



### 3. Lo scopo dello sviluppo della comparazione interaziendale dei costi

Tracciate le caratteristiche essenziali del sistema di finanziamento intendiamo focalizzarci sulla tipologia di comparazione interaziendale dei dati di costo impiegata nella sanità toscana ed, in particolare, sulle motivazioni che hanno indotto la Regione a promuovere tale prassi.

Gli aspetti più tecnici, quali la descrizione della struttura regionale che si occupa di elaborare l'analisi comparativa e l'illustrazione della metodologia condivisa di rilevazione dei costi, saranno affrontati nel prossimo paragrafo.

Come si evince dal *manuale* contenente la metodologia operativa dell'*Osservatorio regionale dei costi delle strutture organizzative sanitarie* lo scopo fondamentale dell'analisi comparativa è quello di promuovere il *benchmarking* delle misure di costo al fine di: «a) individuare, attraverso il confronto di strutture organizzative omogenee, gli indicatori di riferimento regionali, b) indirizzare l'approfondimento a livello regionale, attraverso la lettura degli scostamenti, nell'analisi dei motivi di maggiore o minore criticità. È proprio su quest'ultimo aspetto che le direzioni aziendali dovranno incidere concretamente al fine di riconoscere i propri punti di forza e debo-

lezza e fissare gli obiettivi di miglioramento in termini di efficienza» (5).

Pertanto, l'analisi comparativa dei costi costituisce uno strumento per acquisire elementi di conoscenza sull'andamento dei costi di gestione delle strutture sanitarie regionali in quanto offre un efficace supporto conoscitivo alla Regione, per quanto attiene alla sfera della programmazione, ed alle strutture aziendali, in termini di possibilità di un confronto orientato alla verifica dell'efficienza.

Circa l'aspetto riguardante la programmazione a livello di sistema occorre rilevare che la Regione è solita impiegare le risultanze dell'analisi comparativa in sede di verifica, in corso d'anno, del grado di raggiungimen-

Tabella 1 - Esempi di determinazione «indiretta» del costo delle prestazioni sanitarie

#### ESEMPIO

A Prestazioni	B N. di prestazioni erogate	D Peso relativo predeterminato	E Punti prodotti (B x D)	F Costo unitario per prestazione (c.m.p. x D)	G Costo totale (B x F)
1	10	1	10	€ 100	€ 1000
2	10	2	20	€ 200	€ 2000
3	10	3	30	€ 300	€ 3000
<b>Totale</b>	<b>30</b>	<b>-</b>	<b>60</b>	<b>-</b>	<b>€ 6000</b>

Costo medio per punto prodotto (c.m.p.) =  $6000/60 = 100$

#### ESEMPIO

A Prestazioni	B N. di prestazioni erogate	D Peso relativo predeterminato	E Punti prodotti (B x D)	F Costo unitario per prestazione (c.m.p. x D)	G Costo totale (B x F)
1	10	1	10	€ 75	€ 750
2	10	3	30	€ 225	€ 2250
3	10	4	40	€ 300	€ 3000
<b>Totale</b>	<b>30</b>	<b>-</b>	<b>80</b>	<b>-</b>	<b>€ 6000</b>

Costo medio per punto prodotto (c.m.p.) =  $6000/80 = 75$

to degli obiettivi di *budget* delle aziende. Infatti, qualora risultassero degli evidenti scostamenti fra obiettivi economici infrannuali e relativi risultati a consuntivo, la Regione, grazie all'attività dell'*Osservatorio*, è nella condizione di poter sensibilizzare le aziende a procedere a dei recuperi di efficienza. Ciò è possibile in quanto si conoscono le sub unità organizzative dell'azienda in analisi che hanno dimostrato di impiegare le risorse in maniera meno efficiente rispetto ad analoghe unità operative toscane. Pertanto, è possibile sostenere che anche se la singola azienda non usasse le risultanze dell'analisi comparativa, nel caso di allontanamento dalle mete di *budget*, sarebbe sensibilizzata a tenere conto di questa al fine di individuare le aree che richiedono con maggior urgenza un intervento di razionalizzazione.

Da questa breve disamina emerge che fra gli scopi della comparazione dei costi non risulta contemplato quello di fornire informazioni che possano guidare le contrattazioni finanziarie fra attori del sistema sanitario (6). In coerenza con ciò, come si vedrà meglio nel prossimo paragrafo, l'analisi comparativa non prende in considerazione il costo delle prestazioni sanitarie, bensì, il costo delle sub unità organizzative delle aziende. Ciò, evidentemente, è attribuibile alle specificità del sistema di finanziamento delle aziende sanitarie toscane, all'interno del quale il sistema tariffario ricopre un ruolo meno rilevante rispetto a quello attribuibile al meccanismo delle quote capitarie.

#### **4. L'Osservatorio costi e la *uniform costing* impiegata**

L'*Osservatorio costi* è stato istituito formalmente con la delibera della Giunta regionale n. 718 del 1999 «Approvazione linee per la rilevazione dei

costi delle strutture organizzative sanitarie della Toscana». Tale iniziativa ha beneficiato di due precedenti esperienze. Fra il 1993 ed 1994 la Regione Toscana ha realizzato degli studi in materia di contabilità dei costi che hanno portato alla realizzazione di un manuale di contabilità analitica. Questo lavoro, tuttavia, non ha avuto come fine quello di pervenire ad un sistema condiviso di rilevazione analitica dei costi, bensì, ha costituito una sintesi ragionata delle tecniche di rilevazione dei costi adottate dalle aziende che avevano sviluppato una maggiore attenzione verso le tematiche della contabilità analitica. La seconda esperienza, invece, ha rappresentato una vera e propria fase preparatoria alla costituzione dell'*Osservatorio*. Infatti già dal 1997, ovvero due anni prima della costituzione della struttura regionale in oggetto, fu attivato un gruppo di lavoro teso allo sviluppo di un sistema uniforme di rilevazione dei costi del quale facevano parte esponenti regionali e referenti amministrativi di un ristretto numero di aziende sanitarie toscane.

Dal punto di vista organizzativo, l'*Osservatorio costi* si colloca all'interno dell'*Area programmazione e risorse* del Dipartimento del diritto alla salute e politiche di solidarietà della Regione Toscana. Le risorse necessarie per il suo funzionamento, a livello regionale, sono costituite da due statistici a tempo pieno ed un economista che dedica a tale struttura circa il 30% del suo orario lavorativo. Tali risorse corrispondono, in termini di finanziari, a poco più di 50.000 euro all'anno. Si tratta di un importo relativamente modesto se considerato in relazione al fatto che l'*Osservatorio* gestisce un flusso informativo proveniente dalle aziende sanitarie toscane corrispondente ad un valore complessivo di circa 5.190 milioni di euro. Ciò è possibile grazie anche alla collaborazione

con il Dipartimento EDP della Regione, che ha sviluppato delle applicazioni informatiche dedicate particolarmente efficaci che vengono ciclicamente aggiornate e migliorate in funzione delle esperienze maturate.

L'attività dell'*Osservatorio* consiste in:

a) messa a punto della metodologia condivisa, tra i diversi attori del sistema, per la valorizzazione, la raccolta e l'attribuzione dei dati di costo ai centri di costo e di responsabilità in modo da consentire il calcolo di indicatori sintetici di efficienza significativi;

b) costituzione di un database versatile relativo ai dati di costo delle strutture organizzative sanitarie di tutte le aziende del Servizio sanitario regionale che renda possibile il confronto tra le diverse aziende e in relazione a diversi anni;

c) elaborazione di alcuni *report* che, attraverso indicatori significativi, siano in grado di fornire elementi per una valutazione dell'efficienza delle strutture.

La definizione (e rivisitazione) della metodologia di rilevazione dei costi ha costituito finora l'attività più critica. In effetti, da essa dipendono l'affidabilità e la validità dei dati e, conseguentemente, la credibilità dell'*Osservatorio* e la sua capacità di migliorare la qualità delle decisioni. La metodologia è contenuta nel manuale operativo dell'*Osservatorio* e viene periodicamente aggiornata (7). All'interno del manuale sono descritti in dettaglio i criteri da applicare per la determinazione dei valori economici analitici e la loro attribuzione ai diversi centri di costo e di responsabilità.

La prima versione del manuale risalente al 1999 si è ispirata ai risultati ottenuti nel corso della sperimentazione svolta nel corso del 1997 cui si è fatto in precedenza riferimento. La circostanza che le aziende che hanno partecipato a questa sperimentazione fosse-

ro particolarmente attente al tema della contabilità analitica e, conseguentemente, disponessero di sistemi di rilevazione evoluti ha fatto sì che, nel corso della prima rilevazione (condotta nel 1999 sui dati dell'esercizio 1998), due aziende non riuscissero a raccogliere ed inviare i dati alla Regione, mentre altre vi riuscissero con difficoltà. La prima rilevazione, dunque, ha messo in evidenza una situazione assai differenziata sotto il profilo della capacità di rilevazione e di risposta dei sistemi di contabilità analitica delle diverse aziende sanitarie.

Si è quindi proceduto a riscrivere il manuale, ovvero a riprogettare la metodologia, insieme con gli operatori di tutte le aziende sanitarie nel corso di una serie di incontri organizzati con

frequenza regolare e coordinati dalla Regione. Se nella prima rilevazione la metodologia era stata imposta in prevalenza dalle strutture regionali, il lavoro di confronto attuato per la stesura della seconda versione del manuale ha consentito a ciascun operatore di portare il proprio contributo. Molte sono state le difficoltà incontrate in questo percorso di condivisione delle esperienze e delle competenze. Innanzitutto, un rilevante problema è stato la definizione di un linguaggio condiviso che consentisse di eliminare, per quanto possibile, le ambiguità interpretative.

Il punto di arrivo di questo progetto, è stato l'elaborazione di una metodologia che da un lato salvaguardasse la qualità dei dati e dall'altro tenesse

conto delle potenzialità dei sistemi informativi e contabili delle diverse aziende. Si è trattato, evidentemente, di raggiungere un compromesso fra le diverse visioni e le diverse «sensibilità», riguardo ai sistemi di contabilità analitica, di ciascuna azienda.

La metodologia di rilevazione è schematizzata nella «griglia di rilevazione» di cui si riporta, a titolo di esempio, uno stralcio nelle tabelle 2 e 3.

Si tratta di una matrice a doppia entrata in cui le risorse assorbite (ordinate per colonna) vengono messe in relazione con i centri di costo/responsabilità (ordinati per riga).

Le colonne della griglia di rilevazione consentono un'aggregazione dei fattori produttivi in due macro ca-

Tabella 2 - «Griglia di rilevazione» inerente ai dipartimenti ospedaliero ed emergenza

Struttura	COSTI DIRETTI											COSTI INDIRETTI					
	COSTI SPECIALI											COSTI COMUNI					
	1- Personale								- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -			- 6 -		
Livello di rilevazione												Prestazioni e servizi intermedi			Costi ribaltati		
descrizione	Medici - Veterinari	Operatori prof.li	Altri laureati del ruolo sanitario.	Personale universitario	Personale non dipendente e di assistenza sociale	Altro personale di assistenza	Personale amm.vo, tecnico e profess.le	Beni di consumo sanitari	Beni Mobili Sanitari	Altro	Diagnostica e prestazioni specialistiche	Monoblocco Operatorio	Servizi Albergieri Utenze	Costi Generali con base di riparto per fattori	Supporto tecnico amm.vo	Costi generali	
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	l	m	n	o	p	q	r	
<b>Dipartimento Ospedaliero</b>																	
Dipartimento																	
-a- Aree Cliniche																	
Presidio, stabilimento																	
Reparto 1 (centro di costo)																	
Attività (sottocentri)																	
(*) degenza																	
(*) ambulatorio																	
(*) sala chirurgica																	
(*) convenzioni da pubblico																	
(*) convenzioni da privato																	
Reparto 2 (centro di costo)																	
Attività (sottocentri)																	
(*) degenza																	
(*) ambulatorio																	
.....																	
-b- Aree diagnostiche																	
Area Attività di Laboratorio																	
Presidio																	
centro di costo																	
Area Diagnostica per Immagini																	
Presidio																	
centro di costo																	
-c- Funzioni Comuni																	
Presidio																	
centro di costo																	
<b>Dipartimento Emergenza Urgenza</b>																	
Emergenza Sanitaria territoriale																	
(*) convenzioni da pubblico																	
(*) convenzioni da privato																	
Pronto soc./ Emergenza osp.																	

tegorie: i costi diretti e quelli indiretti. La distinzione in oggetto ha lo scopo di agevolare la lettura e la comprensione della composizione dei costi per centri di costo.

L'elenco dettagliato dei fattori produttivi è contenuto nel *Piano dei fattori produttivi* identificato dalla del. G.R. n. 325 del 18 marzo 1996 «Applicazione contabilità analitica. Piano dei centri di costo e piano dei fattori produttivi» ed è composto da circa 700 voci.

La classificazione tra costi diretti e indiretti, e quindi tra l'una e l'altra colonna della griglia di rilevazione, è una distinzione che può variare in funzione della capacità del sistema informativo di supporto alla contabilità analitica, di attribuire o meno in modo oggettivo una determinata categoria di

fattori produttivi ai diversi centri di costo.

Per tenere conto degli scambi di prestazioni tra centri di costo quali, ad esempio, quelle di un laboratorio di analisi a favore di un reparto di degenza, è stata introdotta una specifica colonna, ovvero, «diagnostica e prestazioni specialistiche». Tuttavia, non tutti i sistemi informativi aziendali rilevano le prestazioni che vengono eseguite nell'ambito della stessa struttura da un'unità operativa per un'altra unità operativa. Pertanto, in alcuni casi, è stato necessario procedere a delle rilevazioni *ad hoc* in modo da poter eseguire delle stime affidabili. Sotto questo profilo, l'*Osservatorio costi* ha svolto un'azione di stimolo al miglioramento dei sistemi informativi aziendali, ai quali è stato richiesto di fornire un *set* minimo di dati necessari per

l'attribuzione dei costi ai singoli centri.

Particolarmente delicata, è stata la formalizzazione dei criteri di attribuzione dei costi da riferirsi mediante una base di ripartizione. Questi nella griglia di rilevazione vengono distinti in tre tipologie: «costi generali con base di riparto per fattore», «supporto tecnico amministrativo» e «costi generali». Nella scelta delle basi di riparto si è optato per fornire più basi fra le quali scegliere quella più rispondente alle peculiarità organizzative di ciascuna azienda.

L'altra dimensione della griglia di rilevazione, quella riguardante le righe, rappresenta le strutture organizzative delle quali si rilevano i costi. L'elenco completo dei centri di costo oggetto della rilevazione è contenuto nel *Piano dei centri di costo*, anch'es-

**Tabella 3 - «Griglia di rilevazione» inerente ai dipartimenti territoriali**

Struttura	COSTI DIRETTI										COSTI INDIRETTI					
	COSTI SPECIALI										COSTI COMUNI					
	1 - Personale								- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 - Prestazioni e servizi intermedi			- 6 - Costi ribaltati	
descrizione	Medici - Veterinari	Operatori profili	Altri laureati del ruolo sanitario.	Personale universitario	Personale non dipendente e di assistenza sociale	Altro personale di assistenza	Personale amm.vo, tecnico e profes.s.le	Beni di consumo sanitari	Beni Mobili Sanitari	Altro	Diagnostica e prestazioni specialistiche	Mo nobloc o Operatorio	Servizi Alberghieri Utenze	Costi Generali con base di riparto per fattori	Supporto tecnico amm.vo	Costi generali
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	l	m	n	o	p	q	r
<b>Dipartimenti Territoriali</b>																
<b>- A - Dipartimento della Prevenzione</b>																
Dipartimento																
U.O. aziendale (centro di costo)																
(*) convenzioni da pubblico																
(*) convenzioni da privato																
Zona																
U.O. zonale (centro di costo)																
(*) convenzioni da pubblico																
(*) convenzioni da privato																
<b>-B- Altri dipartimenti territoriali</b>																
Dipartimento																
U.O. aziendale (centro di costo)																
Zona																
U.O. zonale (centro di costo)																
Struttura residenziale (centro di costo)																
Struttura semi-residenziale (centro di costo)																
<b>Direzione e Supporto Tecnico Amministrativi</b>																
Staff Direzione aziendale e sanitaria																
Area Amministrativa																
Area Tecnica																
Direzione aziendale																
Supporto Tecnico-Amm.vo Zona 1																
Supporto Tecnico-Amm.vo Zona 2																
<b>Costi Generali</b>																
Costi Generali																

so approvato nella delibera della Giunta regionale sopra richiamata. Esso è strutturato in maniera da comprendere la realtà organizzativa aziendale nella sua interezza.

