

Comitato scientifico

**Elio Borgonovi** (coordinatore)  
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche  
Università Bocconi di Milano

**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**  
Amministratore delegato Villa Mafalda s.p.a.

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 generale

**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
- fotocopiata 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.

# MECOSAN

*Italian Quarterly of Health  
Care Management, Economics and Policy*

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

## IN QUESTO FASCICOLO:

### Editoriale

- 2 **Ricreare una tensione costruttiva per e nel sistema di tutela della salute**  
Elio Borgonovi

### Sez. 1ª - Saggi e ricerche

- 9 **Variabili di diffusione di tecnologia sanitaria innovativa. Il caso DBS**  
Lisa Cosmi

- 23 **Orientare all'innovazione l'ospedale. Aspetti strategici, organizzativi e gestionali**  
Federico Lega

- 39 **I processi di innovazione in sanità tra politiche regionali, strategie aziendali e comportamenti professionali**  
Angelo Tanese

- 57 **La quota retributiva variabile dei Mmg: analisi di due casi aziendali**  
Francesco Longo, Luca Heller

- 73 **Competizione o cooperazione? Impatto del modello hub&spoke nella cardiocirurgia dell'Emilia-Romagna**  
L. Nobile, D. Fortuna, M. Vizioli, E. Berti, P. Guastaroba, F. Taroni, R. Grilli

### Sez. 3ª - Esperienze innovative

- 87 **Gli strumenti di integrazione clinico-culturale ed organizzativa dei percorsi assistenziali delle neoplasie: i GIC**  
Maria Michela Gianino, Giorgio Donna

- 97 **Il sistema sanitario lucano**  
Daniela Giordano, Stefano Lorusso

- 113 **Le matrici di posizionamento: uno strumento innovativo per le aziende sanitarie**  
Adelaide Ippolito, Guglielmo Tremante, Vincenzo Viggiani

- 125 **La metodologia dei PDT applicata alla definizione e gestione dei protocolli riabilitativi per l'obesità grave e complicata**  
D. Marzorati, A. Liuzzi, A. Brunani

- 135 **Dai profili di assistenza alla Clinical governance: l'esperienza della Regione Marche**  
Giuseppe Noto, Alberto Deales, Francesco Di Stanislao

- 149 **L'Activity Based Costing in sanità: il caso dell'ossigenoterapia**  
Emidia Vagnoni, Giulia Potena

### Sez. 6ª - Biblioteca

- 165 **Recensioni**  
167 **Novità bibliografiche**  
172 **Spoglio riviste**

## RICREARE UNA TENSIONE COSTRUTTIVA PER E NEL SISTEMA DI TUTELA DELLA SALUTE

Elio Borgonovi

*Di cosa soffre il sistema di tutela della salute? Di sprechi e inefficienze, di eccesso di prestazioni «improprie», non correlati ai reali bisogni, di strutture inadeguate, di eccessiva attenzione al contenimento dei costi che fa perdere di vista il fine primario del sistema che è quello di tutela della salute e della migliore qualità (reale e percepita) dei servizi per i pazienti. Inoltre tale aspetto di criticità è rappresentato dai comportamenti dettati da interessi particolari (di tipo economico, di potere, ecc.) opposti a quelli che dovrebbero derivare dai «valori» di attenzione alla persona che soffre o che muore, che dovrebbero guidare la scelta e le azioni di tutti coloro che direttamente o indirettamente (esempio fornitori di farmaci, presidi, attrezzature) possono incidere positivamente o negativamente sulla qualità di vita di altre persone. Certamente tutte queste ragioni concorrono a determinare il «malessere e le difficoltà» in cui si dibattono i sistemi di tutela della salute di moltissimi paesi aggravati dai contrasti e dai conflitti tra i diversi livelli di governo del sistema con riferimento ai fattori che stanno determinando rilevanti difficoltà finanziarie e di suo funzionamento: vale per tutti il serrato confronto nel nostro Paese tra Stato e Regioni circa l'entità del disavanzo accumulato negli anni e le sue cause.*

*Tuttavia si ritiene che la causa profonda dell'attuale stato di malessere sia riconducibile a due principali fattori:*

- 1) il paradosso del progresso;*
- 2) la noncuranza o la debolezza di «tensioni positive nel sistema» che sembrano essere sovrastate dalle «tensioni negative».*

*Con riguardo al primo punto, si può osservare che l'enorme e rapido progresso delle conoscenze ha innalzato in tempi brevi e in termini molto generalizzati le attese, le aspettative e, non di rado, le speranze non ancora fondate su possibilità reali. Ciò ha determinato il rapido e diffuso aumento della domanda nei confronti delle strutture di offerta che, per ragioni intrinseche e non solo per effetto di inefficienze di vario tipo, non riescono a seguire l'evoluzione della domanda con la necessaria velocità. Da qui l'emergere del malessere e dell'insoddisfazione dei pazienti e in generale della popolazione che, qui sta il paradosso, possono essere considerati come sintomi positivi in quanto segnalano che esiste uno «spazio di miglioramento».*

*Si possono paragonare tale malessere e tale insoddisfazione al dolore o a sintomi di malessere corporeo che il paziente prova quando è sottoposto a determinate terapie e che sono la dimostrazione che il corpo sta reagendo alle cure. Come occorre «tenere sotto*

*controllo» il dolore e le reazioni provocate da cure efficaci, anticipandoli, chiarendoli e tranquillizzando i pazienti, occorre «tenere sotto controllo» le forme di «malessere e insoddisfazione fisiologici» collegati al progresso, tramite una più estesa e corretta informazione sul fatto che, ad esempio, una scoperta scientifica non si trasforma immediatamente in metodiche di cura, ma spesso richiede parecchi anni o che, applicazioni «di successo» ma «sperimentali» di determinati trattamenti, non possono essere immediatamente applicati su vasta scala perché occorre formare le professionalità adeguate e occorre evitare che una applicazione di trattamenti senza le necessarie garanzie possa determinare effetti negativi e non positivi per la salute.*

*Il secondo fattore, ossia la prevalenza di tensioni negative rispetto a quelle positive è in un certo senso figlia della «cultura e dei paradigmi economici» oggi dominanti. Senza voler ampliare eccessivamente l'analisi di un fenomeno che è complesso e multidimensionale, si sottolinea come nella cultura economica nella quale prevalgono i concetti di produzione, aumento della produttività, tecnologia come motore dello sviluppo economico e del progresso civile, la destinazione di risorse per soddisfare i bisogni di salute viene considerata come «consumo finale di tipo improduttivo».*

tivo», il che porta a individuare l'obiettivo di contenimento di tale spesa come obiettivo primario di breve-medio periodo delle politiche economiche. Si afferma sovente che «il contenimento della spesa corrente per servizi di Welfare è un male necessario per poter mantenere e rilanciare le opportunità di sviluppo nel lungo periodo a vantaggio delle future generazioni». Chi scrive non concorda con questo modello interpretativo, poiché ritiene che lo sviluppo economico è il risultato di un difficile equilibrio da mantenere tra produzione e produttività, consumi e qualità dei consumi, risparmio reale e monetario e investimenti e che la qualità dello sviluppo economico e del progresso umano e civile dipende dalle priorità date a certe catene del valore. Si può scegliere di sostenere la ripresa e lo sviluppo economico privilegiando la «catena di produzione-consumi-risparmi-investimenti» che ruota attorno alla spesa bellica, alla cosiddetta industria pesante, all'auto, all'edilizia, alla ricerca spaziale, all'informatica, alle telecomunicazioni, ma anche attorno alla tutela della salute, alla difesa dell'ambiente, alla lotta contro la povertà, alla cultura, ai bisogni cosiddetti «del tempo libero», ecc.

Al di là delle proprie convinzioni e delle proprie conoscenze, lo studioso deve prendere atto della cultura dominante che, per la società ha comportato il prevalere negli ultimi anni di una specie di «tensioni negative» derivanti dalle politiche di contenimento della spesa, specie pubblica.

Come è possibile reagire a tale situazione e introdurre nel sistema dosi massicce di «tensione positiva e propulsiva»?

Per ottenere questo risultato è necessario introdurre e far assimilare al sistema alcuni messaggi chiave idonei a bilanciare, si sottolinea il termine «bilanciare» volutamente usato inve-

ce che quello di sostituire, i messaggi-chiave o i messaggi-forza che si sono imposti nell'ultimo decennio.

Il primo è quello della progettualità che deve bilanciare il concetto di razionalizzazione.

Infatti, quest'ultimo è in un certo senso riduttivo in quanto incorpora ed esprime l'idea di «fare meglio ciò che già si sta facendo». Progettualità, al contrario, evoca una attività intellettuale proiettata a prevedere il nuovo, a prepararsi ad affrontare i problemi di salute del domani, a decidere le modalità con cui realizzare un sistema di offerta capace di rispondere alle esigenze emergenti o prevedibili. Progettare significa chiedere alle persone di:

a) riflettere sulle tendenze della società per quanto riguarda i problemi della salute: si tratta di un'attività che si sta «atrofizzando» in un mondo nel quale si è spesso chiamati a decidere, a decidere in fretta, a fare;

b) cambiare schemi mentali, il che stimola la creatività delle persone: qualità questa che a sua volta sembra oggi minacciata dalle abitudini, dalla diffusione di comportamenti standardizzati, dalle stesse tecnologie dell'informazione e comunicazione che sembrano (e si sottolinea «sembrano») farci trovare «pronte per l'uso» non solo le informazioni, ma anche le risposte ai problemi più vari, compresi quelli della salute (si vedano alcuni «portali» o «servizi on line» anche in questo settore).

Tuttavia va chiarito che l'attività di «progettazione» è assai diversa da quella di innovazione, creatività, prefigurazione di scenari per il futuro. Nei sistemi organizzativi essa deve avere le caratteristiche di focalizzare (deve saper individuare i problemi rilevanti per il contesto), fattibilità (deve avere una possibilità non marginale di veder realizzate le proposte), coerente con gli spazi decisionali esi-

stenti. Per questo la progettualità non è in contrasto con la razionalizzazione, ma al contrario ne è il completamento. Razionalizzare il funzionamento attuale del sistema di tutela della salute, significa infatti «ampliare gli spazi per far entrare la progettualità». La sola razionalizzazione concentra le persone sui vincoli e gli ostacoli e spesso impedisce di ottenere risultati positivi perché propone tipiche soluzioni cosiddette «a somma uguale o minore di zero» (qualcuno trae vantaggio a scapito di qualcun altro, somma uguale a zero, oppure tutti percepiscono il rischio di avere svantaggi, il che fa sorgere inevitabilmente conflitti). Razionalizzazione che si aggiunge alla progettualità orienta invece le persone a concentrare i propri sforzi su soluzioni che, almeno nel medio periodo, possono essere del tipo «a somma maggiore di zero», il che vuol dire capaci di rispondere in modo più soddisfacente alle attese di pazienti (per primi), medici e altri professionisti, manager delle aziende, delle Regioni e del Ministero, decisori politici. Se nella progettazione si è capaci di mettere in evidenza questa caratteristica (somma maggiore di zero), è possibile diminuire il livello dei conflitti e diminuire le resistenze alla razionalizzazione.

Il secondo messaggio che deve essere rafforzato è quello della responsabilizzazione. Infatti, l'introduzione del Ssn che ha definito la salute come «diritto delle persone» (dichiarazione del tutto condivisibile e segno di grande civiltà), il conseguente passaggio alla «copertura estesa a tutti i cittadini» e al finanziamento tramite fiscalità, la grande enfasi sulla necessità di valorizzare le scelte del paziente sono tutti elementi positivi di evoluzione del sistema che, tuttavia, hanno contribuito a creare una condizione strutturale di debolezza. Si è diffusa e consolidata l'idea che tutto fosse dovuto in

tema di salute, sottovalutando il fatto che l'organizzazione del sistema di offerta implica il sostenimento dei costi. Vi è stata una deresponsabilizzazione che, ad esempio, ha portato a comportamenti di eccessivo uso dei servizi di salute o di ricorso improprio alle strutture di offerta (domanda impropria).

D'altra parte l'esplosione della tecnologia ha diffuso tra medici e operatori sanitari (non tra tutti per fortuna) una specie di «fiducia incondizionata in essa» e una delega delle proprie funzioni di diagnosi e cura. La congruenza è stata un sempre più rapido aumento di richieste di accertamenti, una fiducia incondizionata e spesso acritica in parametri «che rientrano o non rientrano nella norma», il tentativo di costruire «sistemi esperti» ritenuti in grado di definire il migliore percorso diagnostico-terapeutico a valle di certi input. Altro aspetto della deresponsabilizzazione dei medici e degli altri operatori della salute è quello di usare accertamenti e trattamenti non richiesti «a scopo puramente cautelativo» (la cosiddetta medicina difensiva) che non sono finalizzate a migliorare lo stato di salute, ma solo ad evitare azioni di responsabilità penale e civile.

Anche chi svolge funzioni di «decisore sulle politiche pubbliche» è sempre più frequentemente indotto ad assumere atteggiamenti di deresponsabilizzazione. In una società che premia l'immagine, la comunicazione, a volte la capacità di esorcizzare la realtà tramite la creazione di illusioni è senza dubbio più facile fare promesse non sempre fondate su condizioni di fattibilità che non promettere solo soluzioni realistiche, agire sulla sfera della emotività, individuale e/o collettiva, piuttosto che sulla sfera della razionalità.

La tendenza alla deresponsabilizzazione è stata favorita, in un certo

senso, anche dall'aumento della complessità del sistema. Più complesso è il sistema, più facile è la tendenza ad «attribuire ad altri» (al Governo, alle Regioni, alle aziende sanitarie, ai medici, ai manager, agli stessi pazienti accusati di consumismo sanitario) la responsabilità per l'insoddisfacente funzionamento del sistema e per insoddisfacenti risultati economici.

L'adozione di modelli istituzionali idonei a distinguere le funzioni di indirizzo generale (esempio definizione dei LEA) da parte dello Stato, la programmazione del sistema di offerta e di modalità per il controllo della domanda e il finanziamento della spesa (Regioni), la definizione delle politiche contestualizzate nei territori di competenza, degli obiettivi assegnati alle diverse unità organizzative più o meno complesse (dipartimenti, distretti, unità operative, complesse o semplici, poliambulatori, ecc.) sono strumenti atti ad individuare e distinguere i diversi livelli di responsabilità. Ciò significa che ognuno, invece di concentrare le proprie analisi e le proprie energie nello sforzo di «rimandare le responsabilità ad altri soggetti», sarà stimolato a concentrarsi maggiormente nella ricerca e nella individuazione dei «propri sforzi di azione» (fattori direttamente controllabili) e ad agire positivamente su di essi.

La terza leva da usare per un rilancio del sistema di tutela della salute è quella della valorizzazione e della motivazione del personale. Oggi, anche in relazione alle elevate attese dei pazienti e dell'opinione pubblica sulla qualità di un servizio di così elevata rilevanza, spesso vengono portati all'attenzione dei media i casi di cattivo funzionamento del sistema (casi di malasania e di errori) ed anche fatti illeciti che vanno a danno della salute (frodi, tangenti, ecc.). Non si può negare che siano fatti gravi che, tuttavia,

ad una analisi approfondita riguardano comunque un numero ridotto di persone rispetto a tutte quelle che operano nel sistema facendo ogni giorno il proprio dovere con dedizione e professionalità e, non di rado, andando anche oltre perché cercano di superare le carenze strutturali del sistema.

A parte queste considerazioni, anche la priorità data alla semplice razionalizzazione e contenimento della spesa spesso perseguito con interventi «centralistici» e di «controllo rigido delle scelte» (da parte dello Stato e, recentemente, delle Regioni nei confronti delle aziende sanitarie e, a cascata, dei Direttori generali, dei Dirigenti sanitari e non sanitari di unità organizzative, dei medici, del personale sanitario e del personale amministrativo) ha determinato un forte calo della motivazione. Spesso questi interventi di tipo amministrativo e burocratico presentati erroneamente e astrattamente come interventi di carattere «manageriale» e «aziendale» per nobilitarli, hanno addirittura interferito con l'autonomia clinica ed assistenziale (che è propria del professionista) ponendosi al limite (quando non oltre i limiti) dei poteri organizzativi, creando anche problemi «etici». Tali situazioni avrebbero potuto e dovuto essere evitate con una gestione manageriale vera per non generare il rischio di curare in modo inadeguato i pazienti al fine di rispettare vincoli economici, cosa che non rientra tra le alternative del buon management.

Le decine e le centinaia di migliaia di operatori del sistema che hanno scelto di operare con professionalità per generare benefici per altre persone, si sentono spesso «spossate» della loro autonomia (e a volte della loro dignità di lavoratori e professionisti di un «settore particolare») e, soprattutto, vedono sprecata la loro ca-

rica di creatività e di ricerca del miglioramento che molti di loro hanno. Occorre rilanciare a tutti i livelli un grande progetto di motivazione del personale, e di coinvolgimento nella ricerca di soluzioni innovative tramite la concessione di una maggiore autonomia decisionale e operativa collegata ad obiettivi che garantiscano l'equilibrio di sistema.

In altre parole occorre fare esattamente l'opposto di quanto oggi viene fatto in molte realtà: di fronte ad una realtà sempre più complessa, non bisogna centralizzare e porre vincoli rigidi e dirigisti (che risolvono il problema solo nel breve, e quindi fittiziamente, aggravandolo nel medio-lungo periodo), ma al contrario occorre avere il coraggio e la professionalità che caratterizza il manager-leader di coinvolgere e motivare le persone per poter mettere in campo tutte le energie e la carica innovativa spesso «imprigionata» dai vincoli. Coinvolgere e motivare non vuol dire delegare a comportamenti completamente soggettivi e discrezionali delle persone, ma vuol dire dare orientamenti e dare obiettivi che tengono conto delle esigenze e delle difficoltà del sistema. Vuol dire responsabilizzare, come si è scritto in precedenza, le persone nei confronti dei propri pazienti (che devono essere curati in modo adeguato alle loro esigenze e senza spreco, nei confronti della sopravvivenza del sistema sanitario. Data l'efficacia dell'assistenza, occorre anche ricercare il contenimento dei costi perché la continuità dell'assistenza dipende dalla continuità del sistema. Persone motivate si preoccupano anche della efficienza e dell'economicità delle aziende sanitarie e del sistema regionale e nazionale, ma lo fanno cercando, e spesso trovando soluzioni ben più valide di quelle che molti burocrati o «manager d'assalto» trovano «a tavolino» senza essere stati sulla fron-

tiera del lavoro quotidiano a contatto con i pazienti.

La quarta leva è quella della selezione. Dato l'enorme aumento delle possibilità di intervento occorre diffondere, anche tramite la formazione e adeguati sistemi di valutazione (ad esempio della efficacia e qualità dei trattamenti, del rapporto benefici-costi ed altri) il principio che occorre selezionare, stabilire ordini di priorità. In passato, si riteneva che queste funzioni dovessero essere esercitate a livello di decisione politica, a livello di programmazione, mentre l'esigenza di decidere cosa fare prima e cosa dopo, cosa fare direttamente e cosa rinviare ad altra struttura più adeguata per quel tipo di problema, se intervenire o non intervenire poiché il problema posto può benissimo essere affrontato dal paziente con autocontrollo o autoassistenza, sono decisioni quotidiane.

Purtroppo, anche nel sistema di salute si sono diffuse logiche secondo cui «tutto è dovuto» e quindi si è indebolita la capacità di selezionare. Questo almeno nella società occidentale, nel nord del mondo ricco. Nei Paesi poveri e nel Sud del mondo il problema non si pone poiché i bisogni sono tali e spesso così «di base» da rendere utile qualsiasi intervento, purché non palesemente strumentale o in mala fede.

Il quinto concetto su cui si vuole attirare l'attenzione è quello che sostituisce la competizione, che è stata ed è ancora considerata una forte leva del cambiamento. Più volte dalle pagine di questa Rivista ci si è soffermati sul concetto della competizione (concorrenziale e collaborativa), sulle differenze strutturali tra competizione nei settori dei beni di largo consumo (fungibili) e dei beni strumentali, sui limiti (e rischi della competizione in sanità). Si è peraltro riconosciuto che esiste una indiscutibile necessità di intro-

durre sistemi idonei a incentivare il miglioramento. Avendo verificato che nel concreto, nonostante tutti i distinguo e le precauzioni, il concetto di competizione viene molto spesso interpretato secondo paradigmi classici consolidati in altri settori dell'attività economica (con le inevitabili distorsioni), in questa sede si propone di sostituire il principio della competizione con quelli della emulazione e della segmentazione delle competenze. Esse implicano che le scelte delle aziende, dei dipartimenti, delle unità organizzative, delle diverse équipe di medici e altri operatori debbano essere guidati dal principio/valore di:

a) cercare di emulare chi sul piano tecnico-professionale, assistenziale, organizzativo ha dimostrato di aver trovato soluzioni più soddisfacenti in termini di risposte ai bisogni di salute e sul piano economico;

b) dedicare i propri sforzi e le proprie risorse a sviluppare competenze e soluzioni per quei settori della tutela della salute nei quali vi è «carezza di offerta» segmentazione concertata delle competenze.

Questi principi eviterebbero di assumere comportamenti che determinerebbero una forte concentrazione di offerta per quelle aree di assistenza ritenute «più convenienti» (specie con il sistema delle strutture accreditate) o «più facili e a minor rischio», lasciando scoperte aree di bisogno ad elevato «valore sociale» anche se con più basso «valore economico».

Concretamente tali principi possono essere posti alla base di un sistema di «programmazione concertata» ben diversa dai sistemi di «programmazione rigida» e di «programmazione finanziaria» che oggi sono dominanti.

Il concetto di competizione evoca principalmente un rapporto con altre aziende sanitarie (pubbliche o private) finalizzato ad attirare le preferenze del paziente utilizzando la qualità di servi-

zi a un costo inferiore (aspetto positivo della competizione), ma a volte utilizzando aspetti non essenziali e non centrali del servizio, a volte addirittura utilizzando strumenti discutibili sul piano etico, quali informazioni «strumentali», quali ad esempio «questo accertamento può essere eseguito fra 2-3 mesi se si ricorre all'ospedale pubblico, mentre può essere eseguito immediatamente in forma privata», creazione di rapporti «preferenziali» con medici che influenzano le scelte dei pazienti circa la struttura di offerta, azioni che concorrono ad allungare le liste (e i tempi) di attesa negli ospedali pubblici. Il concetto di concorrenza, anche quando è usato con strumenti e con valori positivi, ha come elemento centrale «l'obiettivo di spostare il paziente da una azienda all'altra», a volte con vantaggi effettivi per il paziente, altre volte senza sostanziale beneficio per i pazienti e con benefici molto marginali e molto inferiori ai «costi della concorrenza» (esempio investimenti nella comunicazione e nel miglioramento del comfort invece che investimenti nella ricerca).

I concetti di emulazione e di programmazione concertata per lo svilup-

po nelle aree dove l'offerta è carente, si fondano sui seguenti fattori:

a) aumento della capacità di offerta di qualità, nei casi in cui già esiste ma è insufficiente sul piano qualitativo o quantitativo;

b) attivazione di una capacità di offerta «nuova» nelle aree (ad esempio Regioni) dove tale offerta non esiste e dove si genera perciò emigrazione sanitaria.

Non è centrale la capacità di spostare pazienti da una azienda ad un'altra, ma è centrale «la capacità di generare una potenzialità di offerta aggiuntiva a favore dei pazienti e della comunità».

Sono concetti che qualificano il principio della competizione giocato su fattori positivi, ma che al tempo stesso inducono a contrastare le forme di competizione giocata su fattori marginali per l'equilibrio generale del sistema, quando non addirittura negativi, ad esempio concorrenza che si traduce in aumento complessivo della domanda di prestazioni superflue o inappropriate e finalizzate solo a migliorare il risultato economico della singola azienda (esempio pareggio delle aziende ospedaliere pubbliche)

senza preoccupazione per l'equilibrio sostenibile dal sistema, regionale o nazionale. La concorrenza può far leva sulla scelta del paziente per migliorare i risultati delle aziende, l'emulazione e la programmazione concertata fanno leva sulle risorse e le potenzialità delle aziende per ridurre il divario tra le risposte a problemi e a bisogni di salute cui potenzialmente si è in grado di dare risposte e livelli effettivi di risposte.

Inoltre i concetti-messaggi su cui si basa quest'ultima strategia per il rilancio del sistema di salute, progettazione, autonomia e responsabilizzazione, valorizzazione e motivazione, sviluppo dell'attenzione e della capacità di selezione, si rivolgono direttamente alle persone e non genericamente alle aziende, agli organi aziendali. Quindi sono più idonei a ridare centralità al rapporto interpersonale, paziente-medico, paziente-altro operatore (anche amministrativo). Si è messo prima il termine paziente non casualmente, ma per indicare che l'origine e il fine del rapporto sono il bisogno di salute di una persona e una adeguata risposta.

# **Saggi e ricerche**

Sezione 1<sup>a</sup>

Per i lettori di **MECOSAN**  
una novità:  
la copia esatta  
della raccolta  
completa dei fascicoli  
di **MECOSAN 2002**  
in un unico CD-ROM,  
in formato PDF,  
al prezzo di € 205,00  
oppure, per coloro  
che sono già abbonati  
a **MECOSAN 2002**, € 110,00



**CEDOLA D'ORDINE MECOSAN click 2002 IN CD-ROM**  
**VALIDA FINO AL 31 GENNAIO 2004**

Programma abbonamento 2004

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

Spett. **SIPIS** s.r.l.

Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

● Vi prego di voler inoltrare, con destinatario il nominativo sotto indicato

**MECOSAN click 2002**

al prezzo di

€ 205,00

€ 110,00 (in quanto già abbonato a **Mecosan 2002** cartaceo)

● 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

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

C.a.p. .... Località ..... Prov. ....

..... li .....

Codice Fiscale .....

Partita IVA .....

FIRMA E TIMBRO .....

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

# VARIABILI DI DIFFUSIONE DI TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA. IL CASO DBS

Lisa Cosmi

CeRGAS - Bocconi - Milano

**SOMMARIO:** 1. Obiettivi - 2. Ruolo della tecnologia sanitaria nei sistemi organizzativi «professionali» - 3. La «dimostrata efficacia clinica»: il punto di partenza dell'analisi - 4. Un modello delle variabili di diffusione della tecnologia sanitaria - 5. La variabile economico-finanziaria - 6. Il sistema competitivo pubblico/privato - 7. La variabile legale ed istituzionale - 8. Il ruolo dei produttori e delle associazioni di imprese - 9. Il ruolo dei pazienti - 10. Una sintesi del ruolo delle variabili non convenzionali: il caso DBS - 11. Conclusioni.

*The paper discusses the main deviation factors from rational paths for the diffusion of innovative medical within a specific national health system technology by means of a set of examples and one case study taken by the Italian context. We will question whether or not the most important factor determining adoption and rapidity of a new technology is related to its demonstrated clinical effectiveness, trying to explain, by means of the build up of a general model, what «other», that is «non conventional», factors impact on the standard diffusion curve. Three requisites should be in equilibrium for a successful innovation diffusion: clinical effectiveness; the perception of innovation-related medical utility (the relationship between institutional objectives and the pressures from the external environment); compliance/acceptance by professionals. Clinical effectiveness represents a prerequisite for further diffusion: nevertheless, it is far to be the striking element to determine adoption modalities and times. Accordingly, the case studies have highlighted six main sources of barriers: the role of professionals, the reimbursement system, the public/private competitive system, the institutional and legal system, vendors and patients. The main actors, as resulting from the case studies, are professionals and vendors. Consequently, in the next years strategic issues should relate to the enhancement of current technological policies. In fact, what seems to be missing is the middle ground of the «rational choice», standing between what is mere technical feasibility (commercial authorization) and the factual adoption processes on the part of the health care organizations.*

## 1. Obiettivi

L'esigenza di definire una funzione di governo strategico della risorsa tecnologica non ha solo finalità di ottimizzazione delle risorse impiegate in sanità, ma innanzitutto di garanzia di qualità e appropriatezza dei servizi sanitari erogati. In sanità, il conflitto tra sviluppo tecnologico e sostenibilità del sistema è stato per lungo tempo un tema di grande dibattito (OTA, 1976; Newhouse, 1980; Newhouse, 1993; Goldsmith, 1999). Tradizionalmente, la critica nei confronti della «tecnologizzazione» crescente del sistema di offerta da parte degli attori, a vario titolo, interessati alle dinamiche dei si-

stemi sanitari, ha promosso una visione del processo di diffusione di conoscenze tecnologia sanitaria innovativa come un fenomeno esogeno rispetto al sistema sanitario (che scaturisce, soprattutto, dal sistema della ricerca scientifica), e, in tal senso, «non governabile».

A supporto della funzione di governo del sistema tecnologico sanitario, ovvero del «complesso integrato di conoscenze, attrezzature e risorse organizzative che pongono le aziende sanitarie in condizioni di prestare assistenza sanitaria», è quindi importante indagare la fase, individuando gli attori coinvolti e le variabili che lo favoriscono o lo ostacolano. L'ipotesi di ba-

se da cui muove la ricerca è l'evidenza del fatto che la «dimostrata efficacia clinica» della tecnologia sanitaria rappresenta solo uno dei fattori nel determinare l'adozione e la diffusione di tecnologia sanitaria. L'articolo si propone di sviluppare, attraverso lo studio di alcuni esempi e di un caso, scelti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (Ssn), un modello delle variabili «non convenzionali», poiché differenti dalla «dimostrata efficacia clinica della tecnologia». La conoscenza dei *driver* della diffusione fornisce un impulso all'elaborazione di «politiche e strategie tecnologiche», ovvero di indirizzi e azioni sistematiche, tese a definire ed ordinare nel

tempo le priorità di gestione della risorsa tecnologica, sulla base dei quali definire coerenti piani di azione. È questa un'esigenza avvertita dalla generalità dei sistemi sanitari, a favore della quale, fino ad oggi, strumenti come l'*Health Technology Assessment* (T.A.) hanno dato contributi solo parziali (CSA, 2003; France, 2000).

Non intendiamo in questa sede fornire il *framework* della teoria della diffusione dell'innovazione, per cui si rimanda alla letteratura citata (Solow, 1957; U.S. Department of Health, 1976; Bonair and Persson, 1996; Schumpeter, 1992; Rogers, 1995; Ferrata, 2000). È però interessante notare che, nel tempo, diversi paradigmi scientifici non sono pervenuti ad un'unica rappresentazione del processo di diffusione dell'innovazione; tuttavia, le chiavi interpretative assunte (i fattori della diffusione dell'innovazione) sono stati comunemente accettati per spiegare il cambiamento tecnologico. Tra questi accumulazione e sintesi della conoscenza, caratteristiche dell'innovazione e degli adottanti, attori, ambiente, contesto organizzativo e ruolo della valutazione (Bonair, Persson, 1996).

Nel corso dell'articolo, pur non prescindendo da una accezione multidimensionale o integrata di tecnologia sanitaria, i casi si concentrano prettamente sulla dimensione fisica della tecnologia sanitaria, pur sottolineando come l'adozione della macchina rappresenti — in un contesto aziendale reale — solo il primo (o ultimo) passo per l'innovazione complessiva dell'offerta.

## **2. Ruolo della tecnologia sanitaria nei sistemi organizzativi «professionali»**

Il progresso dei sistemi sanitari è «progresso della tecnologia sanitaria», se di questa risorsa si accetta una

definizione «ampia» che si estende «all'insieme dei farmaci, dei dispositivi e delle attrezzature, delle procedure mediche e chirurgiche impiegate in sanità, e dei sistemi organizzativi e di supporto nell'ambito dei quali l'assistenza viene erogata» (OTA, 1978). In questa visione la tecnologia sanitaria si configura pertanto come «dimensione strategica», ovvero fattore che promuove l'innovazione organizzativa e alimenta le competenze distintive dell'azienda.

Alcune caratteristiche intrinseche del settore sanitario hanno tuttavia configurato nel dibattito scientifico un ruolo contrastante per la tecnologia sanitaria e per il processo di innovazione tecnologica in sanità. Il settore sanitario produce «servizi di pubblica utilità alla persona», ovvero «*in grado di migliorare la qualità di vita degli individui*» (Borgonovi, Del Vecchio, 2000; Antonelli, Cavazza, 2000), connotando il proprio sistema di offerta per la natura *labor intensive* delle attività svolte e per il carattere di «organizzazione professionale», che dipende dall'operato di professionisti (i medici), autonomi nella definizione della migliore risposta al bisogno. Il carattere professionale della prestazione sanitaria deve tuttavia esplicitarsi nell'ambito di un sistema integrato di risorse, «l'organizzazione sanitaria», di cui la tecnologia sanitaria — come definita in precedenza — rappresenta il collante, la *enabling resource* (Geisler, Heller, 1997).

Da queste considerazioni discende alcune conseguenze importanti:

1) nel settore sanitario non si manifesta (o si manifesta in misura più limitata rispetto ad altri settori) l'effetto di riduzione dei costi di produzione in seguito all'impiego di nuove tecnologie;

2) al contrario, lo sviluppo tecnologico, aprendo nuove frontiere e nuove possibilità (nuove metodiche di in-

tervento nelle diverse fasi della prevenzione, diagnosi e cura delle malattie, innovazione di processi ecc.) comporta un'espansione delle possibili risposte al bisogno, cui spesso consegue il sostenimento di costi sempre più elevati per il sistema: il cd. fenomeno di «tecnologizzazione» del sistema sanitario.

È, allora, necessario riportare l'attenzione sulla necessità di governare il processo di diffusione di tecnologia sanitaria, soprattutto innovativa, e porre alcune domande:

1) perché alcune tecnologie sanitarie si diffondono più o meno rapidamente di altre nell'ambito dei sistemi di offerta?

2) quali sono le variabili che, per il governo del sistema aziendale è opportuno presidiare per gestire questo fenomeno?