Dal momento che le strutture organizzative aziendali sono in cambiamento costante per rispondere alle sollecitazioni provenienti dall'interno e dall'esterno è necessario, in sede di revisione del manuale, valutare se le modificazioni che si sono verificate nell'organizzazione debbano trovare corrispondenza anche nel piano dei centri di costo. Infatti, a tale proposito, ormai da qualche anno si registra la tendenza a riorganizzare i servizi secondo una logica di tipo funzionale, rispetto ai bisogni socio sanitari del cittadino, superando la logica prevalentemente professionale che per lungo tempo ha caratterizzato le strutture organizzative sanitarie (8). In Toscana, questo ha significato che, parallelamente alle unità operative professionali, sono state costituite delle unità funzionali in cui diverse professionalità, che afferiscono ad una unità operativa, vengono funzionalmente coordinate in modo da offrire una risposta più articolata e completa ai bisogni sanitari degli utenti. Tale processo, che ha investito in particolar modo i servizi socio sanitari territoriali, ha contribuito sicuramente a migliorare la qualità dei servizi ma, al tempo stesso, ha reso notevolmente più difficile il compito di individuare dei centri di costo che fossero comuni a tutte le strutture organizzative aziendali. Ciò è dovuto al fatto che, nell'ambito dell'autonomia organizzativa di cui sono dotate, le aziende si sono strutturate secondo modelli che non sempre risultano perfettamente sovrapponibili.

Un ulteriore elemento tenuto in considerazione nell'individuazione dei centri di costo è stata la possibilità di trovare una correlazione con i livelli essenziali di assistenza. Quest'a-

spetto, tuttavia, è stato subordinato alla variabile organizzativa, ovvero, laddove sono state individuate delle strutture — centri di costo — per le quali non è stato possibile stabilire una relazione diretta con un determinato livello essenziale di assistenza ha prevalso il criterio organizzativo. Chiamiamo quest'ultimo concetto con un esempio. Si consideri un'unità operativa *Laboratorio* operante nell'ambito

di un presidio ospedaliero. Questa svolge sia attività di supporto nei confronti di altri reparti che attività per esterni. Riguardo a quest'ultima tipologia di attività la rilevazione per livelli di assistenza prevede uno specifico livello nell'ambito dell'assistenza distrettuale/assistenza specialistica/attività di laboratorio. La *uniform costing* regionale, invece, ha scelto come unità economica di riferimento

Tabella 4 - Nota integrativa

### NOTA INTEGRATIVA

Al fine di migliorare ulteriormente la metodologia di trattamento dei dati (ottenendo in conseguenza un risultato qualitativamente migliore) ed in considerazione delle novità apportate alla rilevazione si è ritenuto opportuno richiedere specifiche informazioni relative alle modalità di imputazione di alcuni costi.

Si richiede in particolare di indicare esplicitamente quanto, nella rilevazione aziendale, si discosta metodologicamente dalle indicazioni del presente manuale.

Nella tabella seguente sono indicate tre richieste specifiche, molto sintetiche, lasciando peraltro spazio ad ogni ulteriore indicazione le Aziende ritenessero utile far pervenire.

Azienda Sanitaria	Referente Aziendale Osservatorio Costi
<b>COSTI GENERALI</b> Indicare i criteri di ripartizione adottati, indicando le voci a più elevata criticità.	
<b>PERSONALE UNIVERSITARIO</b> Specificare i criteri di valorizzazione e l'ammontare complessivo del costo effettivo a livello aziendale	
<b>PRONTO SOCCORSO</b> (Vedi Manuale Parte 1 <sup>a</sup> par. 2.3.6.4)	
- Ammontare complessivo del C d C	<input type="text"/>
Di cui	
- con successivo ricovero	<input type="text"/>
- senza successivo ricovero	<input type="text"/>
- Numero complessivo dei referti	<input type="text"/>
<b>TERAPIA INTENSIVA CdC "4900"</b> Indicare il numero complessivo delle giornate di assistenza erogate.	
<b>ALTRE OSSERVAZIONI</b>	

il centro *Laboratorio* prescindendo dalla distinzione proposta ai fini della rilevazione dei livelli di assistenza.

Nella consapevolezza di non poter riuscire, attraverso il manuale, a prevedere tutte le possibili problematiche che possono presentarsi in sede di rilevazione, è stata prevista una «nota integrativa» che deve essere compilata ed inviata dalle aziende contestualmente ai dati di costo. La nota integrativa ha una triplice funzione: a) raccogliere delle informazioni extra-contabili necessarie per il calcolo di alcuni indicatori, come ad esempio il numero degli accessi al pronto soccorso che consente di calcolare il costo unitario di accesso; b) segnalare eventuali deroghe alle indicazioni contenute nel manuale in modo da consentire una migliore comprensione dei dati forniti; c) costituire una sorta di promemoria in cui le aziende possono segnalare delle particolari situazioni, condizioni ovvero indicazioni fornite nel manuale che hanno reso difficoltosa la rilevazione e che si ritiene opportuno affrontare nel corso della successiva revisione della metodologia. In tabella 4 si riporta lo schema tipo di nota integrativa.

I dati rilevati dalle aziende sanitarie sono trasmessi alla Regione tramite una pagina *web* interattiva che verifica in tempo reale la correttezza formale dei file. Se il file presenta degli errori, questi vengono immediatamente segnalati tramite posta elettronica in modo da agevolarne la correzione. Gli errori segnalati dal sistema sono prevalentemente quelli formali quali, ad esempio, l'inserimento di codici identificativi dei centri di costo errati o l'inserimento di valori numerici laddove è invece previsto l'inserimento di caratteri alfabetici.

Una volta raccolti i dati, si calcolano gli indicatori di efficienza incrociando l'archivio dei costi con quelli delle attività. In particolare per ottenere i dati inerenti alle attività si fa riferimento all'archivio delle schede nosologiche.

Pertanto, i costi di uno specifico esercizio riferiti ai diversi centri di costo, vengono rapportati al volume di attività da questi realizzato durante il periodo di riferimento. Il rapporto cui si è fatto riferimento è di seguito riportato:

$$\text{Indicatore sintetico di efficienza del CdC y dell'esercizio } t = \frac{\text{costi del CdC y dell'esercizio } t}{\text{volume attività del CdC y dell'esercizio } t}$$

Ad esempio, con riferimento ad un centro di costo ospedaliero, l'indicatore sintetico di efficienza di un determinato periodo amministrativo è dato dal totale dei costi sostenuti dal centro rapportato al volume complessivo di attività di ricovero svolta, espresso in termini di punti Drg. Si ottiene così il *costo per punto Drg* di ciascun reparto.

Prima di essere definitivamente archiviati ed elaborati sotto forma di *report*, i dati vengono sottoposti ad un ulteriore procedimento di controllo:

i) gli indicatori specifici di ciascun centro di costo sono confrontati con la media regionale calcolata sui centri di costo della stessa tipologia;

ii) sono, così, evidenziati i centri di costo cosiddetti *outliers*, cioè quelli che presentano valori dell'indicatore significativamente distanti dalla media regionale (è considerato significativo uno scostamento superiore alla devianza):

$$\text{Outlier}_{(i)} \begin{cases} \text{Indicatore}_{(i)} < (\text{media regionale} - \text{devianza}) \\ \text{Indicatore}_{(i)} > (\text{media regionale} + \text{devianza}) \end{cases}$$

iii) gli *outliers* sono trasmessi, sotto forma di appositi *report*, alle aziende di appartenenza in modo che queste possano verificare di non aver commesso errori nel corso della rilevazione e possano confermare o correggere il dato.

Se per i centri di costo che svolgono attività di ricovero la Regione Toscana dispone di archivi strutturati ed affidabili (l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale), molto più frammentata è la situazione degli archivi delle attività svolte dai centri di costo «territoriali», cioè relativi alle prestazioni che vengono svolte attraverso i distretti ed altre strutture non di ricovero. Non disponendo di archivi sufficientemente affidabili per questa tipologia di attività, l'indicatore relativo ai centri di costo del *territorio* è stato calcolato in relazione alla popolazione residente. In questo modo, l'efficienza delle strutture è valutata indirettamente in termini di risorse necessarie a soddisfare la stessa tipologia di bisogni.

Si tratta di una semplificazione inevitabile che rende molto difficile una vera comparazione tra le diverse realtà aziendali. Per ovviare alla mancanza di dati adeguatamente strutturati ed archiviati su scala regionale, è attualmente in corso di definizione un elenco regionale delle prestazioni territoriali.

Terminata la fase di raccolta e di validazione dei dati trasmessi dalle aziende alla Regione, gli uffici regionali provvedono ad elaborare e pubblicare il *report* finale sintetico.

Si tratta di un volume nel quale sono presentati tutti i centri di costo di tutte le aziende che hanno partecipato alla rilevazione organizzati in *dipartimenti*.

I centri di costo, nell'ambito di ciascun dipartimento, sono presentati in base all'azienda di appartenenza e,

nell'ambito di ciascuna azienda, in base alla zona (per il dipartimento ospedaliero invece della zona si considera il presidio ospedaliero).

Per ciascun centro di costo, sono presentati alcuni indicatori parziali ed un indicatore complessivo. Per comprendere meglio quanto stiamo per illustrare proponiamo un'esemplificazione. Si supponga di considerare un'unità operativa *Medicina generale* la quale nell'esercizio *x* è caratterizzata dai valori della tabella 5.

Consideriamo a questo punto i singoli indicatori ricompresi nel *report* finale e determiniamone il valore avendo come riferimento l'esempio precedente:

— *indicatori personale*: un primo indicatore rapporta i costi totali del personale del centro (colonne *a, b, c, d, e, f* e *g* della griglia di rilevazione) ai punti prodotti dallo stesso (ovvero euro 960.000/870). Un secondo indicatore esprime i costi del personale del centro in percentuale dei costi totali della sub unità organizzativa in analisi (euro 960.000/euro 2.000.000);

— *indicatori altri costi diretti*: un primo indicatore rapporta il totale degli altri costi diretti (colonne *h, i* ed *l* della griglia di rilevazione) sostenuti dal centro ai punti prodotti dallo stesso (ovvero euro 446.000/870). Un secondo indicatore esprime gli altri costi diretti del centro in percentuale dei costi totali della sub unità organizzativa in analisi (euro 446.000/euro 2.000.000);

— *indicatori prestazioni e servizi intermedi*: un primo indicatore rapporta il totale dei costi relativi alle prestazioni ricevute (colonne *m, n* ed *o* della griglia di rilevazione) dal centro considerato ai punti prodotti dallo stesso (ovvero euro 338.000/870). Un secondo indicatore esprime il totale dei costi relativi alle prestazioni ricevute dal centro in percentuale dei costi totali sostenuti dalla sub unità or-

ganizzativa in analisi (ovvero euro 338.000/euro 2.000.000);

— *indicatori altri costi indiretti*: un primo indicatore rapporta il totale degli altri costi indiretti (colonne *p, q* ed *r* della griglia di rilevazione) del centro ai punti prodotti dallo stesso (ovvero euro 256.000/870). Un secondo indicatore esprime il totale degli altri costi indiretti in percentuale del totale dei costi sostenuti dalla sub unità organizzativa in analisi (ovvero euro 256.000/euro 2.000.000);

— *indicatore totale costi*: rapporta il totale dei costi del centro ai punti prodotti dallo stesso (ovvero euro 2.000.000/870);

— *media regionale*: rappresenta la media calcolata a livello regionale di tutti gli indicatori totali di una specifica tipologia di centro di costo;

— *scostamento*: corrisponde alla differenza tra «Indicatore totale costi» e «Media regionale» espressa in termini percentuali rispetto alla media regionale;

— *totale costi V.A.*: esprime in valore assoluto l'ammontare complessivo dei costi del centro.

Per i centri di costo del dipartimento ospedaliero, al fine di fornire informazioni supplementari che consentano di inquadrare meglio il tipo di attività svolta dai centri di costo viene riportato anche l'indice di *case mix*, pari al rapporto fra il totale dei punti prodotti dal centro durante un periodo amministrativo ed il numero di ricoveri effettuati durante lo stesso arco temporale. Ovviamente, valori elevati di tale indicatore stanno a significare un

numero consistente di casi complessi trattati.

Il *report* così strutturato, sia pure con dei limiti legati all'esigenza di sintesi, consente di effettuare alcune valutazioni circa l'efficienza della singola struttura sanitaria in una prospettiva di *benchmarking*.

In tabella 6 si riporta un esempio di *report* riguardante alcuni centri di costo del dipartimento ospedaliero.

Il *report* viene presentato in due momenti: prima ai responsabili delle strutture del controllo di gestione che hanno collaborato alla rilevazione e, successivamente, alle direzioni aziendali. Questa duplice presentazione ha la finalità di consentire ai tecnici di conoscere in maniera più approfondita la pubblicazione così da essere in grado di assistere meglio le direzioni nella lettura e nella comprensione del *report*.

Per superare i limiti che derivano dalla rigidità della forma cartacea del *report*, sono allo studio modalità per rendere disponibile attraverso internet la base dati dell'*Osservatorio* costi alle aziende, in modo che queste possano elaborare dei *report* personalizzati in funzione delle proprie esigenze conoscitive specifiche.

## 5. La comparazione interaziendale considerata dall'ottica delle aziende

In questo paragrafo intendiamo riportare le considerazioni proposte dai responsabili dell'ufficio *controllo di gestione* di alcune aziende sanitarie

Tabella 5 - Esempificazione inerente ai valori impiegati per il calcolo degli indicatori

Costi totali	Costi del personale	Altri costi diretti	Prestazioni e servizi intermedi	Altri costi indiretti	Punti Drg prodotti
€ 2.000.000	€ 960.000	€ 446.000	€ 338.000	€ 256.000	870

toscane in merito alla comparazione interaziendale dei dati di costo promossa dalla Regione Toscana. Quanto stiamo per esporre rappresenta l'esito di alcune interviste da noi condotte, durante i mesi di febbraio e marzo 2001, ai responsabili dell'ufficio *controllo di gestione* delle aziende sanitarie locali di Arezzo e Grosseto e dell'azienda ospedaliera senese.

Le tematiche affrontate hanno riguardato: a) le difficoltà aziendali connesse con l'elaborazione dei dati di costo richiesti dalla Regione per fini comparativi, b) l'utilizzo che viene attualmente fatto a livello aziendale della comparazione dei dati costo e c) i principali limiti riconducibili alla *uniform costing* adottata ed i suggerimenti per migliorarla.

Sulle difficoltà connesse con l'elaborazione dei dati di costo richiesti dalla Regione i soggetti intervistati sono risultati concordi nel ritenere che il principale ostacolo è stato quello di adeguare il proprio sistema di rilevazione analitica alle esigenze conoscitive della metodologia regionale. Tale adeguamento ha portato alla definizione e successivamente all'impiego di due sistemi di rilevazione analitica, l'uno coerente con le esigenze conoscitive interne e l'altro conforme al sistema di contabilità dei costi condiviso.

Questo «sdoppiamento», seppure venga spesso considerato una duplica-

zione di attività, tuttavia, risulta irrinunciabile in quanto è noto che affinché l'analisi comparativa possa ritenersi valida i dati raffrontati devono essere sufficientemente omogenei e, pertanto, determinati adottando soluzioni tecnico-contabili condivise che difficilmente coincidono con quelle adottate dai sistemi di rilevazione analitica posseduti dai singoli organismi economici.

È interessante notare che uno dei soggetti intervistati ha dichiarato che l'assecondare le richieste informative della metodologia regionale ha avuto delle ricadute positive, avendo consentito di mettere in discussione alcune scelte adottate in sede di definizione della contabilità analitica impiegata per fini conoscitivi interni. In altre parole sembra che, in alcuni casi, il misurarsi con un sistema condiviso di rilevazione dei costi possa portare a riconsiderare, ed a volte a migliorare, il sistema di contabilità analitica dell'azienda.

Ci sembra interessante sottolineare che, contrariamente a quanto si poteva ipotizzare, i costi dell'analisi comparativa sostenuti dalle aziende sanitarie non sono stati menzionati fra le difficoltà incontrate dalle aziende. Infatti, a seguito dell'implementazione del sistema di rilevazione condiviso, mediamente, è sufficiente impiegare due persone per circa due settimane per

giungere alle determinazioni di costo richieste dalle Regione.

Una seconda difficoltà che le aziende hanno evidenziato, soprattutto durante le fasi iniziali del progetto, è risultata la lacunosità di un vocabolario condiviso. Tale problema, seppure non risulti ancora completamente risolto, è stato arginato con la stesura, nell'ottobre del 2000, di una seconda versione del Manuale dell'osservatorio. Lo sforzo profuso per arrivare a definire un linguaggio condiviso è considerato dalle aziende uno dei principali pregi del lavoro svolto dall'Osservatorio, in quanto ha contribuito ad instaurare una serie di rapporti di dialogo e di collaborazione fra le aziende sanitarie toscane.

Passando all'esame dell'uso fatto dalle aziende del *report* comparativo è il caso di premettere che gli effetti da questo prodotti, in termini di ricaduta tanto sulle decisioni quanto sui comportamenti aziendali, sono risultati contenuti. Ciò è giustificabile alla luce del fatto che, nel momento in cui abbiamo condotto le interviste presso le aziende sanitarie, l'analisi comparativa risultava effettuata per la prima volta. Infatti, tutti i soggetti coinvolti nell'analisi, operanti sia nelle aziende che all'interno dell'Osservatorio regionale, erano consci del fatto che l'analisi avrebbe richiesto ulteriori miglioramenti per almeno due ordini di motivazioni. In primo luogo, la stessa

**Tabella 6 - Esempio di report riguardante un dipartimento ospedaliero**

ASL X														
Area Medica														
Presidio ospedaliero Y														
Codice reparto	Denominazione reparto	Indicatore Personale	%	Indicatore Altri Costi Diretti	%	Indicatore Prestazioni e Servizi Intermedi	%	Indicatore Altri Costi Indiretti	%	Indicatore TOTALE COSTI	Media Regionale	Scostamento	Totale costi V.A.	Case Mix
0801	Cardiologia	587,25	50,8%	299,39	25,9%	164,84	14,3%	105,12	9,1%	1.156,61	2.070,64	-44,1%	1.534.646,51	1,27
2401	Malattie Infettive	500,48	27,9%	684,41	38,2%	509,21	28,4%	99,28	5,5%	1.793,37	3.452,24	-48,1%	3.694.581,85	1,23
2601	Medicina Generale I	994,03	50,6%	154,74	7,9%	628,24	32,0%	187,41	9,5%	1.964,42	1.692,84	16,0%	3.165.820,88	1,09
2602	Medicina Generale II	794,43	57,8%	128,45	9,3%	302,84	22,0%	149,42	10,9%	1.375,13	1.692,84	-18,8%	3.188.593,02	1,20

metodologia condivisa necessitava di affinamenti, successivamente realizzati in occasione della stesura della seconda versione del Manuale dell'Osservatorio. In aggiunta a ciò alcune aziende sanitarie, che possedevano sistemi di rilevazione dei costi meno avanzati, non sarebbero state in grado di produrre dati economici attendibili fin dalla prima applicazione della metodologia di rilevazione condivisa. Nonostante ciò in due delle tre aziende sanitarie il *report* dell'Osservatorio è stato oggetto di confronto e dibattito interno fra i responsabili delle unità operative ed i vertici aziendali. In modo particolare, l'analisi interna è stata svolta con maggiore puntualità nei casi in cui i dati economici delle *sub* unità si discostavano in maniera significativa dal dato medio regionale.

Per concludere il tema inerente all'uso della comparazione rileviamo che tutti gli intervistati hanno dichiarato che l'analisi prodotta dall'Osservatorio potrebbe essere utile in futuro in sede di fissazione dei *budget* di alcune unità operative. Ciò poiché nel fissare gli obiettivi di costo gli attori aziendali potrebbero avere come elemento di riferimento oltreché i costi storici dei singoli centri di responsabilità anche i costi consuntivi di altre unità operative, analoghe a quelle considerate, operanti in altri contesti aziendali. A questo proposito ci preme sottolineare, tuttavia, che l'attività di fissazione degli obiettivi non può esaurirsi nell'ipotizzare la coincidenza dei risultati conseguiti in passato, o dalla stessa unità operativa considerata o da altre unità operative a questa paragonabili, con le «mete» valide per il futuro. Infatti, il mero confronto temporale dei dati di costo, per fini di responsabilizzazione, possiede vari limiti fra i quali, in particolare, ricordiamo: 1) il rischio di incentivare la stabilizzazione delle *performance* di costo, ovvero, promuovere limitati miglio-

menti dei risultati pregressi, 2) il pericolo di non attribuire alcuna rilevanza, in sede di interpretazione degli scostamenti fra *performance* di costo di differenti periodi di tempo, alle mutevoli condizioni dello scenario che incidono sulle *performance* di costo, ed infine 3) nel caso in cui l'obiettivo venga fatto coincidere con la *performance* di costo raggiunta da un'unità operativa diversa da quella presa in esame, vi è il rischio di non tenere nella dovuta considerazione le peculiarità organizzative e di contesto del centro di responsabilità analizzato (9).

Con riferimento ai limiti riconducibili alla *uniform costing* adottata ed i suggerimenti per migliorarla evidenziamo che tutti gli intervistati sono risultati concordi nel ritenere che per perfezionare l'analisi comparativa occorrerebbe sia procedere ad una preventiva suddivisione in gruppi omogenei delle unità operative poste a confronto, sia arricchire di elementi extra-contabili l'analisi comparativa (10). In relazione al primo aspetto è stato evidenziato che l'osservare tale accorgimento risulta indispensabile in quanto l'analisi comparativa perde di validità allorché risultano confrontate sub unità organizzative aventi dimensioni (quantificabili in termini di numero di ricoveri) e prestazioni sanitarie erogate estremamente differenti. In secondo luogo, l'arricchimento dell'analisi comparativa mediante il monitoraggio di indicatori extra-contabili (ad esempio informazioni quantitative sulla tipologia di personale impiegato nelle unità operative, indici di attrazione, indici di fuga ...) consentirebbe di effettuare analisi più complete. Infatti, il privilegiare gli aspetti economici della comparazione da un lato non agevola una rappresentazione esaustiva della *performance* aziendale, dall'altro lato potrebbe incentivare comportamenti aziendali distorti.

## 6. Conclusioni

L'oggetto del presente contributo è costituito dall'esperienza della Regione Toscana in tema di comparazione interaziendale dei dati di costo in ambito sanitario. Nonostante tale prassi sia di recente applicazione la sua analisi consente di tracciare delle prime valutazioni.

Innanzitutto, rileviamo che l'uso dell'analisi comparativa risulta influenzato dalle caratteristiche del sistema regionale di finanziamento delle aziende sanitarie. Infatti, a tale analisi è stato assegnato il ruolo di promuovere il *benchmarking* delle misure di costo in quanto, possedendo il sistema tariffario un ruolo secondario rispetto al meccanismo delle quote capitarie, non è stata avvertita la necessità di sfruttarla anche per guidare la negoziazioni riguardanti i trasferimenti regionali alle aziende. Pertanto, l'esperienza in oggetto costituisce un'ulteriore conferma del fatto che gli strumenti e le prassi che mirano ad indirizzare la gestione aziendale risultano influenzati tanto dalle specificità degli organismi economici che le applicano, quanto dalle condizioni dello scenario economico-aziendale in cui questi operano (11).

Il caso osservato, inoltre, consente di proporre alcune riflessioni sullo sviluppo e sull'uso, in ambito sanitario, della comparazione interaziendale dei dati di costo, ovvero:

— l'analisi comparativa in questione ha come prerequisito irrinunciabile lo sviluppo di una *uniform costing*. La costituzione di un gruppo di lavoro che avrà il compito di sviluppare il sistema condiviso di rilevazione dovrebbe garantire, per aumentare le possibilità che l'iniziativa abbia successo, la presenza di determinate figure professionali. In primo luogo il riferimento è agli operatori aziendali che svolgono funzioni di tipo tecnico-con-

tabile all'interno delle aziende sanitarie. Il ricomprendere all'interno del gruppo di lavoro tali soggetti risulta di grande importanza, da un lato per disporre delle competenze necessarie per definire una *uniform costing* adeguata alle caratteristiche degli organismi economici considerati, dall'altro per rendere partecipi del processo di formazione della metodologia almeno un referente per ciascun azienda. Quest'ultimo aspetto ci sembra particolarmente importante allo scopo di agevolare il processo di «accettazione» del sistema uniforme di rilevazione dei costi. Inoltre, all'interno del gruppo di lavoro dovrebbero operare anche dei referenti regionali che si occupano del settore sanitario. In primo luogo perché la Regione potrebbe risultare uno degli utilizzatori degli esiti prodotti dall'analisi comparativa e, pertanto, è possibile che possa desiderare di avanzare delle pretese circa le modalità secondo cui il raffronto dovrà svolgersi. Tuttavia, l'ente regionale dovrebbe essere coinvolto nei lavori di individuazione della metodologia anche nel caso in cui la pratica di accostare i dati di costo delle aziende sanitarie dovesse avere come unica finalità il fornire elementi di riflessione ai singoli organismi economici. Infatti, sia nella fase di definizione della *uniform costing*, ma anche che nel momento in cui tale metodologia risulterà operante, solitamente, risulta di grande utilità che un organismo si assuma l'onere di coordinare (ed in parte di gestire) tutte le attività da svolgersi;

— la comparazione interaziendale dei dati di costo pur essendo una delle forme di comparazione aziendale più complesse dimostra di essere applicabile anche in contesti complessi come quello sanitario. Ciò perché i costi sostenuti, tanto a livello aziendale quanto a livello regionale, per dare avvio e per gestire tale prassi non paiono proibitivi ma, soprattutto, perché l'analisi

comparativa è stata oggetto di riflessioni sia negli incontri fra Regione ed aziende, che all'interno di alcune di queste ultime. In particolare rileviamo che, nella percezione di due delle tre aziende intervistate, il confronto in oggetto ha consentito una maggiore capacità di analisi dei fenomeni gestionali interni;

— un sistema uniforme di rilevazione può influenzare il sistema interno di rilevazione dei costi determinandone degli affinamenti. Ciò è tanto più vero quanto meno progrediti risultano i sistemi di contabilità analitica sviluppati dalle aziende oggetto dell'analisi comparativa. Pertanto, lo sviluppo di una valida *uniform costing* può assolvere anche al compito di divulgare prassi contabili corrette ed incoraggiare l'aderenza a comportamenti gestionali ispirati al controllo dei costi;

— l'analisi comparativa dovrebbe ricomprendere oltreché misure contabili, altresì, indicatori extra-contabili. In tutti i contesti aziendali, in quelli sanitari in particolare, l'esclusiva (o la prevalente) focalizzazione sulla dimensione del costo può portare ad effetti deleteri per coloro i quali usufruiscono degli *output* realizzati dalle aziende. In un contesto di crescente ristrettezza finanziaria è senza dubbio irrinunciabile la ricerca di un utilizzo sempre più razionale delle risorse aziendali, tuttavia, il rischio di non considerare assolutamente le controindicazioni di tale sforzo potrebbe essere quello di veder peggiorare la qualità dei servizi.

di fornire indicazioni utili per l'allocazione delle risorse finanziarie agli ospedali è comprensibile se ci si sofferma sulle seguenti critiche rivolte ad alcuni sistemi di finanziamento definiti *prospective payment* (quali ad esempio il Drg-Pps americano): a) questi meccanismi seguono un processo di determinazione delle tariffe estremamente complesso che, pertanto, viene compreso pienamente da poche persone (Preston A.M., Wai-Fong C. e Neu D., 1997), b) alcuni studi empirici hanno evidenziato che le tariffe definite dai *prospective payments systems* consentono di recuperare i costi solo di alcune tipologie di prestazioni sanitarie (Horn S.D., 1983 and 1985; Lynk W.J., 2001). Per tali motivazioni appaiono giustificabili gli sforzi tesi a mettere in discussione i «valori-guida» impiegati da tali sistemi di finanziamento mediante le analisi comparative dei dati di costo.

(3) Si veda Barretta A. (2000, b) e Northcott e Llewellyn (2001).

(4) Le percentuali riportate tra parentesi sono indicate orientativamente dal Piano sanitario regionale.

(5) Regione Toscana - Osservatorio regionale dei costi delle strutture organizzative sanitarie (1999, p. 8).

(6) È il caso di elencare i possibili utilizzi della comparazione interaziendale dei dati di costo in ambito pubblico, ovvero: 1) fissare l'ammontare di trasferimenti che gli organismi sovraordinati devono concedere alle aziende che realizzano un servizio (o un prodotto) di pubblica utilità che non risulti venduto in regime di mercato; 2) rendere possibile agli organismi sovraordinati di un certo settore di attività il controllo del grado di efficienza nell'utilizzo delle risorse al fine di rivisitare (o confermare) le scelte di indirizzo strategico adottate; 3) divulgare informazioni circa la migliori prassi contabile ed incoraggiare l'aderenza a comportamenti gestionali ispirati al controllo dei costi; 4) consentire a ciascuna azienda che prende parte all'analisi comparativa di possedere elementi di giudizio per migliorare il proprio grado di efficienza nell'utilizzo delle risorse (in proposito si può scrivere di *benchmarking* effettuato per mezzo delle informazioni di costo); 5) consentire agli organismi a ciò preposti (*authority*) di monitorare le condizioni economiche di quei settori dove l'intervento dello Stato può essere richiesto sia per accordare dei contributi che per combattere situazioni in cui i prezzi di vendita, a causa di una scarsa concorrenza, vengono fissati ad un livello troppo elevato. Sull'argomento si veda Barretta A. (2000, b, pag. 42 e ss.).

(7) Il manuale è disponibile sul sito della Regione Toscana ([www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it))

(1) Barretta A. (2000, b).

(2) In tal senso si vedano Horn S.D. (1985), Pope G.C. (1990), Iezzoni L.I. (1990), Covaleski M.A., Dirsmith M.W., Michelman J.E. (1993), Ellwood (1996), Rhodes G., Wiley T., Rice M., Casas M., Leidl R. (1997), Lowe A. (2000), Ferraz-Nunes J. (2001). In contesti di quasi *market* l'utilizzo delle comparazioni dei dati di costo delle strutture ospedaliere al fine

sotto la voce documentazione nel settore sanità.

(8) L'organizzazione del Servizio sanitario regionale toscano è disciplinata, oltre che nel Piano sanitario regionale per alcuni aspetti, dalla L.R. 22/2000 «Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale».

(9) Per un approfondimento su tali aspetti si veda Sellari L. (1990, p. 214 e ss.) e Barretta A. (2001).

(10) Questi due punti sollevati dalle tre aziende sanitarie sono stati trattati anche in dottrina. Per un loro approfondimento si veda: Barretta A. (2000, a).

(11) Sull'argomento si veda Catturi G. (1996, pagg. 133 e ss.).

#### BIBLIOGRAFIA

- BARRETTA A. (2000, a), *Specificità aziendali ed uniformità nella rilevazione dei costi. Il caso delle aziende per il diritto allo studio universitario in Toscana*, Cedam, Padova.
- BARRETTA A. (2000, b), «La comparazione interaziendale dei costi: l'esperienza delle aziende sanitarie scozzesi», *Mecosan*, ottobre-dicembre, 36, pp. 147-157.
- BARRETTA A. (2001), «Grado di diffusione della contabilità dei costi: i risultati di un'indagine empirica», *Azienditalia*, inserto nel n. 7, luglio 2001, pp. III-XII.
- BARRETTA A., MUSSARI R. (in corso di stampa), «Uniform Costing and Cost Comparison Among Various Hospitals: A Case Study Analysis».
- CATTURI G. (1996), *Appunti di politica aziendale*, Quaderni di strategia e politica aziendale, Università degli Studi della Tuscia, Viterbo.
- COVALESKI M.A., DIRSMITH M.W., MICHELMAN J.E. (1993), «An Institutional Theory Perspective on the DRG Framework, Case Mix Accounting System and Health-Care Organizations», *Accounting, Organizations and Society*, vol. 18, n. 1, pp. 65-88.
- ELLWOOD S. (1996), «Full-cost pricing rules within the National Health Service Internal Market-Accounting Choices and the Achievement of Productive Efficiency», *Management Accounting Research*, n. 7, pp. 25-51.
- FERRAZ-NUNES J. (2001), «Do We Need DRGs to Improve Efficiency in Healthcare?», *Research in Healthcare Financial Management*, vol. 6, pp. 33-47.
- HORN S.D. (1983), «Does Severity of Illness Make a Difference in Prospective Payment?», *Health Care Financial Management*, 37, pp. 49-52.
- HORN S.D. (1985), «Interhospital Differences in Severity of Illness: Problems for Prospective Payment Based on DRG», *The New England Journal of Medicine*, 313, pp. 20-24.
- IEZZONI L.I. (1990), «Illness Severity and Costs of Admissions at Teaching and Nonteaching Hospitals», *The Journal of the American Medical Association*, 264, pp. 1426-1431.
- LYNK W.J. (2001), «One DRG, One Price? The Effect of Patient Condition on Price Variation Within DRGs and Across Hospitals», *Health Care Finance and Economics*, vol. 1, pp. 65-78.
- LOWE A. (2000), «Accounting in Health Care: some Evidence of the Impact of Casemix System», *British Accounting Review*, 32, pp. 55-70.
- NORTHCOTT D., LLEWELLYN S. (2001), «Changing Control Perspectives in Healthcare: The National Reference Costing Exercise», paper presented at the 3<sup>rd</sup> Workshop on Management Accounting Change, May 17-18 Siena (Italy).
- PRESTON A.M., WAI-FONG C., NEU D. (1997), «The Diagnosis-Related Group - Prospective Payment System and the Problem of the Government of Rationing Health Care to the Elderly», *Accounting, Organizations and Society*, vol. 22, n. 2, pp. 147-164.
- POPE G.C. (1990), «Using Hospital-Specific Costs to Improve the Fairness of Prospective Reimbursement», *Journal of Health Economics*, vol. 9, Issue 3, pp. 237-251.
- REGIONE TOSCANA - Osservatorio regionale dei costi delle strutture organizzative sanitarie (1999), *Manuale*, giugno, Firenze.
- REGIONE TOSCANA - Osservatorio regionale dei costi delle strutture organizzative sanitarie (2000), *Manuale*, Ottobre, Firenze.
- RHODES G., WILEY T., RICE M., CASAS M., LEIDL R. (1997), «Comparing EU Hospital Efficiency Using Diagnosis-Related Groups», *European Journal of Public Health*, 7, pp. 42-50.
- SELLARI L., *Contabilità dei costi e contabilità analitica. Determinazioni quantitative e controllo di gestione*, Etas Libri, Milano 1990.