## **3. La «dimostrata efficacia clinica»: il punto di partenza dell'analisi**

L'attenzione alla qualità e all'appropriatezza della pratica sanitaria promossa dai movimenti per la medicina basata sulle prove di efficacia (*Evidence Based Medicine*, EBM) ha avuto il merito di riportare all'attenzione generale dei regolatori, degli operatori e degli utenti dei servizi sanitari le «trappole» (Chalmers, 1981) della valutazione dell'efficacia clinica, intesa come «dimostrata capacità di impatto positivo sulla salute e sul benessere della popolazione della tecnologia sanitaria».

Il punto di partenza per analizzare i sentieri di diffusione di tecnologia sanitaria è, necessariamente, la provata efficacia clinica, come *conditio sine qua non* si può innescare il processo di diffusione, e che ne rappresenta la principale determinante di successo/insuccesso. È questa, una riflessione non banale, che chiama in causa sia la tecnologia sanitaria «innovativa»,

che si affaccia ai sistemi di offerta per la prima volta, sia quella correntemente in uso. Nell'ambito dei processi di diffusione di nuova tecnologia, infatti, le fasi che precedono l'«innovazione», e la stessa fase della valutazione, non sempre affrontano a fondo la questione della *efficacia clinica*. Studi oramai storici, come quello dell'Office for Technology Assessment (1976), o di McKinley (1981), hanno messo in luce come, negli stadi iniziali di diffusione, l'attenzione si concentra piuttosto su altri aspetti dell'innovazione: la valutazione del profitto potenziale, dal punto di vista dei produttori, o il sistema dei «valori» sul quale la tecnologia sanitaria impatta, dal punto di vista del sistema pubblico. Sul versante della prova del valore terapeutico della tecnologia, al contrario, proprio in questa fase i rischi di errore sono strutturalmente più elevati, essendo la *performance* dei *randomized controlled trial* promossi per valutare la tecnologia innovativa condizionata da fattori come il basso numero di pazienti su cui testare, la volontà di immettere sul mercato la nuova tecnologia, la fiducia nel progresso, la *desperate reaction* da parte dei medici adottanti.

In sintesi, le considerazioni addotte aprono la porta alla ricerca di fattori diversi dalla prova di efficacia clinica, in grado di influenzare sentieri di diffusione di successo di tecnologia sanitaria innovativa. Nei paragrafi che seguono cercheremo di argomentare le ragioni per cui questi fattori dovrebbero essere riconosciuti e governati attraverso strategie esplicite dalla funzione di governo del sistema sanitario (aziendale, regionale o nazionale).

#### 4. Un modello delle variabili di diffusione della tecnologia sanitaria

La razionalità e il successo del processo di diffusione di tecnologia sani-

taria innovativa nell'ambito dei sistemi sanitari reali dipende, ad un primo livello di approssimazione, dall'equilibrio delle variabili illustrate nella figura 1, che adatta le dimensioni di valutazione della tecnologia sanitaria nel modello di *Technology Assessment*, alle caratteristiche del sistema sanitario decentralizzato configuratosi in Italia al termine dei processi di riforma del Ssn.

Ad un primo livello di analisi il successo della diffusione di tecnologia sanitaria innovativa è un effetto combinato di tre fattori, e dell'influenza del ruolo degli attori che ne detengono il controllo:

1) dimostrata efficacia clinica della tecnologia sanitaria: il ruolo del paziente. *L'innovazione deve essere in grado di migliorare le condizioni di salute dei pazienti e, più in generale, produrre un impatto positivo sul benessere e la salute della collettività; si assume pertanto che tecnologie sanitarie inefficaci non possano trovare adozione nel sistema di offerta di servizi sanitari;*

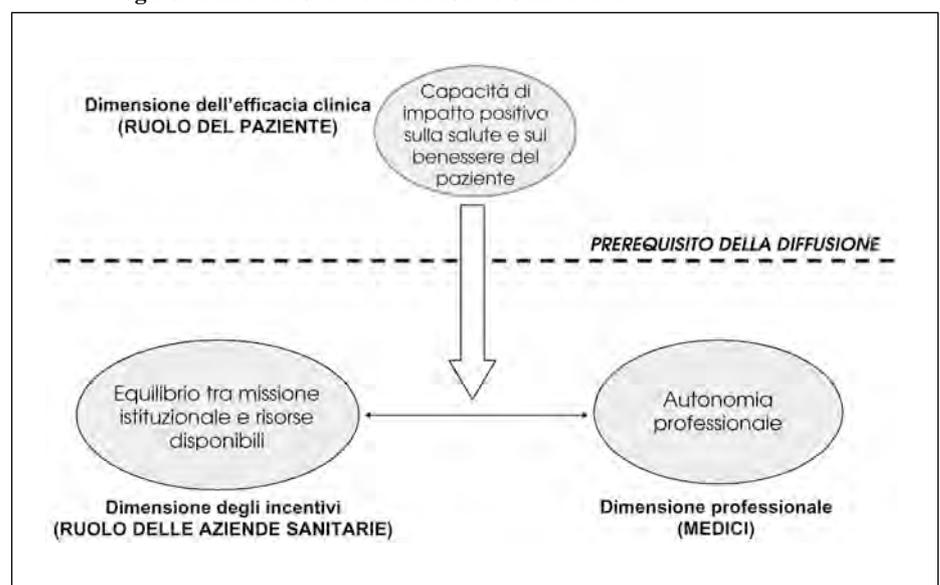
2) compatibilità e utilità tra le finalità istituzionali e il vincolo di risorse: il ruolo del decisore aziendale. *L'adozione della tecnologia sanitaria deve essere percepita come utile per il conseguimento degli obiettivi istituzionali e compatibile con il vincolo di risorse, aumentando lo spazio di azione a disposizione dell'azienda per far fronte alla domanda di salute;*

3) l'autonomia professionale e il ruolo dei professionisti. *L'innovazione deve incidere positivamente sul modus operandi della classe medica ed essere coerente con l'insieme delle competenze, degli incentivi personali e professionali.*

Quanto questo modello è realisticamente in grado di descrivere il processo di diffusione della tecnologia? Qual è la sua utilità come strumento per la gestione dell'innovazione nella realtà delle aziende sanitarie?

Ad un secondo livello di analisi, infatti, è possibile affermare che ciascuna delle variabili menzionate è in grado di spiegare la deviazione di alcune tecnologie sanitarie da sentieri di dif-

Figura 1 - Le variabili in gioco nella determinazione della razionalità di diffusione di tecnologia sanitaria innovativa in un contesto aziendale



fusione «razionale» solo parzialmente. Infatti:

1) il prerequisito della *dimostrata efficacia clinica della tecnologia sanitaria* è una condizione «non banale», come si è già avuto modo di argomentare (vedi par. 3);

2) il ruolo del *decisore «aziendale»* è il fronte che ad oggi presenta la maggiore variabilità e dinamismo. Le modificazioni dell'assetto istituzionale del Ssn hanno sicuramente ampliato lo spazio strategico di azione delle aziende sanitarie, e della Regione come «capogruppo» del sistema sanitario regionale. In questo spazio, le decisioni di adozione di tecnologia sanitaria innovativa sono un momento a valenza altamente strategica, in quanto la risorsa tecnologica rappresenta di fatto una variabile competitiva di guida delle strategie aziendali (Preece, 1995). Tuttavia, a livello aziendale, la mancanza di competenze gestionali e la limitatezza delle risorse da investire può distorcere la razionalità delle scelte a favore di una focalizzazione sugli effetti di breve periodo, a svantaggio di una valutazione di più ampio respiro, dando vita a fenomeni di miopia strategica che necessitano al più presto di essere considerati (Borgonovi, 2000);

3) l'analisi della *variabile «professionale»* suggerisce l'importanza di coinvolgere e instaurare un clima collaborativi con i professionisti. È questo un fenomeno conosciuto e ampiamente dibattuto (Greer, 1985 e 1988; Geisler, Heller, 1998). È, infatti, necessario sottolineare quanto nel settore sanitario, a differenza di altri settori di servizi, in ogni caso l'innovazione non possa essere prodotta senza l'accettazione esplicita degli operatori e dei professionisti che andranno ad utilizzare la tecnologia. L'allocazione delle risorse e la definizione delle priorità si sviluppa attraverso un processo continuo di nego-

ziazione ed aggiustamento reciproco tra la razionalità delle scelte aziendali e la razionalità dei professionisti, in quanto l'adozione di una nuova tecnologia impatta direttamente sulla professione medica (in termini di *modus operandi*, necessità di formazione, cultura, valori e *status* sociale dei medici) e non può in nessun caso essere una decisione imposta dall'alto.

Per pervenire ad una rappresentazione euristica delle variabili che inducono differenti sentieri di diffusione di tecnologie sanitarie innovative nell'ambito dei reali sistemi aziendali, è quindi necessario esplodere la prima rappresentazione delle variabili in gioco nel processo di diffusione di tecnologia sanitaria innovativa, andando a considerare l'insieme dei sotto-sistemi e dei meccanismi operativi che impattano sull'interazione di quelle prime tre dimensioni. Seguendo la strada suggerita da Banta, Luce (1993), sono

state evidenziate e inserite nel modello:

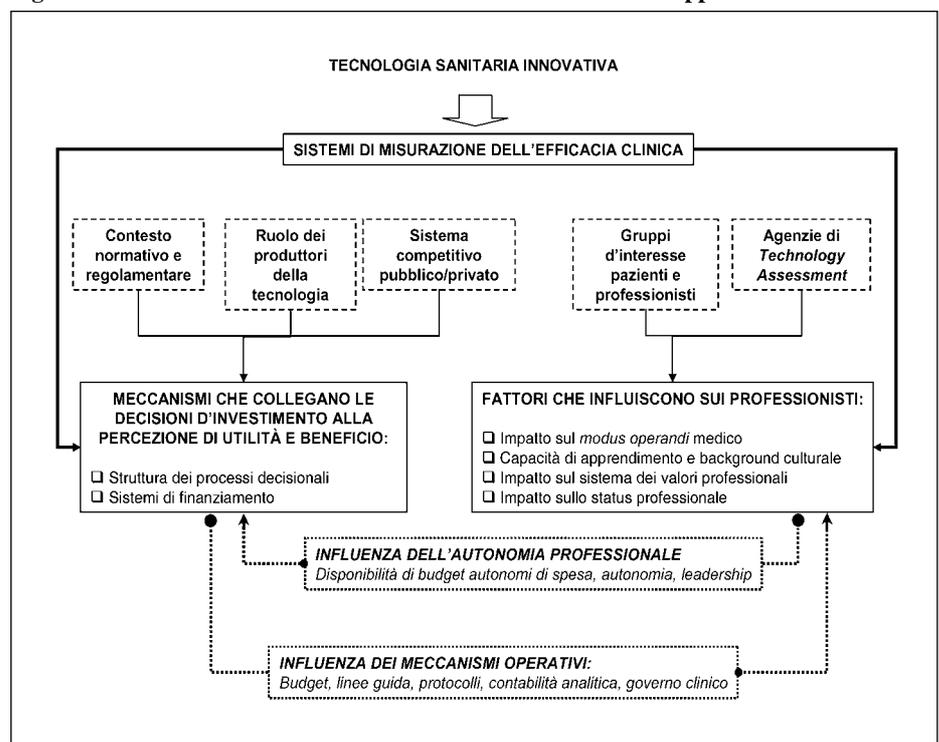
— *l'azione dei meccanismi operativi e altri fattori organizzativi*: fattori identificabili nell'ambiente organizzativo interno (all'interno dei riquadri della figura 2);

— *l'azione dei sotto-sistemi dell'ambiente esterni*: fattori posizionati nell'ambiente di riferimento del sistema sanitario; influiscono sulla forza dei meccanismi operativi e sull'intensità dell'influenza dei *decision maker* all'interno del sistema decisionale decentrato (riquadri dai bordi tratteggiati nella figura 2);

— *l'azione dei fattori interni di interazione*: rappresentati dalle frecce continue nella figura 2, sintetizzano elementi di interazione tra le variabili del modello.

È possibile classificare questi fattori in base alla loro natura, e identificare quindi la tipologia di variabili che

**Figura 2 - Il modello di razionalità di secondo livello: barriere ed opportunità**



influenzano il processo di diffusione di tecnologia sanitaria come:

- 1) variabile organizzativa;
- 2) variabile economico-finanziaria;
- 3) sistema competitivo pubblico/privato;
- 4) quadro legale ed istituzionali;
- 5) ruolo dei produttori;
- 6) ruolo dei pazienti.

Attraverso l'analisi di alcuni esempi e di un caso tratti dalla realtà del Ssn si propone ora una trattazione delle caratteristiche di queste variabili e alcuni esempi esplicativi.

#### 4. La variabile organizzativa

La variabile organizzativa fa riferimento al ruolo personale degli attori che partecipano ai processi decisionali, in particolare dei professionisti che ribadiscono la propria autonomia configurando le modalità di risposta al bisogno. La variabile organizzativa è particolarmente evidente come barriera all'adozione e diffusione in tutti i casi in cui la nuova tecnologia non è «*professional friendly*»: sono barriere organizzative, in generale, la mancanza di motivazione dei medici all'adozione, la mancanza di supporto manageriale e di fattori correlati alla capacità produttiva dell'organizzazione (Geisler, Heller, 1998). La causa scatenante è il timore che l'innovazione possa incidere sugli equilibri di potere esistenti all'interno dell'organizzazione o influire sulle pratiche e le procedure adottate (vedi esempio in box 1). L'atteggiamento favorevole dei professionisti nei confronti di una nuova tecnologia dipende, innanzi tutto, dal sistema di valori e dall'esperienza della classe medica. Per questo motivo, la formazione rappresenta una leva importante per sostenere l'adozione e sviluppare il consenso, in quanto incide direttamente sulle competenze del professionista (Rothem, Walters,

Dewdney, 1995), tuttavia, può non essere sufficiente. Quando oggetto della formazione è *training* all'impiego di una nuova tecnologia, il successo è inoltre influenzato dalla posizione sulla «curva di apprendimento» personale del professionista, a sua volta funzione dell'esperienza già maturata, della motivazione manifestata, dell'assistenza delle imprese produttrici.

In sintesi, i professionisti lottano per guadagnare e mantenere la propria autonomia professionale in quanto «*il controllo della propria tecnologia da parte di un gruppo di operatori è ciò che distingue un gruppo professionale da altri tipi di associazionismo*» (Smith, Kaluzny, 1975): l'adozione di nuova tecnologia può fare la differenza nell'evoluzione di sotto-gruppi professionali che si specializzano sfruttando i punti di rottura delle curve di apprendimento del gruppo professionale principale. L'ultra specializzazione indotta dall'innovazione tecnologica (Greer, 1988) è la principale strategia competitiva professionale: essa crea una relazione circolare di mutuo effetto tra lo sviluppo di nuove specialità indotto da nuove tecnologie e la «tecnologizzazione» indotta dal sorgere di nuove specialità. Le stesse dinamiche competitive e di specializzazione intervengono anche nell'ambito della categoria dei tecnici sanitari.

#### 5. La variabile economico-finanziaria

La variabile economico-finanziaria fa riferimento all'insieme delle rigidità e delle potenziali distorsioni che la valutazione economico-finanziaria dell'investimento da parte dei finanziatori adottanti può produrre nelle scelte di adozione e di diffusione della tecnologia sanitaria. È quindi necessario indagare come l'attuale sistema di finanziamento indirizza le convenien-

ze all'adozione, e al tempo stesso, remunera e incentiva le aziende che la veicolano nell'ambito del sistema.

Il peso di questa variabile è stata riportata all'interesse dei ricercatori dall'introduzione del sistema Drg per il finanziamento dell'attività ospedaliera. In estrema sintesi, il sistema Drg rende indipendente (e incerto) il livello futuro di finanziamento riconosciuto alle aziende a fronte delle affinità prodotte, poiché questo non è più legato ai costi storici sostenuti per i servizi erogati. Esso induce i produttori di servizi ad elaborare strategie individuali volte a contrastare la rigidità intrinseca delle tariffe, elaborate *ex-ante* e poco aggiornate rispetto alle innovazioni di prodotto e di processo che intervengono nel trattamento della specifica patologia. In generale il meccanismo della tariffa Drg genera sul sistema in cui viene introdotto effetti contrastanti:

1) da un lato, *ceteris paribus*, incentiva l'incremento del numero delle prestazioni (sollecitando un miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate e, di conseguenza, spingendo un rapido rinnovo della dotazione tecnologica);

2) dall'altro lato, incentiva il contenimento dei costi, compresi i costi per i dispositivi medici impiegati, all'interno di ogni singolo episodio di cura (Anessi Pessina, 2000). Infatti, se in passato il sistema di finanziamento basato sulla spesa storica generava un rimborso a piè di lista dell'attività ospedaliera che garantiva la copertura effettiva dei costi dell'innovazione tecnologica nell'assistenza, oggi le aziende sanitarie sono indotte, erroneamente, a considerare la tariffa Drg come un prezzo e a valutare *mix* e volumi di attività sulla base del rapporto tra costo unitario del servizio offerto e tariffa Drg associata. Nei casi in cui questo rapporto sia  $> 1$ , o nei casi in cui la tariffa Drg non sia in grado di

coprire i costi, è quindi normale che le aziende siano indotte all'adozione di tecnologie che incidono in modo limitato sull'ammontare complessivo dei costi per prestazione, scoraggiando l'introduzione di tecnologie che aumentano considerevolmente il costo per caso trattato (OTA, 1983).

In sintesi, le possibili barriere create dall'impatto dei Drg sulla diffusione di tecnologia sono riconducibili alle differenze tra il concetto di «prezzo-ricavo» e «remunerazione a tariffa Drg» che la riforma del finanziamento dell'attività ospedaliera ha introdotto, e che derivano da:

1) inadeguata rappresentazione del valore dei servizi scambiati nel mercato sanitario (Francesconi *et al.*, 1997);

2) non perfetta informazione in fase di formazione delle tariffe, che produce una sovrastima dei costi per le prestazioni di scarsa complessità (per le quali è più semplice reperire le informazioni) e una sottostima dei costi per le prestazioni ad elevata complessità (quelle che maggiormente prevedono l'impiego di tecnologie);

3) mancanza di aggiustamento automatico delle tariffe Drg.

## 6. Il sistema competitivo pubblico/privato

Questa variabile introduce l'analisi delle relazioni competitive tra i produttori pubblici e il privato accreditato in termini di «tecnologizzazione» indotta dal perseguimento di strategie di differenziazione dai *competitors* e della ricerca del vantaggio competitivo basate su investimenti in tecnologia sanitaria innovativa. Il rischio implicito di queste dinamiche è che l'obiettivo generale dell'innovazione, ovvero di massimizzazione della costo-efficacia dell'investimento, sia distorto dalla corsa delle aziende all'approvvigionamento di tecnologie ultra-

specializzate, in grado di garantire senz'altro risultati e possibilità raffinate in campo diagnostico e terapeutico, ma virtualmente «inutili» in termini di risultati sanitari per il paziente.

In linea generale, il processo di adozione dell'innovazione si sviluppa come raffigurato nella figura 3.

L'adozione di tecnologia sanitaria innovativa avviene, innanzitutto, nell'ambito delle aziende sanitarie private. In questa prima fase le strutture pubbliche rimangono escluse dall'adozione della tecnologia, per motivi riconducibili in generale ai vincoli di

risorse destinate all'innovazione e/o all'inerzia decisionale che ostacola un'adozione repentina. Le strutture private risultano infatti più flessibili nella definizione dei propri piani d'investimento e hanno a disposizione maggiori risorse da impiegare per ampliare la propria dotazione di tecnologia. L'unica dimensione di valutazione del privato è la remuneratività dell'investimento.

La disponibilità di determinati servizi in strutture private a favore degli utenti in grado di sostenere *out-of-pocket* l'accesso a servizi che adottano

### Box 1 - Esempio 1

#### **Il trapianto di cristallino artificiale per il trattamento della cataratta senile e la rivoluzione in oftalmologia: da specialità medica a specialità chirurgica**

Il caso dell'oftalmologia è un chiaro esempio di inibizione dell'adozione di una nuova tecnologia sanitaria da parte di un gruppo professionale, seppure nell'ambito di un sistema competitivo pressante: una situazione creata a causa dell'innovazione tecnologica su una disciplina sanitaria tradizionalmente «medica». Fino alla fine degli anni Settanta, infatti, l'oftalmologia si connotava come una disciplina medica, la cui tecnologia era rappresentata perlopiù da indagine diretta del paziente, prescrizione di lenti correttive e farmaci oftalmologici. Alla fine degli anni '80 le possibilità terapeutiche, in oftalmologia come in altri campi, sono state completamente rivoluzionate dalla disponibilità di un'applicazione della tecnologia laser, che ha reso disponibili dispositivi come i bisturi laser (Gloor, 1989), utilizzando il potere della luce concentrata per incidere e suturare la pelle e la superficie della cornea e aprendo così la strada ai micro-interventi chirurgici sull'occhio. Tra questi interventi, il trapianto di cristallino artificiale nel trattamento della cataratta senile ha avuto un successo inaspettato (Fankhauser, Rol e Kwasniewska, 1990). L'intervento è eseguito da una nuova categoria di professionista, l'oftalmologo chirurgo, che impiega capacità manuali e tecniche completamente nuove rispetto all'oftalmologo tradizionale (tra cui l'abilità manuale nel maneggiare il bisturi laser) che devono essere specificamente formate (attraverso la specializzazione universitaria), e che hanno costituito un ostacolo per i professionisti più anziani, che hanno anche culturalmente accettato con fatica questo cambiamento. Tra gli altri effetti, è necessario sottolineare i vantaggi per il sistema privato di offerta di servizi oftalmologici e la diffusione della figura dell'oftalmologo libero professionista, che poterono sfruttare un mercato ancora scoperto dal settore pubblico e i consistenti ritorni sul piano, economico e professionale, di questa innovazione.

Nei primi anni Ottanta, un periodo di grande turbolenza per questa specialità l'«Ospedale A» costituiva il centro oftalmologico *leader* di Milano. Il primario dell'Ospedale A, medico oftalmologo di grande esperienza e di grande maturità professionale, per più di 5 anni (dal 1980 al 1985 circa) precluse l'adozione del trattamento chirurgico della cataratta senile, perché informalmente riuscì ad inibire la diffusione di questa tecnologia sanitaria, avanzando pretesti circa l'evidenza clinica del trattamento e i possibili rischi indotti sui pazienti più anziani sottoposti alla procedura chirurgica anziché al trattamento farmacologico. Il risultato, sul piano della posizione competitiva della struttura, l'unica, in un contesto competitivo che aveva compiuto il salto a favore dell'intervento chirurgico della cataratta a non offrire questo servizio, produsse evidenti conseguenze in termini di perdita del vantaggio competitivo, che tuttavia fu possibile risolvere solo con il pensionamento del primario.

innovazione tecnologica genera pressioni sul finanziatore pubblico, che in genere è indotto a stipulare con il privato accordi di convenzione a favore degli utenti del Ssn. Dal settore privato/privato la tecnologia innovativa si diffonde quindi alle strutture private convenzionate, che operano per conto del Ssn e da essa sono renumerate, per la fornitura dei servizi sanitari. Da qui all'adozione da parte delle strutture pubbliche il passo è breve: sono gli accordi stipulati con il privato convenzionato sottendono il riconoscimento della validità della tecnologia da parte dell'operatore pubblico e quindi la loro rimborsabilità. Se così è, non si può arrestare l'adozione della tecnologia anche da parte del produttore pubblico, impegnato nella partita del «quasi-mercato» dell'assistenza sanitaria (Caprari, 2001).

Un punto di vista differente nell'analisi di questa variabile, interpreta la spinta all'adozione di tecnologia sanitaria in presenza di un forte sistema competitivo come un'azione stimolata dal *management* aziendale nel tentativo di indurre uno *shock* organizzativo positivo, che favorisca la creazione di nuove conoscenze dei professionisti medici e dell'intera organizzazione. L'effetto positivo dell'innovazione è tuttavia variabile in relazione alla posizione dell'azienda sulla propria curva di apprendimento organizzativo. In particolare, l'effetto positivo potenziale è minore proprio per i centri ad alta specializzazione (già ultra-specializzati) in confronto ad ospedali generici. In questo secondo tipo di strutture, infatti, il rischio di creazione di «isole tecnologiche» — ovvero situazioni in cui la tecnologia sanitaria innovativa è paracadutata in contesti organizzativi e professionali inadatti a sfruttarne la portata innovativa — è maggiore.

**7. La variabile legale ed istituzionale**

Nelle diverse aree geografiche le tecnologie mediche si diffondono in modi differenti. Esse si confrontano con l'esistenza di una varietà di norme, regolamenti, politiche di finanziamento che contribuiscono a creare l'ambiente di riferimento nel quale le tecnologie vengono introdotte. La variabile istituzionale e legale, pertanto, evidenzia il ruolo dei meccanismi di accreditamento e del quadro della normativa vigente nel regolare l'accesso di tecnologia sanitaria innovativa nell'ambito del sistema di offerta.

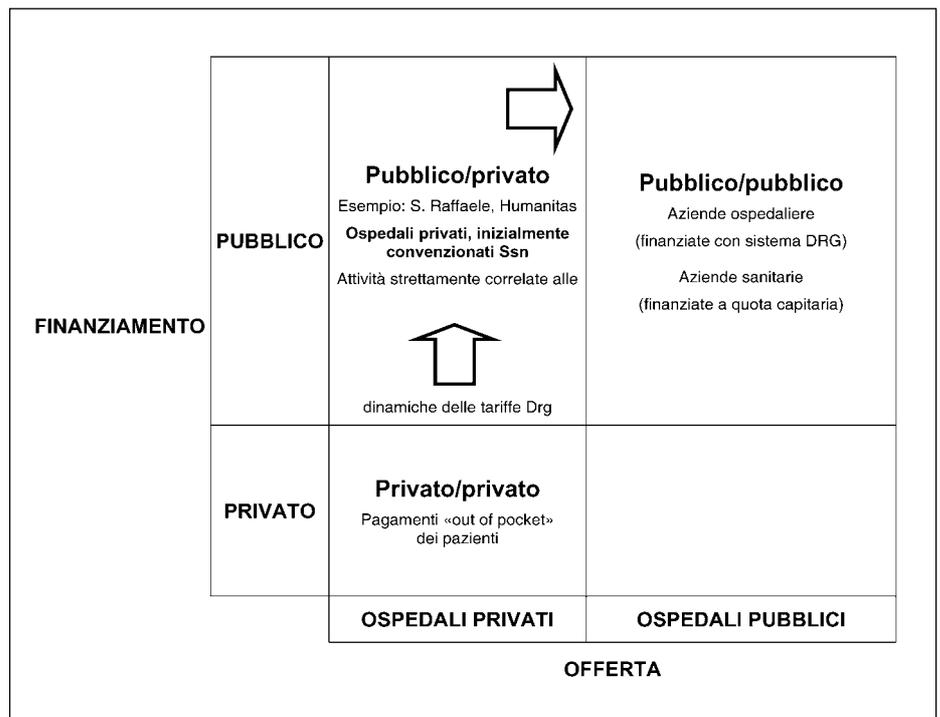
In Italia, ad esempio, la «Regionalizzazione» del sistema sanitario ha rappresentato un'opportunità per i livelli decisionali decentrati (Regione, Azienda) per configurare una propria funzione di governo della diffusione

della tecnologia innovativa (in quanto la Regione è ora responsabile e finanziatrice del sistema tecnologico regionale). Questa crescita del ruolo regionale ha parzialmente riequilibrato la tradizionale egemonia del ruolo dei professionisti come attore *leader* del processo di adozione, ed è quindi interpretabile come un fattore positivo.

Il costo della Regionalizzazione, d'altra parte, è la frammentazione dei sistemi sanitari, cui segue inevitabilmente quella del quadro istituzionale e regolamentativi che interessano l'adozione della tecnologia sanitaria. Questo fenomeno può rivelarsi:

1) una barriera alla diffusione, perché determina la moltiplicazione degli sforzi, delle strategie e delle negoziazioni che il produttore della tecnologia deve mettere in atto per ottenerne il riconoscimento nei diversi sistemi regionali; oppure

**Figura 3 - Diffusione dell'innovazione e sistema competitivo pubblico/privato nel caso della sanità italiana**



Fonte: Del Vecchio (1998).

2) un incentivo, perché consente di sfruttare varie occasioni di negoziazione nei diversi ambiti regionali che aumentano le probabilità di successo «complessive», vale a dire l'eventualità che tale tecnologia venga riconosciuta in almeno uno di essi.

## 8. Il ruolo dei produttori e delle associazioni di imprese

I processi di diffusione delle tecnologie deve essere analizzato non solo dal punto di vista della domanda, che definisce gli stimoli ad adottare l'innovazione, ma anche dal punto di vista dell'offerta, per comprendere quali spazi di manovra si prospettino nel condizionare i tempi e le modalità per l'industria di tale diffusione (Ferrata, 1989). È questa una variabile oggetto di studi tradizionali di strategia competitiva (Porter, 1980).

Nel settore dei produttori di tecnologia sanitaria, le strategie competitive si caratterizzano per il fatto che esse tentano di agire *prima* che la tecnologia sanitaria innovativa sia adottata nella pratica medica. Una volta che l'innovazione si realizza, è possibile analizzare il ruolo dei produttori della tecnologia innovativa, da un lato, e dall'altro quello dei produttori di tecnologie sostitutive minacciati dalla diffusione della tecnologia innovativa.

1) Nel primo caso, i produttori sono costretti a cercare la collaborazione del cliente al fine di stimolare e di favorire l'adozione di una tecnologia. Il contributo dei fornitori di tecnologie al processo di diffusione è evidente, ad esempio, nell'attività di EUCOMED (*European Confederation of Medical Suppliers Associations*), associazione europea di imprese che operano nel settore delle tecnologie e dei dispositivi medici (EUCOMED, 2000), rappresentata in Italia da Asso-biomedica. L'attività di queste asso-

ciazioni è tesa alla costruzione di un contesto favorevole alla diffusione di tecnologie innovative, attraverso l'impiego di strumenti per attuare il loro progetto come, ad esempio, il contatto diretto con i medici, la partecipazione a convegni delle diverse Società scientifiche, flussi informativi nei confronti dei pazienti e dei soggetti responsabili delle decisioni di acquisto.

2) La prospettiva dei produttori di tecnologie sostitutive è tesa ad elaborare una strategia di difesa della posizione di mercato, così come avviene in tutti i settori industriali, tra cui le leve della reputazione sul mercato, delle economie di scala, dell'apprendimento accumulato e dell'accesso preferenziale ai canali distributivi per contrastare l'entrata di nuovi attori nel mercato. In Italia, tuttavia, la variabile competitiva è forse più debole in confronto ad altri Paesi industrializzati, in quanto l'industria delle tecnologie sanitarie ha ancora dimensioni contenute e sono rari i casi di produttori di grandi dimensioni (CSA, 2003) che ostruiscano piccole imprese innovative.

## 9. Il ruolo dei pazienti

È possibile affermare un ruolo decisivo degli utenti finali relativamente alla diffusione di tecnologia sanitaria nel settore sanitario, caratterizzato da elevata asimmetria informativa tra medico-paziente? Si è oggi più propensi ad una risposta affermativa, sull'onda dell'importanza crescente del ruolo dei pazienti nei processi di erogazione dei servizi (Goldstein, Toth, 1999) e dell'evidente crescita del potere contrattuale degli interessi dell'utente finale (cd. fenomeno del *consumerism*: Bastian, 1988), veicolato soprattutto nell'ambito dell'associazionismo (vedi il paragrafo «Il ruolo dell'associazionismo dei pazienti nel caso DBS»).

È tuttavia necessario definire quale peso abbia questa variabile nei confronti del processo di diffusione di tecnologie sanitarie innovative. È senz'altro vero che il fenomeno del «paziente informato» non può che essere positivo (poiché stimola la comunicazione e il confronto con il medico e aumenta la propensione a sperimentare nuove metodologie di cura). Ma in generale non è facile trovare esempi che evidenzino un ruolo eclatante del paziente nella diffusione della tecnologia (vedi esempio in box 2). La stessa considerazione vale in negativo. Proponiamo un esempio in cui l'atteggiamento di rifiuto dei pazienti è riconducibile alla diffidenza nei confronti della qualità dei controlli effettuati a distanza, può risultare al contrario un elemento di ostacolo alla diffusione della tecnologia (vedi esempio in box 3).

## 10. Una sintesi del ruolo delle variabili non convenzionali: il caso DBS

L'analisi del caso della diffusione della tecnologia della «Deep Brain Stimulation» per la trattazione dei sintomi del morbo di Parkinson rappresenta uno strumento per illustrare un esempio in cui l'interazione delle variabili «non convenzionali» concorre, con intensità diversa, a deviare il percorso di diffusione di una tecnologia sanitaria efficace.

### 10.1. La stimolazione cerebrale profonda (Deep Brain Stimulation - DBS) per la trattazione dei sintomi del morbo di Parkinson

#### 10.1.1 La tecnologia DBS per il paziente parkinsoniano

Il morbo di Parkinson è una malattia degenerativa del sistema nervoso centrale, ad oggi incurabile, che pro-

voca nei pazienti disturbi del movimento tra cui rigidità muscolare, lentezza nell'esecuzione dei movimenti volontari (bradicinesia), tremore e instabilità posturale. A questi si aggiungono gli effetti psicologici della malattia, che includono demenza, depressione, perdita di memoria, confusione e agitazione. La patologia presenta un'incidenza pressoché costante nelle varie aree geografiche mondiali, e conta più di 4 milioni di persone affette. L'analisi del quadro epidemiologico mostra una prevalenza stimata di 183 casi ogni 100.000 abitanti ed una incidenza annua di 21 casi su 100.000 abitanti. Solo in Italia vi sono 250.000 malati accertati e 12.000 nuovi casi all'anno. L'età media di esordio della malattia è intorno ai 60 anni, ma nel 10% dei casi essa si manifesta in pazienti con meno di 40 anni.