Management ed economia sanitaria

# MECOSAN

La rivista trimestrale  
di saggi e ricerche, documenti e commenti  
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

*Mecosan* è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

### Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

### Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

### Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

### Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpato, 1990); indicazione: VOLPATO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

### I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;  
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23  
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98  
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

# VARIAZIONE DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI DI LABORATORIO IN CAMPANIA NEL BIENNIO 2000-2001

M. Capunzo<sup>1</sup>, P. Cavallo<sup>1</sup>, V. D'Anna<sup>2</sup>, G. Boccia<sup>1</sup>, G. Lamberti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Università degli Studi di Salerno, Facoltà di Scienze della Formazione - Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Cattedra di Igiene

<sup>2</sup> Federlab - Sindacato dei Laboratoristi della Campania, Napoli

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Materiali e metodi - 3. Risultati - 4. Discussione e conclusioni.

## 1. Introduzione

L'aumento della spesa sanitaria ambulatoriale è divenuto un fenomeno estremamente rilevante in tutti i sistemi sanitari nei quali è stato introdotto un sistema di pagamento a prestazione del tipo Drg/Pps (Takemura e Beck, 1999).

Ad influenzare tale aumento sono numerosi fattori, tra i quali rientrano anche fattori di tipo psicosociale (Mehl-Madrona, 1998) e di comportamento prescrittivo (McKinlay *et al.*, 2002; Axt-Adam *et al.*, 1993; Epstein e Mc Neil, 1986).

Il presente studio ha per obiettivo la valutazione dei dati di attività forniti da un campione di 144 laboratori di analisi accreditati operanti nel territorio della Regione Campania, per individuare la possibilità di ricavare da tali dati indicatori utili a definire l'effetto della variazione di domanda e/o della variazione di stile prescrittivo sulla variazione complessiva di spesa.

## 2. Materiali e metodi

### 2.1. Dati e metodologia impiegata

È stato predisposto un questionario anonimo di raccolta dati, che è stato somministrato a 500 laboratori di analisi in provvisorio accreditamento con

il Servizio sanitario regionale della Campania.

Il questionario prevedeva la raccolta dei dati di attività complessivamente svolta (pazienti accettati e numero di prestazioni eseguite) e la specifica indicazione del numero di prestazioni erogate per dieci prestazioni di laboratorio, selezionate tra quelle di più largo consumo, per gli anni 2000 e 2001.

Le prestazioni di laboratorio scelte sono state quelle riportate in tabella 1, in cui viene indicato anche il codice prestazione, tratto dal Nomenclatore nazionale delle prestazioni (D.M. 150 del 22 luglio 1996), e la relativa tariffa vigente in Campania, espressa in euro.

I questionari pervenuti in risposta sono stati verificati e quelli incompleti o illeggibili sono stati scartati.

I dati sono, poi, stati tabulati e raggruppati in base all'appartenenza dei laboratori alle varie Asl; è stata, a questo livello, eseguita una analisi statistica per valutare il peso del campione di laboratori ottenuto sulla popolazione complessiva di laboratori presenti in Campania.

È stato, quindi, eseguito il calcolo del valore economico delle prestazioni erogate, ed è stata eseguita una analisi della variazione di prestazioni e di spesa, per singola Asl e per il totale regionale.

Tabella 1 - Prestazioni di laboratorio valutate

Prestazione	Codice DM 150	Tariffa (euro)
Urine esame chimico fisico e microscopico	90.44.3	1,14
Glucosio	90.27.1	1,70
Emocromo	90.62.2	4,89
Proteine (elettroforesi delle)	90.38.4	7,84
Tireotropina (TSH)	90.42.1	17,20
Tempo di protrombina (PT)	90.75.4	2,87
Virus epatite B (HBV) anticorpi HbsAg	91.18.3	17,20
Virus epatite C (HCV) anticorpi	91.19.5	17,20
Estradiolo	90.19.2	17,20
Esame colturale dell'urina (urinocoltura)	90.94.2	16,72

Sono stati definiti, poi, cinque gruppi «tipo» di prestazioni di laboratorio tipicamente richieste, riportati in tabella 2.

I dati, quindi, sono stati elaborati per confrontare la variazione di prestazioni, di spesa e di valore medio per prestazione (VMP) per ciascun gruppi nei due anni considerati.

L'elaborazione ha incluso anche l'analisi degli scostamenti, eseguita adattando una metodologia già impiegata in precedenza (Capunzo e Cavallo, 2000).

L'adattamento è semplicemente consistito nel considerare quali valori per il calcolo i valori di numero prestazioni e VMP del singolo gruppo di esami.

Da ciò sono stati ricavati tre indicatori, espressi in euro, che sono:

1)  $\Delta Q$  = scostamento di quantità, che esprime il risultato della variazione economica attribuibile ad una variazione del numero di prestazioni richieste per il gruppo di esami in oggetto;

2)  $\Delta C$  = scostamento di costo, che esprime il risultato della variazione economica attribuibile ad una variazione del costo medio del gruppo di esami in oggetto;

3)  $\Delta mix$  = scostamento di *mix*, che esprime il risultato della variazione economica non attribuibile ad una sola delle due cause precedenti.

I tre indicatori sono stati calcolati secondo le seguenti formule (PR = numero di prestazioni; VMP = valore medio prestazione):

$$\Delta Q = VMP2000 * (PR2001 - PR2000) \quad (1)$$

$$\Delta C = PR2000 * (VMP2001 - VMP2000) \quad (2)$$

$$\Delta mix = (VMP2001 - VMP2000) * (PR2001 - PR2000) \quad (3)$$

Tutte le elaborazioni numeriche, grafiche e statistiche sono state eseguite mediante il *software* Excel 97 ed il *package* statistico StatsDirect rev. 1,9,5.

## 2.2. Rappresentatività del campione esaminato

La tabella 3 riporta i dati relativi al numero di strutture di diagnostica di laboratorio presenti in Campania ed alla rappresentatività del campione esaminato.

Il campione è rappresentativo di circa il 18% di tutte le strutture presenti in regione, e di circa il 15% di tutte le prestazioni erogate in Campania.

Il valore di circa 8% di rappresentatività della spesa è legato al fatto che hanno risposto al questionario prevalentemente strutture di piccola e media dimensione.

La distribuzione sul territorio della popolazione residente, delle strutture che hanno risposto al questionario e del totale delle strutture in provvisorio

accreditamento (ambulatori e laboratori) è presentata in tabella 4.

Tale distribuzione rispecchia fedelmente sia l'andamento della popolazione residente nelle 13 Asl campane che quello delle strutture accreditate esistenti sul territorio.

L'analisi di regressione lineare eseguita sui dati mostra, infatti:

— per la correlazione tra laboratori che hanno risposto e popolazione residente un coefficiente di correlazione  $r = 0,994975$  ( $p < 0.0001$ );

— per la correlazione tra laboratori che hanno risposto e strutture accreditate esistenti sul territorio un valore di  $r = 0,986471$  ( $p < 0.0001$ ).

Il grafico 1 mostra la retta di regressione tra i valori della popolazione residente per Asl e quelli dei laboratori che hanno risposto al questionario per Asl; il grafico 2 mostra la retta di regressione tra laboratori che hanno risposto e strutture esistenti sul territorio.

**Tabella 2 - Mix di esami valutati**

Cod. mix	Esami inseriti	Valore tariffario mix (in euro)
BASE	Glicemia, emocromo, QSPE	14,43
EMOCOAG	Emocromo, tempo di protrombina	7,76
MICROB	Urine, urinocoltura	17,86
ORMONI	TSH, estradiolo	34,40
EPATITE	QSPE, anti-HBS, anti-HCV	42,24

**Tabella 3 - Campione di strutture esaminate (laboratori di analisi)**

Parametro	Totale Campania anno 2000	Campione	Peso %
Prestazioni	55.500.000	8.640.000	15,6%
Occorrenze	776	144	18,6%
Spesa (euro)	241.701.829	19.643.080	8,1%

Tabella 4 - Residenti, campione di strutture e totale strutture per Asl

Asl	Residenti	Peso %	Laboratori che hanno risposto	Peso %	Ambulatori e laboratori convenzionati	Peso %
AV1	171.992	3,0%	2	1,4%	15	1,1%
AV2	268.898	4,6%	2	1,4%	37	2,7%
BN	294.083	5,1%	7	4,9%	48	3,4%
CE1	396.956	6,9%	12	8,3%	81	5,8%
CE2	457.647	7,9%	15	10,4%	87	6,2%
NA1	1.020.120	17,6%	28	19,4%	424	30,4%
NA2	505.163	8,7%	12	8,3%	102	7,3%
NA3	392.890	6,8%	8	5,6%	96	6,9%
NA4	540.755	9,3%	11	7,6%	119	8,5%
NA5	652.042	11,3%	18	12,5%	151	10,8%
SA1	267.236	4,6%	12	8,3%	62	4,4%
SA2	551.309	9,5%	6	4,2%	140	10,0%
SA3	273.489	4,7%	11	7,6%	33	2,4%
<b>Totale</b>	<b>5.792.580</b>	<b>100,0%</b>	<b>144</b>	<b>100,0%</b>	<b>1395</b>	<b>100,0%</b>

### 3. Risultati

#### 3.1. Dati complessivi di attività per prestazioni e pazienti

Le tabelle 5 e 6 contengono, rispettivamente, i valori del numero complessivo di prestazioni e del numero complessivo di pazienti.

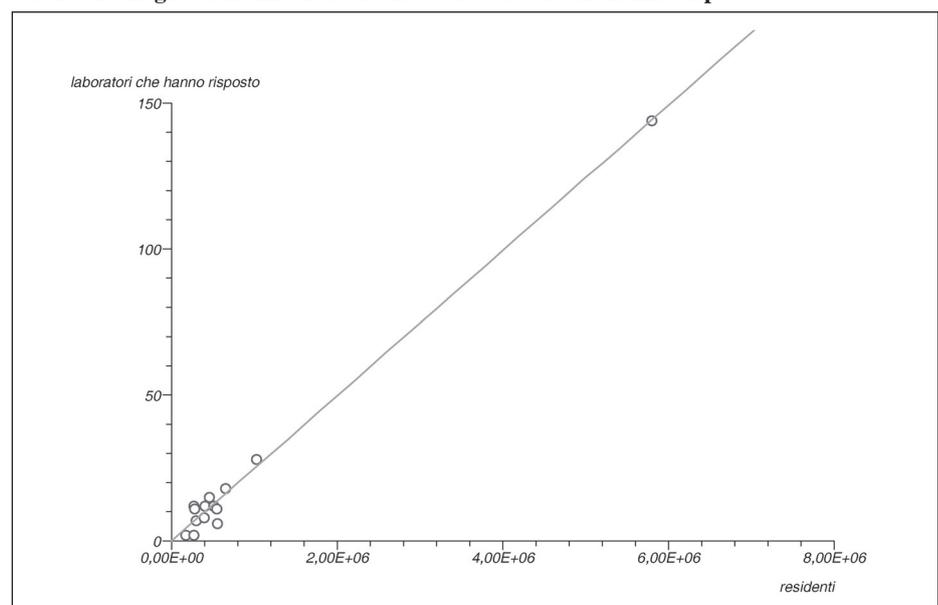
Per ciascuno dei due anni considerati il gruppo di laboratori in esame ha erogato circa 8 milioni di prestazioni (7.9 nel 2000, 8.5 nel 2001), con un aumento di circa 623.000 prestazioni, pari al 7.9%. Le prestazioni erogate in media per laboratorio sono state pari a 55.049 nel 2000 ed a 59.380 nel 2001.

Per ciascuno dei due anni considerati il gruppo di laboratori in esame ha ricevuto richieste da circa 1.2 milioni di pazienti (1.25 nel 2000, 1.34 nel 2001), con un aumento di circa 98.000 pazienti, pari al 7.8%. I pazienti accettati in media per laboratorio sono stati pari a 8.688 nel 2000 ed a 9.363 nel 2001.

La tabella 7 presenta il valore di numero medio di prestazioni per paziente nelle 13 Asl nei 2 anni, insieme con le relative differenze assolute e percentuali.

I valori di numero medio di prestazioni per paziente nei due anni sono pressoché sovrapponibili: le due medie, infatti, coincidono sul valore di 6.34 prestazioni/paziente/anno. Tale

Grafico 1 - Regressione lineare residenti vs. laboratori che hanno risposto



dato è confermato dall'analisi di regressione lineare, che mostra un coefficiente di correlazione tra i valori medi per Asl nei due anni pari a  $r = 0.992511$  ( $p < 0.0001$ ), con un andamento che è rappresentato dal grafico 3.

### 3.2. Dati di attività e spesa per singola prestazione e per gruppi di prestazioni

La tabella 8 mostra il numero complessivo di ciascuna delle 10 prestazioni sottoposte a valutazione, erogate dai 144 laboratori studiati per ciascuno dei due anni.

Le 10 prestazioni analizzate in dettaglio mostrano un valore complessivo pari a 2.6 milioni/anno circa (2.64 nel 2000, 2.79 nel 2001), con una variazione in più di 149.000 prestazioni circa, pari al 5.6%.

I relativi valori economici, calcolati sulla base delle tariffe di tabella 1, sono riportati in tabella 9.

Il valore complessivo di spesa è attestato intorno a 14 milioni di euro (13.6 nel 2000, 14.9 nel 2001), con una variazione in più di 1.2 milioni di euro circa, pari all'8.9%.

La valutazione in base ai gruppi omogenei di prestazioni (cfr. tabella 2) ha evidenziato i valori riportati in tabella 10.

In essa sono riportati i valori di numero delle prestazioni per gruppo, i relativi valori di spesa (sp), calcolati sulla base delle tariffe (cfr. tabelle 1 e 2), ed il valore medio per prestazione (VMP).

I valori di spesa e VMP sono espressi in euro.

La tabella 11 riporta le differenze, assolute e percentuali, per gli stessi parametri.

Le variazioni per gruppo mostrano valori differenti, poiché la composizione media di ciascun gruppo tende a

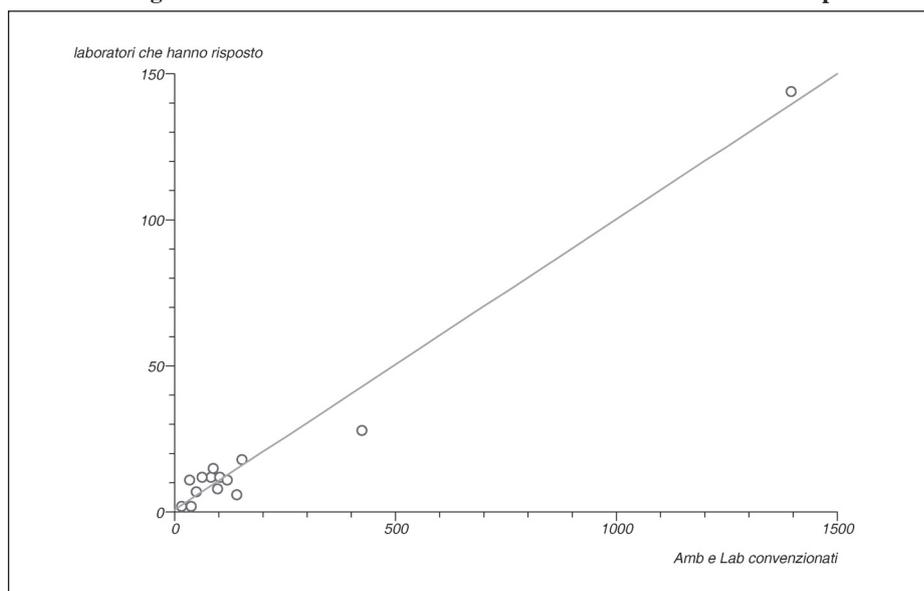
cambiare in base alla domanda di prestazioni ed alle scelte dei prescrittori.

Come si può notare, per il solo gruppo «ORMONI» non sono presenti variazioni di VMP in quanto esso è l'unico in cui tutte le prestazioni che lo compongono hanno valore tariffario

uguale, e, pertanto, anche una variazione nel numero relativo delle singole prestazioni componenti non produce effetto sulla tariffa media.

I dati di prestazioni, spesa e VMP sono stati, poi, calcolati per ciascuna Asl. Allo scopo di non appesantire il

**Grafico 2 - Regressione lineare strutture accreditate vs. laboratori che hanno risposto**



**Tabella 5 - Prestazioni per Asl nei due anni**

Asl	Prestaz. 00	Prestaz. 01	Diff. ass.	Diff. %
AV1	66.183	72.033	5.850	8,8%
AV2	72.450	78.363	5.913	8,2%
BN	382.299	422.937	40.638	10,6%
CE1	553.881	616.634	62.753	11,3%
CE2	780.881	881.684	100.803	12,9%
NA1	1.829.406	1.941.167	111.761	6,1%
NA2	646.483	719.260	72.777	11,3%
NA3	756.962	785.954	28.992	3,8%
NA4	431.844	419.650	- 12.194	- 2,8%
NA5	826.967	885.707	58.740	7,1%
SA1	870.224	934.195	63.971	7,4%
SA2	225.397	264.766	39.369	17,5%
SA3	484.165	528.414	44.249	9,1%
<b>Totale</b>	<b>7.927.142</b>	<b>8.550.764</b>	<b>623.622</b>	<b>7,9%</b>

testo, essi sono riportati in appendice, rispettivamente nelle tabelle 15, 16 e 17.