Il trattamento farmacologico dei pazienti con Levodopa è inizialmente estremamente efficace, ma gli effetti positivi si riducono con il progresso degenerativo della patologia. Quando sopraggiunge questo stadio, si apre la strada al trattamento chirurgico dei sintomi della patologia. Alla fine degli anni '50 viene messa a punto la *talamotomia*, una tecnica chirurgica altamente invasiva volta ad interrompere la trasmissione neurale del tremore che consiste nella distruzione di una piccola area del cervello. L'elevato rischio dell'intervento porta la ricerca al progressivo abbandono della talamotomia e nel 1987 Benabid e Pollak (Benabid *et al.*, 1987) mettono a punto il primo intervento chirurgico stereotattico per la stimolazione cerebrale dei pazienti parkinsoniani, per impiantare un dispositivo per la stimolazione elettrica profonda direttamente nell'area cerebrale colpita dal morbo. Il neurostimolatore DBS è un elettrodo in titanio e plastica del diametro di 1 mm, formato da 4 poli collegati ad un generatore di impulsi per mezzo di

un cavo di raccordo, impiantato dal neurochirurgo direttamente nel cervello del paziente. A seguito dell'impianto vengono eseguiti *test* specifici sulla funzionalità dell'elettrodo che, se positivi, aprono la seconda fase dell'intervento (impianto del generatore di impulsi a livello sottocutaneo al di sotto della clavicola e collegamento all'elettrodo mediante il cavo di raccordo, posto sotto pelle tra il cranio e il collo). Al termine dell'operazione, il paziente dispone di un piccolo magnete portatile, che consente di attivare e

disattivare l'intero sistema di DBS e di verificare lo stato della batteria dello stimolatore. È importante sottolineare che la procedura così descritta può variare, anche notevolmente, tra i diversi Centri che oggi praticano l'intervento.

### 10.2. *Le variabili in gioco nel processo di diffusione della tecnologia DBS*

Il caso DBS evidenzia l'interazione di tre variabili che influiscono sulla diffusione della tecnologia: la com-

#### Box 2 - Esempio 2

Uno di questi casi è, ad esempio, identificabile nel successo delle cd. medicine non convenzionali (anche dette «medicine alternative»), che in questi ultimi due decenni hanno avuto il merito di identificare il bisogno di un tipo di approccio olistico al problema di salute, che la medicina tradizionale non era stata in grado di soddisfare. In questo elenco sono comprese omeopatia, agopuntura, Qi Gong, medicina tradizionale cinese, manipolazioni vertebrali, fitoterapia, farmaci spargici, osteopatia e altri.

Il grande successo di queste tecnologie sanitarie pone, tuttavia, alcune questioni, tra cui la quantificazione della parte di fenomeno riconducibile ad una moda; la quantificazione di quanto la domanda di approcci non convenzionali rimarrà stabile in futuro; infine, la mancanza ad oggi di prove di evidenza scientifica di queste pratiche; il ritardo, in Italia, con cui si stanno elaborando politiche unitarie per la regolamentazione della diffusione di queste «pratiche mediche». Nonostante questi fattori, le medicine non convenzionali hanno raggiunto un altro traguardo importante: seppur in ritardo rispetto ad altri Paesi Occidentali. Crescono le Asl che riconoscono la «medicina non convenzionale» direttamente presso proprie strutture (tra queste, ad esempio presso le Asl di Lucca, di Brescia, di Firenze, di Siena, di Roma e di Messina). Tuttavia, nonostante i casi di evidente successo dell'introduzione di questi servizi rimane la preoccupazione relativa al finanziamento con risorse pubbliche di una pratica che ancora non ha ottenuto garanzie di evidenza scientifica: non a caso, il meccanismo di finanziamento della nuova tecnologia la considera una prestazione specialistica, pertanto co-finanziata dal paziente, e l'offerta è razionata. In ogni caso, è necessario sottolineare che il Ssr rimane responsabile nei confronti di un fenomeno che sta diventando una tendenza importante nel settore dell'assistenza sanitaria, nei confronti del quale sarebbe auspicabile assumere un approccio più uniforme.

#### Box 3 - Esempio 3

Un caso di tecnologia sanitaria la cui diffusione è stata ostacolata dal ruolo del paziente è riscontrabile nell'ambito della telemedicina (Goldstein and Toth, 1999; Cathon, 1998), di cui costituisce un esempio il «cardiotelefono», una tecnologia che consente il monitoraggio a distanza dei pazienti cardiopatici sub-acuti, aritmici e scompensati (Gugiatti, Meroni, 2000). In questo caso, la necessità di investimento iniziale (contenuto) della struttura sanitaria per l'implementazione della tecnologia è risultato un fattore secondario rispetto alla opposizione degli utenti finali, che hanno rifiutato il sistema di dimissioni monitorate a distanza poiché evidentemente non realizzava, in questi pazienti, l'obiettivo di garantire la sensazione di piena sicurezza in caso di emergenza.

pietà tecnica dell'intervento e il problema logistico (variabile «organizzativa»); gli incentivi del sistema di finanziamento (variabile «economico-finanziaria»). Esponiamo in dettaglio le difficoltà riscontrate nell'indagine condotta presso due dei Centri di riferimento italiani per questo intervento.

1) *La procedura non standardizzata e le strategie competitive.* L'impianto del dispositivo DBS è una procedura altamente complessa, che richiede le competenze di una *équipe* multidisciplinare che mette a punto una «propria» tecnica di intervento. La tecnologia di intervento è così chiaramente identificabile nell'ambito del sistema competitivo, creando barriere più o meno implicite nella trasmissione di conoscenze e di competenze tra i Centri che in Italia eseguono la procedura, alimentato dalla strategia competitiva volta a trattenere *know-how* a difesa dell'immagine di «Centro di riferimento» per l'impianto DBS. In questo senso, pertanto, l'elevata specializzazione richiesta su una tecnologia non consolidata tende a creare una barriera alla diffusione della tecnologia.

2) *Il fabbisogno di capacità produttiva (personale e disponibilità di spazi).* La limitata disponibilità di offerta della tecnologia alimenta lunghe liste di attesa per l'impianto DBS imputabili, da un lato, all'esplosione della domanda per l'intervento e, dall'altro, alla disponibilità limitata di risorse organizzative (professionisti addestrati, personale dedicato, disponibilità di spazi) che rende possibile la tecnologia solo in un numero limitato di Centri, e un numero relativamente contenuto di interventi. La limitata disponibilità di risorse organizzative necessarie per una procedura sicuramente onerosa per il Centro che la esegue sottolinea come la competizione interna sulle risorse organizzative (sale

operatorie, personale) rappresenti una variabile chiave nei processi di diffusione della tecnologia DBS, che necessiterebbe di incentivi specifici.

3) *La dimensione economica.* Il sistema di finanziamento è attualmente il fattore di ostacolo principale alla diffusione della tecnologia DBS in Italia e in Europa. Una recente valutazione economica della tecnologia DBS condotta dal CeRGAS Bocconi, ha stimato un costo speciale dell'intervento nettamente maggiore del valore ad esso riconosciuto dalla tariffe Drg associata (Marchese, Vichi, 2001). I Centri che offrono l'intervento sono strutture ad alta specializzazione che investono nella tecnologia risorse proprie, i cui ritorni sono quantificabili prevalentemente in termini di immagine e creazione di *know-how* interno. La distorsione creata da tariffe Drg non adeguate è ancora più evidente considerando che l'esecuzione dell'intervento produce esternalità positive per l'intero sistema sanitario: il paziente Parkinsoniano, infatti, risolve una situazione di cronicità oggi a carico soprattutto dell'assistenza primaria (il paziente torna ad una vita pressoché normale), nonché del finanziatore reale del sistema (la Regione). In questo caso, pertanto, la variabile economico-finanziaria opera come una barriera alla diffusione della tecnologia in quanto la tariffa Drg sottovaluta il reale valore dell'intervento, a fronte della quale solo da poco (grazie alla mobilitazione di una pluralità di attori, vedi infra) le Regioni hanno riconosciuto finanziamenti *ad hoc*, come «bonus per l'innovazione».

### 10.3. *La strategia del produttore a supporto della diffusione della tecnologia*

La strategia di supporto del produttore della tecnologia al processo di diffusione risulta nel caso DBS parti-

colarmente interessante, poiché dimostra come in Italia la funzione di *Technology Assessment* sia oggi guidata da attori privati, comportando rischi concreti per la neutralità del produttore rispetto al proprio interesse economico. In generale, le strategie di supporto alla diffusione della tecnologia si sostanziano in un variegato insieme di attività gestite dai produttori, tra cui:

1) *promozione della collaborazione*, in primo luogo tra i diversi professionisti e, in seguito, tra i Centri di riferimento, con l'obiettivo di rinforzare il potere contrattuale e creare una base di consenso solida alla diffusione della tecnologia. I produttori creano occasioni di contatti e collaborazione tra i diversi gruppi di interesse coinvolti;

2) *Technology Assessment*: in Italia il T.A. non è ancora sufficientemente strutturato come funzione centrale, unitaria e visibile, del sistema. Pertanto, il produttore è costretto ad assumersi questa funzione e a promuovere, o condurre autonomamente, valutazioni che supportino l'evidenza di efficacia clinica e di costo-efficacia della tecnologia, atti a creare il prerequisito del modello di diffusione;

3) *supporto delle negoziazioni ai vari livelli*: il supporto è offerto nei confronti dei professionisti, dei centri, delle varie forme di associazionismo dei pazienti che si trovano a negoziare con i finanziatori del sistema la convenienza dell'adozione della tecnologia;

4) *elaborazione e redazione di qualsiasi tipo di documentazione di supporto necessaria*: i produttori assistono le relazioni contrattuali mettendo a disposizione risorse proprie per ricerche bibliografiche, valutazioni economiche, compilazione di documentazione obbligatoria a carico degli attori coinvolti nella negoziazione.

Le strategie del produttore a supporto della diffusione della tecnologia

sono attuate a diversi livelli di negoziazione:

1) *negoziatura tra singoli professionisti e direzioni dei Centri ospedalieri*. È questo un momento fondamentale, perché il ruolo dei professionisti nell'adozione dell'innovazione rimane centrale e connota l'innovazione tecnologica in sanità come un processo *bottom-up*;

2) *negoziatura tra direzioni dei Centri ospedalieri e singole Autorità regionali*. A questo livello i produttori sono supporter delle reti tra i Centri ospedalieri che offrono l'intervento, o del Centro *leader* regionale, nel dialogo con le Regioni. La questione di interesse è il riconoscimento di meccanismi di finanziamento che riconoscano l'innovazione della tecnologia. Nel caso DBS la negoziazione con la Regione è stata condotta in parallelo nei diversi sistemi regionali, contraddistinti da modelli di finanziamento autonomi, e processi di aggiornamento delle tariffe diacronici. Il sistema con cui le Regioni incentivano la diffusione dell'innovazione tecnologica sono diversi. A titolo di esempio presentiamo due esempi.

*Il modello Lombardia*. La Regione finanzia una percentuale fissa del prezzo di acquisto di una lista di dispositivi sanitari di cui riconosce ufficialmente l'innovatività. In Lombardia il finanziamento del DBS è del 100%, ma altre Regioni diminuiscono la quota fino al 50% (un esempio è il Piemonte, per la stessa tecnologia). Variano inoltre le procedure con cui i Centri hanno accesso al finanziamento. Questa soluzione, che di fatto non identifica una «funzione di innovazione tecnologica» riservata ad alcuni Centri di riferimento regionali, stimola gli ospedali ad adottare l'innovazione. La questione della qualità degli interventi è, in questo caso, delicata; tuttavia, l'elevata complessità ed onerosità organizzativa della procedura chi-

urgica dell'impianto del DBS (che richiede centri attrezzati per la neurochirurgia stereotattica) produce una selezione implicita dei Centri di riferimento.

*Il modello Emilia-Romagna*. Una soluzione alternativa è quella in cui la Regione identifica ufficialmente i propri Centri di riferimento per l'innovazione e finanzia con un fondo regionale *ad hoc* la copertura dei costi non riconosciuta dal sistema Drg. Questa soluzione, limita consapevolmente l'accesso alla funzione di «innovazione sanitaria» di altri Centri, in quanto presuppone che questa modalità assicuri migliori livelli qualitativi, concentrazione delle esperienze che faciliti la creazione di competenze. La filosofia regionale implicita in questa scelta, e la strategia perseguita, è coerente con un disegno di sistema regionale a rete, in cui le strutture sanitarie ai diversi livelli di assistenza sviluppano un ruolo specifico anche in termini di funzione di innovazione. Anche in questo caso, tuttavia, possono derivare problemi nel caso in cui i fondi per l'innovazione non siano sufficienti. In Emilia-Romagna, ad esempio, per la tecnologia DBS sono stati identificati due soli Centri di riferimento, finanziati in misura oggi insufficiente per rispondere alla domanda. L'accesso dei pazienti all'impianto è regolamentato specificamente e prevede: a) una particolare procedura di codifica dei pazienti eligibili; b) rispetto del tetto regionale di numero di impianti DBS per anno; c) presentazione di un rapporto di fine anno sull'uso del fondo.

#### 10.4. Il ruolo dell'associazionismo dei pazienti nel caso DBS

Un terzo livello di negoziazione per la diffusione della tecnologia è quello che si stabilisce tra i gruppi di interesse organizzati dei pazienti e l'Autorità

regionale. Il caso della diffusione italiana del DBS testimonia il potere dell'associazionismo nel dialogo con la Regione, condotto come livello autonomo di contrattazione.

La situazione dei pazienti affetti da patologie di tipo cronico-degenerativo, come nel caso del morbo di Parkinson, è in generale incentivo alla creazione di associazionismo, in quanto le caratteristiche della malattia richiedono elevato supporto alle famiglie. L'associazionismo assicura la possibilità per il paziente di accedere ad una vasta gamma di attività, tra cui informazione, analisi dei bisogni, *counselling* e altre. Una funzione fondamentale dell'associazionismo, tuttavia, è quella delle azioni di *lobbying* condotte direttamente con gli Assessorati regionali. Prima del 1999, i pazienti eligibili per l'intervento DBS erano costretti a rivolgersi a Centri situati all'estero, in Francia e Svizzera perlopiù, con liste di attesa di circa 4 anni. In alcuni casi, le famiglie erano costrette a sobbarcarsi l'anticipo di tutto o parte dei costi dell'intervento (con cifre variabili tra i 20-50.000 euro), con enormi ritardi registrati in seguito per i rimborsi da parte dell'azienda sanitaria di riferimento. L'iniziativa dell'Associazione Italiana Parkinsoniani (AIP) si rivolse direttamente alla Regione Lombardia per ottenere migliori condizioni di accesso alla tecnologia e garantire la pronta disponibilità di finanziamenti per le famiglie dei malati. La negoziazione, condotta dal presidente AIP in persona, fu supportata attivamente dal produttore della tecnologia (vedi sopra), anche se non ufficialmente, risultò in un grande successo per l'associazione, ed aprì la strada a tavoli di negoziazione simili nelle altre Regioni. Questi tavoli sono ancora attivi, con nuovi obiettivi (tra cui la richiesta di azioni per l'aumento dell'offerta, seppur concentrata in un numero limitato di

Centri che garantiscono elevata qualità). L'AIP, inoltre, rappresenta oggi un attore fondamentale della diffusione, poiché agisce come collettore della domanda presso i «propri» Centri di riferimento, ed effettuando una «certificazione di qualità» informale e autonoma di queste strutture. È questa un'azione che può costituire un ulteriore fattore di ostacolo alla diffusione della tecnologia innovativa, istituendo una barriera all'entrata che in futuro (più o meno informalmente) potrebbe influenzare le strategie competitive di questi Centri: l'azione di comunicazione più efficace sarà costituito dal riconoscimento AIP e i Centri che potranno fregiarsene potranno godere di un vantaggio competitivo notevole rispetto ai *competitors* diretti.

## 11. Conclusioni

L'analisi del caso DBS ha illustrato quanto possono essere forti i limiti indotti sul processo di diffusione di una tecnologia sanitaria innovativa di fattori diversi dalla «dimostrata efficacia clinica». In particolare, l'analisi della variabile economico-finanziaria dimostra i vincoli del sistema Drg come meccanismo per veicolare le convenienze degli attori del sistema, in quanto introduce distorsioni nei processi di diffusione che prescindono dal reale valore della tecnologia sanitaria. In questa situazione altri gruppi di interesse, anche esterni al sistema sanitario (pazienti e loro associazioni e produttori della tecnologia) hanno dovuto giocare un ruolo attivo per sostenere il processo di diffusione, elaborando autonome strategie di supporto. In questo caso, infatti, l'elemento centrale della diffusione (l'efficacia clinica) non è sufficiente a sostenere l'adozione.

Una lettura complessiva del caso sottolinea come criticità principale la necessità di una funzione di omoge-

neizzazione delle strategie dei differenti attori, indirizzandone verso l'obiettivo comune. Ad oggi, è interessante notare che questo ruolo di collettore informale delle strategie a supporto della diffusione è stato assunto dal produttore della tecnologia. È questa una peculiarità del contesto italiano, che comporta problemi oggettivi in quanto la funzione assunta dal produttore è fonte di possibile comportamento opportunistico, nel caso in cui questi riuscisse ad indirizzare il processo di diffusione per ottenere extra-profitti. L'alta visibilità del produttore nell'esercizio di questa funzione rappresenta, ad oggi, l'unico vincolo alla trasparenza delle sue azioni e dei risultati ottenuti, pur rimanendo una fonte di indubbi vantaggi competitivi. Si è pertanto consolidata una situazione in cui il potere contrattuale del produttore viene dato in «concessione» dall'istituzione pubblica: in parte, a causa di un mancato riconoscimento del «fabbisogno di governo» di queste dinamiche e, in parte, dalle debolezze intrinseche di programmazione dell'ente pubblico. I rischi di questa scelta, oggi implicitamente accettata dal sistema pubblico, comportano uno spostamento dei costi di esercizio non solo sui produttori: la crescita del ruolo del paziente e dell'associazionismo, evidente dall'analisi del caso DBS, testimonia come parte di questi finiscano a carico dell'utente finale, con evidenti riflessi in termini di eticità di questa scelta da parte delle istituzioni sanitarie.

È quindi necessario ripartire dalla definizione di «sistema tecnologico regionale» (insieme delle competenze, delle tecnologie fisiche, delle risorse organizzative e finanziarie a soddisfazione della domanda di salute e benessere della popolazione) per sottolineare le conseguenze che la mancanza/debolezza di una «funzione di governo tecnologico» comporta in

termini di razionalità complessiva delle dinamiche del sistema. Il modello e l'analisi dei casi si sono focalizzati sui processi di diffusione di tecnologia sanitaria innovativa in quanto fase di elevata criticità per la razionalità del sistema di offerta e intendevano fornire alcuni spunti a favore della costituzione di una chiara funzione di governo tecnologico a livello regionale:

1) tradizionalmente, la diffusione di tecnologia sanitaria innovativa è stata gestita dai medici professionisti e per lungo tempo trascurata sotto il profilo della valutazione in termini di costo-efficacia, dell'integrazione nell'ambito del sistema organizzativo dei processi clinico-terapeutici, della componente strategica e competitiva;

2) le riforme degli anni '90 hanno introdotto il principio di responsabilità finanziaria delle Regioni, influenzando sullo schema classico di negoziazione tra produttori della tecnologia e professionisti per l'adozione di tecnologia sanitaria innovativa, che ribaltava i costi sul soggetto finanziatore del sistema (Ssn e Ssr). Tuttavia, i meccanismi di finanziamento regionali si sono stratificati sui processi decisionali tradizionali tra gli attori tradizionali della diffusione, senza incidere effettivamente sulla riconfigurazione del sistema decisionale;

3) le Regioni, in questo senso, hanno ridisegnato il loro ruolo in una prospettiva di «finanziatrici» e non di «regolatrici»: in altri termini, non sono state in grado di elaborare politiche e strategie tecnologiche «di sistema» (intese come complesso di indirizzi e azioni concrete per stimolare, incentivare, interpretare i bisogni di tecnologia sanitaria da supportare, e così via). Il sistema decisionale che ne risulta appare, pertanto, meramente incrementale;

4) a livello di singole aziende sanitarie, si registra tuttavia una crescita della consapevolezza della centralità

della risorsa tecnologica, stimolata soprattutto dallo spazio strategico disponibile e dalle pressioni del sistema competitivo. Si sta consolidando, anche se lentamente, il passaggio culturale da un modello di «amministrazione» a quello di «gestione» della risorsa tecnologica. Le azioni e gli strumenti a supporto delle decisioni di investimento e gestione in tecnologia sanitaria sono state più evidenti, in particolare:

a) *sul versante delle competenze gestionali*, è oramai consolidata la funzione aziendale posta a supporto specialistico del presidio della tecnologia sanitaria, l'Ingegneria clinica (Cosmi, 2002). La componente «consulenziale» dell'Ingegneria clinica nell'ambito delle attività di *Technology Assessment* suggerisce tra l'altro un modello che potrebbe essere riprodotto nell'ambito di sistemi gestionali più ampi e che ha oggi come punto di forza, rispetto al passato, la disponibilità di professionalità specializzate (l'ingegnere clinico);

b) *sul versante degli strumenti*, il forte sviluppo del mercato del *service* offre oggi alle aziende formule per l'esternalizzazione anche completa del servizio. Questo fenomeno, se da un lato rappresenta per le aziende opportunità in più rispetto alla soluzione interna, dall'altro è una scelta che le aziende devono valutare attentamente perché comporta dei rischi in termini di perdita di *know-how* sul presidio di una risorsa chiave.

Nei prossimi anni è quindi probabile che il dibattito principale per il Servizio sanitario nazionale si concentrerà sulla natura e i contenuti più appropriati delle politiche tecnologiche regionali. In questa prospettiva, due sono le domande a cui le Regioni dovranno rispondere:

1) *le politiche tecnologiche devono incorporare anche strategie di innovazione tecnologica?* È evidente

che in caso di risposta positiva l'investimento, anche in termini di cambiamento culturale, e il livello informativo necessario è decisamente più oneroso, in quanto richiede alla Regione di riconfigurare il proprio ruolo come *pivot* del sistema di offerta e interlocutore dell'industria e della ricerca;

2) *come garantire la sostenibilità economica dell'innovazione tecnologica in sanità?* La scelta, in altri termini si pone tra politiche che si pongono:

— obiettivi di efficienza economica. La prospettiva è statica, tipicamente di breve periodo, focalizzata sul fabbisogno corrente di rinnovamento e/o sviluppo di aree specifiche di assistenza. Ad esempio, politiche a sostegno della migliore costo-efficienza degli investimenti in tecnologia neonatale, attraverso promozione di *Evidence Based Medicine*, replica di casi di successo, ecc.;

— obiettivi di efficacia, in termini dinamici, del sistema. Si tratta, in questo caso, dell'elaborazione di azioni di medio periodo, finalizzate ad ottenere maggiore flessibilità nelle scelte future. La prospettiva è quella di ogni «vero» investimento: implica sacrificio di risorse correnti da destinare alla creazione di *partnership*, rinnovo del patrimonio e ricerca scientifica, che può non avere ritorni immediati nel periodo corrente ma che costruiscono i presupposti del miglioramento futuro.

#### BIBLIOGRAFIA

- ANESSI PESSINA E. (2000), «Caratteristiche fondamentali del settore dei dispositivi medici in Italia», *L'Industria*, XXI, 3, luglio-settembre, pp. 449-462.
- ANTONELLI G., CAVAZZA M. (2000), «I servizi di pubblica utilità alla persona: l'evoluzione economica», in Vittadini G. (a cura di), *I servizi di pubblica utilità alla persona*, Franco Angeli, Milano, pp. 39-49.
- BANTA H.D., LUCE B.R. (1993), *Health care technology and its assessment. An*

- international perspective*, Oxford University Press, Oxford.
- BASTIAN H. (1988), «Speaking up for ourselves. The evolution of consumer advocacy in health care», *International of Technology Assessment in health care*, 14, pp. 13-23.
- BENABID ET AL. (1987), «Combined (thalamotomy and stimulation) stereotactic surgery of the VIM thalamic nucleus for bilateral Parkinson's disease», *Applied Neurophysiology*, 50, pp. 344-380.
- BONAIR A., PERSSON J. (1996), «Innovation and diffusion of health care technologies», in Szczepura A., Kankaanpaa J. (1996), *Assessment of Health care technologies. Case studies, key concepts and strategic issues*, Wiley Ed.
- BORGONOV E. (2000) *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, EGEA, Milano.
- BORGONOV E., DEL VECCHIO M. (2000), «I servizi di pubblica utilità alla persona: il Welfare Mix e la selezione della domanda», in Vittadini G. (a cura di), *I servizi di pubblica utilità alla persona*, Franco Angeli, Milano, pp. 224-239.
- CAPRARI F. (2001), «I vantaggi del "quasi mercato" a livello Ue», *Il Sole 24 Ore Sanità*, anno IV, 23-29 gennaio 2001.
- CHALMERS T. (1981), «The impact of controlled trials on the practice of medicine», *Mount Sinai Journal of Medicine*, 41, pp. 753-759.
- COSMI L. (2002), «Sviluppo di una funzione innovativa nel Ssn. Il caso della funzione "Ingegneria clinica"», in Anessi, Cantù (a cura di) *Rapporto Oasi 2002*, Egea, Milano.
- CSA (2003), «Health Technology Assessment in Europa», *Collana Temi di discussione*, 9, giugno.
- EUCOMED (2000), *European medical technologies and device industry profile 2000*.
- FANKHAUSER F., ROL P., KWASNIESKA S. (1990), «Optical Aids and their application», *International Ophthalmology, Clinics*, 2, pp. 123-129.
- FERRATA R. (1989), «Innovazione tecnologica. Politica di prodotto e strategia di diffusione», EGEA, Milano.
- FERRATA R. (2000), «La valutazione delle tecnologie», EGEA, Milano.
- FRANCE G. (2000), «Health technology assessment in Italy», *International Journal of technology assessment in Health Care*, 16(2), pp. 400-441.
- FRANCESCONI A. ET AL. (1997), «La valutazione dell'equilibrio economico dell'unità di terapia del dolore e cure palliative dell'o-

- ospedale della Usl di Garbagnate», *Mecosan*, 23, pp. 93-110.
- GEISLER E., HELLER O. (1998), *Management of medical technology. Theory, practice and case*, Kluwer Academic Publishers, Norwell, Massachusetts.
- GLOOR B. (1989), «Lasers in ophthalmology», *Schweiz Rundsch Med Prax*, 16, pp. 467-70.
- GOLDSMITH J. (1999), «The impact of new technologies on health costs», *Health Affairs*, May/June, pp. 312-328.
- Goldstein D., Toth C. (1999), «E-consumers and e-commerce challenge traditional referral patterns», *Managing Care Interface*, 8, pp. 44-6.
- GREER A.L. (1985), «The hospital's three decision systems», *International Journal of Technology Assessment Health Care*, 4, pp. 669-680.
- GREER A.L. (1988), «The state of the art versus the state of the science: the diffusion of new medical technologies into practice», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 4, pp. 5-26.
- GROSS P.F. ET AL. (2002), «Reporting the Recruitment Process in Clinical Trials: Who Are These Patients and How Did They Get There?», *Annals of Internal Medicine*, 137, pp. 10-16.
- GROSS P.F. (1985), «Technology assessment in different nations and lessons from a cross-sectional survey of magnetic resonance imaging», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 3, pp. 515-36.
- GUGIATTI A., MERONI F. (2000), «Il monitoraggio domiciliare del paziente cardiologico: una prima valutazione delle potenzialità applicative», *Mecosan*, 36, pp. 79-88.
- HELLER O., GEISLER E. (1998), «The technology imperative», *Management of medical technology*, Kluwer, pp. 3-22.
- HELLER O., GEISLER E. (1997), «Management Of Medical Technology: Theory, Practice And Case», Kluwer.
- MARCHESE E., VICHI M.C. (2001), «Un utilizzo del percorso del paziente: la valorizzazione economica del trattamento chirurgico della malattia di Parkinson», *Mecosan*, 36, pp. 55-78.
- MCKINLEY J.B. (1981), «From "Promising report" to "standard procedure": seven stages in the career of a medical innovation», *Health and Society*, vol. 59, 3, pp. 374-409.
- NEWHOUSE J.P. (1980), *The demand for medical care services. A retrospect and prospect*, FTCP Publ.
- NEWHOUSE J.P. (1993), *Free for all?*, Harvard University Press, Cambridge (Mass).
- NICE (2000), *Guidance on the use of implantable cardioverter defibrillators for arrhythmias*, T.A. 11.
- OTA (1976), «Development and Diffusion of Medical Technology», Appendices A, in *Development of Medical Technology: Opportunities for Assessment*, US Government Printing Office, Washington, DC.
- OTA (1978), *Assessing the efficacy and safety of medical technologies*, US Government Printing Office, Washington, DC.
- OTA (1983), «Diagnosis Related Groups (Drgs) and the Medicare Program: Implications for Medical Technology. A technical memorandum, US Government Printing Office», Washington, DC.
- PORTER M.O. (1980), *Competitive Strategy. Techniques for analyzing industries and competitors*, Free Press, New York.
- PREECE D. (1995), *Organizations and technical change*, Routledge Publications.
- PULIAFITO C.A. (1992), «Nd:Yag laser posterior capsulotomy: complications and controversies», *Advanced Ophthalmic Laser Therapy Workshop*, Interlaken, June 10th - 13rd.
- ROGERS E. (1995), *Diffusion of innovations*, Free Press, New York.
- ROTHERM A., WALTERS J., DEWDNEY J. (1995), «The public health workforce education and training study», *Australian Journal of Public Health*, 19, pp. 437-438.
- RYAN B., GROSS N.C. (1943), «The diffusion of hybrid seed corn in two Iowa communities», *Rural Sociology*; 8, pp. 15-24.
- SCHUMPETER J.A. (1992), «Capitalism, Socialism and Democracy», Harvard University Press, Cambridge.
- SMITH, KALUZYNY (1975), *The white labyrinth*, Mc Cuktcham Publ, Berkeley, California.
- SOLOW R. (1957), *Technical Change and the Aggregate Production Function*, REStat.
- SZCZEPURA A., KANKAANPAA J. (1996), *Assessment of Health care technologies. Case studies, key concepts and strategic issues*, Wiley Ed.
- TANNON C., ROGERS E. (1975), «Diffusion research methodology: focus on health care organizations», in Gordon G., Fisher L., (1975), *The diffusion of medical technology*, Ballinger Publ. Company, Cambridge, pp. 51-77.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE (1976), *Report of the Presidents Biomedical Research Panel*, HEW Pub., Washington, DC.
- WARNER K.E. (1975), «A "Desperation-Reaction" Model of Medical Diffusion», *Health Service Research*, 10, p. 369.

# ORIENTARE ALL'INNOVAZIONE L'OSPEDALE. ASPETTI STRATEGICI, ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

Federico Lega

SDA-CeRGAS Bocconi - Area Strategia ed Organizzazione

**SOMMARIO:** 1. L'innovazione in ambito ospedaliero ed i cambiamenti e le forze trainanti il suo sviluppo - 2. Creare un ambiente favorevole allo sviluppo dell'innovazione - 3. Identificare ruoli e responsabilità per lo sviluppo dell'innovazione - 4. Governare e presidiare in chiave aziendale l'innovazione - 5. Dal professionista alla padronanza organizzativa.

*Innovation in hospital context is always knowledge-related. It concerns the know-why when based on theoretical foundations (competencies), the know-how when related to practical skills. New medical devices, technologies and techniques origin from new know-why and require new know-how to be fully and effectively exploited. Given the continuous and increasing development of innovations in the healthcare sector, modern hospitals face the complex task of mastering the innovation created externally and internally. The capacity to envisioning, stimulate, recognize, evaluate and manage both lines of innovation (know-why and know-how) is key to support large and leading hospitals (overall the teaching ones) in the quest for the fulfilling of their mission and the gaining of a sustainable competitive advantage. Such hospitals are required to position themselves as close as possible to the frontier of state of the art innovation. In this light, the article tackles the strategic, organizational and managerial issues of how: (a) build a work environment focussed on innovation - strategic issue; (b) define and consolidate roles and responsibilities related to innovation envisioning and managing - organizational issue; (c) strengthen the operating mechanisms (planning, budgeting and control, human resources management, information systems, etc.) focus on innovation creation - managerial issue. These issues lead then to the discussion of how the focus on innovation impacts on traditional models of hospital organization and which adjustments and changes might be introduced.*

## 1. L'innovazione in ambito ospedaliero ed i cambiamenti e le forze trainanti il suo sviluppo

L'innovazione tecnologica nell'ambito delle strutture ospedaliere è sempre un'innovazione del sapere, del *know-why* quando con origine scientifica, del *know-how* quando con origine empirica. Il *know-why* fa riferimento alla conoscenza del perché, a fronte di una certa azione, si abbiano determinati effetti, il *know-how* alla conoscenza del «come» realizzare una certa attività (Gilardoni, 1988).

Nuove tecnologie e nuove tecniche richiedono infatti competenze umane per la loro selezione e per il loro impiego proficuo: anche quando le tecnologie si configurano come sostitu-

zione di precedenti competenze ed attività umane, ne richiedono contestualmente di nuove per scegliere ed operare con tali tecnologie. Queste brevi riflessioni richiamano la centralità del «sapere» e «saper fare» nell'ambito di organizzazioni professionali quali gli ospedali, in cui il patrimonio tecnologico e scientifico rappresenta quell'insieme strutturato di competenze, capacità, conoscenze e tecnologie tangibili (macchine) che, se efficacemente aggregate, consentono di perseguire gli obiettivi aziendali (1).

La capacità di presidiare il *know-how* ed il *know-why* assume quindi fondamentale importanza nel campo della attività ospedaliera, dove l'innovazione tecnologica è continua ed

esponenziale ed è fattore chiave nel costruire quelle competenze distintive che rafforzano l'identità e l'attrattività delle strutture ospedaliere di un certo rilievo, nel caso italiano i policlinici universitari, le principali aziende ospedaliere, gli Irccs, i grandi presidi ospedalieri a gestione diretta di Asl (2). Peraltro, l'innovazione tecnologica rappresenta una componente fondamentale della missione e delle finalità istituzionali di tali strutture ospedaliere, sebbene con rilevanza diversa:

---

L'autore ringrazia Eugenio Anessi Pessina per i commenti e gli stimoli dati alla stesura ed al completamento in veste finale del presente contributo.