### 3.3. Analisi degli scostamenti

La tabella 12 presenta il dato di analisi degli scostamenti per il totale dei dati.

I valori ottenuti indicano che la maggior parte della variazione di spesa complessiva è data dallo scostamento di quantità ( $\Delta Q$ ), eccezion fatta per il gruppo MICROB (microbiologia), per il quale esiste un  $\Delta Q$  negativo, indice di una minore richiesta quantitativa, accompagnato da un valore di  $\Delta C$  positivo.

Nell'ultima colonna è riportato il saldo di ciascun gruppo: si può notare come il valore del saldo complessivo non corrisponda a quello del saldo complessivo di tabella 9, in quanto alcune prestazioni sono state utilizzate in più di un gruppo di esami (cfr. tabella 2).

Le tabelle relative ai valori per singola Asl e gruppo sono state riportate in appendice.

La tabella 13 presenta il dato complessivo regionale di scostamento, suddiviso per singola Asl, e relativo a tutti i gruppi.

Anche in questo caso è possibile osservare che, rispetto ad una maggior spesa totale di 1.6 milioni di euro circa, la componente di  $\Delta Q$  sia preponderante, attestandosi su di un valore di 1.2 milioni di euro circa, pari al 73.7%, contro una componente di  $\Delta C$  pari a 0.4 milioni di euro circa, pari al 24.6%.

La componente di  $\Delta_{mix}$  appare quantitativamente trascurabile, essendo pari a circa 0.02 milioni di euro (1.5% del totale della maggior spesa).

### 3.4. Fattori determinanti della domanda di prestazioni

Quale inquadramento teorico del problema relativo ai fattori determi-

nanti della domanda di prestazioni, appare opportuno ricordare che vi sono, in letteratura, riferimenti che confermano la tesi della tendenziale «stabilità» dei comportamenti prescrittivi,

Tabella 6 - Pazienti per Asl nei due anni

Asl	Paz. 00	Paz. 01	Diff. ass.	Diff. %
AV1	37.900	42.027	4.127	10,9%
AV2	60.280	65.582	5.302	8,8%
BN	44.996	49.756	4.760	10,6%
CE1	70.888	77.412	6.524	9,2%
CE2	114.420	127.231	12.811	11,2%
NA1	257.534	276.437	18.903	7,3%
NA2	138.997	152.853	13.856	10,0%
NA3	100.299	104.874	4.575	4,6%
NA4	56.895	53.637	- 3.258	- 5,7%
NA5	123.128	128.883	5.755	4,7%
SA1	105.177	116.469	11.292	10,7%
SA2	63.203	68.500	5.297	8,4%
SA3	77.457	85.548	8.091	10,4%
<b>Totale</b>	<b>1.251.174</b>	<b>1.349.209</b>	<b>98.035</b>	<b>7,8%</b>

Tabella 7 - Prestazioni per paziente nei due anni

Asl	Pr/paz. 00	Pr/paz. 01	Diff. ass.	Diff. %
AV1	1,75	1,71	- 0,03	- 1,8%
AV2	1,20	1,19	- 0,01	- 0,6%
BN	8,50	8,50	0,00	0,0%
CE1	7,81	7,97	0,15	1,9%
CE2	6,82	6,93	0,11	1,5%
NA1	7,10	7,02	- 0,08	- 1,1%
NA2	4,65	4,71	0,05	1,2%
NA3	7,55	7,49	- 0,05	- 0,7%
NA4	7,59	7,82	0,23	3,1%
NA5	6,72	6,87	0,16	2,3%
SA1	8,27	8,02	- 0,25	- 3,1%
SA2	3,57	3,87	0,30	8,4%
SA3	6,25	6,18	- 0,07	- 1,2%
<b>Totale</b>	<b>6,34</b>	<b>6,34</b>	<b>0,00</b>	<b>0,0%</b>

nel senso che, in assenza di azioni di modifica, tali comportamenti tendono a rimanere costanti, e dopo la cessazione di dette azioni si assiste ad un tendenziale «ritorno» ai vecchi schemi prescrittivi.

In particolare, è stato dimostrato come, in un intervento di modifica basato su formazione all'uso corretto delle prescrizioni, informazione dei consumi prodotti (*feedback*) ed entrambe, il gruppo di controllo (medici non formati né informati) non avesse variazione dello stile di prescrizione, e che — comunque — con la cessazione dei programmi formativi ed informativi, anche nei gruppi di medici «trattati» si assistesse ad una lieve ricrescita delle prescrizioni (Marton *et al.*, 1985).

È stato ottenuto lo stesso risultato, e cioè nessuna variazione nel gruppo di controllo, applicando un sistema diverso, quale la richiesta di motivare per iscritto la prescrizione di ciascun test (Merli *et al.*, 1985).

Sul problema dei fattori causali del comportamento prescrittivo, poi, vi sono anche osservazioni come quella di Bugter-Maessen *et al.* (1996) che individua, studiando un gruppo di medici generalisti, l'esistenza di una correlazione solo tra lo stile di prescrizione e gli anni di esperienza, e quella di McKinlay *et al.* (2002) che, in uno studio relativo a due diagnosi (polimialgia reumatica e depressione) ha individuato che, ad influenzare le scelte prescrittive, erano le caratteristiche del medico (specializzazione, razza ed età) e non quelle del paziente (sesso, età, razza, stato socioeconomico).

In ogni caso, l'effetto della riduzione nell'uso di prestazioni diagnostiche dei medici generalisti non sembra produrre un aumento dei ricoveri, come si evince da uno studio che ha visto l'applicazione di un sistema di *feedback*, consistente nell'informazione sui consumi prodotti, ad un gruppo di

medici generalisti, individuando quelli che meglio rispondevano al *feedback* proprio tra coloro che avevano tassi di ospedalizzazione già in partenza significativamente migliori (Winkens *et al.*, 1995).

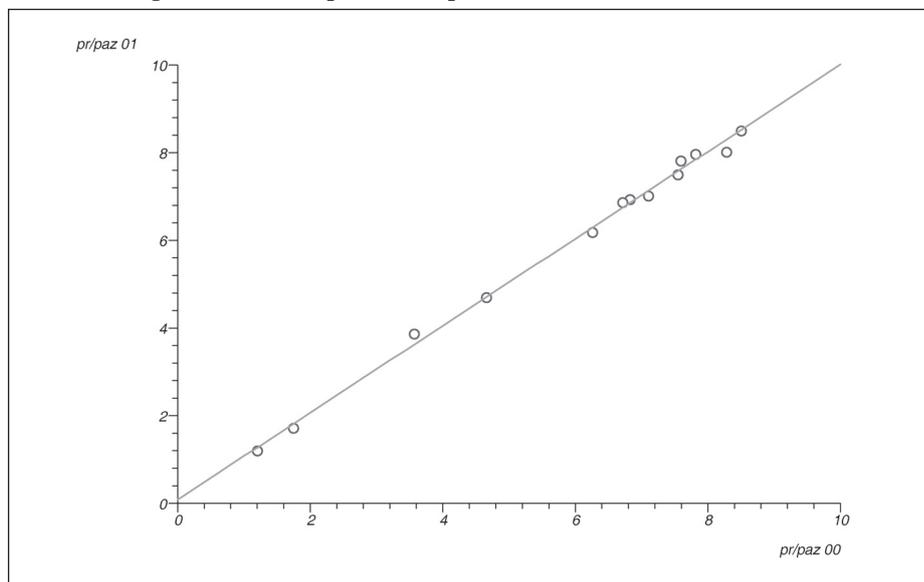
#### 4. Discussione e conclusioni

Scopo del presente contributo è stato quello di valutare la variazione di

domanda di prestazioni di laboratorio in Campania.

È stato somministrato ai circa 500 laboratori di analisi, tutti privati accreditati, aderenti alla Federlab - Sindacato dei laboratoristi campani, un questionario di raccolta dati, anonimo, che richiedeva di fornire i dati relativi al numero totale di pazienti accettati e di prestazioni eseguite negli anni 2000 e 2001, e di fornire altresì il valore nu-

**Grafico 3 - Regressione lineare prestazioni/paziente 2000 e 2001**



**Tabella 8 - Prestazioni erogate per singola voce**

Prestazioni	Anno 2000	Anno 2001	Diff. ass.	Diff. %
Urine	589.263	559.243	- 30.020	- 5,1%
Glic	575.712	619.795	44.083	7,7%
Emoc	623.451	677.653	54.202	8,7%
Quadro	370.522	388.159	17.637	4,8%
Tsh	81.835	101.220	19.385	23,7%
Tprot	160.164	182.561	22.397	14,0%
Sag	50.683	55.059	4.376	8,6%
Hcv	49.916	56.141	6.225	12,5%
Estr	16.098	18.809	2.711	16,8%
Urinoc	132.240	140.829	8.589	6,5%
<b>Totale</b>	<b>2.649.884</b>	<b>2.799.469</b>	<b>149.585</b>	<b>5,6%</b>

merico specifico delle prestazioni eseguite per ciascuno dei due anni, per un campione di 10 differenti prestazioni di largo consumo (tabella 1).

Non è stato richiesto di riportare, nel questionario, dati relativi al valore complessivo delle prestazioni erogate, allo scopo di garantire il rispetto della *privacy*.

In ogni caso i valori economici sono stati, successivamente, calcolati sulla base degli specifici dati delle prestazioni ottenuti, e delle tariffe attualmente vigenti in Campania.

Il campione esaminato nel presente contributo appare rappresentativo della realtà assistenziale della Campania nel periodo considerato.

Infatti, il dato statistico grezzo relativo al peso percentuale del campione rispetto al totale regionale (tabella 3) mostra come tale campione pesi per il 15.6% delle prestazioni, per l'8.1% della spesa e per il 18.6% delle occorrenze possibili (144 laboratori di analisi su 776 presenti in Campania).

Nell'ambito delle occorrenze, poi, è stato possibile dimostrare una corre-

lazione molto forte tra la distribuzione, nelle singole Asl della Campania, del campione di strutture e le distribuzioni sia della popolazione che delle strutture assistenziali (ambulatori e laboratori) nelle Asl (tabella 4, grafici 1 e 2).

È stata, quindi, eseguita l'analisi dei dati, incominciando dalla valutazione

della variazione complessiva, tra 2000 e 2001, di prestazioni erogate, per singola Asl, dai laboratori esaminati (tabella 5).

Essa mostra un modesto aumento di attività, riconducibile ad un valore pari al 7.9% in più su base regionale, a fronte del quale esiste un proporzionale aumento del numero di pazienti (ta-

Tabella 9 - Spesa per le prestazioni erogate

Prestazioni	Spesa 00	Spesa 01	Diff. ass.	Diff. %
Urine	671.760	637.537	- 34.223	- 5,1%
Glic	978.710	1.053.652	74.941	7,7%
Emoc	3.048.675	3.313.723	265.048	8,7%
Quadro	2.904.892	3.043.167	138.274	4,8%
Tsh	1.407.562	1.740.984	333.422	23,7%
Tprot	459.671	523.950	64.279	14,0%
Sag	871.748	947.015	75.267	8,6%
Hcv	858.555	965.625	107.070	12,5%
Estr	276.886	323.515	46.629	16,8%
Urinoc	2.211.053	2.354.661	143.608	6,5%
<b>Totale</b>	<b>13.689.512</b>	<b>14.903.828</b>	<b>1.214.316</b>	<b>8,9%</b>

Tabella 10 - Valori per singolo mix di esami nei due anni

Mix	Prestazioni 00	Prestazioni 01	Spesa 00	Spesa 01	Vmp 00	Vmp 01
BASE	1.569.685	1.685.607	6.932.278	7.410.541	4,42	4,40
EMOCOAG.	783.615	860.214	3.508.346	3.837.673	4,48	4,46
MICROB.	721.503	700.072	2.882.813	2.992.198	4,00	4,27
ORMONI	97.933	120.029	1.684.448	2.064.499	17,20	17,20
EPATITE	471.121	499.359	4.635.195	4.955.807	9,84	9,92

Tabella 11 - Variazioni assolute e percentuali per singolo mix di esami nei due anni

Mix	Var. pr. ass.	Var. pr. %	Var. sp. ass.	Var. sp. %	Var. Vmp ass.	Var. Vmp %
BASE	115.922	7,4%	478.263	6,9%	- 0,02	- 0,5%
EMOCOAG.	76.599	9,8%	329.327	9,4%	- 0,02	- 0,4%
MICROB.	- 21.431	- 3,0%	109.385	3,8%	0,28	7,0%
ORMONI	22.096	22,6%	380.051	22,6%	0,00	0,0%
EPATITE	28.238	6,0%	320.611	6,9%	0,09	0,9%

bella 6), che si attesta su un valore regionale del 7.8% in più.

Questa crescita proporzionata mostra, per conseguenza, una completa assenza di effetto quantitativo sul numero medio di prestazioni per paziente, che non mostra variazione tra i due anni (tabella 7 e grafico 3).

È, quindi, ipotizzabile una crescita della spesa complessiva legata ad una crescita della domanda di prestazioni più che ad una modificazione dei comportamenti prescrittivi dei medici di base.

La valutazione per singola prestazione mostra un andamento simile a quello dell'attività complessiva.

La variazione di numero di prestazioni erogate, per le 10 voci prescelte (tabella 8) mostra una variazione in aumento piuttosto contenuta, pari al 5.6% in più su base regionale, mentre la variazione di spesa per le suddette prestazioni (tabella 9), pur mostrando, per le singole voci, lo stesso valore di variazione percentuale, dovuta al fatto che le tariffe applicate erano le stesse per i due anni, mostra un valore complessivo, su base regionale, differente, pari a 8.9% in più.

Tale dato è giustificato dal fatto che il numero di prestazioni erogate nell'anno, per ciascuna singola voce, è variato tra il 2000 ed il 2001 per ciascun laboratorio e quindi per ciascuna Asl.

Approfondendo ulteriormente l'analisi, mediante il raggruppamento degli esami in modo omogeneo, riferito ad alcune tra le principali tipologie di «case mix» tipico delle prescrizioni che giungono ordinariamente ai laboratori di analisi, è stato possibile osservare differenze più marcate (tabelle 10 e 11), sia in termini di numero di prestazioni, che di spesa, che di valore medio per prestazione (VMP).

Da segnalare che nell'analisi dei singoli gruppi di esami (tabelle 10 e 11) non sono stati riportati i totali, poi-

ché alcune analisi (cfr. tabella 2) sono state utilizzate in più di un gruppo di esami, e, pertanto, la somma totale dei singoli gruppi non poteva quadrare con quella delle singole voci.

Successivamente è stata eseguita l'analisi degli scostamenti.

Per il dato complessivo (tabella 12) essa ha permesso di evidenziare come, per tutti i gruppi, la maggior quota di scostamento sia quella dovuta allo scostamento di quantità ( $\Delta Q$ ).

Esiste una evidente correlazione tra l'andamento del  $\Delta Q$  e la variazione di spesa complessiva nel gruppo di labo-

ratori esaminati, come si evidenzia dal grafico 4.

In questo grafico, riferito alla tabella 13, sono riportati in ascissa i 13 valori di saldo delle 13 Asl, ed in ordinata i corrispondenti valori di  $\Delta Q$ ,  $\Delta C$  e  $\Delta mix$ . Si può notare come, al crescere del saldo (maggior spesa complessiva), cresca pressoché in proporzione il valore di  $\Delta Q$ , mentre gli altri due parametri tendono ad essere costanti.

A livello del totale regionale (cfr. tabella 13), la componente di  $\Delta Q$ , che mostra un valore di 1.193.639 euro in più, giustifica il 73.7% della maggior

**Tabella 12 - Scostamenti per il totale dei dati**

Gruppo	$\Delta Q$	$\Delta C$	$\Delta mix$	Saldo
BASE	511.952	- 31.372	- 2.317	478.263
EMOCOAG.	342.944	- 12.404	- 1.213	329.327
MICROB.	- 85.629	200.984	- 5.970	109.385
ORMONI	380.051	0	0	380.051
EPATITE	277.824	40.368	2.420	320.612
<b>Totale</b>	<b>1.193.639</b>	<b>399.710</b>	<b>24.289</b>	<b>1.617.638</b>

**Tabella 13 - Scostamenti per singola Asl, tutti i gruppi**

Asl	$\Delta Q$	$\Delta C$	$\Delta mix$	Saldo
AV1	20.644	4.492	457	25.593
AV2	9.396	1.700	92	11.188
BN	144.068	- 20.961	- 3.448	119.659
CE1	- 190.023	254.408	- 37.665	26.721
CE2	275.444	- 14.230	- 1.971	259.242
NA1	275.714	61.012	3.595	340.320
NA2	174.629	16.160	1.632	192.421
NA3	70.226	- 7.453	- 297	62.477
NA4	- 62.171	11.187	- 638	- 51.623
NA5	117.988	10.165	579	128.732
SA1	244.487	41.669	4.970	291.126
SA2	74.452	- 1.801	- 234	72.418
SA3	124.330	13.583	1.452	139.364
<b>Totale</b>	<b>1.193.639</b>	<b>399.710</b>	<b>24.289</b>	<b>1.617.638</b>

spesa totale, pari a 1.617.638 euro tra il 2000 ed il 2001.