— per un Irccs è la priorità assoluta, al punto che ci si aspetta che la struttura ospedaliera si collochi sulla frontiera dell'innovazione come soggetto attivo;

— per un policlinico universitario è una delle tre principali priorità (la ricerca, insieme alla didattica ed all'assistenza), ed anche in questo caso richiede, almeno in parte, la collocazione sulla frontiera dell'innovazione;

— per un'azienda ospedaliera od un grosso presidio ospedaliero di Asl è un obiettivo strategico connesso al miglioramento delle *performance* assistenziali ed al rafforzamento della propria posizione competitiva.

Nell'ultimo decennio lo scenario di riferimento delle attività sanitarie ed ospedaliere nei paesi industrializzati è mutato radicalmente, producendo diverse spinte al rafforzamento dei processi di sviluppo e consolidamento delle innovazioni tecnologiche (Grantham *et al.*, 1997). Infatti, si osserva un fabbisogno organizzativo crescente di innovazione collegato a:

— l'introduzione di logiche di competizione (quasi-mercati, *managed-care*, accreditamento) tra strutture ospedaliere rispetto alle scelte dei fruitori o dei terzi paganti. In questa prospettiva, la permanenza di medio-lungo periodo dipende dalla capacità da un lato di assolvere pienamente alla propria missione (un Irccs che non produce innovazione quale legittimazione può avere nel sistema sanitario di appartenenza?), dall'altro di identificare e sviluppare (innovando) quelle competenze organizzative specifiche che rappresentano l'aspetto irripetibile e distintivo dell'organizzazione attorno cui costruire un vantaggio competitivo;

— gli sviluppi esponenziali nel settore delle bio-tecnologie e delle apparecchiature sanitarie in generale (box 1);

— la maggiore facilità di diffusione delle informazioni, che permette di conoscere e comparare il tasso di innovatività/obsolescenza delle diverse aziende e dei loro professionisti, influenzando le percezioni e le scelte degli utilizzatori (i potenziali pazienti-clienti, influenzati, ad esempio, dalla sensazione di avere di fronte un ospedale ad alta o bassa intensità tecnologica);

— la crescita culturale del cittadino, sempre più cliente (consumatore) attento a valutare i contenuti clinici (oltre a quelli alberghieri) del servizio

ricercato, pur in un contesto di asimmetria informativa ancora elevata.

Accanto a queste forze ambientali, in Italia altri due fenomeni stanno portando — mai come ora — al centro dell'attenzione in ambito ospedaliero la questione dell'innovazione:

— da un lato il riconoscimento (tardivo) del ruolo chiave che assume il capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie, e dell'importanza di una sua gestione strategica e dinamica volta a valorizzarne le eccellenze ed a favorirne le condizioni di arricchimento. In questo senso si sta arrivando

#### Box 1 - La radicalità e sistematicità dell'innovazione tecnologica in sanità

Negli ultimi cinque anni sono emerse nuove tecniche e competenze che stanno modificando alcuni scenari medici consolidati da tempo. Lo sviluppo della chirurgia mini-invasiva e semi-invasiva è una di queste, come quello della diagnostica interventista. Per gli ospedali di un certo rilievo non investire oggi nell'innovazione in queste aree significa rischiare di essere messi in discussione nel medio termine, quando tali metodiche saranno consolidate. Altre innovazioni importanti in atto, solo per citarne alcune, riguardano le terapie del freddo e del caldo (crio-ablazione e termo-ablazione), lo sviluppo delle nano-tecnologie (che si ipotizza sostituiranno nel lungo termine le terapie convenzionali) — quali la pillola-telecamera — lo sviluppo delle tecnologie tradizionali — quali le TAC multistrato ultrarapida, la cardioresonanza, le sale operatorie robotizzate, i robot anticancro (\*) —. Con riguardo alla situazione più complessiva delle tecnologie «tradizionali» in Italia, da un'indagine del Ministero della salute conclusasi ad agosto 2002 risulta nelle aziende sanitarie pubbliche una distribuzione così articolata:

PET	14	Rx tradizionale	3680	Telecomandato	1637
Angiografo digitale	334	Gamma camera	335	Mammografo	878
Sonde chirurgia radioguidata	89	TAC	825	Ortopantomografo	820
RMN	283	Ecografo	3052		

È interessante osservare come dalla stessa analisi risultasse una concentrazione delle tecnologie squilibrata a favore del Nord Italia, con punte estreme nella Regione Lombardia (che possiede il 50% delle PET italiane, il 30% degli angiografi e delle sonde radioguidate, tra il 20 ed il 25% di tutte le restanti tecnologie citate in tabella). In ogni caso, si osserva dall'indagine come nel triennio 2000-2002 la spesa per apparecchiature bio-mediche in Regione Lombardia sia stata di circa 22 milioni di euro l'anno, una cifra importante, ma forse non ancora sufficiente per garantire il tasso di innovazione desiderabile (considerando che si tratta di circa lo 0,2% della spesa sanitaria complessiva lombarda annuale). Sia sull'entità che sulla distribuzione degli investimenti per l'innovazione nelle tecnologie bio-mediche sembrano esserci notevoli spazi di miglioramento in Italia.

(\*) Si tratta del Cyberknife, un robot che irradia i tessuti malati senza danneggiare quelli sani grazie alla sua capacità di localizzare automaticamente il tumore e di rilevarne, con il braccio flessibile che emette le radiazioni, gli eventuali spostamenti nel corso del trattamento. Risulta utile nel trattare parti del corpo — cervello e polmoni — difficili da tenere immobili a lungo e dovrebbe sostituire la radioterapia tradizionale.

a riconoscere come il patrimonio tecnologico (inteso nell'accezione già discussa di insieme del capitale intellettuale e delle tecnologie) definisca nel contempo le potenzialità ed i limiti dell'organizzazione, ciò che essa è o non è in grado di fare in chiave attuale o prospettica (Hult *et al.*, 1996; Nonaka, 1991; 1994; Lega, 1997b; 1998);

— dall'altro lato i rilevanti cambiamenti in atto nel «patrimonio organizzativo» degli ospedali, laddove si stanno (box 2): a) avviando sperimentazioni volte a svincolare la gestione della piattaforma logistica (posti letto, sale operatorie, ambulatori, apparecchiature di reparto, personale assistenziale) dalla tradizionale attribuzione «in proprietà» alle unità operative; b) ricercando soluzioni organizzative strutturate volte a favorire il lavoro interdisciplinare in gruppo. Il «patrimonio organizzativo» tradizionale degli ospedali, inteso come l'insieme dei valori, dei comportamenti e delle consuetudini accettate che definiscono una cultura organizzativa (Baraldi, 2002), è messo quindi in discussione nel momento in cui si modifica l'organizzazione del lavoro tramite una gestione comune di risorse non più governate dal singolo professionista o dalla singola U.o. e tramite la riorganizzazione delle modalità di lavoro su base multidisciplinare e multiprofessionale. Questi cambiamenti, fortemente discussi e supportati (3), ma ancora in embrione nel sistema sanitario italiano, richiedono e facilitano lo sviluppo dell'innovazione in ambito ospedaliero nella misura in cui superano i limiti — all'innovazione stessa — propri delle burocrazie professionali, cioè del modello organizzativo settoriale-specialistico che ha caratterizzato l'ospedale degli ultimi cinquanta anni (Mintzberg, 1979; Lega, 1999) (4). L'introduzione dei dipartimenti ospedalieri può rappresentare

l'occasione storica per attuare questi cambiamenti, sebbene le difficoltà e resistenze che incontra sottolineano quanto sia ancora forte la cultura ospedaliera tradizionale (Lega, 1999; Bergamaschi, Cantù, 2001; Lega, Cantù, 2002).

Partendo da queste premesse, nel prosieguo del contributo si analizzano le condizioni che negli ospedali moderni possono favorire l'innovazione, tramite la generazione e l'accumulazione di conoscenze, competenze e

idee, la loro integrazione e finalizzazione nella struttura delle responsabilità aziendali, la predisposizione di sistemi operativi atti a presidiare con sistematicità gli sforzi innovativi ed il consolidamento dei risultati positivi raggiunti. Condizioni quindi per sviluppare, finalizzare e gestire l'innovazione tecnologica, con un approccio propositivo ma criticamente costruttivo, in quanto occorre essere consapevoli che non sempre l'innovazione è superiore alla metodica o tecnica/tec-

### Box 2 - L'ospedale tra presente e futuro

Nel ripensare l'ospedale sta emergendo l'idea di spazi di degenza e di attività il più possibile «indistinti» per vocazione e caratterizzati per diversa intensità assistenziale.

In linea generale, gli spazi di degenza saranno occupati dalle singole specialità in funzione della richiesta di assistenza proveniente dal pronto soccorso e dall'ordinaria accettazione programmata. La riduzione delle procedure chirurgiche assistite da degenza ordinaria ed il trasferimento della casistica verso forme diurne ed ambulatoriali richiedono una minore disponibilità di spazi, ma esigono una forte flessibilità degli spazi di degenza ordinaria utilizzati in comune. Oltre alle degenze unificate, saranno unificate tutte le attività di *day-hospital* e *day-surgery*, con programmazione dell'accesso che consenta il massimo utilizzo delle strutture, nonché tutte le attività ambulatoriali, organizzate in macrosettori che garantiscano un uso razionale e flessibile delle risorse. Le aree e gli spazi di degenza dovranno e/o potranno essere modulati per intensità e tipologia assistenziale, differenziando ad esempio:

— per intensità tra la terapia intensiva e semi-intensiva, il ricovero acuto, il ricovero post-acuzia, il ricovero della *weekend*, il ricovero giornaliero, i posti tecnici (dialisi ed osservazione a breve di pronto soccorso);

— per tipologia tra letti della stessa area di intensità dedicati alla cura di malati con problemi motori, psicologici, nutrizionali, ecc.

L'ospedale sarà quindi organizzato in strutture di servizio «verticali» (blocchi degenza, terapia intensiva, urgenza, polo degli ambulatori, ecc.) modulate sull'intensità di cura, all'interno delle quali si svolgeranno i percorsi di cura presi in carico da gruppi di studio/lavoro multidisciplinari e multiprofessionali che vengono creati a partire dalle Unità operative specialistiche.

Le strutture di servizio sono dirette da un responsabile gestionale che ne assicura l'utilizzo alla massima produttività. Il coordinatore del gruppo di studio/lavoro è invece responsabile dei diversi percorsi di cura di competenza del gruppo, i cui obiettivi sono:

- l'assistenza diretta alla patologia;
- la definizione delle linee-guida diagnostico-terapeutiche sulla base della concreta esperienza e dei riferimenti scientifici di EBM;
- le valutazioni dell'efficacia di nuove tecnologie e procedimenti, attraverso l'organizzazione di trial clinici controllati per il miglioramento continuo dell'assistenza;
- la valutazione della qualità obiettiva delle cure;
- la valutazione della soddisfazione del paziente (qualità percepita);
- le valutazioni di costo delle cure.

Pertanto, il gruppo di studio è diretto da uno specialista (che appartiene ovviamente ad un Nucleo di diagnosi e cura eccellente e con il quale definisce i propri obiettivi di attività e di consumo) del problema di patologia, responsabile a tutti gli effetti del malato a lui affidato, ed è costituito da specialisti di diversa estrazione (radiologi, laboratoristi, specialisti di altri organi, ecc.) interessati al problema.

Fonte: adattamento da Lega (1999) e Lega e Verme (2003).

nologia precedente — e sicuramente non lo è fino a quando non si hanno sufficienti prove di efficacia e valutazioni costo-efficacia per sostenerlo incontrovertibilmente. In questo senso, quanto più si orienta l'organizzazione all'innovazione, tanto più sarà importante disporre di sistemi per la valutazione, selezione e controllo dell'innovazione in un'ottica di governo intenzionale e finalizzato dei processi di sviluppo aziendali in coerenza con missione, finalità istituzionali ed obiettivi strategici. Questo perché ciò che l'azienda può cercare di governare in prima battuta non è l'innovazione in sé, quanto piuttosto l'imprenditorialità intra-organizzativa (quella che gli anglosassoni hanno ribattezzato *intrapreneurship*, per differenziarla dalla classica *entrepreneurship*), il motore dell'innovazione. L'innovazione è una conseguenza del governo finalizzato dell'imprenditorialità individuale, di gruppo e di sistema, soprattutto nei contesti di natura professionale.

## 2. Creare un ambiente favorevole allo sviluppo dell'innovazione

Per stimolare l'innovazione, e quindi l'imprenditorialità (*intrapreneurship*), in azienda è necessaria la predisposizione di alcuni accorgimenti organizzativi mirati. Obiettivo è la generazione di idee da cui può nascere l'innovazione. La generazione di idee non può essere considerata come un fenomeno casuale e quindi non controllabile dall'azienda. Al contrario, occorre identificare quei fattori causali da presidiare organizzativamente per stimolare una maggiore creatività ed imprenditorialità. Punto di partenza è la chiarezza nella declinazione delle finalità istituzionali e nella definizione e diffusione (comunicazione) degli obiettivi aziendali a tutti i livelli organizzativi. Questa comunicazione consente di orientare gli sforzi in base ad

una migliore consapevolezza da parte degli operatori aziendali sulla tipologia di idee innovative funzionali allo sviluppo organizzativo desiderato. Dopodiché occorre presidiare attraverso politiche e strumenti aziendali almeno quattro aree di fattori (Gilarioni, 1988):

1) l'area degli *input informativi*, cioè l'area della disponibilità di stimoli ed elementi informativi cui ricorrere e da cui trarre spunti innovativi. Appartengono a quest'area iniziative quali la presenza di una biblioteca aggiornata; un *database* delle ricerche e dei progetti già svolti; ambienti di lavoro facilitanti lo scambio di informazioni (*open-space*); la possibilità di organizzare o partecipare a convegni, seminari, giornate studio, corsi di formazione; l'individuazione di persone come responsabili scientifici interni di materia, con il compito di supportare la formazione dei giovani, di curare i contatti formali ed informali con l'ambiente (collaborazioni con altre aziende e professionisti, attività consulenziali, ecc.) e di monitorare (*benchmarking*) quando sta avvenendo nell'ambiente competitivo;

2) l'area della *motivazione*, collegata ai sistemi premianti e di ricompensa dell'azienda. Sistemi che possono agevolare la generazione di idee innovative. È importante che quando l'innovazione è frutto di un lavoro di gruppo in cui ciascun soggetto ha apportato un qualche contributo, il sistema sia in grado di cogliere e discernere i vari apporti, evitando che il riconoscimento al solo singolo inneschi comportamenti non collaborativi nel futuro. Inoltre, il sistema dovrebbe contemplare un *mix* equilibrato tra ricompense monetarie e non (*status*, opportunità di sviluppo professionale, responsabilità organizzative) per poter riconoscere a ciascun soggetto innovatore la ricompensa che valuta più equilibrata rispetto al proprio contri-

buto. In questo senso, l'istituzione a livello aziendale di premi per la ricerca, di finanziamenti per l'innovazione, di eventi celebrativi per i risultati raggiunti, di organi di comunicazione e diffusione delle eccellenze organizzative rappresentano possibili strumenti di incentivazione e motivazione;

3) l'area della *valutazione e selezione*, cioè delle modalità con cui l'azienda individua quali idee accogliere e sostenere nei suoi programmi di sviluppo. Il sistema di selezione dovrebbe essere il più oggettivo possibile (basato su elementi quali la fattibilità dell'idea, la qualità della presentazione, il collegamento con le finalità/priorità aziendali, ecc.), con regole note e trasparenti a guidare il processo selettivo (5). Importante è anche il decentramento del sistema di selezione, cioè la sua capacità di coinvolgere più livelli ed articolazioni organizzative: per questo motivo, la sua inclusione all'interno del processo di programmazione e controllo sembra essere la strada migliore per le aziende sanitarie (6), rappresentando la negoziazione del *budget* un momento in cui far emergere la proposizione delle idee secondo uno schema concordato (progetto di fattibilità) e con possibilità di valutare le esigenze e ricadute di eventuali collaborazioni intra-organizzative necessarie;

4) l'area della *focalizzazione*, legata all'opportunità di «isolare» i momenti di generazione delle nuove idee dalla pressione posta dalle attività *routine*. Vi è ovviamente un *trade-off* tra la concentrazione sulle attività ordinarie, tese alla massima efficienza ed efficacia produttiva e ad un orientamento a risultati di breve periodo, e la necessità di ritagliare spazi ed energie per i progetti innovativi, che richiedono tempi medio-lunghi per apprezzarne i risultati. La definizione di strutture organizzative parallele, formalizzate (con obiettivi e *budget* assegnati),

costituite da gruppi di progetto, organismi *ad hoc*, ruoli di collegamento, ecc., rappresenta una strada percorribile in tale prospettiva.

È bene precisare che iniziative singole sulle quattro aree da sole non trasformano un ospedale da non innovativo ad innovativo: quello che occorre è una visione sistemica del tema, con iniziative coordinate che rinforzino nella cultura organizzativa la percezione che essere innovativi è priorità aziendale (box 3). In questa prospettiva la generazione di idee coerenti con gli obiettivi strategici, i comportamenti ed i contributi all'innovazione devono essere premiati anche se non trovano una finalizzazione e concretizzazione ultima. Quello che interessa all'ospedale è avere sempre nella *pipeline* dell'innovazione un spettro ampio di possibilità governabili su cui investire per alimentare le proprie strategie intenzionali di costruzione e consolidamento del vantaggio competitivo. In altre parole, un sistema di agevolazione e gestione dell'innovazione che incentivi e «canalizzi» in maniera coordinata l'imprenditorialità dei singoli professionisti, orientando le loro strategie emergenti verso le finalità e gli obiettivi strategici aziendali.

L'Istituto clinico Humanitas (ICH), struttura ospedaliera privata di circa 500 posti letto situata a sud di Milano, è un'azienda fortemente orientata all'innovazione. Già nella missione viene ricordato come l'innovazione scientifica e lo sviluppo professionale dei dipendenti rappresentino finalità dell'organizzazione. Per concretizzare tale indicazione, in ICH l'innovazione è favorita attraverso diverse azioni quali:

— i medici sono ospitati in *open space* raggruppati le discipline affini o complementari, cioè a maggiore interazione sul paziente. Solo il responsabile di specialità ha un proprio studio;

— l'organizzazione provvede all'abbonamento alla riviste ed all'acquisto dei documenti necessari per aggiornare continuamente la biblioteca di specialità;

— gruppi di miglioramento sono regolarmente costituiti per affrontare specifiche problematiche (es. gestione del servizio di radiologia). Esiste inoltre un comitato gestione qualità che valuta e definisce le priorità di intervento. ICH è una delle primissime strutture ospedaliere italiane accreditate dalla *Joint Commission*;

— nel sistema di programmazione degli obiettivi, i progetti innovativi (metodiche, tecniche, sperimentazioni di tecnologie sanitarie, ecc.) e l'innovazione scientifica (ricerca) ricoprono un ruolo centrale, e danno seguito alla produzione di un *Tableau della ricerca* che costituisce il sistema di controllo direzionale delle attività di ricerca scientifica svolte in ICH (monitoraggio dell'*impact factor*, del rapporto studi di II fase/studi totali, ecc.);

— l'eccellenza scientifica viene premiata con riconoscimenti profes-

sionali e *bonus* monetari, nonché tramite la massima divulgazione con i mezzi di informazione direttamente gestiti da ICH (giornale, sito internet, ecc.)

### 3. Identificare ruoli e responsabilità per lo sviluppo dell'innovazione

In un'organizzazione professionale quale un ospedale, la responsabilità nell'individuare e gestire l'innovazione non può che essere del professionista. L'azienda, da parte sua, una volta selezionati i progetti innovativi meritevoli di sviluppo, deve mettere il professionista nelle condizioni di operare con successo e secondo gli accordi presi.

In termini organizzativi, un prima ricaduta di questa riflessione si collega al concetto del *budget* trasversale dei progetti innovativi. Tale *budget* è il documento di programmazione formalizzato dall'azienda che riassume le modalità, i tempi di attuazione, le correlate risorse da utilizzare e gli esiti attesi dai progetti innovativi. Si co-

#### Box 3 - Orientare l'organizzazione all'innovazione

L'Istituto clinico Humanitas (ICH), struttura ospedaliera privata di circa 500 posti letto situata a sud di Milano, è un'azienda fortemente orientata all'innovazione. Già nella missione viene ricordato come l'innovazione scientifica e lo sviluppo professionale dei dipendenti rappresentino finalità dell'organizzazione. Per concretizzare tale indicazione, in ICH l'innovazione è favorita attraverso diverse azioni quali:

— i medici sono ospitati in *open space* raggruppati le discipline affini o complementari, cioè a maggiore interazione sul paziente. Solo il responsabile di specialità ha un proprio studio;

— l'organizzazione provvede all'abbonamento alla riviste ed all'acquisto dei documenti necessari per aggiornare continuamente la biblioteca di specialità;

— gruppi di miglioramento sono regolarmente costituiti per affrontare specifiche problematiche (es. gestione del servizio di radiologia). Esiste inoltre un comitato gestione qualità che valuta e definisce le priorità di intervento. ICH è una delle primissime strutture ospedaliere italiane accreditate dalla *Joint Commission*;

— nel sistema di programmazione degli obiettivi, i progetti innovativi (metodiche, tecniche, sperimentazioni di tecnologie sanitarie, ecc.) e l'innovazione scientifica (ricerca) ricoprono un ruolo centrale, e danno seguito alla produzione di un *Tableau* della ricerca che costituisce il sistema di controllo direzionale delle attività di ricerca scientifica svolte in ICH (monitoraggio dell'*impact factor*, del rapporto studi di II fase/studi totali, ecc.);

l'eccellenza scientifica viene premiata con riconoscimenti professionali e *bonus* monetari, nonché tramite la massima divulgazione con i mezzi di informazione direttamente gestiti da ICH (giornale, sito internet, ecc.).

struisce in relazione ai progetti di fattibilità delle idee innovative che vengono selezionati dall'organizzazione. Il termine «trasversale» sta ad indicare il fatto che in esso si riferisce ad obiettivi e correlati consumi di risorse di pertinenza di unità organizzative aziendali di supporto (personale, ingegneria clinica, formazione, ecc.), il cui compito è per l'appunto rispettare gli impegni presi per mettere il professionista responsabile del progetto nelle condizioni di portarlo avanti nei tempi concordati: questo potrebbe richiedere l'acquisizione di risorse umane, l'organizzazione di corsi di formazione, la valutazione di offerte alternative per la medesima tecnologia sanitaria. Questa è la parte di stretta competenza dell'azienda, senza il cui presidio il progetto o l'idea innovativa non riuscirebbero a concretizzarsi.

Una seconda ricaduta riguarda invece la responsabilità del professionista nel proporre e guidare le innovazioni. Si è già detto e si approfondirà meglio nel prossimo paragrafo il ruolo chiave che svolgono i sistemi di programmazione e controllo laddove includono tra le misure di *performance* i progetti di innovazione. Ma quali tra i professionisti sono responsabili di presidiare attivamente e sistematicamente i processi di innovazione? I tentativi di riorganizzare le attività ospedaliere verso modelli dipartimentali sembrano fornire alcune risposte interessanti. Infatti, nei dipartimenti gestionali, forti o strutturali, cioè con valenza sovra-ordinata alle strutture di cui si compongono, avendo il responsabile del dipartimento prioritariamente un ruolo manageriale è facile ipotizzare che debba svolgere un ruolo importante nello stimolare e supportare i professionisti nella ricerca dell'innovazione. Il dipartimento dovrebbe essere l'ambito nel quale si strutturano i progetti di fattibilità delle idee innovative che poi si presentano nel pro-

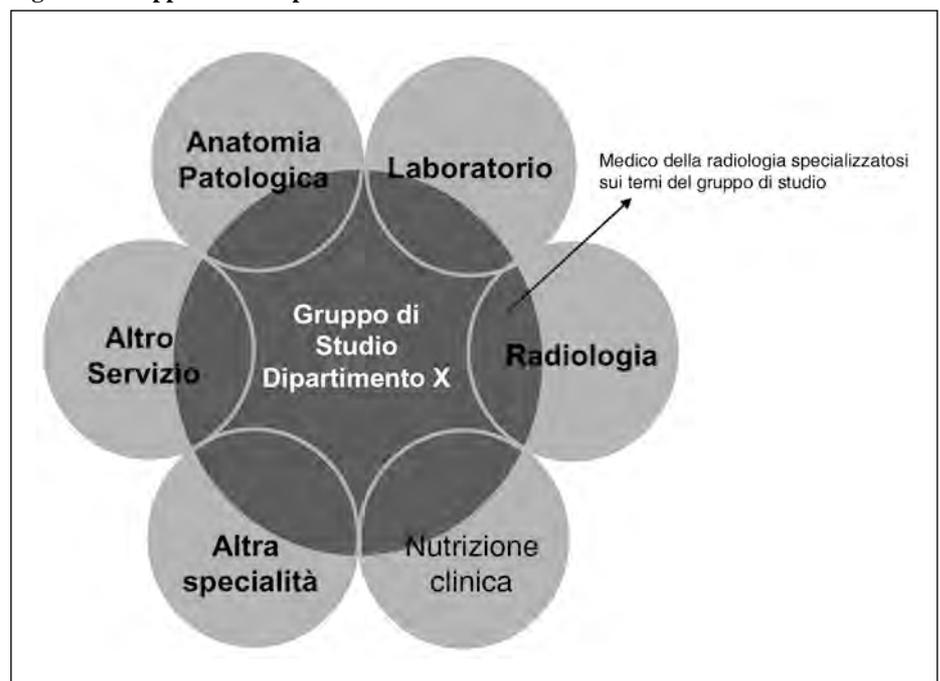
cesso di *budget* per ottenere il sostegno dell'azienda. Contemporaneamente, se nel dipartimento si procede a riorganizzare il lavoro secondo logiche di separazione della gestione della piattaforma logistica (posti letto, sale operatorie, ambulatori, apparecchiature di reparto, personale assistenziale) dalle responsabilità professionali (come richiamato nel precedente box 2), ai direttori delle unità operative specialistiche liberi da pressioni organizzative routinarie potrebbe competere il compito di orientare strategicamente l'innovazione perseguita nelle proprie *équipe*. Un terzo e più operativo livello di responsabilità compete poi ai professionisti che coordinano gruppi di studio/lavoro (appartenenti a dipartimenti diversi) a cui sono affidati i singoli problemi selezionati (es. pancreatite acuta, emorroidi, insufficienza epatica, insufficienza respiratoria, insufficienza coronarica, ecc.) affinché non vi siano doppioni nell'ambito dello stesso ospedale e perciò

ogni gruppo di studio/lavoro possa creare quel circolo virtuoso di conoscenze che ogni anno migliora l'efficacia delle cure (Lega, 1997a).

Nonostante il gruppo di studio/lavoro faccia capo ad un certo dipartimento, esso è quasi sempre interdipartimentale perché comprende un percorso che richiede competenze diverse. In questo senso è opportuno che i dipartimenti individuino reciprocamente dei professionisti focalizzati su specifiche aree di intervento connesse ai gruppi di studio cui partecipano (figura 1).

In questa prospettiva, il gruppo di studio/lavoro rappresenta lo scheletro di base dell'organizzazione del lavoro, che si basa sulla gestione di processi (i percorsi di cura) che si svolgono utilizzando nel modo più produttivo ed organizzativamente appropriato le aree assistenziali e le risorse comuni (box 4). I professionisti sono contemporaneamente membri di un gruppo di studio/lavoro, nel quale sviluppano

**Figura 1 - I rapporti interdipartimentali**



l'innovazione, di un'area specialistica, nella quale definiscono le linee di innovazione da perseguire (l'area specialistica, cioè l'unità di appartenenza è responsabile della qualità del professionista), di un dipartimento, con il quale negoziano e ricercano le risorse per lo svolgimento delle proprie attività, ivi compresi i progetti innovativi. L'innovazione diventa quindi una responsabilità condivisa tra dipartimento, responsabile di unità operativa, coordinatori di gruppo di studio/lavoro, dove:

— il primo è una figura che svolge un ruolo di «facilitatore» delle innovazioni, impegnandosi per acquisire le risorse necessarie allo sviluppo delle attività del dipartimento (interfacendosi di conseguenza con i servizi aziendali responsabili del *budget* trasversale);

— il secondo è un «direttore scientifico», che orienta le aree di innovazione da perseguire sulla base delle propria esperienza e del monitoraggio di quanto sta avvenendo nel contesto competitivo locale, nazionale ed internazionale;

— il terzo è un «product manager», responsabile di gestire ed innovare una «linea di prodotti» (i percorsi di cura di cui è coordinatore) ricercando le sinergie ed interazioni organizzative (intra ed inter-dipartimentali) necessarie per il loro sviluppo.

Ciascuno di questi soggetti dovrà essere opportunamente responsabilizzato tramite il proprio *budget* e valutato e ricompensato in relazione al ruolo che gli si chiede di svolgere.

#### 4. Governare e presidiare in chiave aziendale l'innovazione

Chiarite e condivise le motivazioni strategiche e create le condizioni organizzative per orientare l'ospedale all'innovazione, occorre rafforzare i sistemi gestionali per integrare sistema-

ticamente l'orientamento all'innovazione nel governo aziendale. Ciò significa predisporre, all'interno dei sistemi di programmazione e controllo e di gestione delle risorse umane, appositi strumenti per il monitoraggio e lo sviluppo dell'innovazione. Rispetto ai sistemi di programmazione e controllo, il caso dell'Istituto clinico Humanitas riportato nel box 3 rappresenta un primo esempio di come, attraverso il *Tableau della ricerca*, si sia sviluppato un sistema di controllo direzionale

le delle attività di ricerca scientifica svolte nell'ospedale. Il *Tableau* utilizza indicatori quali l'*impact factor* assoluto dell'ospedale, quello delle singole Uu.oo., quello medio confrontato nel tempo, il rapporto tra studi di II fase e studi totali, ecc. Il *Tableau de bord* della ricerca è parte di un sistema più ampio di controllo direzionale che prevede anche il *Tableau de bord* della qualità ed il *Tableau de bord* della gestione, costituendo quindi un sistema «equilibrato» di programmazione

#### Box 4 - Ircc di Candiolo

L'Istituto per la ricerca e la cura del cancro, con sede a Candiolo (Torino), nasce da un'idea della Fondazione piemontese per la ricerca sul cancro nella seconda metà degli anni '90. L'I.R.C.C. ha, successivamente, affidato le aree della ricerca all'Università degli Studi di Torino e le aree di attività assistenziale all'Ordine Mauriziano. L'attività di ricerca è stata attivata nel 1996, mentre la prima attività assistenziale (diagnostica radiologica) è avvenuta nel 1998. La degenza medica è incominciata nell'aprile 1999 e nel novembre dello stesso anno è stata attivata l'attività operatoria chirurgica. Allo stato attuale sono presenti in istituto circa 350 operatori dipendenti dei tre enti rappresentati, sono aperti 6 laboratori di ricerca e 14 Unità operative di diagnosi e cura (tabelle 1, 2 e 3).

L'organizzazione dell'istituto prevede 4 aree dipartimentali, di cui una della ricerca e le altre 3 assistenziali:

— *Dipartimento di scienze oncologiche*, che raccoglie tutti i laboratori di ricerca, ed è esclusivamente a gestione universitaria, essendo stato disposto con decreto rettoriale;

— *Dipartimento clinico*, che comprende tutte le U.o. di cura, oltre al servizio di anatomia patologica;

— *Dipartimento delle alte tecnologie biomediche*, che comprende i servizi di diagnostica clinica;

— *Dipartimento di area critica*, comprendente il servizio di rianimazione ed il blocco operatorio.

Interessante è osservare come il *Dipartimento clinico* raggruppi al proprio interno tutte le U.o. di cura, accorpate in due aree di degenza, medica e chirurgica. All'interno delle due aree di degenza convivono le singole discipline specialistiche. I posti letto sono gestiti in ambito dipartimentale per area, pur essendo stato assegnato, per motivi organizzativi e contabili, un numero indicativo di posti letto ad ogni singola disciplina. Il personale infermieristico è comune all'area di degenza.

Punto di forza dell'organizzazione dell'Istituto, che va oltre l'organizzazione dipartimentale, è la gestione del paziente, dalla sua presa in carico fino al termine dell'*iter* diagnostico-terapeutico completo. Tale organizzazione ha previsto la definizione a priori degli ambiti di patologie da trattarsi all'interno dell'I.R.C.C. In tale modo, in accordo anche con la Direzione scientifica, si è stabilito che l'Istituto non tratta le neoplasie del sistema nervoso centrale (eccezion fatta le metastasi cerebrali dei pazienti già in cura presso le strutture dell'I.R.C.C.), del polmone e tutte le neoplasie dell'età pediatrica. Oltre a ciò si è definito che gli ambiti di maggiore interesse sono le neoplasie del colon-retto, della mammella, della cute, leucemie e linfomi (grafico 1).