Anche la valutazione della correlazione tra i valori dei tre indicatori ed il valore della maggior spesa complessiva conferma il dato: i coefficienti di correlazione (tabella 14) mostrano per la sola correlazione tra saldo e  $\Delta Q$  una correlazione statisticamente significativa, pari a  $r = 0.887369$  ( $p < 0.0001$ ).

Il processo assistenziale è influenzato in modo diretto dall'intensità di domanda di prestazioni, prodotta dall'interazione di vari fattori, tra i quali hanno un ruolo sicuramente significativo:

a) l'offerta assistenziale ed il grado di istruzione della popolazione (Franci e Brusaglia, 1985);

b) lo stile comportamentale dei prescrittori (McKinlay *et al.*, 2002; Axt-Adam *et al.*, 1993; Epstein e McNeil, 1986).

L'interazione tra paziente e prescrittore produce, quale effetto, una maggiore o minore richiesta di prestazioni, il cui risultato economico netto è funzione di:

a) maggiore o minore propensione del paziente a richiedere prestazioni;

b) maggiore o minore propensione del prescrittore a scegliere un differente numero e tipo di prestazioni, e/o a preferire prestazioni ad alto costo rispetto a quelle di costo inferiore.

Per quanto riguarda questo secondo aspetto, in particolare, Epstein e McNeil hanno riscontrato che le ragioni per prescrivere esami erano, in ordine di importanza:

- definire una linea di base;
- valutare la prognosi;
- rassicurare il paziente;
- supportare la decisione terapeutica.

Inoltre, c'è evidenza che lo stile di prescrizione tenda a mantenersi costante nel tempo, come dimostrato da uno studio che ha messo a confronto la

misurazione dello stile di prescrizione per uno stesso gruppo di medici di *primary care* valutati nel periodo 1979-80 e nel periodo 1991-92 (Davis *et al.*, 2000).

Gli indicatori messi a punto nel presente studio possono essere, in prima approssimazione, considerati quali strumenti per ottenere una misura della variazione di domanda dovuta ad aumentata richiesta assistenziale scorporata dalla variazione di domanda dovuta a variazione di stile prescrittivo.

Infatti, la misurazione del  $\Delta Q$ , inteso quale variazione di spesa complessiva attribuibile ad una variazione di quantità di prestazioni prescritte, può essere considerato un indicatore della

variazione di domanda legata alle richieste da parte degli utenti.

Si potrebbe obiettare che anche il  $\Delta Q$  può subire una certa influenza da parte dello stile prescrittivo, del quale fa parte integrante la scelta del numero di prestazioni da richiedere, ma l'osservazione di Davis *et al.* (2000) fa ragionevolmente ipotizzare un effetto limitato dal punto di vista quantitativo.

Il  $\Delta C$ , invece, quale indicatore della variazione di spesa complessiva attribuibile ad una variazione di composizione media del gruppo di esami, risente quasi esclusivamente dell'effetto della scelte dei prescrittori.

Il  $\Delta mix$ , infine, misura la variazione non attribuibile a nessuna delle due componenti prima descritte.

Grafico 4 - Correlazione tra i tre indicatori ed i valori del saldo totale

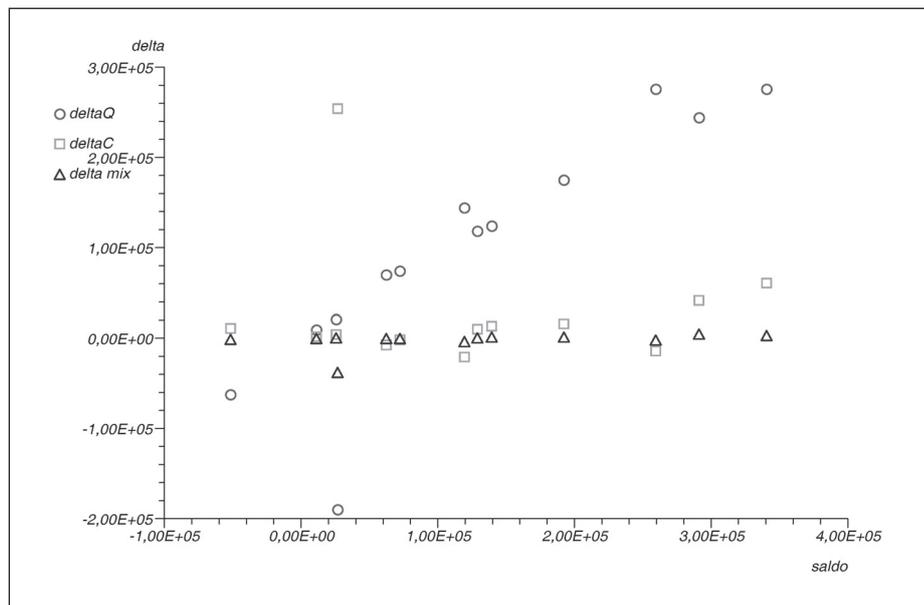


Tabella 14 - Coefficienti di correlazione

Correlazione	r	p
Saldo vs. $\Delta Q$	0,887369	< 0,0001
Saldo vs. $\Delta C$	-0,071921	0,815400
Saldo vs. $\Delta mix$	0,343532	0,250500

L'idea di fondo di questi indicatori è quella di misurare «quanto» è variata la domanda di prestazioni sanitarie ambulatoriali rispetto a due semplici punti di riferimento, e cioè:

— la «massa» quantitativa di richieste (il  $\Delta Q$ );

— la «scelta» qualitativa dei prescrittori (il  $\Delta C$ ).

Sarebbe ipotizzabile, quindi, un uso degli indicatori quale strumento di valutazione *ex post* di interventi di politica sanitaria.

Sono, infatti, stati dimostrati sia un effetto di caratteristiche «estranee alla clinica» (McKinlay, 2002, Bugter-Maessen, 1996) nell'influenzare la decisione clinica, che una influenza di abitudini fisse e non consce (Zaat *et al.*, 1992), ed è possibile che una valutazione *ex post*, condotta in modo iterativo sui dati di prescrizione, testando vari tipi di *case mix* di esami possa dimostrare la presenza di abitudini inconsce, diffuse in un certo territorio.

Peraltro, le metodologie in uso appaiono ancora bisognose di miglioramento: una *review* (O'Brien *et al.*, 2000) che ha valutato gli studi pubblicati su *audit* clinico e *feedback* quali strumenti di miglioramento della pratica clinica in riferimento alla prescrizione di *test* clinici, ha effettivamente concluso che tali strumenti possono avere efficacia, ma ha riscontrato che in tutta la letteratura revisionata (fino al 1997) vi era quasi sempre una metodologia inadeguata, ed ancora, una *review* sistematica degli *audit* clinici di studio della prescrizione inappropriata, pubblicati dal 1966 al 1997, ha dimostrato come vi sia molta (forse troppa) variabilità negli stessi metodi di identificazione della prescrizione inappropriata (van Walraven e Naylor, 1998).

Nel complesso, è pensabile che siano da individuare, quali strade di miglioramento dell'uso dei *test* di laboratorio, non solo una modifica del comportamento prescrittivo ma anche un intervento sulle procedure dei laboratori, ponendo molto l'accento sulla relazione tra prescrittori ed erogatori (Wong, 1985).

Le conclusioni alle quali possiamo giungere sono, dunque:

1) che la variazione di spesa, nel caso preso in esame, è stata legata prevalentemente ad un aumento di domanda da parte del territorio ed in minima parte ad una variazione di stile prescrittivo dei medici;

2) che gli indicatori impiegati possono essere utilizzati per misurare tali fenomeni.

Sarebbe molto interessante poter confrontare i risultati del presente studio con analoghi risultati valutati su territori con differente assetto organizzativo e popolazione.

#### BIBLIOGRAFIA

- AXT-ADAM P., VAN DER WOUDE J.C., VAN DER DOES E. (1993), «Influencing behaviour of physicians ordering laboratory tests: a literature study», *Med Care Sep*, 31(9), pp.784-94.
- BUGTER-MAESSEN A.M. ET AL. (1996), «Factors predicting differences among general practitioners in test ordering behaviour and in the response to feedback on test requests», *Fam Pract Jun*, 13(3), pp. 254-8.
- CAPUNZO M., CAVALLO P. (2000), «Gli effetti dell'adozione di un tariffario regionale per le prestazioni ambulatoriali: il caso della campania», *Mecosan*, 34, pp. 109-128.
- DAVIS P. ET AL. (2000), «Do physician practice styles persist over time? Continuities in patterns of clinical decision-making among general practitioners», *J Health Serv Res Policy*, Oct, 5(4), pp. 200-7.
- EPSTEIN A.M., MCNEIL B.J. (1986), «Relationship of beliefs and behaviour in test ordering», *Am J Med*, May, 80(5), pp. 865-70.
- FRANCI A., BRUSCAGLIA G. (1985), «La domanda di ricovero nelle 7 U.S.I. della Provincia di Pesaro-Urbino», in Franci A., Brusaglia G., Belbusti G., *Strumenti operativi per la gestione delle UU.ss.ll.*, Montefeltro Edizioni.
- MARTON K.I., TUL V., SOX H.C. (1985), «Modifying test-ordering behaviour in the outpatient medical clinic - A controlled trial of two educational interventions», *Arch Intern Med*, 145(5), pp. 816-21.
- MCKINLAY J.B. ET AL. (2002), «The unexpected influence of physician attributes on clinical decisions: results of an experiment», *J Health Soc Behav*, Mar, 43(1), pp. 92-106.
- MEHL-MADRONA L.E. (1998), «Frequent users of rural primary care: comparisons with randomly selected users», *J Am Board Fam Pract*, Mar-Apr, 11(2), pp. 105-15.
- MERLI G.J. ET AL. (1985), «Physician's test ordering behaviour as a function of justification of tests», *Research in Medical Education*, 24, pp. 167-72.
- TAKEMURA Y., BECK J.R. (1999), «The effects of a fixed-fee reimbursement system introduced by the Federal Government on laboratory testing in the United States», *Rinsho Byori*, Jan, 47(1), pp. 1-10.
- THOMSON O'BRIEN M.A. ET AL. (2000), «Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes», *Cochrane Database Syst Rev*, (2): CD000259.
- VAN WALRAVEN C., NAYLOR C.D. (1998), «Do we know what inappropriate laboratory utilization is? A systematic review of laboratory clinical audits», *JAMA*, 280, pp. 550-8.
- WINKENS R.A. ET AL. (1995), «Does a reduction in general practitioners' use of diagnostic test lead to more hospital referrals?», *Br J Gen Pract*, Jun, 45(395), pp. 289-92.
- WONG E.T. (1985), «Cost-effective use of laboratory tests: a joint responsibility of clinicians and laboratories», *Clinics in Laboratory Medicine*, 5(4), pp. 665-72.
- ZAAAT J.O., VAN EIJK J.T., BONTE H.A. (1992), «Laboratory test form design influences test ordering by general practitioners in The Netherlands», *Med Care*, Mar, 30(3), pp. 189-98.

## APPENDICE

In questa appendice sono riportate le tabelle contenenti i valori specifici per singola Asl dei parametri calcolati per le 10 prestazioni oggetto di indagine dettagliata (cfr. tabelle 1 e 2).

Le tabelle 15, 16 e 17 mostrano i valori di prestazioni (pr), spesa (sp) e valore medio prestazione (vmp) per ciascuno dei due anni studiati (2000 e 2001) nel gruppo di 144 laboratori che hanno fornito i propri dati.

Tabella 15 - Prestazioni complessive per Asl nel gruppo di tabella 1

ASL	Pr 00	Pr 01	Diff. ass.	Diff. %
AV1	28.668	31.782	3.114	10,9%
AV2	23.008	24.259	1.251	5,4%
BN	113.834	133.283	19.449	17,1%
CE1	238.628	188.859	-49.769	-20,9%
CE2	264.294	303.839	39.545	15,0%
NA1	601.760	636.672	34.912	5,8%
NA2	230.791	254.224	23.433	10,2%
NA3	228.871	239.151	10.280	4,5%
NA4	144.783	137.189	-7.594	-5,2%
NA5	275.598	291.790	16.192	5,9%
SA1	271.980	303.921	31.941	11,7%
SA2	70.967	80.600	9.633	13,6%
SA3	156.702	173.900	17.198	11,0%
<b>Totale</b>	<b>2.649.884</b>	<b>2.799.469</b>	<b>149.585</b>	<b>5,6%</b>

Tabella 16 - Spesa complessiva per Asl nel gruppo di tabella 1

Asl	Sp 00	Sp 01	Diff. ass.	Diff. %
AV1	140.441	161.366	20.925	14,9%
AV2	120.291	128.866	8.575	7,1%
BN	606.273	688.037	81.764	13,5%
CE1	886.382	890.729	4.347	0,5%
CE2	1.368.209	1.564.101	195.892	14,3%
NA1	3.263.579	3.522.145	258.566	7,9%
NA2	1.222.467	1.368.248	145.780	11,9%
NA3	1.218.634	1.269.778	51.144	4,2%
NA4	740.751	715.712	-25.039	-3,4%
NA5	1.428.976	1.526.974	97.998	6,9%
SA1	1.454.195	1.664.587	210.391	14,5%
SA2	420.762	478.188	57.426	13,6%
SA3	818.551	925.097	106.546	13,0%
<b>Totale</b>	<b>13.689.512</b>	<b>14.903.828</b>	<b>1.214.316</b>	<b>8,9%</b>

Tabella 17 - Vmp complessivo per Asl nel gruppo di tabella 1

Asl	Vmp 00	Vmp 01	Diff. ass.	Diff. %
AV1	4,90	5,08	0,18	3,6%
AV2	5,23	5,31	0,08	1,6%
BN	5,33	5,16	-0,16	-3,1%
CE1	3,71	4,72	1,00	27,0%
CE2	5,18	5,15	-0,03	-0,6%
NA1	5,42	5,53	0,11	2,0%
NA2	5,30	5,38	0,09	1,6%
NA3	5,32	5,31	-0,02	-0,3%
NA4	5,12	5,22	0,10	2,0%
NA5	5,19	5,23	0,05	0,9%
SA1	5,35	5,48	0,13	2,4%
SA2	5,93	5,93	0,00	0,1%
SA3	5,22	5,32	0,10	1,8%
<b>Totale</b>	<b>5,17</b>	<b>5,32</b>	<b>0,16</b>	<b>3,1%</b>

La tabella 18 mette a confronto il dato di variazione percentuale tra 2000 e 2001 del numero di pazienti totali per Asl (ultima colonna di tabella 6) ed i dati di variazione percentuale tra 2000 e 2001 per numero di prestazioni, spesa e vmp per le 10 prestazioni oggetto dello studio (cfr. tabella 1).

Tabella 18 - Variazioni percentuali 2000-2001 a confronto

Asl	Variazioni percentuali			
	Prest. gruppo tab. 1	Spesa gruppo tab. 1	Vmp gruppo tab. 1	Numero totale paz.
AV1	10,9%	14,9%	3,6%	10,9%
AV2	5,4%	7,1%	1,6%	8,8%
BN	17,1%	13,5%	-3,1%	10,6%
CE1	-20,9%	0,5%	27,0%	9,2%
CE2	15,0%	14,3%	-0,6%	11,2%
NA1	5,8%	7,9%	2,0%	7,3%
NA2	10,2%	11,9%	1,6%	10,0%
NA3	4,5%	4,2%	-0,3%	4,6%
NA4	-5,2%	-3,4%	2,0%	-5,7%
NA5	5,9%	6,9%	0,9%	4,7%
SA1	11,7%	14,5%	2,4%	10,7%
SA2	13,6%	13,6%	0,1%	8,4%
SA3	11,0%	13,0%	1,8%	10,4%
<b>Totale</b>	<b>5,6%</b>	<b>8,9%</b>	<b>3,1%</b>	<b>7,8%</b>

L'analisi di regressione lineare tra questi valori è riportata in tabella 19.

**Tabella 19 - Analisi di regressione lineare dei dati di tabella 18**

Correlazione	r	p
Totale pazienti vs. prestazioni	0,430474	0,142
Totale pazienti vs. spesa	0,798761	0,0011
Totale pazienti vs. Vmp	0,066738	0,8285

Esiste una buona correlazione tra la variazione totale del numero di pazienti per Asl e la variazione di spesa per il gruppo dei 10 esami di tabella 1.

Di seguito sono, poi, riportate le tabelle da 20 a 24, che presentano i dati della valutazione per gruppi di prestazioni nelle 13 Asl della Campania.

In ciascuna di esse sono presenti le tre colonne che riportano, per singola Asl, il valore di  $\Delta Q$ ,  $\Delta C$  e  $\Delta mix$  del gruppo di prestazioni esaminato (cfr. tabella 2).