Una volta identificate le patologie di interesse, sono stati costituiti i cosiddetti «Gruppi interdisciplinari di cura», costituiti da tutti gli specialisti interessati al trattamento della specifica patologia. Il paziente, una volta affetto all'I.R.C.C. viene preso in carico dal GIC specifico che, grazie alla presenza al suo interno delle varie figure specialistiche, ne cura tutto l'*iter* diagnostico-terapeutico (grafico 2).

segue **Box 4 - Ircc di Candiolo**

Negli ultimi tempi si sta poi lavorando per perfezionare l'organizzazione dei GIC, prevedendo, in linea con quanto indicato anche dalla Programmazione sanitaria regionale del Piemonte in ambito oncologico, l'istituzione del «Patient Service». Tale organismo, che prevede la presenza di personale amministrativo, infermieristico e medico, è preposto alla presa in carico di tutti i nuovi pazienti che accedono all'Istituto, la segnalazione al GIC specifico e la prenotazione degli esami previsti per la corretta definizione della diagnosi. A tale punto, senza l'approvazione del GIC, non è possibile passare al prosieguo dell'iter terapeutico. È, infatti, compito del GIC concordare, tramite visita collegiale, quale è il percorso terapeutico più appropriato per ogni singolo paziente e seguirne gli sviluppi successivi. In tale modo, con il completamento dell'organizzazione, che prevede anche il supporto di specifiche integrazioni al sistema informatico ospedaliero, tutti i pazienti saranno correttamente presi in carico dai singoli GIC che ne seguiranno costantemente tutti i passaggi. I GIC sono ovviamente responsabili dell'innovazione scientifica nella propria area di intervento, sotto la supervisione dei responsabili di unità operativa e del direttore di dipartimento. Da un punto di vista strutturale i medici afferenti ai singoli GIC avranno delle aree di lavoro comuni, dotate di segreteria amministrativa, diventando, in tale modo, *équipe* strutturate dotate di propria autonomia.

Ulteriore attività organizzativa si sta svolgendo per aumentare l'integrazione tra i dipartimenti di area assistenziale e quello di ricerca, favorendo sempre più la ricerca traslazionale, che permetta realmente l'interscambio di conoscenze e di ricerca, favorendo il passaggio delle nuove scoperte scientifiche «from bench to bed», non dimenticando l'importanza delle idee che spesso passano «from bed to bench» per lo sviluppo di nuove sperimentazioni di laboratorio.

Fonte: relazione a cura di Paolo Bruni e Giuseppe De Filippis, Direzione sanitaria Ordine Mauriziano di Torino ed I.R.C.C. di Candiolo, Torino, 2002.

e controllo che insiste su cinque aree gestionali: innovazione, *performance* economico-finanziaria, produttività (*case-mix*, appropriatezza, utilizzo risorse, ecc.), sviluppo professionale del dipendente, *customer satisfaction*.

Il sistema si integra poi con la gestione delle risorse umane nel momento in cui agli obiettivi di programmazione vengono collegati incentivi di risultato (retribuzione variabile) e parte della valutazione del dirigente. Il peso più o meno rilevante che assumono gli obiettivi di innovazione (si tratta ovviamente di una scelta strategica aziendale) contribuirà a determinare la spinta all'impegno dei professionisti sul fronte della ricerca e sviluppo di attività nuove.

In linea generale, quindi, presidiare e governare l'innovazione in chiave aziendale significa dotarsi di logiche e strumenti che «comunicano» l'importanza che l'organizzazione associa:

- allo sviluppo di attività nuove;
- alla crescita professionale dei propri dipendenti.

Queste riflessioni possono essere collegate all'introduzione che sta avvenendo negli ultimi tempi in sanità della *Balanced Score Card* (BSC), cioè di una scheda bilanciata di re-

sponsabilizzazione per obiettivi che riguardano più aree (definite «prospettive»), tipicamente l'area dei risultati economico-finanziari, quella dei processi interni (produzione e produttività), quella dei clienti, quella dell'apprendimento e crescita dei professionisti dell'azienda. Il bilanciamento consiste proprio nella coesistenza tra obiettivi ed indicatori economico-finanziari e non e tra obiettivi ed indicatori rivolti ai processi interni ed all'ambiente esterno (clienti). La BSC è uno strumento di controllo strategico, che supporta i processi di pianificazione strategica richiedendo una declinazione degli obiettivi strategici aziendali rispetto alle quattro prospettive, da cui poi individuare i fattori critici di successo e gli indicatori che diventeranno oggetto di responsabilizzazione nel processo di implementazione delle strategie, raccordandosi con la programmazione (*budget*) annuale. In questo quadro, ad esempio, nell'esperienza dell'azienda ospedaliera San Carlo di Milano, la prospettiva dell'apprendimento e della crescita dei professionisti (la cosiddetta *people perspective*) punta l'attenzione su fattori critici di successo quali lo sviluppo delle competenze manageriali, professionali e della motivazione. Indica-

**Tabella 1 - Tipologia attività svolte all'interno dell'I.R.C.C.**

Area	Tipologia	Regime
<i>Ricerca di base</i>	Oncologia medica Genetica oncologica Terapia genica Angiogenesi molecolare	
<i>Assistenza clinica</i>	Degenza	Ordinaria
	Ambulatori Servizi	<i>Day hospital</i>

tori usati per la valutazione sono le ore di formazione dedicate, la percentuale del *budget* della formazione utilizzato, i tassi di *turn-over* in ingresso ed uscita, la soddisfazione del personale (valutata tramite analisi del clima organizzativo). Manca ancora un riferimento esplicito all'innovazione, ma i presupposti per completare il sistema di controllo con anche tali informazioni ci sono, magari aggiungendo una prospettiva *ad hoc*.

In ogni caso, indipendentemente dalla soluzione tecnica che l'ospedale adotta per programmare e controllare il proprio sviluppo, è importante che ai fini del governo dell'innovazione si considerino anche misure/indicatori adatti a orientare e responsabilizzare conseguentemente l'organizzazione nel complesso ed i singoli. Tali misure, per ricollegarsi al paragrafo precedente, dovrebbero ad esempio essere costruiti per responsabilizzare i direttori di dipartimento, di unità operativa e di gruppo di studio/lavoro rispetto ai reciproci ruoli nel facilitare, orientare e promuovere le attività nuove ed innovative.

In conclusione, ogni ospedale dovrebbe dotarsi di un sistema integrato e bilanciato di misure coerentemente con le proprie finalità ed obiettivi strategici, tanto più solido sulla misurazione dell'innovazione quanto più essa rappresenta un obiettivo irrinunciabile dell'organizzazione, come nel caso dell'azienda ospedaliero-universitaria di Palermo, riportato nel box 5.

### 5. Dal professionista alla padronanza organizzativa

Nelle organizzazioni professionali, quali gli ospedali, la capacità di collocarsi sulla frontiera dell'innovazione, delle conoscenze e delle competenze è fondamentale per legittimare l'esistenza stessa dell'organizzazione (legata all'assolvimento delle finalità

istituzionali tra cui vi è l'innovazione - è il caso delle aziende ospedaliero universitarie, Irccs, aziende ospedaliere di riferimento nazionale e regionale) e per favorirne un posizionamento competitivo vantaggioso e sostenibile nel tempo. In questo contributo si è discusso di come dovrebbe essere una priorità della struttura ospedaliera quella di orientare all'innovazione i propri professionisti, stimolandone l'imprenditorialità (*entrepreneurship*) attraverso la comunicazione dell'importanza strategica associata alle nuove idee e progetti, la creazione di condizioni organizzative facilitanti la generazione delle idee, la riorganizzazione delle responsabilità per presi-

diare i processi di innovazione, la costruzione di un sistema di controllo direzionale che integri le misure tradizionali (economico-finanziarie e di attività) con quelle relative all'innovazione per motivare, orientare e valutare l'impegno in tale direzione dell'organizzazione e dei singoli.

In questa prospettiva, l'obiettivo dell'organizzazione è quella di stimolare il professionista alla generazione di opportunità di innovazione, alla traduzione delle opportunità in progetti concreti, alla condivisione nell'organizzazione dei risultati, affinché diventi «dell'organizzazione». Un obiettivo che si pone il difficile compito di portare i processi di sviluppo e

**Tabella 2 - Tipologia di servizi clinici erogati: attività di degenza**

Regime ricovero	Area	Disciplina	Posti letto
<i>Ordinario</i>	<i>Medica</i>		<b>21</b>
		Oncologia Terapia antalgica	
	<i>Chirurgica</i>		<b>24</b>
		Chirurgia generale Chirurgia ginecologia Dermochirurgia ORL	
	<i>Intensiva</i>		<b>2</b>
		Rianimazione	
<i>Diurno</i>	<i>Day hospital</i>		<b>30</b>
		Oncologia Terapia antalgica Gastroenterologia Chirurgia generale Chirurgia ginecologia Dermochirurgia Odontostomatologia	

di innovazione dell'organizzazione dall'essere il risultato «casuale» di iniziative individuali, che rimangono poi circoscritte al sapere del singolo per volontà (come nel caso del chirurgo che sceglie dove andare ad apprendere la nuova tecnica e la «difende» dall'interesse dei collaboratori e colleghi) o per inerzia (nessuno si propone od è interessato ad apprendere la nuova tecnica), all'essere il risultato di scelte strategiche ed organizzative consapevoli ed utili per l'ospedale.

L'azienda deve quindi utilizzare tutte le leve di governo dell'innovazione affinché:

1) le competenze e conoscenze innovative — fattori critici di successo — vengano condivise e diffuse nell'organizzazione, per massimizzarne il valore e per difenderle. Da un lato l'ospedale deve possedere una sorta di *database* delle competenze a disposizione e di quelle in via di sviluppo tramite processi di innovazione, dall'altro deve tutelarsi dal rischio che la perdita del singolo professionista generi contestualmente la perdita del *know-how* critico. In questo senso la condivisione della competenza critica ed innovativa tra più professionisti appartenenti all'organizzazione è prepedeutica alla sua protezione e permette all'organizzazione di passare dalla dipendenza dal singolo alla padronanza dei saperi e dei processi di innovazione. Questa attività è ricollocabile nel più ampio filone del *risk management*, laddove il rischio è ovviamente quello di perdere una parte importante del patrimonio organizzativo, un sapere (la lettura di un'immagine diagnostica, di un *test* di laboratorio), un'abilità (una manualità particolare nell'intervento chirurgico, si pensi alla chirurgia mini-invasiva), una competenza (l'utilizzo di una certa tecnologia, la formulazione di una diagnosi) critica per il successo dell'organizzazione;

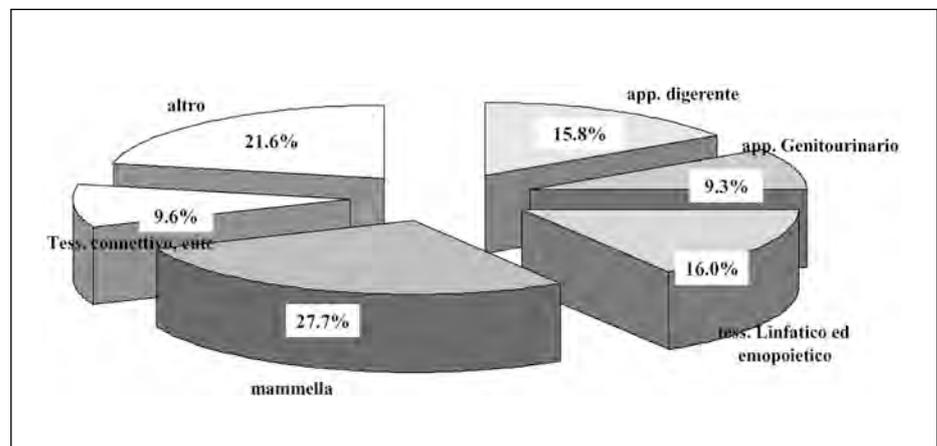
2) l'innovazione ricercata abbia concrete possibilità di finalizzazione, cioè di traduzione operativa in attività che generino risultati utili per l'ospedale, coerenti con le finalità istituzio-

nali e favorevoli il consolidamento ed accrescimento dei vantaggi competitivi dell'organizzazione. Infatti, l'elevata capacità di sviluppo del patrimonio tecnico scientifico non corrispon-

**Tabella 3 - Tipologia di servizi clinici erogati: servizi ambulatoriali**

<i>Generali</i>	Laboratorio d'analisi chimico cliniche Servizio di radiologia e radiologia interventistica Endoscopia digestive Laboratorio di anatomia patologica Radioterapia Complesso operatorio
<i>Ambulatoriali</i>	Chirurgia oncologica Chirurgia tiroidea Dermochirurgia Gastroenterologia Ginecologia Oncologia medica Otorinolaringoiatria Psicologia Ortopedia Terapia antalgica Cardiologia Dermatologia Pneumologia

**Grafico 1 - Sede della neoplasia dei pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario. 1° semestre 2001**



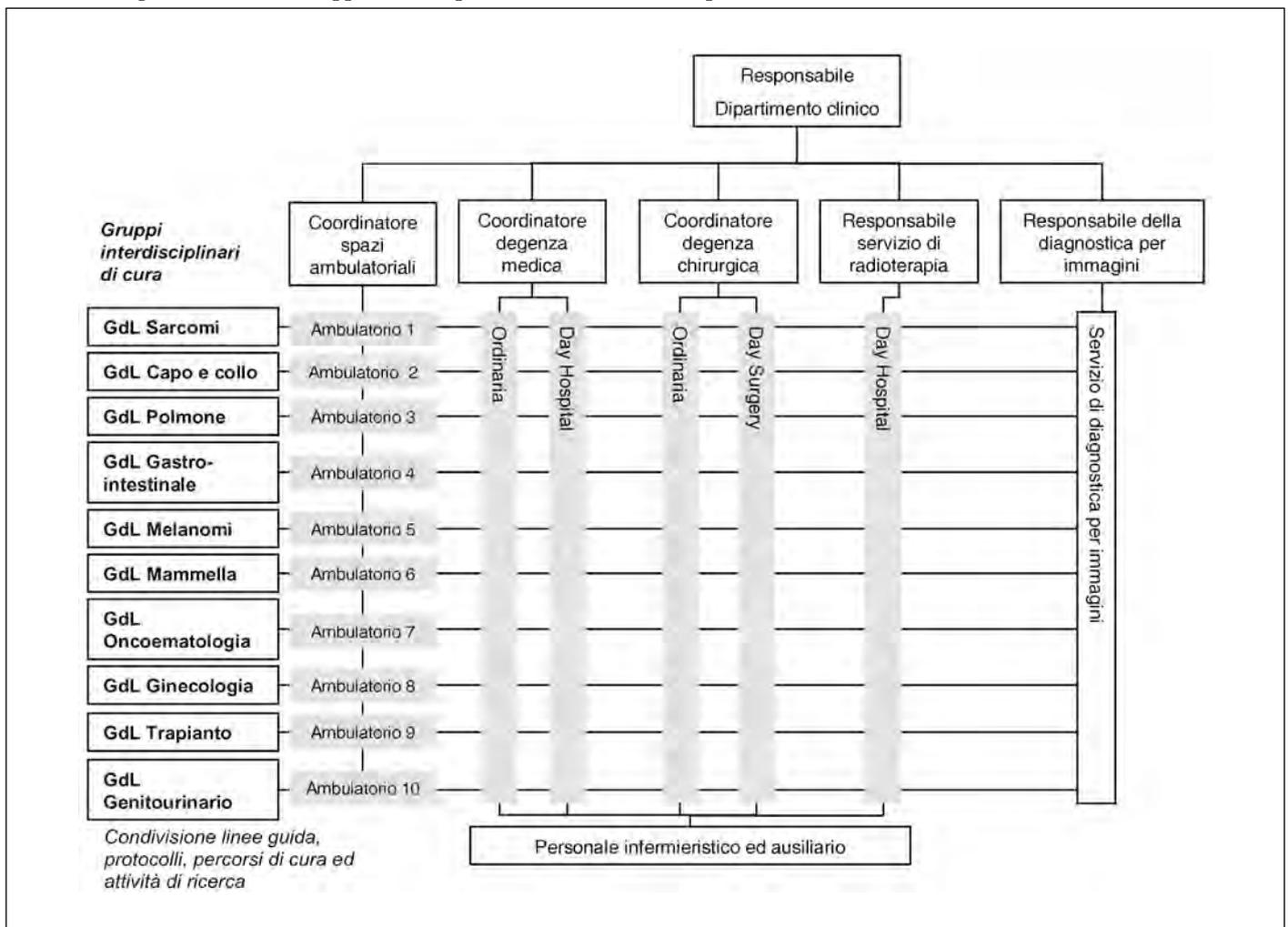
de necessariamente ad una elevata capacità innovativa e questa a sua volta non porta automaticamente ad una forte posizione competitiva. Quando l'ospedale non riesce a finalizzare il patrimonio tecnico-scientifico che accumula, il rischio è che tale patrimonio diventi obsoleto prima ancora di essere sfruttato o che venga portato in altre aziende dove i professionisti cercano le condizioni per far fruttare la propria spinta all'innovazione. Al contrario, un corretto governo dell'innovazione richiede da parte dell'orga-

nizzazione la rimozione di tutte le barriere (culturali - scarsa cooperazione interdisciplinare e interfunzionale - finanziarie - scarsa disponibilità ad investire nei processi ad alto rischio - strategiche - definizione di priorità non allineate con i fabbisogni di innovazione) che ne impediscono la tempestiva finalizzazione. Ospedali universitari, di ricerca, di rilievo nazionale e regionale devono poter creare direttamente, od introdurre le innovazioni prodotte da altri, con un intervallo di tempo molto contenuto (in alcuni

casi anche pochi mesi), governando i processi di innovazione tramite la selezione negoziata e programmata con i professionisti delle aree strategiche su cui focalizzare gli sforzi.

L'ospedale che riuscirà a coinvolgere i propri professionisti in processi governati di stimolo alla generazione di idee e progetti innovativi, di orientamento alla loro finalizzazione, di condivisione dei risultati, sarà in grado di sviluppare una maggiore padronanza organizzativa dell'innovazione prodotta od introdotta diminuendo,

**Grafico 2 - Organizzazione dei Gruppi interdisciplinari di cura (GIC) nel dipartimento clinico**



Fonte: relazione a cura di Paolo Bruni e Giuseppe De Filippis, Direzione sanitaria Ordine Mauriziano di Torino ed I.R.C.C. di Candiolo, Torino, 2002.

ma al tempo stesso valorizzando, la propria «dipendenza» dal singolo professionista.

(1) Questa prospettiva è propria della cosiddetta *Resource-Based View*, che approfondisce

il legame tra risorse, capacità e competenze presenti in azienda per spiegare le cause ultime che attivano i meccanismi di creazione del valore, cioè di acquisizione di un vantaggio competitivo (Wernerfelt, 1994; Barney, 1991). La *Resource-Based View* ha suggerito come alcune tipologie di risorse, a causa delle loro caratteristiche intrinseche (risorse rare, imperfetta-

mente imitabili, non sostituibili), sono più di altre in grado di sostenere la generazione del vantaggio competitivo per le aziende che le detengono. Conseguentemente le risorse umane — portatrici delle conoscenze e competenze — presentando tali caratteristiche in misura più spiccate delle risorse fisiche od organizzative, appaiono come fonti importanti del van-

### Box 5 - Caso policlinico di Palermo

L'azienda ospedaliera-universitaria «P. Giaccone» di Palermo è una struttura situata nel cuore della città con circa 900 posti letto, circa 60.000 ricoveri l'anno, una degenza media di 7 giorni ed un peso medio Drg piuttosto contenuto, pari a circa 0,88. Proprio questo ultimo dato, che sottolinea una medio-bassa complessità della casistica, ha spinto la Direzione ad interrogarsi su come stimolare e controllare i processi di innovazione per riposizionare la struttura verso livelli di attività più qualificati. Un progetto non facile alla luce della natura stessa del policlinico. Infatti, trattandosi di policlinico universitario, esso ha come finalità quelle di contribuire in autonomia alle funzioni di didattica e di ricerca attraverso processi di assistenza che, nelle attuali configurazioni del sistema, devono altresì garantire adeguati equilibri economici. La realizzazione di tali condizioni di funzionamento implica la ricerca di adeguati equilibri tra tre dimensioni che quando non risultano contrapposte sono, almeno in larga parte indipendenti le une dalle altre. In questo senso:

— il contributo alla didattica richiederebbe un «posizionamento esteso» (non focalizzato) in termini di patologie trattate e di intensità delle stesse (soprattutto in relazione alla formazione di base degli operatori), posizionamento indipendente dagli interessi di ricerca, dalla effettiva pressione della domanda e dai «vantaggi competitivi» (efficienza ed efficacia dei processi assistenziali) che l'azienda è attualmente o prospetticamente in grado di esprimere;

— il contributo alla ricerca richiederebbe una estrema focalizzazione sulle patologie e sui processi oggetto degli interessi scientifici della facoltà, focalizzazione incompatibile con la formazione di base e non necessariamente coerente con il posizionamento competitivo dell'azienda nell'ambito dell'assistenza;

— un adeguato posizionamento sulla funzione assistenziale richiederebbe una considerazione della domanda di assistenza espressa dalla collettività e rispetto a questa una definizione degli ambiti di migliore funzionamento dell'azienda in termini di efficienza ed efficacia, anche in relazione alle strategie perseguite dagli altri attori presenti nel medesimo ambito.

Conseguentemente, non sembra possibile pensare di perseguire la massimizzazione contemporanea dei benefici conseguibili sulle tre dimensioni e si pone la necessità di delimitare attraverso le scelte strategiche un ambito di equilibrio possibile e «vantaggioso» rispetto ad esigenze diverse. Questa operazione richiede la valutazione dell'impegno che ciascuna unità operativa del policlinico rivolge alle tre funzioni (didattica, eccellenza assistenziale, ricerca), attraverso un sistema integrato di monitoraggio delle *performance* che permetta di individuare le eccellenze e le aree di debolezza. Informazioni a partire dalle quali (soprattutto quelle sul fronte della ricerca) è possibile stimolare e governare l'innovazione attraverso i processi di pianificazione strategica e programmazione annuale. Pertanto, il policlinico di Palermo è stato oggetto di studio per la proposta di sviluppo di un sistema integrato di programmazione e valutazione (\*) che consideri per ciascuna disciplina/unità operativa:

- l'impegno/successo assistenziale;
- l'impegno/successo didattico;
- l'impegno/successo nel campo della ricerca.

La metodologia utilizzata prevede l'individuazione di dimensioni-parametro ed indicatori che pesati concorrono a definire i tre tipi di impegno/successo rispetto ad una scala di valutazione predeterminata (di regola 1-5, dove 1 è il peggiore risultato, 5 è l'ottimo). Questa metodologia riprende quella proposta dalla matrice di posizionamento strategico McKinsey (\*\*) e consente di posizionare le diverse Uu.oo. rispetto alle tre dimensioni-parametro per favorire la programmazione aziendale e della singola U.o. ed il *benchmarking* tra Uu.oo. Le tabelle di seguito esplicitano la proposta. L'impegno/successo assistenziale è risultato valutabile tramite le dimensioni della competitività (livelli di *performance* effettivi) e dell'attrattività (potenzialità di sviluppo delle *performance*) dell'unità operativa, composti dai seguenti indicatori:

(\*) Il lavoro è stato svolto come progetto sul campo da un gruppo di partecipanti all'EMMAS (Executive Master in Management Sanitario - SDA Bocconi) — S. Calamelli, L. De Chirico, A. Degiorgi, C. la Martire, R. Trisolini — con la supervisione dell'autore e la collaborazione della dirigenza del Policlinico e della facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Palermo.

(\*\*) La metodologia della matrice McKinsey prevede che l'indice di valutazione venga individuato tramite il seguente processo:  
— si individua un *set* di variabili ritenute i determinanti della dimensione indice oggetto di analisi: ad esempio, nel caso del *comfort* alberghiero (possesso di servizi ed infrastrutture) si potrebbero selezionare il numero di posti letto per stanza, la presenza dei bagni in stanza, l'ampiezza degli orari delle visite, la presenza del TV color nelle stanze;  
— per ciascuna dimensione si determina un peso in funzione della rilevanza assegnata ad esso dall'azienda. La somma totale dei pesi deve dare 1. Ogni variabile viene valutata in relazione ad un *set* di criteri con una scala predefinita (di norma compresa tra 1 e 5, per cui ad esempio avere il 100% di stanze ad un posto letto con bagno personale, TV color ed orari di visita molto estesi corrisponde ad un 5);  
— si moltiplicano i pesi per le valutazioni e si sommano i risultati dando luogo all'indice della dimensione oggetto di analisi (es. la competitività come sotto-categoria dell'impegno assistenziale): posto che utilizzando la scala  $1 \div 5$  la media è data dal 3, le unità operative con indice maggiore di 3 sono considerate secondo il modello le più competitive.

Riassumendo, la formula prevede:  $\sum (\text{pesi dei fattori} \times \text{valutazione}) = \text{indice di dimensione}$ .  
Per approfondimenti si veda Hofer e Schendel (1978) e Lega (2000).

segue **Box 5 - Caso policlinico di Palermo**

<b>COMPETITIVITÀ (50% dell'impegno/successo assistenziale)</b>		
<b>Dimensione indice</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Proposta di peso</b>
<i>Dati oggettivi</i>		
Peso medio Drg	<i>Benchmarking</i> , del peso medio Drg delle differenti discipline del Policlinico di Palermo con il peso medio delle medesime discipline di altri policlinici. Nel caso in cui questa comparazione non possa essere effettuata, si prenderà in esame la media regionale. Il peso medio del Drg sarà poi classificato in una scala 1-5 (dove 5 è l'ottimo e significa peso molto elevato) (*), considerando le differenze risultanti dalla comparazione	40%
Contributo punto Drg	Si tratta di considerare il rapporto tra il ricavo per punto Drg e il costo per punto Drg. Anche in questo caso i risultati saranno classificati secondo una scala 1-5 (5 = contributo elevato). Nel caso in cui non sia possibile considerare il contributo per punto Drg, si analizza la quota di fatturato	20%
Quota di fatturato		
Grado di specializzazione	Si tratta di considerare il peso medio dei primi 5 Drg e di discernere la configurazione (5 = elevata specializzazione). Anche in questo caso i dati saranno confrontati a quelli di altri policlinici italiani	12,5%
<i>Dati soggettivi</i>		
Possesso di tecnologie	Si valuta, tramite un <i>focus group</i> costituito <i>ad hoc</i> , il <i>gap</i> tra le tecnologie realmente presenti e quelle che servirebbero (5 = possesso di tutte le tecnologie)	12,5%
Possesso servizi ed infrastrutture	L'analisi in questo caso si basa sul tipo di camera (n. di posti letto) e sulla presenza o meno di servizi igienici ( <i>comfort</i> alberghiero)	10%
Rapporti con potenziali induttori	Si tratta di capire se esistono dei rapporti formali/strutturati con i Mmg (mediante interviste; 5 = rapporti consolidati)	5%
<b>ATTRATTIVITÀ (50% dell'impegno/successo assistenziale)</b>		
<b>Dimensione indice</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Proposta di peso</b>
<i>Trend</i> produzione degli ultimi 3 anni	Analisi della tendenza del volume di produzione nell'arco dell'ultimo triennio (5 = <i>trend</i> molto crescente)	25%
Lista attesa su elezione	Analisi della lista di attesa sui ricoveri ordinari del Policlinico, confrontata, se possibile, alla lista di attesa di altre aziende ospedaliere palermitane (5 = lista molto lunga)	25%
Mobilità extra-Asl	Volume delle fughe verso ospedali fuori dalla provincia (5 = poca fuga)	25%
Dimensione della domanda	Rapporto tra la quota di fatturato delle unità operative del Policlinico e la quota totale della provincia (5 = rapporto > di 0,2)	20%
Rapporti con potenziali induttori	Medesima dimensione utilizzata per calcolare l'indice di competitività (dimensione indice considerata rilevante ai fini sia della competitività che attrattività)	5%
<p>(*) Ovviamente, in questo caso come nelle valutazioni successive, occorre costruirsi la scala valutativa definendo ad esempio come 1 equivalga ad un peso medio inferiore di 0,3 — più — punti dalla media regionale, 2 ad un peso inferiore di 0,2 punti, e così via fino al 5 che equivale ad un peso medio maggiore di 0,2 punti alla media regionale.</p>		

segue **Box 5 - Caso policlinico di Palermo**

Per l'impegno didattico e l'impegno alla ricerca si sono selezionati i seguenti indicatori.

IMPEGNO DIDATTICO

Dimensione indice	Descrizione	Proposta di peso
N. ore dedicate all'attività didattica	Si tratta di considerare il numero ore di attività di aula svolte dal personale dell'unità operativa in relazione al monte ore complessivo (personale delle unità operative esclusi gli specializzandi; 5 = n. ore elevato)	25%
N. medici coinvolti	In questo caso consideriamo il rapporto tra n. di medici coinvolti ed il n. totale dei medici con qualifica universitaria (esclusi gli specializzandi; 5 = rapporto elevato)	15%
Potenziale specializzandi	Si considera il numero di posti disponibili per gli specializzandi (5 = n. elevato)	15%
Distribuzione specializzandi	Si considera il numero di posti realmente occupati dagli specializzandi (5 = n. elevato)	15%
N. laureandi in formazione sul campo	Laureandi che svolgono la formazione sul campo presso l'unità operativa (5 = n. elevato)	5%
Apertura esterna della <i>faculty</i>	Si tratta di discernere il grado di apertura della facoltà, considerando le lezioni tenute fuori dalla facoltà dai medici del Policlinico e quelle tenute da medici esterni nella facoltà (5 = n. elevato di <i>visiting professors</i> )	20%
Libri didattici	Si considera il volume di libri e testi pubblicati a scopo didattico dai medici del Policlinico (5 = n. elevato)	5%
Test di valutazione	Se disponibile, i risultati del <i>test</i> di valutazione sull'insegnamento da parte degli studenti possono essere usati come indicatori della qualità dell'insegnamento (5 = valutazioni molto positive)	10%

taggio competitivo di un'azienda (De Leo, 1995; Camuffo, 1996). Ciò appare con maggiore evidenza in quei settori, quale quello sanitario, in cui le risorse chiave dell'azienda sono proprio le conoscenze e le capacità dei professionisti in essa operanti (Cicchetti e Lorenzoni, 2000; Baraldi *et al.*, 2003).

(2) Si fa riferimento a quegli ospedali che possono essere assimilati ai Centri di eccellenza previsti dal Psn 2003-2005.

(3) Esistono diversi riferimenti normativi ed istituzionali che supportano i cambiamenti nell'organizzazione delle attività ospedaliere come riportati nel testo. Tra i diversi, oltre alle analisi condotte in merito alla necessità di rinnovare e ripensare l'attuale rete ospedaliera italiana (si fa riferimento alla indagine condotta dall'Assr pubblicata come monografia a cura di Elio Guzzanti sulla rivista RSS - Ricerca sui servizi sanitari, a cura dell'Assr - Agenzia per i servizi sanitari regionali, n. 1 del 1997, «L'evoluzione e le prospettive dell'assistenza ospedaliera in Italia») meritano particolare at-

tenzione i risultati della commissione *ad hoc* istituita dall'allora Ministro della sanità Umberto Veronesi per lo studio di un ospedale modello (che ha dato luogo al cosiddetto «meta-progetto di ospedale del futuro» — si veda la relazione predisposta dal Ministero ed inviata alle Regioni e/o per una sintesi gli articoli comparsi sul Sole 24 Ore Sanità del 27 marzo-2 aprile 2001) e le indicazioni contenute nel Piano sanitario nazionale 2003-2005.

(4) In generale, la burocrazia professionale si caratterizza per il tentativo di codificare una serie di conoscenze, competenze, programmi e servizi *standard* — cioè l'insieme delle capacità dei professionisti ivi operanti — che sono applicati a situazioni predeterminate. In questo prospettiva, le caratteristiche dello sviluppo storico degli ospedali, basato sulla creazione di unità operative e di servizi diagnostici che fanno capo a singole discipline mediche (sapere codificato applicabile al problema diagnostico-clinico), li rendono assimilabili a burocrazie professionali

(Mintzberg, 1979). La burocrazia professionale è un'organizzazione rigida, molto adatta a realizzare i suoi *output standard*, ma poco adatta a produrne di nuovi. Infatti, se i programmi esistenti possono essere perfezionati dai singoli professionisti, i programmi nuovi superano le specializzazioni esistenti richiedendo spesso uno sforzo interdisciplinare. Ne conseguono, data la riluttanza dei professionisti a lavorare in modo cooperativo, problemi di innovazione.

(5) Quando non sia possibile essere oggettivi occorre che l'alta direzione aziendale ed i valutatori da essa individuati si costruiscano una reputazione di competenza ed equità che faciliti l'accettazione delle proprie decisioni.

(6) Facendo attenzione a non sovraccaricare di aspettative improprie il sistema di programmazione e controllo rischiando di snaturarne la finalità prioritaria, l'orientamento ed il coordinamento delle attività aziendali.

segue **Box 5 - Caso policlinico di Palermo**

IMPEGNO NELLA RICERCA		
Dimensione indice	Descrizione	Proposta di peso
<i>Impact factor</i>	Si tratta di considerare il numero di pubblicazioni degli ultimi tre anni ed il loro <i>impact factor</i> (5 = n. elevato ed <i>impact factor</i> elevato)	30%
Partecipazione a congressi	Considerare le partecipazioni di un membro dell'unità operativa in qualità di relatore a congressi o convegni (5 = n. elevato)	10%
Finanziamento progetti	Si tratta di considerare l'importo medio dei finanziamenti erogati per i progetti di ricerca (totale finanziamenti/totale progetti; 5 = <i>import</i> medio elevato)	15%
Tipo di finanziamento	Si tratta di raffrontare il finanziamento istituzionale al finanziamento privato (un <i>mix</i> equilibrato e da favorirsi ad uno centrato su una delle due soli fonti)	15%
Ore dedicate alla ricerca	Rapporto tra le ore dedicate all'attività di ricerca e le ore lavorative del personale universitario (5 = rapporto elevato)	15%
Utilizzo dei finanziamenti	Rapporto tra i finanziamenti utilizzati e quelli assegnati nell'ultimo triennio (5 = rapporto uguale ad 1)	15%

Questo sistema di monitoraggio integrato sui tre fronti consentirebbe di sviluppare un'attività di programmazione che contempla contemporaneamente la produzione, la didattica e la ricerca, favorendo quindi:

- 1) la ricerca di equilibri dinamici tra le esigenze poste dalle tre funzioni del Policlinico, rispondendo a domande quali «i livelli di *performance* sono migliorabili nelle tre aree? Di quanto? Con quali *trade-off* tra le aree?»;
- 2) l'individuazione degli spazi e delle direzioni per lo sviluppo dell'innovazione.