**Tabella 20 - Gruppo base**

Asl	DeltaQ	DeltaC	Delta mix
AV1	6.378	- 615	- 53
AV2	2.909	58	3
BN	50.022	- 3.602	- 573
CE1	32.845	- 4.632	- 324
CE2	79.881	- 4.399	- 484
NA1	96.838	- 2.655	- 157
NA2	57.528	- 2.515	- 243
NA3	24.543	- 7.742	- 301
NA4	- 25.541	- 4.280	271
NA5	41.410	- 4.200	- 234
SA1	81.425	8.757	1.025
SA2	22.010	- 3.069	- 381
SA3	39.598	- 1.125	- 111
<b>Totale</b>	<b>511.952</b>	<b>- 31.372</b>	<b>- 2.317</b>

**Tabella 21 - Gruppo emocoag**

Asl	DeltaQ	DeltaC	Delta mix
AV1	4.465	- 371	- 9
AV2	1.820	79	1
BN	25.247	1.235	46
CE1	21.673	2.810	55
CE2	99.552	- 65.543	- 4.090
NA1	41.405	25.697	299
NA2	37.539	- 429	- 12
NA3	15.553	- 1.266	- 14
NA4	- 10.452	2.805	- 32
NA5	29.693	- 5.929	- 103
SA1	31.906	2.275	44
SA2	15.305	- 655	- 25
SA3	29.594	- 5.837	- 168
<b>Totale</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**Tabella 22 - Gruppo microb**

Asl	DeltaQ	DeltaC	Delta mix
AV1	3.303	1.929	214
AV2	1.998	802	47
BN	21.919	- 7.560	- 1.733
CE1	- 130.949	150.133	- 82.179
CE2	16.827	3.066	208
NA1	27.887	702	30
NA2	20.757	5.064	402
NA3	11.080	- 3.568	- 159
NA4	- 8.934	- 1.317	76
NA5	8.517	393	12
SA1	36.820	6.254	666
SA2	15.137	1.016	139
SA3	12.268	- 1.752	- 127
<b>Totale</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Tabella 23 - Gruppo ormoni

Asl	DeltaQ	DeltaC	Delta mix
AV1	5.108	0	0
AV2	1.393	0	0
BN	15.979	0	0
CE1	31.872	0	0
CE2	34.159	0	0
NA1	78.122	0	0
NA2	40.695	0	0
NA3	20.606	0	0
NA4	13.296	0	0
NA5	34.899	0	0
SA1	49.828	0	0
SA2	10.647	0	0
SA3	43.447	0	0
<b>Totale</b>	<b>380.051</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Tabella 24 - Gruppo epatite

Asl	DeltaQ	DeltaC	Delta mix
AV1	3.203	1.614	136
AV2	1.726	397	17
BN	21.412	-1.612	-155
CE1	5.070	2.485	51
CE2	42.037	6.469	562
NA1	74.722	16.319	1.029
NA2	31.684	1.521	100
NA3	385	2.371	2
NA4	-20.703	5.863	-492
NA5	16.773	2.804	99
SA1	77.547	-3.102	-554
SA2	8.344	3.219	223
SA3	18.149	831	65
<b>Totale</b>	<b>277.824</b>	<b>40.368</b>	<b>2.420</b>

Management ed economia sanitaria

# MECOSAN

La rivista trimestrale  
di saggi e ricerche, documenti e commenti  
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

*Mecosan* è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

### Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

### Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

### Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

### Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpato, 1990); indicazione: VOLPATO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

### I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;  
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23  
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98  
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

**Biblioteca**

Sezione 6<sup>a</sup>

La rivista trimestrale di saggi e ricerche,  
documenti e commenti,  
per il governo manageriale della sanità

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

# SI ABBONI SUBITO AVRÀ DUE ANNATE AL PREZZO DI UNA

CAMPAGNA PROMOZIONALE VALIDA FINO AL 31 MAGGIO 2003

CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE DI ABBONAMENTO 2003 + ANNATA ARRETRATA IN REGALO  
DUE ANNATE AL PREZZO DI UNA: € 205,00

Programma abbonamento 2003

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

- Vi prego voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano, n. .... abbonament..... a

## MECOSAN

Management ed economia sanitaria

diretta da Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi

con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco).

- Pertanto:

- Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**
- Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**, come da ricevuta allegata  
Barrare la casella che interessa

- Avendo provveduto al pagamento dell'abbonamento entro il 31 maggio 2003, ho diritto ad una annata arretrata in regalo (con esclusione del 2001 e 2002).

Cognome e nome ..... Via .....

C.a.p. .... Località ..... Prov. ....

..... lì ..... Annata arretrata prescelta: 19.....

Codice Fiscale .....

FIRMA E TIMBRO .....

Partita IVA .....

(In caso di Ente, USL, Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

L'ordine è valido se accompagnato dal pagamento dell'abbonamento entro il 31 maggio 2003.

L'offerta della presente campagna promozionale non è cumulabile con altre e non si applica agli ordini che pervengano tramite libreria.

La scelta dell'annata non costituisce vincolo per la **SIPIS**, che in caso di esaurimento delle scorte in magazzino, può sostituire l'annata prescelta con altra annata.

## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

VIRGINIA DE MICCO  
(a cura di)

**Le culture della salute.  
Immigrazione e sanità:  
un approccio transculturale**

Liguori Editore  
Napoli, 2002  
pagg. 274, € 17,50

*La presenza crescente di immigrati extracomunitari nel nostro Paese pone il difficile compito di rispondere a richieste di cura di popolazioni provenienti da diversi universi culturali e linguistici. Questo volume approfondisce la condizione sanitaria del migrante, si delineano gli strumenti e i metodi più adatti per affrontare le problematiche. Questo testo è un importante strumento formativo e informativo ricco di riflessioni teoriche e indicazioni pratiche che, di fronte alla nuova realtà di una società multi-etnica e multiculturale, invita a un profondo ripensamento sul significato del curare e richiede a tutti gli operatori socio-sanitari di aprirsi alla conoscenza e al rispetto delle «altre» culture della salute.*

**INDICE:** INTRODUZIONE (VIRGINIA DE MICCO) - PARTE PRIMA. IMMIGRAZIONE E SANITÀ: UN APPROCCIO TRANSCULTURALE - LA FRONTIERA MOBILE: MIGRAZIONI E SANITÀ IN UNA PROSPETTIVA TRANSCULTURALE (VIRGINIA DE MICCO) - CULTURA, SALUTE, IMMIGRAZIONE: IDENTITÀ, INTERDIPENDENZA, RECIPROCIÀ (GIOIA DI CRISTOFARO LONGO) - PROBLEMATICHE SANITARIE IN UNA SOCIETÀ MULTICULTURALE (ALDO MARRONE) - L'INCONTRO CON IL PAZIENTE IMMIGRATO (SALVATORE GERACI, MARCO MAZZETTI) - LA SALUTE DEGLI STRANIERI IN ITALIA: NORMATIVA, ACCESSIBILITÀ E FRUIBILITÀ DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI (MAURIZIO MARCECA) - L'ESPERIENZA DI BOLOGNA NELL'AMBITO DEI PROBLEMI SANITARI DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA: UN'ESPERIENZA TRA PUBBLICO E PRIVATO (GIOVANNA VITTORIA DALLARI) - DALLA PSICOPATOLOGIA DELLA MIGRAZIONE ALLA NUOVA PSICHIATRIA CULTURALE (SALVATORE INGLESE) - LE BASI PSICOLOGICHE DEL PREGIUDIZIO E DELL'INTOLLERANZA (BRUNO MAZZARA) - LA MEDIAZIONE TRA LE CULTURE DELLA SALUTE COME NECESSITÀ IMPOSTA DALL'IMMIGRAZIONE. UN MODELLO (RI)EMERGENTE DI «FARE MEDICINA» NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SERGIO MELLINA) - PARTE SECONDA. IMMIGRAZIONE E SANITÀ IN CAMPANIA: ESPERIENZE A CONFRONTO - PROLUZIONE (LUIGI FRIGHI) - SALUTO ALLE AUTORITÀ (FRANCO MASCIA) - VERSO UNA SOCIETÀ MULTIETNICA: TUTELA DELLA SALUTE E IMMIGRAZIONE (FRANCESCO TESTA) - ANOLF - ASSOCIAZIONE NAZIONALE OLTRE LE FRONTIERE - SALUTE MENTALE E MIGRAZIONE: ASPETTI SOCIOPSICHIATRICI DELL'IMMIGRAZIONE IN CAMPANIA (Aa. Vv.) - PRESENZA ED EMIGRAZIONE: NOTE PER UNA PATOLOGIA ESISTENZIALE DEL MIGRANTE (GIANFRANCO BUFFARDI) - IL PROGRAMMA «SALUTE PER TUTTI» DELL'ASL NAPOLI 4 (TOMMASO ESPOSITO) - IMMIGRAZIONE, SALUTE, SOLIDARIETÀ: L'ESPERIENZA DELLA CARITAS DI CASERTA (ARTURO GIGLIOFIORITO) - L'ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO JERRY ESSAN MASSLO: RELAZIONE SU DIECI ANNI DI ATTIVITÀ SUL TERRITORIO (RENATO NATALE) - MIGRAZIONI E SALUTE MENTALE (ANTONIO SCALA) - IMMIGRAZIONE, VOLONTARIATO E SANITÀ (GIANCAMILLO TRANI).

NICOLA FALCITELLI  
MARCO TRABUCCHI  
FRANCESCA VANARA  
(a cura di)

**Rapporto sanità 2002.  
Il cittadino e il futuro  
del Servizio sanitario nazionale**

Il Mulino  
Bologna, 2002  
pagg. 314, € 24,50

*Questo volume affronta da vari punti di vista il rapporto dialettico tra il cittadino e il Servizio sanitario nazionale. È una tematica attuale perché la persona ha sempre avuto un rapporto incerto con i sistemi di cura e perché le trasformazioni avvenute negli ultimi anni hanno reso ancor più ambivalenti queste dinamiche. Se però un sistema sanitario può dirsi tale solo se mette davvero il cittadino al centro, l'impegno culturale e pratico in questo senso deve rappresentare l'obiettivo generale di ogni convivenza civile.*

**INDICE:** DOCUMENTO INTRODUTTIVO: IL CITTADINO E IL FUTURO DEL SSN (AA.VV.) - IL «PAZIENTE» SIN TROPPO... PAZIENTE TRA MEDICO E MALATTIA: QUALCHE FLASH STORICO SU UN RAPPORTO COMPLESSO (LUIGI FRATI) - RAPPORTI INCERTI E DIALETTICI TRA CITTADINI, CURANTI E SISTEMI DI PROTEZIONE DELLA SALUTE: UNO SGUARDO LUNGO I SENTIERI DELL'ARTE (CESARE CATANANTI) - LA PERSONA E LA SALUTE TRA ATTESE, SPERANZE E DELUSIONI (ALDO PAGNI) - DIRITTI DELLA PERSONA E ALTERITÀ: PER UNA PRASSI CLINICO-ASSISTENZIALE RISPETTOSA DELL'UOMO (PIER LUIGI SCAPICCHIO) - I DIRITTI DI CITTADINANZA E L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI (SANDRO ALBINI, MARCO TRABUCCHI) - IL CITTADINO E LE GARANZIE OFFERTE DAL SSN: LIVELLI DI ASSISTENZA E FINANZIAMENTO (PIERO MICOSSI, GA-

BRIELLA PAOLI) - CENTRALITÀ DEL CITTADINO E RISPOSTE ISTITUZIONALI (PAOLO CORSINI) - SCELTE INDIVIDUALI E PROGRAMMAZIONE DELL'OFFERTA (FRANCESCO TARONI) - LE SCELTE INDIVIDUALI E LE OPZIONI GESTIONALI (GIANNI GIORGI) - IL FUTURO DEL SSN E IL CITTADINO: UNA PROSPETTIVA BIO-ETICA (MARIO PICOZZI) - LA VALUTAZIONE DI QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI NELLA PROSPETTIVA DELL'UTENTE: FRA RENDICONTO E RIPROGETTAZIONE (ALBINO CLAUDIO BOSIO) - IL CITTADINO E L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE (ROBERTO TURNO) - IL CITTADINO E LE ASSOCIAZIONI DI AUTOAIUTO (PATRIZIA SPADIN) - MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE, LINEE GUIDA ASSISTENZIALI, VALUTAZIONE DEL COTESTO E DEGLI OUTCOME: UNA CURA AL SERVIZIO DELL'UOMO (GIAN FRANCO GENSINI, ANDREA A. CONTI) - LA SOFFERENZA DELL'UOMO E LA RICERCA BIOMEDICA (STEFANO GOVONI) - L'EVOLUZIONE DELLE PROFESSIONI E LA FORMAZIONE AL SERVIZIO DEL CITTADINO (PIER UGO CARBONIN) - A SERVIZIO DEI CITTADINI DEL MONDO: LA PARTECIPAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ALLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE (GIANPAOLO BRAGA, PAOLO GUGLIELMETTI, GIOVANNI PUTOTO).

*La gestione dei servizi sanitari richiede un gran numero di persone dedicate all'assistenza, e non esiste un settore nel sistema sanitario in cui non sia prevista una presenza più o meno consistente di infermieri. Eppure in Italia mancano infermieri. La ragione principale che genera la carenza di infermieri sta nel ridotto numero di giovani che decidono di intraprendere questa professione. L'obiettivo di questo volume è proprio quello di fornire a chi è interessato alla professione infermieristica una serie di informazioni utili a prendere una decisione consapevole e meditata, obiettiva e realistica.*

**INDICE:** 1. INFERMIERE: UNA PROFESSIONE EMERGENTE - 2. GLI SBOCCHI PROFESSIONALI - 3. COME SI DIVENTA INFERMIERI - 4. LE OPPORTUNITÀ DI SVILUPPO PROFESSIONALE.

EMMA MARTELLOTTI  
DANILO MASSAI  
LOREDANA SASSO

**Diventare infermieri.  
Una professione emergente  
tra assistenza e management**

Carocci Editore  
Roma, 2002  
pagg. 125, € 9,50

CESARE CATANANTI

**Medicina, valori e interessi  
(dichiarati e nascosti)  
ospedaliero**Vita e Pensiero  
Milano, 2002  
pagg. 223, € 15,00

*Questo libro propone un viaggio dal di dentro del «pianeta medicina», colto nei suoi aspetti rilevanti, quali il rapporto medico-paziente, il ruolo delle industrie farmaceutiche e della ricerca scientifica, le medicine alternative, il potere dell'informazione, i conflitti di interesse, le esasperazioni del modello americano, con un approccio diretto e puntuale, un'analisi brillante e disincantata, capace di guardare con giusto realismo senza per questo abdicare all'istanza etica.*

**INDICE:** 1. GLI INIZI - 2. VALORI E INTERESSI: UNA PROSPETTIVA STORICA - 3. L'ANTROPOLOGIA COME VALORE FONDANTE - 4. IL CONFLITTO DI INTERESSE - 5. IL MERCATO: UNA CURA PER LA SANITÀ? - 6. IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE: QUALCHE RIFLESSIONE FUORI DAGLI SCHEMI - 7. QUEL DIFFICILE MESTIERE DI MEDICO: COME MUOVERSI? - 8. MEDICINA UFFICIALE E MEDICINE ALTERNATIVE - 9. NEMESI MEDICA: ILLICH AVEVA RAGIONE?

## SPOGLIO RIVISTE

### Meccanismi di mercato

BIRKMEYER J.D., SKINNER J.J., WENBERG D.E.  
*Will Volume-Based Referral Strategies Reduce Costs or Just Save Lives?*  
Health affairs, 21 (5) September/October 2002, pp. 234-242

BORSTLER H.  
*REVIEW: Morreim: Holding Health Care Accountable: Law and the New Medical Marketplace*  
INQUIRY, 39 (1) 2002, pp. 88

BRATT J., WEAVER M.A., FOREIT J., DE VARGAS T., JANOWITZ B.  
*The impact of prices changes on demand for family planning and reproductive health services in Ecuador*  
Health Policy and Planning, 17 (3) 2002, pp. 281-288

DEB P., TRIVEDI P.K.  
*The structure of demand for health care: latent class versus two-part models*  
Journal of Health Economics, 21 (4) 2002, pp. 601-627

GABEL J., LEVITT L., HOLVE E., PICKREIGN J., WHITMORE H., HONT K., HAWKINS S., ROWLAND D.  
*MARKETWATCH: Job-Based Health Benefits in 2002: Some Important Trends*  
Health affairs, 21 (5) September/October 2002, pp. 143-152

GIFT T.L., ARNOULD R., DE BROCK L.  
*Is Healthy Competition Healthy? New Evidence of the Impact of Hospital Competition*  
INQUIRY, 39 (1) 2002, pp.45-56

HERMAN NYS.  
*Patients' rights in a European healthcare market*  
Eurohealth, 8 (2) 2002, pp. 10-12

SEGAL L., DONATO R., RICHARDSON J., PEACOCK S.  
*Strengths and limitations of competitive versus non competitive models integrated capitated fundholding*  
Journal of Health Services Research and Policy, 7, Suppl. 1, 2002, pp. 14-23

SOMMERFELD J., SANON M., KOUYATE B.A., SAUERBORN R.  
*Informal risk-sharing arrangements (IRSAs) in rural Burkina Faso: lessons for the development of community based insurance (CBI)*  
The International Journal of Health Planning and Management, 17 (2), 2002, pp. 147-165

### Economia del farmaco

ALAN S., CROSSLEY T.F., GROOTEENDORST P., VEALL M.R.  
*The effects of drug subsidies on out-of-pocket prescription drug expenditures by seniors: regional evidence from Canada*  
Journal of Health Economics, 21 (5) 2002, pp. 805-827

AELLA V., ROSATI F.  
*Spesa farmaceutica, equità e politiche sanitarie in Italia negli anni Novanta. Quali insegnamenti per futuro?*  
Politiche Sanitarie, 3 (1), 2002, pp. 3-18

IONNIDES L., IBRAHIM J.E., MCNEILL J.J.  
*Reference-Based Pricing Schemes: Effect on Pharmaceutical Expenditure, Resource Utilization and Health Outcomes*  
Pharmacoeconomics, 20 (9) 2002, pp. 577-591

KAESBACH W.  
*Pharmaceutical policies in Germany and European competition law*  
Eurohealth, 8 (2), 2002, pp. 12-14

MASSIMINO F.  
*La regolamentazione dei prezzi, la rimborsabilità e gli sconti delle specialità medicinali*  
Sanità pubblica, numero 6, 2002, pp. 751-797

PECORINO P.