I lavori per lo sviluppo del sistema sono tuttora in fase di svolgimento con una consulenza finalizzata. Si ipotizza anche che parte del sistema (quella relativa al monitoraggio della didattica e ricerca) possa diventare di supporto allo sviluppo del controllo di gestione della facoltà di medicina e chirurgia dell'università di Palermo.

## BIBLIOGRAFIA

- BARALDI S. (2002), «Il capitale intellettuale «pesa»», *Sanità e Management*, giugno, Il Sole 24 Ore Sanità.
- BARALDI S., CIOFFI A., MANZOLINI L., LOSI M., PINARDI R. (2003), «La competenza è il perno», *Sanità e Management*, dicembre, Il Sole 24 Ore Sanità.
- BARNEY J.B. (1991), «Firm resources and sustained competitive advantage», *Journal of Management*, 17, pp. 99-120.
- BURNS T., STALKER G. (1961), *The management of innovation*, Tavistock, London.
- CAMUFFO A. (1996), «Competenze. La gestione delle risorse umane tra conoscenza individuale e conoscenza organizzativa», *Economia & Management*, 2, Milano.
- CICCHETTI A., LORENZONI G. (2000), «Le architetture strategiche nelle aziende ospedaliere: una prospettiva basata sulle conoscenze», in Fontana F., Lorenzoni G. (a cura di), *L'architettura strategica delle aziende ospedaliere: un'analisi empirica*, Franco Angeli, Milano.
- DE LEO F. (1995), *Le determinanti del vantaggio competitivo*, EGEA, Milano.
- GILARDONI A. (1988), *Patrimonio tecnologico e sviluppo dell'impresa*, Giuffrè Editore, Milano.
- GRANTHAM C., LARRY D., SCHONBERNER M. (1997), «A framework for the management of intellectual capital in the health care industry», *Journal of health care finance*, 23(3), pp. 1-19.
- HOFER C.W., SCHENDEL D. (1978), «Strategy formulation: analytical concepts», West Publishing, St. Paul, Minn.
- HULT G., LUKAS B., HULT A. (1996), «The health care learning organization», *Journal of Hospital Marketing*, vol. 10 (2).
- LEGA F. (1997a), «Activity-based costing and management nelle aziende sanitarie: la gestione integrata per attività dei processi produttivi sanitari», *Mecosan*, 22, pp. 23-40.
- LEGA F. (1997b), «Sviluppo e controllo della conoscenza quali determinanti del vantaggio competitivo nelle aziende sanitarie pubbliche», *Organizzazione Sanitaria*, 5, pp. 6-28.
- LEGA F. (1998), «Gestire il personale delle aziende sanitarie pubbliche: dal criterio della legittimità ad una possibile imprenditorialità governata», *Sanità Pubblica*, 7/8, pp. 903-944.
- LEGA F. (1999), «Dalla strutture alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero», *Mecosan*, 30, pp. 9-24.
- LEGA F. (2000), «L'applicazione delle matrici di portafoglio per l'analisi, valutazione e sviluppo strategico delle strutture ospedaliere: una possibile metodologia», *Mecosan*, 34, pp. 41-56.
- LEGA F., VERME G. (2003), «L'ospedale polispecialistico tra presente e futuro», *Mecosan*, 45, pp. 79-102.

- MAHONEY J.T., PANDIAN J.R. (1992), «The resource-based view within the conversation of strategic management», *Strategic Management Journal*, 13, 559-584.
- MINTZBERG H. (1979), *The structuring of organizations*, Prentice-Hall; Englewood Cliffs, NJ trad. It. *Le strutture organizzative*, Il Mulino, 1985.
- NONAKA I. (1991), «The knowledge-creating company», *HBR*, november-dicember, 96-104.
- NONAKA I. (1994), «A dynamic theory of organizational knowledge creation», *Organization Science*, vol. 5, 1.
- PRAHALAD C.K., HAMEL G. (1990), «The core competence of the corporation», *HBR*, 90(3), 79-91.
- RAMPONI C. (2003), «Professione & gestione in team: la risorsa umana chiave del restyling delle aziende ospedaliere», *Sanità e Management*, dicembre, Il Sole 24 Ore Sanità.
- VERME G., ROSINA F., VISCONTI F. (1997), «Percorso di aziendalizzazione di un ospedale polispecialistico», *Mecosan*, 21, pp. 109-120.
- VICARI S. (1992), «Risorse e funzionamento d'impresa», *Finanza, Marketing e Produzione*, n. 3, Milano.
- WERNERFELT B. (1984), «A resource based view of the firm», *Strategic Management Journal*, 5 (2), 171-180.

# I PROCESSI DI INNOVAZIONE IN SANITÀ TRA POLITICHE REGIONALI, STRATEGIE AZIENDALI E COMPORTAMENTI PROFESSIONALI

Angelo Tanese

Responsabile Area Pianificazione e sviluppo Arpa Lazio  
Università di Chieti - Facoltà di scienze sociali

**SOMMARIO:** Introduzione - 1. L'approccio empirico allo studio dei processi di innovazione in sanità: analisi di un caso - 2. Circuiti e strategie per l'innovazione nei sistemi sanitari locali.

*The article provides a model for the analysis and interpretation of the innovation processes within the Italian National Health Service. The model is based on an empirical research that studied the policy of introduction and development of «day surgery» organizational models within public hospitals in the Veneto Region. The basic proposition is that the success of innovation policies within hospital organizations results from the dynamic and contingent relationships among 3 different levels of the organizational structure: the level of the regional government, the top management of the health care units and the level of professionals operating within the health care units. The awareness of the driver standing below these processes is a crucial condition in order to avoid prescriptive organizational behaviours and to strategically manage the innovation of the health care system that assures more effective policies.*

## Introduzione

In questo contributo si cerca di fornire un modello di analisi e di interpretazione dei processi di innovazione all'interno del Servizio sanitario nazionale attraverso una lettura delle dinamiche interorganizzative intercorrenti tra tre diversi livelli locali:

- le politiche regionali;
- la direzione delle aziende sanitarie;
- i comportamenti dei professionisti che operano all'interno delle aziende.

Obiettivo di fondo è mostrare come l'innovazione realizzata all'interno delle strutture sanitarie per migliorare i processi o le modalità di erogazione delle prestazioni non discende in modo razionale dalle direttive regionali o dalla programmazione aziendale, ma si configura come un processo evolutivo di acquisizione di nuove logiche d'azione in cui giocano un ruolo deter-

minante elementi fortemente contingenti: le motivazioni e le spinte all'innovazione, gli attori chiave, le risorse disponibili e le capacità di utilizzo di tali risorse.

L'autonomia e i comportamenti dei professionisti all'interno delle aziende sanitarie rivestono una forte centralità all'interno di tali processi, e possono incidere sulle diverse fasi di emergenza, introduzione e sviluppo delle innovazioni in modo assai più rilevante delle politiche regionali o delle stesse decisioni delle direzioni aziendali.

Si configura così un complesso sistema di relazioni, un'irriducibile e inevitabile interdipendenza tra livelli organizzativi, la cui dinamica può render conto in larga parte del successo o del fallimento di ogni tentativo di cambiamento organizzativo, sia che provenga dal basso, sotto forma di «imprenditorialità locale», sia che venga introdotto dall'alto, sotto forma di direttiva o linea guida.

La consapevolezza delle logiche sottostanti tali processi è una condizione indispensabile per un approccio meno prescrittivo e più strategico al cambiamento del nostro sistema sanitario. Solo attraverso un simile approccio è possibile analizzare in modo non astratto le cause di successo o di insuccesso delle politiche regionali e aziendali e formulare modalità di intervento più efficaci sul miglioramento delle *performance* del sistema.

La riflessioni teoriche e il modello proposto derivano da uno studio empirico condotto su cinque aziende sanitarie della Regione Veneto e quattro aziende sanitarie di altre regioni italiane (Umbria, Lombardia, Piemonte e Campania). Lo studio riguardava un ambito molto circoscritto, vale a dire le modalità di introduzione e di sviluppo dell'attività di *day surgery* all'interno degli ospedali, e in particolare i modelli organizzativi adottati.

Lo studio empirico dei modelli organizzativi è diventato l'occasione per ricostruire il modo in cui le direttive regionali riguardanti la *day surgery* si traducono in modelli attuativi concreti.

È emerso così un «circuitto» dell'innovazione compreso tra le politiche regionali e le capacità di adattamento locale, in cui le componenti culturali, organizzative e professionali svolgono un ruolo determinante. Per la Regione, così come per le aziende sanitarie, la capacità di regolazione di tale circuito diventa una risorsa critica per l'innovazione molto più delle stesse capacità di programmazione o di contrattazione di volumi e tariffe con gli erogatori.

Alla luce dei risultati emersi dalla ricerca, è possibile quindi trarre alcune indicazioni generali sul funzionamento dei processi di innovazione nei sistemi sanitari regionali, e fornire anche alcune indicazioni utili per i decisori regionali e per le direzioni aziendali al fine di stimolare o implementare in modo efficace i processi di innovazione, in modo più coerente con i sistemi di relazioni sottostanti.

La trattazione verrà sviluppata in due parti. Nella prima vengono, seppur sinteticamente, presentati i principali contenuti e risultati dello studio organizzativo condotto con riguardo alla *day surgery*. Nella seconda parte verranno invece introdotte alcune riflessioni generali e chiavi di lettura dei processi di innovazione nei sistemi sanitari regionali, andando al di là del caso specifico della *day surgery*.

Chi fosse interessato unicamente alle riflessioni generali può direttamente leggere il secondo capitolo. Per quanto riguarda invece il primo capitolo, benché lo studio empirico presentato sia parte di un più ampio lavoro svolto in modo collettivo da un'*équipe* di ricercatori, i risultati qui

presentati e le generalizzazioni effettuate implicano solo lo scrivente.

## **1. L'approccio empirico allo studio dei processi di innovazione in sanità: analisi di un caso**

### *1.1. Obiettivi e metodologia della ricerca (1)*

Obiettivo della ricerca cui si fa qui riferimento era duplice:

1) compiere un'analisi approfondita del modello di *day surgery* introdotto e attualmente attuato in alcune aziende sanitarie venete, andando ad analizzare:

a) le caratteristiche generali dell'azienda;

b) i dati generali e di attività delle strutture ospedaliere dell'azienda;

c) le diverse fasi formali di avvio della *day surgery* all'interno dell'azienda;

d) il modello organizzativo di *day surgery* adottato;

e) i risultati conseguiti nell'attività di *day surgery* nel triennio 1996-1998;

f) le politiche aziendali per lo sviluppo dell'attività;

g) le prospettive di sviluppo della *day surgery*, sulla base di quanto emerso dai punti precedenti;

2) compiere un'analisi comparativa tra i casi analizzati, al fine di far emergere eventuali regolarità e modelli interpretativi più generali in merito a:

a) le tipologie di modelli organizzativi di *day surgery* (caratteristiche strutturali, modalità di funzionamento);

b) il rapporto tra modelli organizzativi e risultati raggiunti nel triennio 1996-1998;

c) le tipologie di processi e percorsi di sviluppo e loro collocazione nel sistema aziendale (ruoli chiave, caratteristiche del processo di cambiamento);

d) le criticità e variabili di successo/insuccesso rilevanti nei differenti modelli;

e) le condizioni organizzative per la nascita e lo sviluppo della *day surgery* (2).

Il campione di aziende selezionato comprendeva cinque aziende sanitarie venete:

— l'azienda Ussl n. 8 di Asolo;

— l'azienda Ussl n. 9 di Treviso;

— l'azienda Ussl n. 18 di Rovigo;

— l'azienda ospedaliera di Verona;

— l'azienda ospedaliera di Padova (3).

Il criterio di selezione del campione adottato non è stato quello del campione significativo su basi statistiche, dal momento che lo studio condotto non si basava su un metodo di tipo quantitativo; si trattava invece di un criterio di rappresentatività, basato su un metodo di lavoro induttivo e qualitativo (Yin, 1994). L'ipotesi era che lo studio di cinque casi aziendali consentisse di formulare ipotesi e considerazioni significative dal punto di vista organizzativo, non per pervenire in modo prescrittivo a definire un «modello ideale», ma per fornire modelli interpretativi e schemi di ragionamento utili per l'introduzione efficace della *day surgery* in altri contesti.

Gli strumenti di analisi adottati sono stati principalmente di due tipi:

1) la raccolta di dati:

— le delibere aziendali riguardanti la *day surgery*;

— i dati di struttura riguardanti gli ospedali, la dotazione di posti letto e i ricoveri effettuati;

— l'organigramma aziendale ed eventuali altri documenti riguardanti l'organizzazione;

— eventuali regolamenti di *day surgery*;

— la modulistica delle singole Unità operative riguardante il ricovero in *day surgery*;

— i dati di attività di tutte le Unità operative che effettuano interventi di *day surgery*;

— eventuale altra documentazione messa a disposizione dalla direzione aziendale o dalle singole Unità operative;

2) interviste individuali:

— ai responsabili o referenti di singole Unità operative chirurgiche;

— ai responsabili o referenti di servizi anestesia;

— a caposala o responsabili dei servizi infermieristici;

— a membri della direzione aziendale coinvolti nel progetto di *day surgery*.

Complessivamente sono state realizzate 65 interviste, di cui 47 presso le aziende venete e 18 presso le aziende di altre regioni (tabella 1).

Le cinque principali questioni di ricerca che hanno guidato l'analisi erano:

1) Come si sono tradotte nelle aziende sanitarie venete le direttive regionali riguardanti la *day surgery*?

2) In che modo e con quali risultati è stata avviata e viene attualmente svolta l'attività di *day surgery* nelle aziende venete?

3) Quali sono i punti di forza e di debolezza dei diversi modelli organizzativi?

4) Quali sono le variabili rilevanti che influiscono sull'avvio e sullo sviluppo dell'attività di *day surgery*?

5) Quali indicazioni strategiche e operative possono essere fornite alle singole aziende per implementare il modello o introdurre nuovi modelli di *day surgery*?

Come vedremo più analiticamente in seguito, queste stesse questioni di ricerca sono state affinate progressivamente nel corso dell'analisi e, soprattutto, in seguito alle prime evidenze emerse dallo studio dei casi, è stato necessario ridefinire con maggiore precisione l'oggetto di ricerca.

Il «modello aziendale» di *day surgery* si è rivelato infatti un oggetto di analisi che conteneva in sé il presupposto che esistesse, per ogni azienda analizzata, un modello organizzativo unitario. Presupposto che, ad una più attenta analisi, si è rivelato limitativo per la comprensione delle singole realtà.

Ovviamente in questa sede non è possibile riportare in modo dettagliato i contenuti dello studio. Tuttavia, i risultati emersi dall'analisi, schematicamente sintetizzati, ci forniranno utili chiavi di lettura per affrontare l'aspetto che in questa sede ci interessa, vale a dire i processi di innovazione nelle aziende sanitarie e le loro dinamiche di introduzione e attuazione nel rapporto tra livello regionale, aziendale e operativo.

### 1.2. I principali risultati di ricerca

Lo studio dei singoli casi e l'analisi comparativa hanno condotto a numerose considerazioni e interpretazioni, per le quali si rimanda ovviamente al rapporto di ricerca citato. In questa se-

de possiamo concentrarci su alcuni principali risultati:

1) il *gap* tra il recepimento formale delle direttive regionali sulla *day surgery* e l'attuazione;

2) l'esistenza di modelli organizzativi diversi all'interno della stessa azienda;

3) un collegamento tra i modelli organizzativi e i livelli di *performance*;

4) la ricostruzione di differenti processi di innovazione sottostanti i differenti modelli;

5) un collegamento tra i modelli organizzativi e i modelli di innovazione.

#### 1) Il gap tra recepimento formale delle direttive regionali e attuazione reale

La delibera della Giunta regionale del Veneto n. 3609 del 5 agosto 1996 definiva una lista di interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive eseguibili in regime di chirurgia di giorno (*day surgery*). Tale elenco, valido per il 1997, comprendeva 186 procedure.

Tabella 1 - Interviste effettuate per lo studio dei casi aziendali

Ulss Asolo	15 interviste
Ulss Treviso	9 interviste
Ulss Rovigo	13 interviste
Az. osp. Padova	5 interviste
Az. osp. Verona	5 interviste
<i>Totale casi veneti</i>	<i>47 interviste</i>
Az. osp. Terni	11 interviste
Az. osp. Torino	5 interviste
Az. osp. Milano	1 intervista
Az. osp. Napoli	1 intervista
<i>Totale altri casi</i>	<i>18 interviste</i>
<b>Totale</b>	<b>65 interviste</b>

La delibera prevedeva inoltre l'attivazione delle unità di chirurgia di giorno da parte delle singole Aziende attraverso la comunicazione del modello organizzativo scelto e della dettagliata descrizione della struttura organizzativa. I posti letto dedicati sarebbero derivati dalla conversione di posti letto dell'area funzionale chirurgica in posti letto di *day hospital*. La Regione avrebbe espresso parere di congruità e attribuito un codice a ciascuna unità di *day surgery* da riportare nella SDO.

Nel 1997, a seguito della revisione della lista di interventi chirurgici e delle procedure invasive effettuabili in *day surgery*, approvata dalla Regione Veneto con del. G.R.V. n. 4544 del 16 dicembre 1997, veniva modificato e ampliato l'elenco degli interventi e procedure fino ad un totale di 269, lista valida retroattivamente per l'anno 1997.

Nelle aziende analizzate il primo impatto è stato, in maniera sostanzialmente omogenea, l'avvio dell'*iter* di formalizzazione dell'attività di *day surgery*, in attuazione del dettato normativo regionale.

Nel corso del 1997 le Direzioni generali hanno comunicato alle Unità operative individuate la lista degli interventi regionale e chiesto eventuali modifiche e integrazioni. Nella seconda metà dell'anno con delibera formale hanno attivato le unità di *day surgery*, definendo altresì la casistica degli interventi e procedure diagnostiche e terapeutiche effettuata di fatto dalle unità individuate.

Nel corso del 1998 la Regione Veneto, ha espresso parere di congruità sulle attività di chirurgia di giorno (*day surgery*) delle aziende. Nei mesi successivi ha approvato l'aggiornamento della lista di procedure effettuabili in *day surgery* valida per l'anno 1999 e modificato il sistema di remunerazione dei relativi Drg; ha ulte-

riormente specificato le patologie cui possono essere associate le procedure diagnostiche terapeutiche effettuabili in *day hospital* e aggiornato la lista degli interventi chirurgici effettuabili in *day surgery*.

Complessivamente possiamo sottolineare, in prima analisi, come la politica regionale abbia trovato nelle aziende sanitarie un'immediata risposta; l'attivazione dell'*iter* di autorizzazione al loro interno è stata rapida e rispettosa dei tempi previsti. Se volessimo quindi valutare l'efficacia della politica regionale da un punto di vista strettamente formale, dovremmo concludere che essa ha conseguito un risultato senz'altro positivo. La comunicazione dei provvedimenti regionali alle singole Unità operative è stata in genere puntuale e capillare; le direzioni aziendali hanno attribuito e trasmesso una rilevanza strategica e organizzativa alla *day surgery*.

Si riscontra quindi un elevato grado di coerenza tra la politica regionale e gli orientamenti delle direzioni generali, le quali hanno visto nelle delibere della Regione Veneto un'opportunità per perseguire obiettivi aziendali e non tanto un vincolo alla loro autonomia strategico-organizzativa. Questo può spiegare perché le richieste regionali siano state così prontamente recepite e attuate, e ad esse sia stata accordata importanza e priorità.

Questa «efficienza amministrativa», pur necessaria all'avvio della *day surgery* secondo modalità comuni e formalizzate, ha trovato alcuni ostacoli nella traduzione in risultati concreti a causa di due fattori contingenti e localistici:

— il grado di autonomia delle strutture operative;

— la difficoltà nel passaggio dal livello formale al livello organizzativo-operativo.

L'analisi del modello organizzativo non può infatti far riferimento al mo-

dello formale previsto di *day surgery*, bensì a quello realmente sperimentato e attuato, così come desunto dall'analisi sul campo. Non sempre, infatti, ad uno stesso modello formale corrisponde un identico modello reale (figura 1). Per fare un esempio concreto, nella quasi totalità dei casi alle singole unità operative sono stati assegnati dei posti letto di *day surgery*, senza che nel funzionamento reale vi siano dei posti realmente dedicati unicamente alla *day surgery*; nella maggior parte dei casi, infatti, i posti letto di reparto vengono utilizzati indifferentemente per ricoveri ordinari e in *day surgery* a seconda delle esigenze; allo stesso modo potremmo trovare un altro reparto dove, pur non essendovi del personale formalmente assegnato alla *day surgery*, l'organizzazione interna del lavoro ha individuato del personale (medico, infermieristico o amministrativo) interamente dedicato all'attività di *day surgery* di reparto. In entrambi i casi al modello formale non corrisponde il modello reale, che si è strutturato in base alle esigenze e alle scelte operate dal singolo reparto, spesso a prescindere dall'assetto formalmente definito.

## 2) L'esistenza di modelli organizzativi diversi all'interno della stessa azienda

Andando ad analizzare le modalità di concreta attuazione delle direttive regionali e aziendali all'interno delle singole strutture operative, lo studio dei casi ha fatto emergere una pluralità di «modelli» di *day surgery* all'interno della stessa azienda, a seconda:

— della collocazione organizzativa dell'attività (posizione del responsabile, grado di accentramento/decentramento operativo, collocazione all'interno del modello organizzativo aziendale);

— del grado di autonomia dell'attività rispetto a quella di ricovero ordinario (collocazione fisica della struttura, dotazione di risorse, livello di interdipendenza con attività ordinaria).

Dall'analisi delle Unità operative che effettuano attività di *day surgery* sono emersi quattro distinti modelli organizzativi (4):

A. *day surgery effettuata all'interno del reparto utilizzando risorse totalmente comuni con l'attività di ricovero ordinario.*

Si tratta di un tipo di *day surgery* dove il criterio distintivo è:

— la durata del ricovero;

— il tipo di cartella adottata (specifica di *day surgery*).

Dal punto di vista organizzativo la *day surgery* non modifica sostanzialmente il funzionamento ordinario del reparto, nel senso che non comporta nessuna riorganizzazione interna o l'assegnazione di risorse dedicate, ma unicamente una diversa gestione amministrativa del paziente e il vincolo di dover rispettare le dimissioni entro le 24 ore dal ricovero per mantenere il regime di *day surgery*;

B. *day surgery effettuata all'interno del reparto con posti letto e personale dedicato.*

Si tratta di un tipo di *day surgery* che crea una micro-struttura parallela a quella di ricovero ordinario, con procedure di accettazione, ricovero e dimissioni in minima parte o solo eccezionalmente comuni a quelle di ricovero ordinario. All'interno del reparto si definisce una zona o una modalità di gestione del paziente in *day surgery* diversa da quella ordinaria, costruendo una sub-struttura autonoma.

Spesso anche il personale è dedicato, con orari e modalità organizzative diverse; vi è un responsabile medico e un responsabile infermieristico dell'attività, nominato dal responsabile del reparto, ma che non interferisce con il personale che si occupa dell'attività ordinaria. Il personale infermieristico e amministrativo può essere *part-time*; l'organizzazione autonoma può permettere infatti di chiudere l'attività la sera, ed eventualmente far uso di posti letto e personale di reparto nel caso si renda necessario il pernottamento di un paziente;

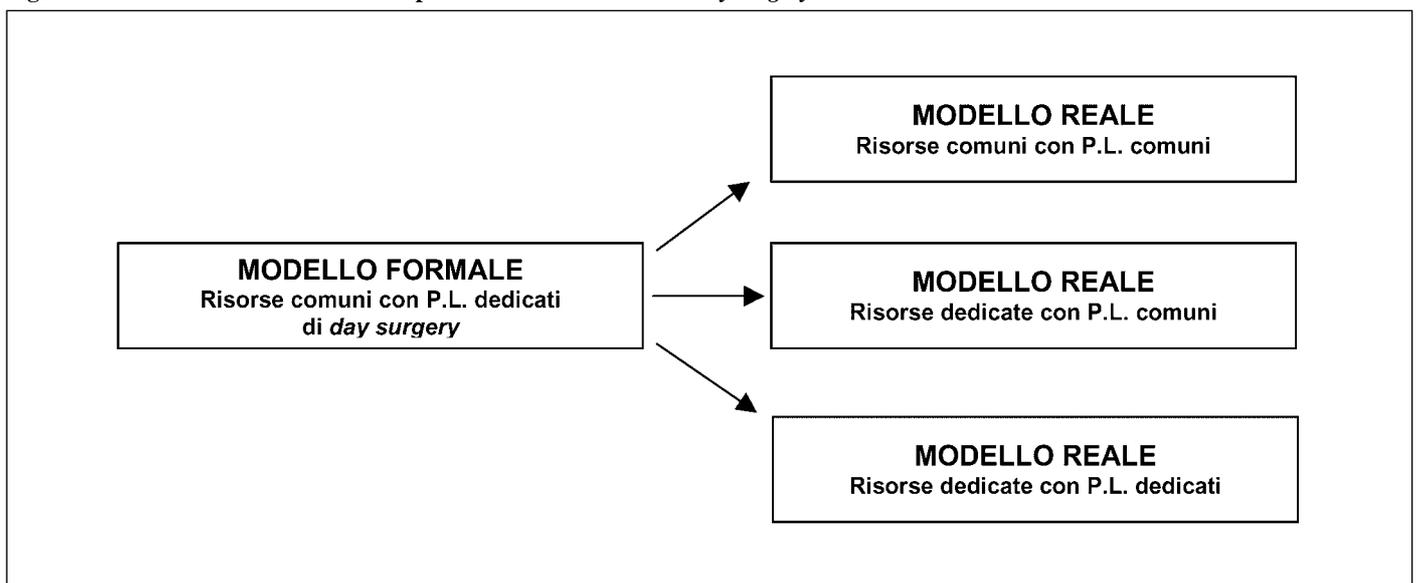
C. *modello autonomo monodisciplinare.*

È una struttura dove si svolge unicamente attività di *day surgery*. Può essere il caso di:

— U.o. che svolgevano anche attività in regime di ricovero ordinario e che si sono trasformate in U.o. unicamente di *day surgery* a seguito di scelte aziendali (ad esempio, per la riduzione di posti letto, per l'accorpamento di più presidi, per l'esistenza di una domanda specifica a livello locale, ecc.); in questo caso tutto il personale viene ad essere personale di U.o. di *day surgery*, che svolge unicamente questa attività;

— U.o. nate dalla costituzione di un'unica struttura autonoma di *day surgery* comune a più U.o. (ad esempio, tre Unità operative chirurgiche che utilizzano un'unica Unità operativa comune di *day surgery* secondo regole definite); in questo secondo caso il personale infermieristico, ausiliario, amministrativo è assegnato direttamente all'U.o. di *day surgery*, mentre il personale medico afferisce ai singoli reparti.

Figura 1 - La diversità di modelli reali a parità di modelli formali di *day surgery*



In entrambi i casi (e maggiormente nel primo) questo tipo di struttura presenta alcune caratteristiche. Innanzitutto, oltre ad essere fisicamente separata dal reparto di ricovero ordinario, l'autonomia anche formale la rende maggiormente indipendente dal funzionamento del reparto. Non si tratta, in altri termini, di una riorganizzazione interna, ma di una costituzione formalizzata di un'unità autonoma, che svolge solo attività di *day surgery* con proprio personale, attrezzature, spazi, posti letto.

In questi casi (come nel modello B) si tratta di strutture con orari di apertura limitati (in genere dal mattino sino alle prime ore del pomeriggio), che non prevedono dunque il pernottamento dei pazienti e, di conseguenza, turni notturni di personale. Nei casi eccezionali i pazienti vengono trasferiti nei reparti di degenza.

Questo tipo di struttura richiede anche una figura di responsabile formalmente definita. In genere, se si tratta di una struttura nata dalla trasformazione di un'U.o. che svolgeva anche ricoveri ordinari, si tratta del primario del reparto; altrimenti la responsabilità formale può anche essere assegnata formalmente alla Direzione sanitaria aziendale;

*D. modello autonomo multidisciplinare.*

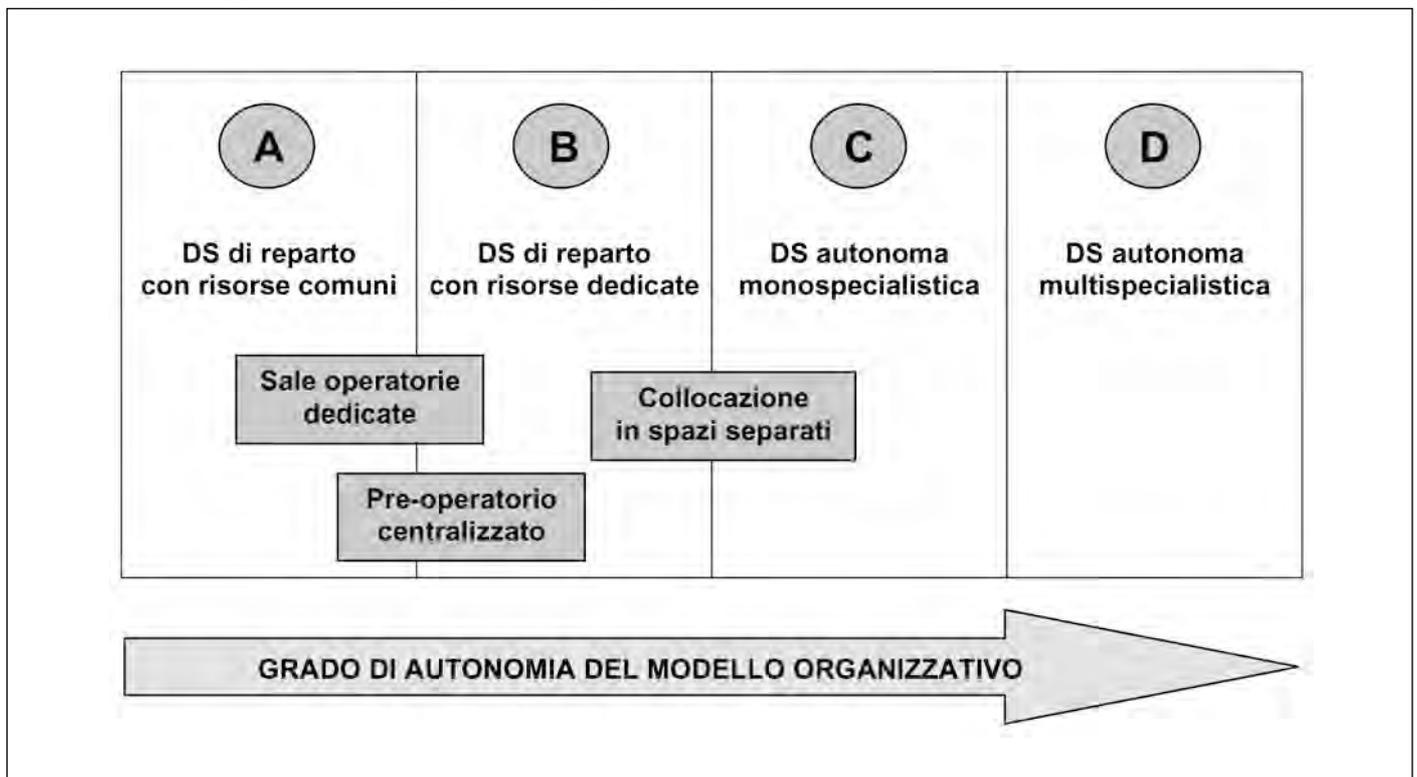
L'ultimo modello organizzativo è il modello autonomo multidisciplinare. Rispetto al modello C, di cui condivide l'autonomia formale dalle strutture che effettuano ricoveri ordinari, si tratta di un modello che tratta più patologie diverse e serve un maggior numero di Unità operative.

Questo tipo di *day surgery* tende a diventare il punto di riferimento aziendale, o quanto meno di presidio

ospedaliero; l'obiettivo ultimo può essere quello di prevedere che questa struttura centralizzi tutta l'attività di *day surgery* svolta dalle altre Unità operative chirurgiche, che non svolgono più tale attività utilizzando propri posti letto. Si tratta di un modello che ha in sé le condizioni per una rapida crescita, sia in termini quantitativi che organizzativi. Con il progressivo aumentare dei volumi, infatti, questo modello tende ad autonomizzare completamente anche i propri percorsi e le proprie risorse.

Fare *day surgery* diventa principalmente un problema organizzativo; dal punto di vista tecnico infatti non c'è nessuna differenza del modello D rispetto al modello A o B; tuttavia il contesto organizzativo in cui viene svolto è completamente diverso e ha forti implicazioni sui risultati e sul successo dell'attività.

Figura 2 - I modelli organizzativi di *day surgery* secondo il grado di autonomia



Al termine della presentazione dei quattro modelli, è bene precisare che in questa sede essi non vengono visti lungo una scala gerarchica, e che ad essi non è collegato nessun giudizio di convenienza in astratto; si tratta di possibili configurazioni assunte dalla *day surgery* nei casi analizzati, e che manifestano ciascuna punti di forza e criticità.

Occorre però sottolineare che quanto più all'interno delle aziende prevalgono i modelli A e B, tanto più forte è il ruolo giocato dalla singola Unità operativa anche dal punto di vista organizzativo; quanto più ci si sposta verso i modelli C e D, allora tanto più diventa rilevante anche il ruolo svolto dalla direzione aziendale, in termini di investimenti, assegnazione di risorse per la gestione dell'attività, responsabilità diretta, ruolo di mediazione e di integrazione tra Unità operative distinte.

### 3) Un collegamento tra i modelli organizzativi e i livelli di performance

Confrontando i dati di attività del triennio 1996-1998 nelle cinque aziende analizzate, sono emersi alcuni risultati interessanti:

— un *trend* di crescita complessivo della *day surgery* molto positivo, a partire già dal 1997;

— l'elevato numero assoluto di Unità operative che hanno avviato la *day surgery*, che copre la quasi totalità dell'area chirurgica degli ospedali analizzati. Pur non avendo dei dati di riferimento significativi sul contesto italiano, si tratta di un fenomeno sicuramente al di sopra della media nazionale e segno di una diffusa capacità di innovazione del sistema sanitario veneto.

Se i dati di attività delle aziende analizzate presentano buoni indici di incremento dell'attività di *day surgery* negli ultimi anni, dal punto di vista or-

ganizzativo si sottolinea comunque la persistenza del modello tradizionale, vale a dire centrato sull'autonomia e sull'autoorganizzazione delle singole Unità operative.

In questo scenario «fare *day surgery*» sembra tradursi principalmente in un problema di sviluppo quantitativo, in quanto non sembra rimettere in discussione per il momento il modello organizzativo prevalente.

È evidente che i modelli A e B incontrano dei limiti intrinseci allo sviluppo, dati dalla necessità di utilizzare risorse comuni all'attività ordinaria e di non poter generare grossi benefici alla struttura. Se infatti consideriamo i vantaggi della *day surgery* effettuata all'interno del modello «tradizionale», è facile constatare che essi riguardano quasi esclusivamente il paziente, che ha la possibilità di veder ridotto il proprio periodo di ricovero. Ma dal punto di vista della struttura, dal momento che il reparto mantiene in funzione tutto il personale e la struttura, incrementare la *day surgery* può comportare più «costi» organizzativi che «benefici»: aumentare il turnover dei pazienti, incrementare la produttività e i ritmi di lavoro, migliorare le capacità di programmazione e di gestione delle liste d'attesa. Esiste, insomma, un vincolo strutturale allo sviluppo quantitativo che può risolversi soltanto rendendo autonoma la *day surgery* e garantendole l'indipendenza dalle risorse e dai ritmi operativi del reparto.

Nei casi in cui la *day surgery* viene effettuata all'interno del reparto il problema dello sviluppo si traduce nel tentativo di «fare più ricoveri di un giorno», ridurre la degenza al di sotto delle 24 ore massime. Questo tipo di modello non comporta il ripensamento del modello di offerta, ma soltanto una razionalizzazione dei tempi e della produttività.

Sicuramente, da questo punto di vista, il modello autonomo multidisciplinare consente invece di operare un «salto qualitativo»; non nel senso che migliora necessariamente la qualità tecnica dei servizi resi, ma che si creano le condizioni per uno sviluppo dell'attività diverso. Fare *day surgery* diventa non solo un problema di riduzione dei tempi di ricovero, ma principalmente di riorganizzazione del modello di offerta, di prestazione di un servizio differenziato, con regole e modalità di erogazione totalmente differenti da quelle tradizionali (Campanelli e altri, 1997).

Attualmente il modello autonomo appare quello meno sviluppato, anche se nei casi analizzati è in progetto (più o meno definito) la centralizzazione dell'attività o comunque l'istituzione di strutture autonome di *day surgery*.

In ogni caso le conclusioni che qui sembrano identificare il modello multidisciplinare come il più vantaggioso non ci devono far concludere frettolosamente che è in assoluto il migliore e che tutti dovrebbero attuarlo. I modelli organizzativi non sono e non possono essere il frutto di una fredda e razionale progettazione a priori. Ogni modello è il risultato di un processo, di una storia; modificarlo richiede alcune condizioni. Per capire quali siano gli elementi che condizionano l'evoluzione dei modelli organizzativi, e quindi anche quegli elementi che possono consentire degli interventi di cambiamento, occorre leggere dietro i dati e le strutture (Lega, 1999).

La *day surgery* non è soltanto struttura e numeri, ma è principalmente persone, relazioni, ruoli professionali, atteggiamenti, capacità di integrazione e di innovazione (Francucci, Panela, Tanese, 1998).

4) *La ricostruzione dei processi di innovazione sottostanti i differenti modelli*

Lo studio dei casi non si limitava a fotografare il modello aziendale attuale di *day surgery*, ma cercava di operare una lettura diacronica e longitudinale del modello, ricostruendone le diverse fasi di sviluppo.

Le domande cui si cercava di rispondere erano:

1) da cosa nasce la spinta a avviare l'attività di *day surgery*?

2) quali sono i principali protagonisti della fase di avvio e delle fasi successive?

3) quali strumenti, soluzioni tecniche o processi organizzativi sono stati messi in moto per consentire lo sviluppo dell'attività?

La risposta a queste domande avrebbe consentito di spostare l'attenzione dal modello organizzativo adottato al processo di innovazione sottostante, andando a individuare, all'interno delle diverse tipologie, i ruoli e le variabili chiave.

Dall'analisi condotta attraverso lo studio dei casi sono emerse tre tipologie di processi di innovazione (figura 3):

a) una prima classe, che possiamo definire degli «imprenditori»;

b) una seconda classe, che possiamo definire degli «sperimentatori»;

c) una terza classe, che possiamo definire degli «adattatori».

Ad ognuna delle tre tipologie di «innovatori» corrisponde un diverso processo di apprendimento e sviluppo organizzativo. Per comprendere in modo sintetico le caratteristiche di ognuno dei tre modelli di innovazione, occorre analizzarne alcune variabili di fondo (figura 4):

a) le motivazioni e le spinte all'innovazione;

b) gli attori rilevanti e i ruoli chiave;

c) gli strumenti e le leve d'azione principalmente adottati;

d) i processi attivati;

e) il ruolo della direzione aziendale nel processo.

5) *Un collegamento tra i modelli organizzativi e i modelli di innovazione*

Qual è il rapporto tra processi di innovazione, modelli di organizzazione della *day surgery* e successo? In altri termini, esiste un qualche collegamento tra l'appartenenza ad una delle tipologie di innovazione sopra descritte, le soluzioni organizzative sperimentate per lo svolgimento dell'attività di *day surgery* e i risultati conseguiti in termini quanti-qualitativi?

Innanzitutto, occorre sottolineare che esiste una tendenziale sovrapposizione tra modelli di innovazione e modelli organizzativi. Se riprendiamo la classificazione dei modelli organizzativi:

A. *day surgery* di reparto con risorse comuni;

B. *day surgery* di reparto con risorse dedicate;

C. *day surgery* autonoma monospecialistica;

D. *day surgery* autonoma multispecialistica,

e la incrociamo con la tripartizione dei modelli di innovazione, si evincono alcune regole generali e tendenze di massima (figura 5).

Gli «imprenditori» e gli «sperimentatori» tendono ad accrescere il loro livello di autonomia come esigenza interna. Gli imprenditori cercano di affermarsi come interlocutori principali a livello aziendale o di mettere in piedi un'attività che possa autoalimentarsi e autogovernarsi, senza dipendere da un reparto o da un vincolo strutturale. Cercano quindi un'autonomia estrema, sia dalle altre strutture operative (modelli C e D), sia — talvolta — addirittura dalla stessa direzione aziendale.

Gli sperimentatori, dal canto loro, a seguito della loro capacità di organizzazione interna riescono a definire un modello di *day surgery* sostanzialmente (se non formalmente) autonomo dall'attività di reparto, anche se perfettamente integrato con essa (modello organizzativo B).

Spesso gli imprenditori sono inizialmente degli sperimentatori che acquisiscono risorse per crescere; questo consente loro, ad un certo punto della

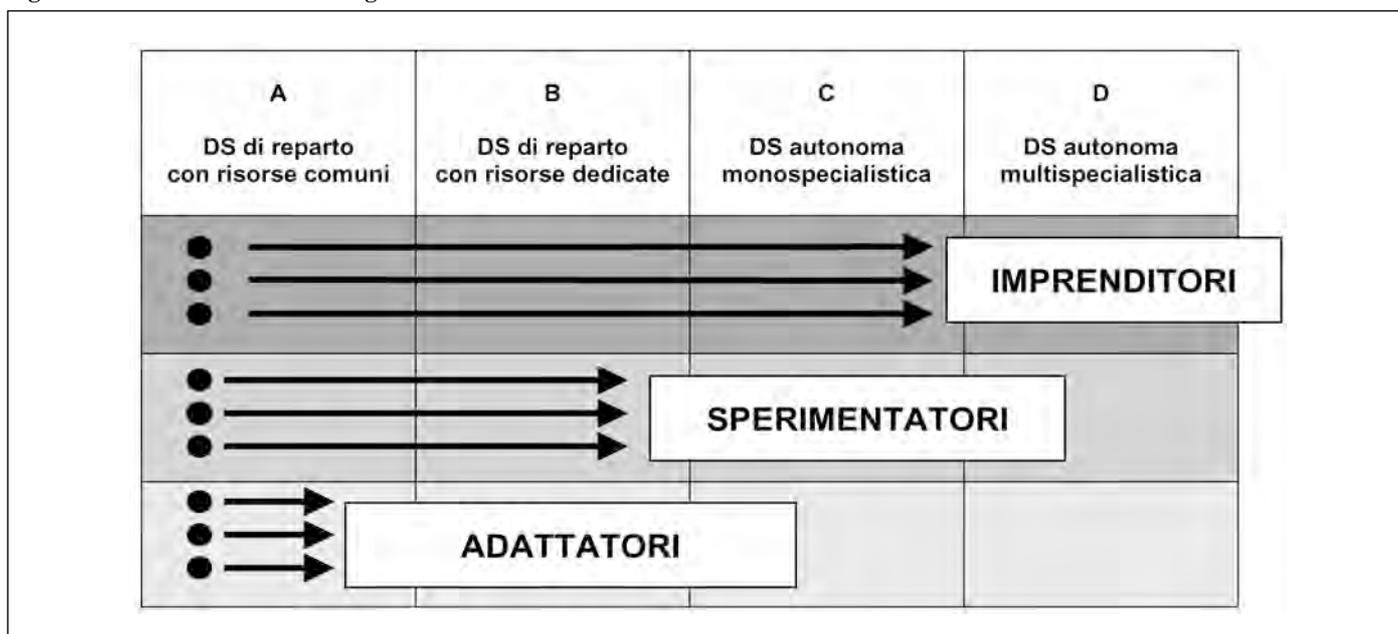
**Figura 3 - Le tre tipologie di processi di innovazione**

<b>1</b>	<b>"IMPRENDITORI"</b>	<b>LOGICA IMPRENDITORIALE- COMPETITIVA</b>
<b>2</b>	<b>"SPERIMENTATORI"</b>	<b>LOGICA ORGANIZZATIVO- GESTIONALE</b>
<b>3</b>	<b>"ADATTATORI"</b>	<b>LOGICA BUROCRATICO-FORMALE</b>

Figura 4 - Confronto tra i tre modelli di innovazione nella *day surgery*

	« <i>imprenditori</i> »	« <i>sperimentatori</i> »	« <i>adattatori</i> »
<b>Motivazioni e spinte</b>	Scientifico-universitarie Imprenditorialità interna Inserimento in ambiti extra-aziendali	Scientifiche–orient. paziente Organizzativo-gestionali Vantaggio competitivo interno	Perché «si deve» Perché «gli altri lo fanno»
<b>Attori rilevanti</b>	Universitari «sponsor» Assistenti «emergenti» Costellazioni di ruoli	Primari organizzatori e molto presenti Gruppo- <i>équipe</i> interna Infermieri	No innovatori interni o non riescono ad affermarsi Direzione sanitaria e osp. Regione
<b>Processi attivati</b>	Apprendimento (crescita) Investimento su risorse Potenziali conflitti di potere con altre Uu.oo.	Apprendimento («routines») Investimento su persone e sistemi operativi ( <i>standard</i> ) Progressivo isolamento da organizzazione aziendale	Adattamento Scarso apprendimento <i>Day surgery</i> come «peso»
<b>Leve utilizzate</b>	Capacità di «arrangiarsi» «Gerarchia» interna Leve simboliche Autofinanziamento	Procedure interne definite Costruzione di consenso e di sostituibilità del personale Sist. informativo autonomo	Deliberazioni aziendali Vincolo di <i>budget</i> Centralizzazione di fasi Riunioni di direzione
<b>Ruolo della Direzione aziendale</b>	Marginale in fase iniziale Recupero in fase avanzata: – risoluzione conflitti interni – potenziamento progetto	Marginale in fase iniziale Eventuale riconoscimento <i>ex post</i> con tentativo di integrazione procedure ma senza risorse aggiuntive	Attivatore formale processo Eventuale supp. operativo Comunicazione e inf.

Figura 5 - Confronto tra modelli organizzativi e modelli di innovazione



loro storia, di effettuare una sorta di «salto» organizzativo, passando dai modelli organizzativi A e B a quelli C o D.

In genere questo salto richiede un intervento di supporto strategico e organizzativo, oltre che di investimento finanziario, da parte della direzione aziendale, che torna così ad essere un attore rilevante nel processo di innovazione.

Gli sperimentatori, invece, operano in genere un po' più all'ombra dei riflettori e tendono a stabilizzarsi in un modello autonomo efficiente e autogovernato; guardano con più sospetto al «salto» organizzativo che potrebbe comportare una perdita di controllo o una ridefinizione complessiva del loro modello interno.

Esiste quindi una specie di frattura tra i modelli A e B da un lato, e i modelli C e D dall'altro; il passaggio dal modello A al B, infatti, richiede principalmente capacità organizzativo-gestionali interne, mentre il passaggio dal modello B al modello C o D richiede un investimento in risorse aggiuntive interne e/o esterne (spazi, personale, attrezzature, regole organizzative).

In realtà si potrebbe quindi assistere ad una sorta di polarizzazione dei modelli di apprendimento e organizzativi: da un lato le strutture più innovative che tendono al modello autonomo multi o monodisciplinare, dall'altro le strutture che tendono (a velocità diverse, in base a capacità organizzative e situazioni locali diverse) al modello organizzativo con risorse dedicate all'interno.

Entrambi i processi possono coesistere, anche se nel tempo si possono generare dei conflitti. Il modello multidisciplinare, infatti, ha senso se progressivamente sottrae alle singole strutture la gestione diretta dell'attività di *day surgery* e si pone come struttura di integrazione trasversale.

Attuare il modello autonomo multidisciplinare comporta un maggiore impegno della direzione aziendale. Non è possibile pensare di attuare questo modello senza un ingente intervento di investimento e un ripensamento complessivo dell'area e dell'attività chirurgica all'interno dell'azienda. In assenza di queste condizioni, anche il modello B con risorse dedicate all'interno del reparto può consentire di raggiungere elevati *standard* di qualità assistenziale e di razionalizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Se l'obiettivo della *day surgery* è infatti una mera gestione efficiente del paziente, il modello B è in grado di raggiungere ottimi risultati, senza particolari investimenti aggiuntivi.

Può variare la velocità con cui le singole unità operative tendono al modello (a seconda che i processi sottostanti siano più di «sperimentazione interna» o di «adattamento all'esterno»), ma in entrambi i casi il risultato finale può essere una buona razionalizzazione dell'esistente.

## **2. Circuiti e strategie per l'innovazione nei sistemi sanitari locali**

Lo studio relativo ai modelli organizzativi della *day surgery* nelle aziende venete ha inteso dunque affrontare l'analisi dei casi aziendali con un approccio empirico e molto centrato sulla ricostruzione reale dei processi di innovazione anziché su una statica comparazione di strutture.

Questo approccio ha consentito di andare ben al di là della semplice verifica formale del grado di attuazione delle delibere regionali, peraltro molto elevato, data l'estrema efficienza con cui le singole aziende hanno recepito con loro atti le disposizioni regionali. Esso ha consentito di entrare dentro la «scatola nera» dell'organizzazione delle aziende e in particolare delle strutture ospedaliere, per andare a ve-

dere le reali modalità di attuazione di tali delibere, i modelli organizzativi adottati e i risultati conseguiti (Borgonovi, 1997; Tanese, 1999).

L'aver adottato una prospettiva dia-cronica, ha consentito di associare a tali modelli organizzativi dei veri e propri micro-processi di innovazione all'interno delle singole Unità operative chirurgiche, che ci restituiscono una lettura molto viva e concreta dei fattori di successo/insuccesso dei processi stessi (Tidd, Bessant, Pavitt, 1997).

Al di là degli specifici contenuti relativi ai modelli e alle strategie di introduzione e sviluppo della *day surgery* nelle aziende sanitarie, la ricerca consente di approfondire alcuni temi centrali dei processi di sviluppo organizzativo e di innovazione nei sistemi sanitari regionali. Essa si colloca infatti al centro del sistema di attori locali (regione, azienda, unità operative) che entrano in gioco in tali processi, e ci consente di generalizzare alcune riflessioni e interpretazioni sui possibili fattori di regolazione del sistema.

In questa sede ne evidenzieremo tre:

a) l'esistenza di un «circuito» dell'innovazione che non può prescindere dal rapporto esistente tra politiche regionali, strategie aziendali e comportamenti dei professionisti all'interno delle aziende;

b) il collegamento esistente tra modelli organizzativi e processi di innovazione, in cui i primi appaiono più il risultato emergente e costruito dei secondi che non l'esito di processi pianificati di progettazione;

c) la rilevanza all'interno del sistema del ruolo giocato dalle direzioni aziendali, chiamate a comprendere e far evolvere dall'interno gli assetti organizzativi e i modelli di comportamento esistenti anziché perseguire strategie di razionalizzazione e sviluppo definite a priori.

### 2.1. Il «doppio filtro» organizzativo delle politiche regionali: la centralità del livello operativo e l'autonomia dei professionisti

Andando a vedere cosa è realmente avvenuto all'interno delle singole aziende sanitarie in seguito all'avvio formale dell'attività di *day surgery*, ai fini di valutare l'impatto reale della politica regionale a livello aziendale, è emersa la necessità di partire dalla considerazione della specificità delle aziende sanitarie come organizzazioni professionali, il cui funzionamento non può prescindere ed è fortemente influenzato dall'autonomia tecnico-clinica dei professionisti (Zangrandi, 2000). Per tener conto di tale specificità, occorre andare al di là del dato formale relativo alla *day surgery*, che se da un lato ci informa sulle strutture autorizzate e sulle loro caratteristiche strutturali (posti letto, spazi, collocazione nell'organigramma aziendale), dall'altro non ci consente di comprendere le modalità organizzative e ope-

rativa dell'attività. Occorre quindi scendere dal livello complessivo aziendale (e in parte sovraaziendale, per quanto attiene alle direttive regionali e alle politiche tariffarie) al livello delle singole realtà operative, laddove le scelte aziendali si traducono in scelte e comportamenti concreti, in regime di autonomia professionale.

In sostanza, potremmo dire che esistono due livelli di «traduzione» delle politiche regionali (figura 6):

— un primo livello, aziendale, dove è importante verificare l'inserimento del problema nell'«agenda» dei direttori generali e ricostruire le decisioni e le scelte operate a livello aziendale per l'attuazione di quelle politiche regionali; qui gli strumenti utilizzati sono in prima istanza le delibere aziendali, ma anche la definizione dei piani strategici e di organizzazione aziendale, le politiche di investimento o di ristrutturazione, le politiche del personale, il sistema di *budget*;

— un secondo livello, operativo, che coinvolge le singole strutture di

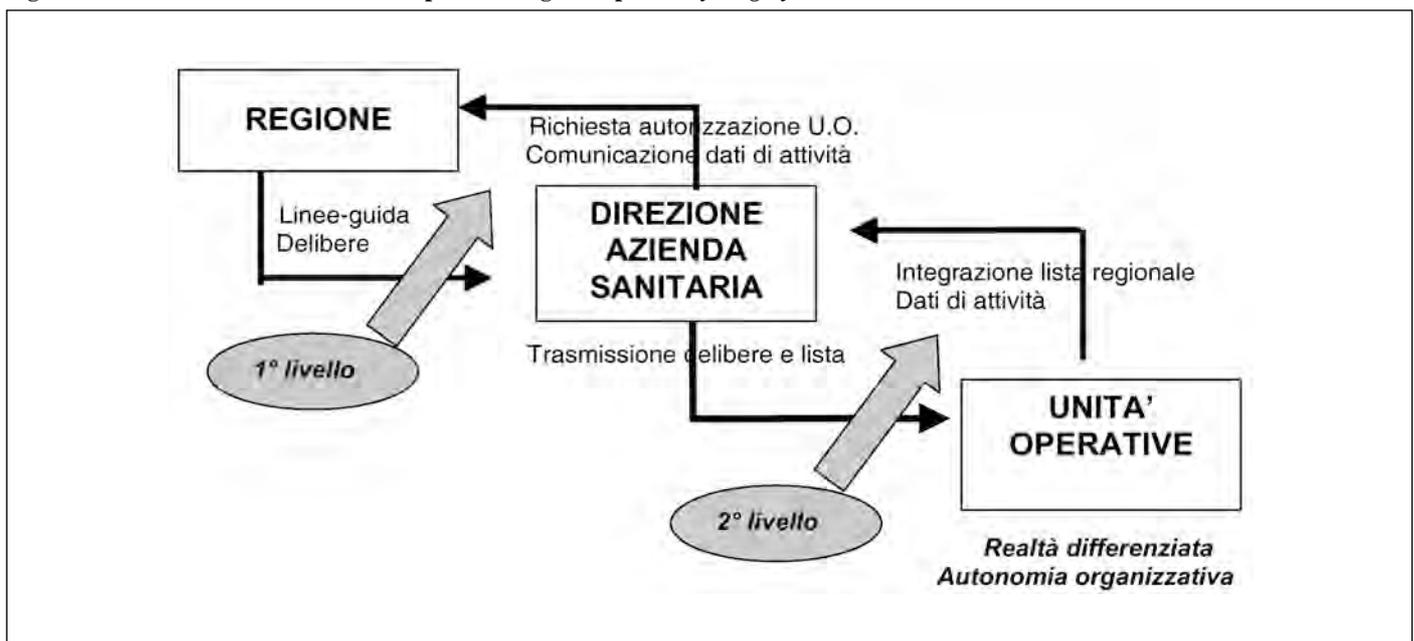
erogazione dei servizi, dove è importante verificare invece la modifica degli atteggiamenti culturali, delle pratiche professionali, dei comportamenti organizzativi; un livello, insomma, dove le decisioni e le politiche aziendali devono trovare applicazione concreta e tradursi in dati di attività e risultati quali-quantitativi.

Nel momento in cui passiamo dal primo al secondo livello, ci troviamo dinanzi ad una molteplicità di situazioni fortemente eterogenee e differenziate, spesso con gradi di discrezionalità e imprevedibilità molto elevati.

Le politiche definite a livello regionale e aziendale si confrontano a livello delle singole unità operative con «storie» e percorsi di sviluppo organizzativo in parte autonomi e autodiretti; possiamo così trovare, come è emerso dalla ricerca condotta, modelli organizzativi e livelli di *performance* molto diversi tra loro.

Dobbiamo quindi riconoscere innanzitutto che l'introduzione di una

Figura 6 - I due livelli di traduzione delle politiche regionali per la *day surgery*



qualche innovazione nei modelli e nei sistemi di erogazione dei servizi sanitari viene in genere a inserirsi in contesti organizzativi già strutturati. Non si tratta di avviare qualcosa di nuovo, ma di intervenire su un sistema organizzativo con regole e modalità di funzionamento già definite, per incidere sul suo funzionamento. Nelle aziende sanitarie il livello operativo non è totalmente determinato dal livello aziendale, ma segue percorsi di sviluppo che hanno in genere una loro «storia» passata e comunque preesistono alla stessa istituzione dell'azienda. Potremmo dire che il sistema d'azione su cui il cambiamento va ad incidere appare già pre-strutturato (Friedberg, 1993). E qui risiede una delle principali criticità del cambiamento stesso all'interno delle aziende sanitarie e degli ospedali in particolare (siano essi collocati in aziende territoriali o ospedaliere).

Un secondo aspetto da considerare attiene ad un'altra specificità del contesto, ed è la discrezionalità professionale.

La decisione delle modalità di diagnosi e cura di un problema di salute all'interno di una struttura di ricovero ospedaliera è sempre, in ultima analisi, legata alla decisione del professionista. Questo, si sa, è uno degli aspetti «classici» delle organizzazioni sanitarie.

Con riguardo all'argomento specifico trattato nell'ambito della ricerca, vale a dire la decisione medica di modificare il trattamento da un regime ad un altro (dal ricovero ordinario o dal regime ambulatoriale al regime di *day surgery*), dobbiamo capire i gradi di discrezionalità di cui il professionista dispone per decidere. Oppure, ribaltando il punto di vista, dobbiamo chiederci quali sono quegli elementi organizzativi e quegli strumenti operativi di cui l'azienda dispone per vincolare o quanto meno predefinire la decisione professionale (Tanese, 2000).

In genere l'introduzione di un'innovazione nel modello di offerta di prestazioni sanitarie in regime di ricovero poggia su due aspetti fortemente interconnessi:

- la fattibilità tecnica;
- la fattibilità organizzativa.

La prima sfera riguarda il tipo di tecnica utilizzata, da un punto di vista diagnostico-terapeutico, la seconda invece considera il problema dal punto di vista delle modalità operative di gestione delle diverse fasi del percorso (pre-ricovero, durante il ricovero, post-ricovero). La dimensione organizzativa potremmo dire che dà per scontato il problema della decisione tecnica, e pone quello delle risorse e delle relazioni che rendono praticabile (quindi possibile) la decisione tecnica.

In realtà in ambito sanitario le due sfere sono tradizionalmente e naturalmente interconnesse, per due ragioni.

La prima è che anche la competenza tecnica si forma all'interno di contesti organizzativi e non in un «vuoto sociale»; la possibilità, ad esempio, che un chirurgo ospedaliero apprenda nuove modalità di intervento, le quali rendano possibile «tecnicamente» un ricovero in regime di *day surgery*, non dipende unicamente dalla sua preparazione professionale, dal talento e dalle sue motivazioni individuali, ma anche (e forse soprattutto) dall'ambiente in cui è inserito: la comunità scientifica, il contesto geografico e sociale, l'azienda in cui opera, i bisogni e le richieste della popolazione di riferimento, ecc. La decisione tecnica di operare in *day surgery* è sempre mediata dalla percezione di un bisogno, di un interesse, di una qualche convenienza socialmente costruita. Altrimenti, perché farlo?

La seconda ragione della stretta interconnessione tra dimensione «tecnica» e dimensione «organizzativa» dell'innovazione ha una connotazione più contingente e storicizzata, ed è la

confusione che nelle strutture sanitarie e ospedaliere italiane si è verificata tra autonomia professionale dei medici e autonomia organizzativa. Se il tecnico non è chiamato soltanto a fornire una competenza professionale, a mettere a disposizione un *know-how* scientifico, ma diventa di fatto anche il principale decisore nelle scelte di organizzazione e sviluppo del servizio, di percorsi professionali dei suoi collaboratori, di gestione delle risorse, allora le due sfere tendono a sovrapporsi e provare a distinguerle diventa principalmente un esercizio teorico.

Con questo non si vuol dire che nelle aziende sanitarie vi sia una indistinta e generale situazione di confusione tra autonomia clinica e autonomia organizzativa; vi sono infatti situazioni differenziate e specifiche nelle diverse aziende. Ciò che qui si vuole sottolineare è semplicemente la generale persistenza di un modello ereditato dal passato, con il quale le aziende sanitarie devono convivere e cercare di gestire.

In simili contesti illudersi che l'introduzione di un'innovazione possa svilupparsi attraverso una semplice e chiara distinzione di competenze, in cui al professionista spetta la gestione della sfera tecnica, mentre all'azienda la messa a disposizione delle soluzioni e delle risorse organizzative, ci porta ad allontanarci dalla realtà e a ragionare su un modello astratto, teorico.

Al di là delle direttive regionali e dei programmi aziendali, la scelta delle prestazioni da effettuare, delle modalità, dei tempi e dei volumi, permane in ultima analisi una decisione dei responsabili delle Unità operative.

In termini organizzativi, possiamo concludere che il grado di efficacia della traduzione complessiva delle politiche regionali in risultati reali (in termini di *performance* del sistema sanitario regionale) poggia su due «filtri» organizzativi importanti:

— il «filtro» della direzione aziendale e delle politiche strategiche e organizzative aziendali;

— il «filtro» delle singole U.o., che godono di autonomia professionale e (in misura più o meno grande) organizzativa.

Pensare che questi due filtri possano operare in modo armonico attraverso una semplice definizione di competenze e sfere di intervento, in una sorta di automatismo naturale, può portare a rafforzare situazioni di blocco del sistema. Un direttore generale, ad esempio, potrebbe prendere delle decisioni sulla base unicamente delle proprie convinzioni e della legittimità del proprio mandato, non essendo tenuto a ottenere un parere vincolante dalla struttura né a tenere conto della situazione contingente. Se ritenesse giusta e tecnicamente fattibile la propria decisione, potrebbe «imporla» all'azienda. Nulla ovviamente garantirebbe a priori l'attuazione della decisione, ma nulla impedirebbe a quel direttore gene-

rale di assumerla. Allo stesso modo, il responsabile di un reparto chirurgico potrebbe decidere di non attuare la decisione aziendale per una sua valutazione discrezionale di non fattibilità tecnica. Anche nel caso in cui tale «resistenza» fosse in realtà motivata da valutazioni di altra natura (mancanza di interesse, richiesta di risorse aggiuntive alla direzione, vincoli organizzativi o culturali interni), la direzione aziendale dovrebbe comunque essere in grado di dimostrare l'esistenza di tutte le condizioni per l'attuazione della decisione e entrare nel merito della decisione tecnica.

Spesso questa contrapposizione conduce ad una situazione di stallo o di «braccio di ferro», che può produrre anche maggiori costi e effetti perversi (in termini di tempo e risorse dedicate, deterioramento del clima, ecc.) dei benefici previsti per i quali si è venuta a creare.

Stante questa situazione di fondo comune a tutti i contesti, nella pratica

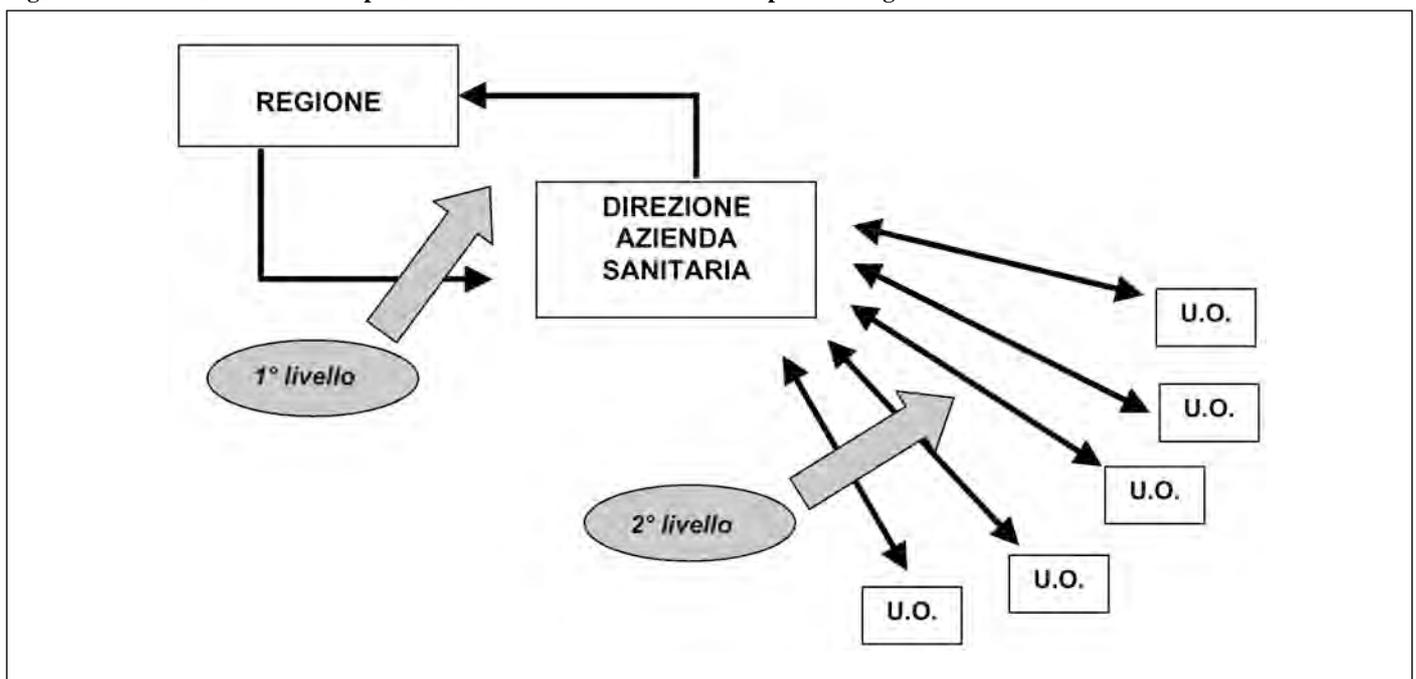
possiamo trovare situazioni fortemente eterogenee.

Da un lato, direzioni aziendali più o meno interessate e capaci di recepire le direttive regionali e a tradurle in decisioni aziendali; dall'altro, troviamo Unità operative più o meno autonome e rapide nel decidere «se», «come», «quando» e «quanto» attuare tali direttive.

Questa situazione si traduce ovviamente in risultati molto diversi in termini di volumi di attività e di qualità dell'assistenza, anche all'interno della stessa azienda. Il rapporto tra i due «filtri» (aziendale e di Unità operativa) si traduce infatti in tanti rapporti in parte paralleli e indipendenti tra di loro, che devono essere analizzati distintamente (figura 7).

La situazione di «doppio filtro» sopra descritta ha delle implicazioni importanti anche dal punto di vista dell'approccio allo studio dei modelli organizzativi nelle aziende sanitarie.