*Should the US allow prescription drug reimports from Canada?*  
Journal of Health Economics, 21 (4), 2002, pp. 699-709

REUVENI H., SHEIZAF B., ELHAYANY A., SHERF M., YEHUDA L., SCHARFF S., PELED R.

*The effects of drug co-payment policy on the purchase of prescription drugs for children with infections in the community*  
Health Policy, 62 (1) 2002, pp. 1-15

SAFRAN D.G., NEUMAN P., SCHOEN C., MONTGOMERY J.E., LI W., WILSON I.B., KITCHMAN M.S., BOWEN A.E., ROGERS W.H.

*Prescription Drug Coverage And Seniors: How Well Are States Closing The Gap?*

Health Affairs 21 (5), September/October 2002, p. 10  
(www.healthaffairs.org/WebExclusives/Safran\_Web\_Excl\_073102.htm)

### Sistemi di finanziamento

ANTIOCH K.M., WALSH M.K.

*Risk-adjusted capitation funding models for chronic disease in Australia: alternatives to casemix funding*  
The European Journal of Health Economics 2, 2002, pp. 83-93

HUTTIN C.

*The Role of Different Types of Health Insurance on Access and Utilization of Antihypertensive Drugs: An Empirical Study in a US Hypertensive Population*

Disease management & Health Outcomes, 10 (7), 2002, pp. 419-430

JORIO E., JORIO F.

*Riforma del welfare, devoluzione e federalismo della salute*  
Sanità pubblica, numero 5, 2002, pp. 603-653

MAJEED A.

*Risks and Benefits of the Use of Capitation Formulae in Primary Care*

Disease Management & Health Outcomes, 10 (4) 2002, pp. 215-220

NORTON E.C., VAN HOUTVEN H., LINDROOTH R.C., NORMAND S.L.T., DICKEY B.

*Does Prospective Payment Reduce Inpatient Length of stay?*  
Health economics, 11 (5) 2002, pp. 377-389

PEDERZOLI V.

*I nuovi criteri di finanziamento del servizio sanitario nazionale*  
Sanità pubblica, numero 6, 2002, pp. 735-751

PRADHAN M., PRESCOTT N.

*Social Risk Management Options for Medical Care in Indonesia*  
Health economics, 11 (5), 2002, pp. 431-447

RUTTEN F., LAPRÈ R., ANTONIOUS R., DOKOUI S., HAQQ E., ROBERTS R., MILLS A.

*Financing of health care in four Caribbean territories: a comparison with reforms in Europe*  
Health Policy, 62 (1) 2002, pp. 103-115

SUTTON M.

*Vertical and Horizontal Aspects of Socio-economic Inequity in general Practitioner Contracts in Scotland*  
Health economics, 11 (6) 2002, pp. 537-551

THORPE K.E., ATHERLY A.

*The Current Role of Medicare +Choice and Its Near-Term Prospects*

Health Affairs, 21 (5), September/October 2002, p. 9  
(www.healthaffairs.org/WebExclusives/Thorpe-Web\_Excl\_071702.htm)

XIAO-MING S., HONG L., YAN T., WEN-HUA T.

*Survey of the medical finance schemes of the urban poor in Shanghai*

International Journal of Health Planning and Management, 17 (2) 2002, pp. 91-113

YOUNG G.J., BURGESS J.F., DESAI K.R.

*The Financial Experience of Hospitals with HMO Contracts: Evidence from Florida*

INQUIRY, 39 (1) 2002, pp. 67-76

### Valutazione economica dell'attività sanitaria

ADES A.E., CLIFFE S.

*Markov Chain Monte Carlo Estimation of a Multiparameter Decision Model: Consistency of Evidence and the Accurate Assessment of Uncertainty*

Medical Decision Making, 22 (4), 2002, pp. 359-372

ANDERSON C., NI MHURCHU C., BROWN P.M., CARTER K.

*Stroke Rehabilitation Services to Accelerate Hospital Discharge and Provide Home-Based care: An Overview and Cost analysis*  
Pharmacoeconomics, 20 (8), 2002, pp. 537-552

BASTIDA E., PAGÀN J.A.

*The Impact of Diabetes on Adult Employment and Earnings of Mexican Americans: Findings from a Community Based study*  
Health Economics, 11 (5), 2002, pp. 403-415

BONASTRE J., LE PEN C., ANDERSON P., GANZ A., BERTO P., BERDEAUX G.

*The epidemiology, economics and quality of life burden of age-related macular degeneration in France, Germany, Italy and United Kingdom*

The European Journal of Health Economics, 2, 2002, pp. 94-102

BOSANQUET N.

*Models of palliative Care Service delivery: What is Most Cost Effective?*

Disease Management & Health Outcomes, 10 (6), 2002, pp. 349-353

DERRETT S., PAUL C., HERBISON P., WILLIAMS H.

*Evaluation of explicit prioritisation for elective surgery : a prospective study*

Journal of Health Services Research and Policy, 7, Suppl.1, 2002, pp. 14-23

EVERS S.M., AMENT A.J., DRIESSEN G.A.

*The Use of Mental Health Care Facilities After stroke: A Cost Analysis*

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 18 (1), 2002, pp. 33-46

GONZALEZ-PEREZ J.G.

*Developing a scoring system to quality assess economic evaluations*

The European Journal of Health Economics, 2, 2002, pp. 131

HOCH J.S., BRIGGS A.H., WILLIAN A.R.

*Something Old, something new, something Borrowed, something Blue A Framework for the Marriage of Health Econometrics and Cost-Effectiveness Analysis*

Health Economics, 11 (5), 2002, pp. 415-431

KARNON J.

*Planning the efficient allocation of research funds: an adapted application of a non-parametric Bayesian value of information analysis*

Health Policy, 61 (3), 2002, pp. 329-349

MARTIN D.K., GIACOMINI M., SINGER P.A.

*Fairness, accountability for reasonableness, and the views of priority setting decision-makers*

Health Policy, 61 (3), 2002, pp. 279-291

MITTONE L., TAMBORINI R.

*Un modello di valutazione economica dei servizi di telemedicina*

Politiche Sanitarie, 3 (1), 2002, p. 34

NIVEN K.J.M.

*A review of the application of health economics to health and safety in healthcare*

Health Policy, 61 (3), 2002, pp. 291-305

OOSTENBRINK J.B., KOOPMANSCHAP M.A., RUTTEN F.F.H.

*Standardisation of Costs: The Dutch Manual for Costing in Economic Evaluations*

Pharmacoeconomics 20 (7), 2002, pp. 443-454

SCHMID A., BURCHARDI H., CLOUTH J., SCHNEIDER H.

*Burden of illness imposed by severe sepsis in Germany*

The European Journal of Health Economics, 2, 2002, pp. 77-82

SOTO J.

*Health Economic Evaluations Using Decision Analytic Modelling: Principles and Practices- Utilization of a Checklist to Their Development and Appraisal*

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 18 (1), 2002, pp. 94-112

VANNESS D.J., KIM W.R.

*Bayesian Estimation, Simulation and Uncertainty Analysis: The Cost-effectiveness of Ganciclovir in Liver Transplantation*

Health Economics, 11 (6), 2002, pp. 551-567

WIMO A., VON STRAUSS E., NORDBERG G., SASSI F., LENNARTH J.  
*An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA*

Health Policy, 61 (3), 2002, pp. 269-279

### **Analisi dei sistemi sanitari**

COLLINS C.D., OMAR M., TARIN E.

*Decentralization, health care and policy process in the Punjab, Pakistan in the 1990s*

International Journal of Health Planning and Management, 17 (2), 2002, pp. 123-147

FRANKISH C.J., KWAN B., RATHER P.A., HIGGINS J.W., LARSEN C.  
*Social and political factors influencing the functioning of regional health board in British Columbia*

Health Policy, 61 (1), 2002, pp. 125-153

HANSON K., ATUYAMBE L., KAMWANGA J., MCPAKE B., MUNGULE O., SSENGOOBA F.

*Towards improving hospital performance in Uganda and Zambia: reflections and opportunities for autonomy*

Health Policy, 61 (1) 2002, pp. 73-95

HENKE K.D.

*The Permanent Crisis in German Healthcare*

Eurohealth, 8 (2), 2002, pp. 26-29

HEALY J., MCKEE M.

*Implementing hospital reform in central and eastern Europe*

Health Policy, 61 (1), 2002, pp. 1-21

HAQQ E., MILLS A.

*Health systems development in four Caribbean countries: introduction*

Health Policy, 62 (1), 2002, pp. 55-65

KNESEBECK O., JOKSIMOVIC L.J., BADURA B., SIEGRIST J.  
*Evaluation of a community level health policy intervention*  
Health Policy, 61 (1), 2002, pp. 111-123

LAPLACE L., KAMENDJE B., NIZARD J., COZ J.M., CHAPERON J.  
*Les systèmes de santé français et anglais: évolution comparée depuis le milieu des années 90*  
Santé publique, 1, 2002, pp. 47-57

MECHANIC D.  
*Improving the quality of health care in the United States of America: the need for multi-level approach*  
Journal of Health Services Research and Policy, 7, Suppl. 1, 2002, pp. 35-40

TOUNTAS Y., KARNAKI P., PAVI E.  
*Reforming the reform. The Greek national health system in transition*  
Health Policy, 62 (1), 2002, pp. 15-31

### Programmazione e organizzazione del lavoro

CARROL J.S., EDMONDSON A.C.  
*Leading organizational learning in health care*  
Quality and Safety in Health Care, 11 (1), 2002, pp. 51-57

COHEN J.J., GABRIEL B.A., TERREL C.  
*The Case For Diversity in The Health Care Workforce*  
Health Affairs, 21 (5), September/October 2002, pp. 90-103

FEINGLASS S.R.  
*BOOK REVIEW: Lawrence D.: From Chaos to Care: The Promise of Team Based medicine*  
Health Affairs, 21(5), September/October 2002, pp. 297

KEITH G.P., MILWARD H.B., ISETT K.R.  
*Collaboration and Integration of Community-Based Health and Human Services in a Nonprofit Managed Care System*  
HCM Review, 27 (1), 2002, pp. 21-33

MINTZBERG H.  
*Managing care and cure-up and down, in and out*  
Health Services Management Research, 15 (3), 2002, pp. 193-207

RADZWILL MA.  
*Integration of Case and Disease Management: Why and How?*  
Disease Management & Health Outcomes, 10 (5), 2002, pp. 277-289

RIMMER J.H.  
*Health Promotion for Individuals with Disabilities: The Need for Transitional Model in Service Delivery*  
Disease Management & Health Outcomes, 10 (6), 2002, pp. 337-343

ROBERTS D.Y.  
*Reconceptualizing case management in theory and practice: a frontline perspective*  
Health Services Management Research, 15 (3), 2002, pp. 147-165

SINAY T., CAMPBELL C.R.  
*Strategies for More Efficient Performance Through Hospital Merger*  
HCM Review, 27 (1), 2002, pp. 33-50

WARD D., BERKOWITZ B.  
*Arching The Flood: How to Bridge The Gap Between Nursing Schools And Hospitals*  
Health Affairs, 21 (5), September/October 2002, pp. 42-53

YOURSTONE S.A., SMITH H.L.  
*Managing System Errors and Failures in Healthcare Organizations: Suggestions for Practice and Research*  
HCM Review, 27 (1), 2002, pp. 50-62

XU T., ROHRER J., BORDERS T.  
*The Impact of managed care and practice size on primary care physicians' perceived ability to refer*  
Journal of Health Services Research & Policy, 7 (3), 2002, pp. 143-151

### Controllo di gestione e sistemi informativi

CAMPBELL S.M., SHEAFF R., SIBBALD B., MARSHALL M.N., PICKARD S., GASK L., HALIWELL S., ROGERS A., ROLAND M.O.  
*Implementing clinical governance in english Primary Care Groups/Trusts: reconciling quality improvement and quality assurance*  
Quality and Safety in Health Care, 11 (1), 2002, pp. 9-15

COLLINA D., KONSTADI I., NIRONI L.  
*Il monitoraggio dei costi nelle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna*  
Sanità Pubblica, numero 5, 2002, pp. 653-673

FARREL M., GEORGE V., BRUKWITZKI G., BURKE L.J.  
*Trust Through Feedback to the Chief Nurse Executive: Preliminary results of a Pilot Study to Evaluate Performance Competence*  
NAQ, 26 (3), 2002, pp. 26-34

KOSSOVSKY M.P., SARASIN F.P., CHOPARD P., LOUIS-SIMONET M., SIGAUD P., PERNEGER T.V., GASPAS J.M.  
*Relationship between hospital length of stay and quality of care in patients with congestive heart failure*  
Quality and Safety in Health Care, 11 (1), 2002, pp. 219-224

MANTOVANI E., PIVIROTTI C.

*Le innovazioni introdotte nel controllo di gestione delle aziende sanitarie alla luce del decreto legislativo n. 286/99 e nella prospettiva del federalismo. Le esperienze nella regione Emilia-Romagna e nella regione Veneto*

Sanità Pubblica, numero 1, 2002, pp. 49-81

MILLER E.D.

*Shared Governance and Performance Improvement: A New Opportunity to Build Trust in a Restructured Health Care System*

NAQ, 26 (3), 2002, pp. 50-67

STUDNICKI J., MURPHY F., MALVEY D., COSTELLO R.A., LUTHER S.L., WERENER D.C.

*Toward a Population Health delivery System: First Steps in Performance Management*

HCM Review, 27 (1), 2002, p. 76

### **Innovazione tecnologica**

AMMENWERTH E., EHLERS F., KUTSCHA U., KUTSCHA A., EICHSTADTER R., RESCH F.

*Supporting Patient Care by Using Innovative Information technology: A Case Study from Clinical Psychiatry*

Disease Management & Health Outcomes, 10 (8), 2002, pp. 479-487

FREDDOLINO P.P.

*E-Health for Europe: The possible and the practical*

Eurohealth, 8 (2), 2002, pp. 5-7

MASYS D.R.

*Effects Of Current And Future Information Technologies On The Health Care Workforce*

Health Affairs, 21 (5), September/October 2002, pp. 33-42

O'CONNEL J.M., TOWLES W., YIN M., MALAKAR C.L.

*Patient Decision making: Use of and Adherence to Telephone - Based Nurse Triage Recommendations*

Medical Decision Making, 22 (4), 2002, pp. 309-318

OHINMAA A., HAILEY D.

*Telemedicine, Outcomes and Policy Decisions*

Disease Management & Health Outcomes, 10 (5), 2002, pp. 269-276

RAMSAY C.G., GARTHWAITE P.H., RUSSEL I.T., WALLACE S.A., MONK A.F., GRANT A.M.

*Assessing the Learning Curve effect in Health Technologies: Lessons from the Nonclinical Perspective*

International Journal of Health Technology Assessment in Health Care, 18 (1) 2002, pp. 1-11

SIMPSON R.L.

*Issues in Telemedicine: Why is Policy Still Light-Years Behind Technology?*

NAQ, 26 (4), 2002, pp. 81-85

### **Altro**

ARREDONDO A., PARADA I., CARILLO C.

*Financial consequences of changes in health care demands related to tobacco consumption in Mexico: information for policy makers*

Health Policy, 61 (1), 2002, pp. 43-57

BOOTE J., TELFORD R., COOPER C.

*Consumer involvement in health research: a review and research agenda*

Health Policy, 61 (2), 2002, pp. 213-237

BARRO S., PRESEDO J., FÈLIX P., CASTRO D., VILA J.

*New Trends in Patient Monitoring*

Disease Management & Health Outcomes, 10 (5), 2002, pp. 291-206

DENTON F.T., GAFNI A., SPENCER B.G.

*Exploring the effects of population change on the costs of physician services*

Journal of Health Economics, 21(5), 2002, pp. 781-805

DEVERS K.J.

*FROM THE FIELD: Quality Improvement by providers: Market Developments Hinder Progress*

Health Affairs, 21 (5), September/October 2002, pp. 201-210

HORNBY P., PERERA H.S.R.

*A developmet framework for promoting evidence - based policy action: drawing experiences from Sri Lanka*

The International Journal of Health Planning and Management, 17 (2), 2002, pp. 165-185

MAYNARD A.

*Evidence-based medicine e conflitto di interessi*

Politiche sanitarie, 3 (1), 2002, pp. 30-34

SMYTHE J.G.

*Reputation, public information and physician adoption of an innovation*

The European Journal of Health Economics, 2, 2002, pp. 103-111

OLIVER A.

*Unintended consequences of applying economic evaluation*

Journal of health Services Research & Policy, 7 (3), 2002, pp. 129-130