Figura 7 - La centralità del livello operativo aziendale nell'attuazione delle politiche regionali



Con riferimento, ad esempio, al modello di *day surgery* adottato, la ricerca ha dimostrato come non abbia senso parlare unicamente di un «modello aziendale». Questo avrebbe senso se all'interno della singola azienda il modello fosse unico o comunque l'esito di un programma definito centralmente e attuato in modo organico. Mentre possiamo ricostruire con una certa precisione e specificità l'*iter* formale, nel momento in cui passiamo a considerare la dimensione operativa, la struttura organizzativa si frammenta in una pluralità di centri decisionali, criteri di valutazione, percorsi pre- e post-operatori, tali da rendere difficoltoso e probabilmente inutile cercare di individuare il minimo comun denominatore.

La *day surgery* all'interno di ogni azienda diventa «tante *day surgery*», tante realtà più o meno organizzate e strutturate, che gravitano all'interno di uno stesso contenitore. La centralità del livello operativo e delle autonomie presenti all'interno delle singole strutture di erogazione ci porta quindi a parlare più propriamente al plurale di «modelli» di *day surgery* co-presenti all'interno di ciascuna delle aziende analizzate.

Questo tipo di approccio appare più fecondo dal punto di vista dei risultati. Esso ci consente di concentrare l'analisi organizzativa sul «secondo filtro» e di analizzare il primo (il ruolo delle direzioni aziendali) in modo secondario, come soggetto integratore di comportamenti periferici diversi.

## 2.2. *Oltre i modelli organizzativi: l'analisi dei processi di innovazione*

La seconda riflessione generale che discende dallo studio effettuato è la necessità di andare oltre l'analisi statica dei modelli organizzativi e ricostruire i processi di innovazione ad es-

si sottesi, ricostruendo la coerenza dei singoli sistemi locali.

È nostra opinione, supportata dalla teoria e dall'analisi di processi di cambiamento nella pubblica amministrazione e in particolare nel sistema sanitario italiano, che alla base di una capacità (o incapacità) di cambiamento vi siano elementi strutturali e culturali di non facile lettura, fortemente interrelati e frutto di una sedimentazione nel tempo (Rebora, 1988; Tanese, 1999).

Non basta emanare buone leggi di riforma, avere personale preparato o introdurre nuove tecnologie per realizzare il cambiamento; tutti questi aspetti sono importanti e necessari ma da soli non sufficienti a modificare il sistema e le sue modalità di funzionamento. Il cambiamento appare più come un processo graduale di trasformazione guidata che non la sostituzione della struttura o di una parte del sistema con un'altra.

Ora, il problema del cambiamento richiede una comprensione non solo delle tipologie di modelli esistenti, una sorta di classificazione delle realtà, ma anche e soprattutto una ricostruzione delle logiche e dei processi di sviluppo sottostanti quei modelli.

L'ipotesi è che nulla avvenga casualmente, per una sorta di cieco destino; dietro il singolo modello di *day surgery* ci sono strutture, persone, competenze, motivazioni, capacità, che hanno caratterizzato quel modello. Se noi fossimo portatori di un ragionamento astratto, potremmo dire che lo studio dei modelli organizzativi avrebbe unicamente lo scopo di definire, all'interno delle tipologie evidenziate, «il» modello migliore, e far sì che tutti adottino questa soluzione. Ma questa logica tecnocratica rischia di fallire perché ipotizza che ogni organizzazione possa essere modificata a prescindere dalla propria storia e dalle proprie specifiche caratteristiche

di funzionamento. In realtà, ogni qual volta ci poniamo il problema del cambiamento, dobbiamo porci nell'ottica della trasformazione di un sistema già strutturato e preesistente, che non può essere modificato dall'esterno ma soltanto dall'interno (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2002).

Se il problema si ponesse dunque soltanto in termini di individuazione della «soluzione» da applicare, la nostra ricerca potrebbe concludersi con una valutazione statica dei vantaggi e degli svantaggi dei singoli modelli e con la definizione di una sorta di «gerarchia» dei modelli stessi. Starebbe poi alle singole aziende il compito di «applicare» tali soluzioni.

In realtà, l'esperienza mostra che:

1) la soluzione ottimale non esiste, perché i vantaggi e gli svantaggi che ogni modello organizzativo può presentare in generale devono essere contestualizzati e quindi valutati specificamente nella singola struttura e in un dato momento storico; questo può comportare, ad esempio, la necessità di graduare il cambiamento e di accettare soluzioni «meno vantaggiose» in astratto ma più praticabili nel breve periodo;

2) anche ammesso che si possa definire un modello auspicato o di riferimento, e che una data azienda voglia introdurlo e sperimentarlo, questo non comporterà una mera decisione formale o un semplice investimento materiale (es. in spazi, sale operatorie, personale, attrezzature, ecc.); il problema sarà di creare le condizioni per un cambiamento sostenibile, che modifichi o coinvolga gli atteggiamenti, i comportamenti, le culture degli operatori coinvolti, e trasformi in tal modo un sistema d'azione già strutturato e preesistente.

Questo approccio implica una visione del cambiamento meno «prescrittivi» e molto più «costruita localmente», attraverso una serie di pas-

saggi e di gestione di fattori critici, e una lettura dinamica, che entri nella logica del modello, ricostruendone la storia, nelle sue diverse fasi e componenti.

Per far questo anche un cambiamento in apparenza meramente di natura tecnica, quale il passaggio, nel trattamento di una data patologia, da un regime di ricovero ordinario ad uno in *day surgery*, deve essere analizzato, all'interno del contesto organizzativo di riferimento, come un processo di innovazione (Tanese, 2002).

Con riferimento alla specifica ricerca che qui è stata presentata, l'aver considerato l'avvio della *day surgery* come un processo di innovazione non significa sostenere che la *day surgery* sia sempre l'esito di un cambiamento pianificato e programmato, né tantomeno che fare *day surgery* significhi «inventare» qualcosa di nuovo. L'esperienza di altre realtà nazionali o internazionali più avanzate, oltre che la teoria e la tecnica scientifica, ci hanno già da tempo chiarito le condizioni di fattibilità e le modalità (almeno quelle tecniche) con cui «fare *day surgery*».

La *day surgery* è un'«innovazione» se noi con questo termine intendiamo ciò che viene percepito dal punto di vista della singola unità operativa, la quale in funzione dell'avvio della *day surgery* viene a modificare in qualche misura il proprio modello di funzionamento.

E se l'apprendimento collettivo è la capacità di un gruppo di sperimentare nuove soluzioni a problemi che lo riguardano (Argyris, Schon, 1996), ogni innovazione (ivi compreso l'avvio della *day surgery*) comporta un qualche tipo di apprendimento.

La nostra ipotesi è che siano proprio i modelli di innovazione a condizionare i modelli organizzativi più di quanto non avvenga il contrario. Nei casi analizzati, i modelli organizzativi non sono il risultato di una politica delibe-

rata e programmata a livello aziendale, ma più il portato di scelte e capacità organizzative e/o imprenditoriali attivate a livello delle singole strutture operative. Questo non vuol dire ridimensionare il ruolo o l'attività delle direzioni aziendali, che pure deve essere centrale e orientato alla massima efficacia e pertinenza.

Vuol dire invece che occorre ribaltare il ragionamento e considerare che i modelli organizzativi attualmente adottati nelle aziende sanitarie non costituiscono un obiettivo di per sé; essi appaiono più come il risultato di una capacità, la specifica «forma» assunta da un particolare processo oppure come una leva successivamente utilizzata all'interno di un percorso di sviluppo per meglio raggiungere gli obiettivi.

Comprendere questo è di vitale importanza, perché sposta l'attenzione dal modello al processo e quindi da una logica statica a una logica dinamica e di sistema (o di sistemi integrati).

Una direzione aziendale molto forte, in grado di porsi come principale artefice dei processi di innovazione, può recuperare una maggiore centralità e una più forte progettualità nello sviluppo dell'organizzazione. Questo presuppone alcune capacità, che verranno analizzate nell'ultimo capitolo.

### 2.3. Il ruolo delle direzioni aziendali nella gestione dei processi di innovazione

La terza riflessione generale riguarda l'utilizzo della conoscenza prodotta per orientare l'intervento da parte delle direzioni aziendali e degli assessorati regionali.

Cercare di introdurre dei cambiamenti all'interno delle aziende sanitarie e delle strutture ospedaliere in particolare è assai complesso, in quanto si tratta di contesti organizzativi ad elevato grado di frammentarietà, plura-

lità e eterogeneità dei modelli, autonomia professionale degli operatori, con vincoli strutturali, cognitivi e organizzativi di difficile codificazione.

Questo comporta che molto spesso le direzioni aziendali assumano un atteggiamento autoritativo, per cercare di imporre ciò che sembra essere logico e vantaggioso, come un miglior utilizzo dello strumento tariffario o una maggiore appropriatezza delle prestazioni, che può consentire spesso sia una maggiore qualità della prestazione che un risparmio per l'azienda, come nel caso della *day surgery*.

Ma ciò che è evidente da un punto di vista razionale, teorico o semplicemente tecnico, non necessariamente lo è dal punto di vista organizzativo. La traduzione, infatti, di un principio o anche di una decisione all'interno di uno specifico contesto è giocoforza mediata dalle caratteristiche strutturali del contesto stesso (Gherardi, 1998).

Se ci poniamo dunque il problema del successo di una politica regionale o aziendale, dobbiamo migliorare non tanto la capacità di elaborare decisioni, quanto quella di conoscere e incidere sulla singola realtà; cambiare vuol dire infatti trasformare un sistema d'azione e non già applicare soluzioni decise a priori.

La costruzione di un nuovo modello organizzativo nelle aziende sanitarie deve essere vista come la costruzione di un modello di cooperazione, in grado di favorire un processo di apprendimento organizzativo e culturale (Tanese, 1999).

Come è possibile realizzare tale processo? La ricostruzione dei processi reali sin qui effettuata fa emergere una centralità e una forte autonomia delle singole Unità operative nella costruzione di questo processo.

Dinanzi a questa evidenza le direzioni aziendali hanno due possibilità: o lasciare che il processo si autogeneri in modo spontaneo dall'interno, in ba-

se alla capacità e alle volontà dei singoli, magari intervenendo con dei correttivi e degli aggiustamenti (graduazione degli incentivi legati agli obiettivi di *budget*, introduzione del modello dipartimentale), oppure cercare di assumere un ruolo di governo centrale.

In proposito possiamo formulare alcune indicazioni per l'azione.

Innanzitutto, il tipo di autonomia di cui godono le U.o. non è sempre lo stesso; in alcuni casi è un'autonomia «vitale», che porta a modelli di sviluppo autodiretti e ad alto impatto all'interno e all'esterno delle aziende; in altri casi è invece un'autonomia «passiva», resistente, che limita le possibilità di cambiamento dell'azienda.

Di questa differenza occorre che le direzioni aziendali tengano conto per meglio calibrare il loro intervento e costruire condizioni di fattibilità per progetti di cambiamento organizzativo, differenziando gli interventi a seconda degli specifici contesti operativi.

Un secondo aspetto è la coerenza tra le condizioni e gli stimoli per l'innovazione e le modalità reali di attuazione e sviluppo. La tipologia di processo di innovazione, abbiamo detto, definisce il modello organizzativo.

Anche questo è un aspetto che le direzioni devono attentamente considerare, in quanto comporta la necessità di porre attenzione a monte del progetto di riorganizzazione, sulle condizioni che favoriscono o inibiscono l'aprendimento:

— la definizione di un nuovo modello organizzativo aziendale;

— l'introduzione di un sistema di *budget* e di programmazione annuale;

— il rafforzamento delle funzioni di supporto alla direzione generale e sanitaria, in particolare attraverso il potenziamento delle funzioni di *staff* e di dirigenza medica; queste funzioni consentono di potenziare l'investi-

mento aziendale sull'innovazione, sulla qualità, sulla formazione, sulla comunicazione interna ed esterna;

— il passaggio al modello dipartimentale all'interno delle strutture ospedaliere; pur trattandosi nella maggior parte dei casi di una fase ancora iniziale e sperimentale, il modello dipartimentale è ormai stato avviato e le direzioni appaiono impegnate nella fase di attuazione;

— progetti di miglioramento continuo dell'assistenza, con interventi di riduzione delle liste d'attesa, di miglioramento dei processi diagnostico-terapeutici, di informatizzazione dell'attività;

— progetti di miglioramento e ammodernamento strutturale, che soprattutto in alcune aziende porterà ad una sostanziale trasformazione degli spazi e della collocazione fisica delle strutture operative.

È nostra convinzione che, in assenza di un ruolo forte da parte delle direzioni aziendali, i processi di innovazione nelle aziende sanitarie siano al più una sommatoria di azioni locali autonome.

È indubbio che tra tutti questi aspetti, uno dei più rilevanti è quello strutturale. Le innovazioni organizzative e di servizio nelle strutture sanitarie comportano in ultima analisi un intervento sulle strutture fisiche (es. accesso ai servizi, sale operatorie, *comfort* alberghiero, dotazione di spazi e attrezzature adeguate, ecc.), senza le quali è difficile parlare di qualità e innovazione.

Tuttavia, posto questo vincolo, riteniamo che uno degli aspetti più delicati attenga al rapporto dell'azienda con i professionisti.

Abbiamo sottolineato come le aziende abbiano ereditato dai precedenti modelli una tendenziale sovrapposizione tra autonomia professionale e organizzativa e abbiano bisogno di ristabilire una distanza e un maggior equilibrio tra queste due dimensioni,

ad esempio attraverso la centralizzazione di alcune decisioni tradizionalmente affidate alle singole strutture, istituendo il dipartimento come livello intermedio tra la direzione e le U.o., introducendo nuovi strumenti gestionali (sistemi di programmazione e controllo, sistemi informativi di supporto, sistemi di valutazione, ecc.).

È indubbio, però, che per il personale medico soprattutto, questa inversione di tendenza, riducendo i margini di azione e obbligando a confrontarsi con un soggetto diverso (l'azienda), possa creare una sensazione di smarrimento, di sfiducia verso il nuovo, di crisi di ruolo.

Dinanzi a queste difficoltà, l'azienda deve assumere una visione diversa e meno tecnocratica del proprio ruolo; il fatto che si tratti di organizzazioni ad alto contenuto professionale rende irriducibile il problema dell'autonomia tecnico-professionale e delle spinte centrifughe che tale autonomia esercita. L'autonomia del professionista non può essere vista unicamente come un vincolo ma come un'opportunità di sviluppo per l'azienda.

Occorre andare oltre una visione dicotomica del professionista (o «con» o «contro» l'organizzazione); il professionista ha logiche d'azione e spinte all'innovazione che risiedono in circuiti e ambiti d'azione anche esterni all'azienda, e sarebbe ideologico cercare di negare questa «imbricazione» di interessi.

Ogni posizione di principio nei confronti di questa richiesta di autonomia può essere controproducente; l'azienda ha infatti bisogno di stimolare e favorire un'autonoma capacità imprenditoriale e manageriale da parte delle singole strutture; deve però riuscire a utilizzare tale capacità in funzione del perseguimento dei propri obiettivi strategici e non, viceversa, subirle come potenziali spinte centrifughe e alla frammentazione.

In altri termini tale autonomia non deve essere combattuta o negata a tutti i costi, ma semplicemente reinserita all'interno di un progetto aziendale che la renda funzionale agli obiettivi dell'azienda e non una pura manifestazione di un potere autarchico difficilmente governabile.

Recuperare centralità da parte dell'azienda nei confronti dei processi di sviluppo che riguardano le proprie strutture operative significa quindi entrare dentro il loro sistema di interessi e di relazioni, fornire loro il contenuto all'interno del quale consentire percorsi di sviluppo professionale e di crescita. Nella classificazione precedentemente fatta con riguardo alla *day surgery*, ad esempio, significa adottare comportamenti e strategie diverse a seconda che ci si trovi dinanzi a degli «imprenditori», degli «sperimentatori» o degli «adattatori».

Nel primo caso, infatti, si tratta di affrontare nicchie di imprenditorialità che devono essere recuperate all'interno di una progettualità aziendale; l'azienda deve quindi essere il soggetto che si inserisce nel *network* creato e che supporta e regola i processi di sviluppo già avviati.

Nel caso degli «sperimentatori» l'azienda deve prendere atto di disporre di un patrimonio importante di risorse, che hanno consentito la standardizzazione e la razionalizzazione dell'attività; deve fornire risorse aggiuntive per valorizzare, accrescere e salvaguardare questo patrimonio ed eventualmente fornire il supporto di competenze (*staff* di direzione, controllo di gestione, qualità) in grado di migliorare le *performance* della struttura e inserirle in una programmazione operativa aziendale.

Nel confronti degli «adattatori», da ultimo, la direzione aziendale deve fronteggiare delle potenziali resistenze al cambiamento che muovono principalmente da una scarsa propensione

al rischio, dal rifiuto del confronto e del controllo dell'attività; qui maggiore deve essere l'impegno informativo e formativo, oltre che l'utilizzo di leve gestionali di programmazione e controllo, di valutazione (premio e sanzione) dei risultati, che possono favorire l'avvio di processi di cambiamento. Questa è l'unica autonomia da «combattere» in senso stretto, perché è fortemente conservativa e vincolante per lo sviluppo organizzativo dell'azienda.

Far crescere la struttura significa quindi superare una visione del cambiamento come mera «attuazione di progetti», per quanto tali progetti siano razionali e tecnicamente validi, e passare invece ad una visione del cambiamento come accompagnamento progressivo di un sistema di relazioni da un tipo di equilibrio ad un altro.

In questa fase critica, in cui le aziende sanitarie devono costantemente legittimare il proprio operato all'interno (nei confronti del personale e delle culture preesistenti) e all'esterno (nei confronti della Regione e degli altri interlocutori istituzionali), la capacità di negoziazione, di comunicazione, di confronto e di esplicitazione degli obiettivi appare come la più strategica.

Non è la qualità del progetto di cambiamento, in altri termini, la variabile critica, quanto la fiducia che gli attori del sistema riescono a costruire reciprocamente.

Da questo punto di vista le direzioni aziendali rivestono un ruolo centrale nel far capire gli obiettivi strategici dell'azienda, nell'accompagnare questa situazione di incertezza istituzionale e di scetticismo sul futuro ampiamente diffusa tra gli operatori, nel sapersi conquistare un ruolo di interlocutore attento nei confronti delle strutture operative e non di freddo «razionalizzatore» del sistema.

Questo probabilmente comporta anche un approccio diverso al problema dell'innovazione e dell'organizzazione all'interno dei sistemi sanitari locali e al ruolo del livello regionale.

A conclusione del nostro ragionamento, ribadiamo infatti una considerazione già emersa in precedenza. La funzione di indirizzo normativo e di guida da parte della Regione, così come la definizione di adeguate politiche tariffarie (che incentivino ad esempio determinate prestazioni a scapito di altre, adeguando i volumi di offerta alla domanda e ai vincoli di spesa), non sono a nostro avviso di per sé sufficienti a garantire la regolazione del sistema sanitario locale. In par-

Figura 8 - Possibili strategie aziendali di gestione delle autonomie

	Tipo di autonomia	Strategia da adottare
<i>Imprenditori</i>	Nicchie di imprenditorialità strategica e finanziaria	Recuperare all'interno di un'imprenditorialità aziendale. Inserirsi nel <i>network</i>
<i>Sperimentatori</i>	Razionalizzazione e valorizzazione interna di risorse	Riconoscere e valorizzare con risorse aggiuntive e richiesta di supporto/ <i>staff</i>
<i>Adattatori</i>	Resistenza al cambiamento come difesa da rischi di confronto o di controllo	Ridurre e «combattere» con utilizzo di leve organizzativo-gestionali

ticolare, esse appaiono molto limitate nel momento in cui si chiede alle aziende sanitarie (e alle proprie strutture operative) di cambiare determinate pratiche, modalità di intervento, modelli organizzativi e culturali.

L'innovazione, infatti, appare più il portato di processi di scambio intra e interorganizzativi che necessitano di altre forme di supporto e regolazione, più centrate su logiche di progetto e strategie di sviluppo organizzativo. La definizione di progetti e strategie di cambiamento organizzativo da parte del livello regionale e aziendale dovrebbe precedere e accompagnare i processi di innovazione a livello operativo locale, e fare leva proprio sulle caratteristiche degli specifici contesti. Solo un rapporto diretto con il terreno e un approccio specifico per ogni singolo contesto può valorizzare e indirizzare le risorse imprenditoriali laddove già presenti o, viceversa, creare le risorse e le condizioni per il cambiamento laddove prevalgono comportamenti adattivi e resistenze strutturali.

(1) Lo studio è stato condotto all'interno di una ricerca promossa dalla Federazione italiana di *day surgery* (FIDS), finanziata dalla GlaxoWellcome Spa e dalla Roche Spa e realizzata dal Cergas Università Bocconi, in collaborazione con la Regione Veneto e cinque aziende sanitarie venete, come ambito di sperimentazione (Cergas, 2000).

(2) È bene chiarire che lo studio dei casi non intendeva analizzare né la politica regionale o il rapporto tra regione Veneto e aziende (affidato ad una valutazione *ad hoc* nell'ambito della ricerca, ad esempio sui sistemi di finanziamento e di tariffazione dell'attività, sui criteri di convenienza delle aziende, ecc.), né l'aspetto microorganizzativo dell'attività, relativi

vamente ai percorsi del paziente e alle procedure operative di ricovero in *day surgery*. Lo studio dei casi, anche se toccava indirettamente questi due punti, si concentrava sulla dimensione macrostrutturale dell'attività di *day surgery* e sui processi organizzativi sottostanti.

(3) Da un punto di vista metodologico, si è preferito confrontare i casi veneti con alcuni casi di *day surgery* di altre regioni, per verificare ulteriori possibilità di interpretazione o di regolarità organizzative: l'U.o. di *day surgery* presso l'Azienda ospedaliera di Terni; l'U.o. di chirurgia oncologica dell'Azienda ospedaliera San Giovanni Battista (Ospedale Molinette) di Torino, l'Unità di chirurgia ambulatoriale e *day surgery*, Istituto di chirurgia generale dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, l'U.o. di chirurgia generale e senologia chirurgica dell'Azienda Policlinico (II Università degli Studi) di Napoli.

(4) Ci limiteremo a descriverli brevemente. Una dettagliata analisi di vantaggi e svantaggi di ciascun modello è contenuta nella ricerca del Cergas.

#### BIBLIOGRAFIA

- ARGYRIS C., SCHON D.A. (1996), *Organizational Learning II. Theory, method and practice*, Addison-Wesley, Reading (ed. italiana: *Apprendimento organizzativo. Teoria, metodo e pratiche*, Guerini editore, Milano, 1998).
- BERGAMASCHI M. (A CURA DI) (2000), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, Mc Graw-Hill, Milano.
- BORGONOV E. (1997), «Valutare i processi di cambiamento», *Mecosan*, 23.
- CAMPANELLI G., CAVAGNOLI R., BOTTERO L., PIETRI P. (1997), «La day surgery: un nuovo modello organizzativo e tecnico», *Quaderni di Panorama della Sanità*, 3, anno III, marzo, pp. 9-15.
- CERGAS (2000), *Strategie, modelli e percorsi per l'attuazione della day surgery nell'ambito delle Regioni*. Rapporto di ricerca.
- DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA (2002), *Proposte per il cambiamento nelle amministrazioni pubbliche*, Rubbettino editore, Soveria Mannelli.

- FRANCUCCI M., PANELLA V., TANESE A. (1999), «Sperimentazione e sviluppo dell'Unità di *day surgery* presso l'Azienda Ospedaliera «Santa Maria» di Terni. Un caso di innovazione organizzativa e culturale», *Mecosan*, 30, pp. 97-115.
- FRIEDBERG E. (1993), *Le pouvoir et la règle. Dinamiques de l'action organisée*, Seuil, Parigi (ed. italiana: *Il potere e la regola*, Etas, Milano, 1994).
- GHERARDI S. (1988), «Tradurre è tradire, ovvero la traslazione del controllo di gestione in ambito pubblico», *Il nuovo governo locale*, 2.
- LEGA F. (1999), «Dalla struttura alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero», *Mecosan*, 30, pp. 9-24.
- MENEGUZZO M. (1997), «Ripensare la modernizzazione amministrativa e il New Public Management. L'esperienza italiana: innovazione dal basso e sviluppo della governance locale», *Azienda Pubblica*, 6, pp. 587-606.
- REBORA G. (1988), «Il cambiamento organizzativo nella Pubblica amministrazione», *Azienda Pubblica*, 1, pp. 47-102.
- TANESE A. (1999) «Sviluppare la capacità di apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie», *Mecosan*, 29, pp. 45-61.
- TANESE A. (2000), «L'efficacia del cambiamento organizzativo», in Bergamaschi M. (a cura di), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, Mc Graw-Hill, Milano, 2000.
- TANESE A. (2002), «L'innovazione organizzativa nelle aziende sanitarie», in Hinna L. (a cura di), *Management in Sanità. Scenari, metodi e casi*, Aracne, Roma.
- TIDD J., BESSANT J., PAVITT K. (1997), *Managing innovation. Integrating Technological, Market and Organizational Change*, John Wiley & Sons, Baffins Lane, Chicester (ed. Italiana: *Management dell'innovazione*, Guerini e Associati, 1999).
- YIN R.K. (1994), *Case study research*, Thousand Oaks, Sage.
- ZANGRANDI A. (2000), «Autonomia clinica e processi organizzativi nelle aziende sanitarie: vincoli e opportunità per la progettazione organizzativa», in Bergamaschi M. (a cura di), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, Mc Graw-Hill, Milano.

# LA QUOTA RETRIBUTIVA VARIABILE DEI MMG: ANALISI DI DUE CASI AZIENDALI

Francesco Longo, Luca Heller

SOMMARIO: 1. Obiettivi dell'indagine e premessa metodologica - 2. Lo scenario gestionale - 3. Confronto della struttura della retribuzione dei Mmg in due casi aziendali - 4. Analisi delle leve manageriali disponibili e loro utilizzo - 5. Conclusioni.

*Managers in Italian health authorities claim they haven't enough power to manage wage of external professionals in convention with SSN (MMG, PLS, Sumaisti) in order to govern their behaviour. This article discusses this assumption analysing general practitioner's payment through data collected in two health authorities. The study shows that performance related payment and other voices (not on capitation basis), represent more than 25% of total earnings. Structure of general practitioners income is also compared within other professionals.*

## 1. Obiettivi dell'indagine e premessa metodologica

Il *management* delle aziende sanitarie italiane lamenta frequentemente di non disporre di sufficienti leve gestionali per poter governare i professionisti convenzionati esterni del Ssn (Mmg, PLS, Sumaisti), in particolare quelle retributive. L'assenza di tali leve renderebbe particolarmente critica la gestione di detti professionisti, anche in considerazione della loro particolare posizione professionale, di liberi professionisti, ma convenzionati stabilmente con il Ssn e le sue aziende, regolati da meccanismi sufficientemente stabili ed automatici di tutela del loro ruolo e della loro retribuzione. Da un lato quindi non possono essere governati con le leve tipiche del personale dipendente, dall'altro, pur essendo soggetti esterni, non sono sottoposti ai meccanismi incentivanti tipici di situazioni di mercato o quasi mercato.

A nostro giudizio (Costa, 1986; Ruffini, 1995; Longo, 2000; Vendramini, 2001) la leva monetaria non è

l'unica e non necessariamente la principale con cui è possibile incentivare la motivazione professionale ed il senso di appartenenza alla missione istituzionale dei professionisti sanitari. Altri e forse più efficaci strumenti sono disponibili, come:

— la costruzione e diffusione di una mappa cognitiva e valoriale che orienti alle finalità istituzionali;

— lo sviluppo di solide e distribuite competenze professionali, le quali si autoalimentano all'interno di climi organizzativi che le promuovono;

— lo sviluppo di assetti organizzativi che facilitano il lavoro, rendendolo gradevole e stimolante, richiamando il costante equilibrio tra contributi e ricompense organizzative del professionista, il quale radica in questo modo progressivamente il proprio senso di appartenenza aziendale.

Nonostante queste convinzioni, nel presente lavoro intendiamo indagare in particolare il grado di disponibilità della leva retributiva per il governo e l'incentivazione dei professionisti sanitari convenzionati esterni, concen-

trandoci sulla categoria più numerosa del Ssn, cioè i Mmg.

Gli obiettivi del lavoro sono:

a) analizzare l'ampiezza della quota variabile della retribuzione rispetto a quella fissa, assumendo implicitamente che la prima possa costituire una significativa leva manageriale di governo;

b) indagare la composizione della componente variabile ed in particolare gli obiettivi a cui è correlata;

c) discutere i gradi di libertà delle aziende nell'utilizzo di questa leva di governo.

Per sviluppare questa indagine metodologicamente sarebbe stato possibile analizzare la convenzione nazionale, gli accordi regionali ed aziendali e simulare il loro impatto in termini di distribuzione della retribuzione, tra componente fissa e variabile e compo-

---

Pur nella condivisione complessiva del lavoro i paragrafi 3 e 4.1 sono da attribuirsi a Luca Heller e i paragrafi 1, 2, 4.2 e 5 sono da attribuirsi a Francesco Longo

sizione del *mix* di quest'ultima. Essendo però gli spazi interpretativi di questi contratti particolarmente ampi ed osservando nel sistema delle prassi applicative delle aziende particolarmente eterogenee tra loro, non si è ritenuto particolarmente proficua la strada dell'analisi dello scenario contrattuale e dei suoi gradi di libertà giuridici e retributivi.

Per questo si è ritenuto più utile indagare a valle la concreta politica retributiva di due aziende nei confronti dei loro Mmg, analizzando pertanto gli effetti e gli esiti dello scenario contrattuale, piuttosto che le potenzialità dei suoi istituti giuridici.

Sono state individuate due aziende sanitarie locali, inserite in un ambiente gestionale sufficiente maturo, dotate di un buon sistema informativo e di una capacità strutturale di aggregare i dati primari. Le aziende sono state scelte all'interno di una stessa regione per poter valutare più accuratamente i gradi di libertà delle singole Ausl, pur essendo inserite in un tessuto di politiche sanitarie omogeneo. Trattandosi di una delle prime analisi di questo tipo nel Ssn e vista la delicatezza degli aspetti retributivi dei professionisti, abbiamo preferito mantenere dette aziende anonime, identificandole con le sigle Ausl Alfa ed Ausl Beta.

Qualora questa metodologia fosse considerata fruttuosa in termini di capacità interpretative, essa potrebbe in futuro essere utilizzata ulteriormente per aumentare il numero di aziende confrontate tra di loro, sia per comparazioni infraregionali che interregionali.

## 2. Lo scenario gestionale

Prima di passare all'esposizione e all'analisi dei dati retributivi dei due gruppi di Mmg è importante premettere le caratteristiche dello scenario gestionale medio delle Ausl del Ssn in

merito al governo dei Mmg e all'utilizzo della relativa leva retributiva variabile. La comprensione delle caratteristiche dello scenario gestionale di sfondo costituisce un importante elemento entro cui collocare le ipotesi interpretative dei dati.

Lo scenario gestionale di riferimento è caratterizzato dai seguenti elementi rilevanti:

a) la presenza di tre livelli di trattativa sindacale;

b) la prassi di esaurire nel momento dell'accordo sindacale aziendale anche la negoziazione degli obiettivi specifici per i medici;

c) la separazione tra responsabilità amministrative e sanitarie nel governo della Medicina generale;

d) l'utilizzo di logiche burocratiche ed automatiche nel calcolo e nell'utilizzo delle quote retributive variabili dei Mmg;

e) la presenza di sistemi informativi centralizzati regionalmente.

a) Le diverse categorie sanitarie del Ssn dispongono di norma di due livelli di contrattazione sindacale collettiva: quello nazionale e quello aziendale, in sintonia con quanto avviene nei restanti settori delle relazioni industriali in Italia. La medicina generale si caratterizza invece per la presenza di tre distinti livelli di contrattazione: oltre a quello nazionale ed aziendale, esiste quello regionale. Questo determina frequentemente un certo disallineamento e sfilacciamento nei tempi di conclusione delle trattative, perché talvolta il livello regionale ritarda quello aziendale, o perché quest'ultimo precede il livello regionale, arrivando a conclusioni distinte e in parte contrastanti. Ognuno dei tre livelli negoziali influenza la componente variabile della retribuzione, sia perché negozia ed inserisce nuovi e distinti istituti retributivi, sia perché ne determina i meccanismi di calcolo ed i possibili indicatori di riferimento. La com-

petenza economica e l'esborso di cassa sono però a carico delle Ausl. La presenza di tre livelli di trattative determina talvolta, nel loro combinato disposto, degli esiti disarmonici o parzialmente incoerenti alle reali strategie gestionali delle singole aziende.

b) La prassi tipica, nella gestione dei sistemi incentivanti, tende a separare in due momenti distinti e specifici la stipulazione dell'accordo sindacale, che fissa le regole generali cui la distribuzione di obiettivi ed incentivi si deve uniformare, e la negoziazione degli obiettivi analitici con i singoli professionisti all'interno del ciclo annuale di programmazione e controllo, nel quale il ruolo del sindacato dovrebbe limitarsi alla vigilanza del rispetto delle regole generali. In molti contesti aziendali però tale separazione è assente e si ritiene di poter esaurire con l'accordo aziendale ogni spazio negoziale. Questo ha due effetti potenzialmente negativi: da un lato la negoziazione di obiettivi specifici con le rappresentanze sindacali porta ad irrigidire il sistema degli obiettivi (in particolar modo proponendo *standard* eguali per tutti i professionisti senza tener conto delle fisiologiche differenze), dall'altro deprime il momento tecnico-gestionale degli obiettivi dell'accordo, ritardando ulteriormente lo sviluppo del relativo sistema di gestione.

c) La gestione del personale nelle aziende del Ssn ha osservato frequentemente negli ultimi anni una separazione tra il momento amministrativo e quello gestionale nelle politiche del personale dipendente. Questo determina una suddivisione dei compiti tale per cui una unità organizzativa di natura gestionale studia e negozia le politiche, monitora i risultati, calcola il grado di raggiungimento dei risultati segnalandolo ai lavoratori, mentre una unità amministrativa si limita a calcolare aritmeticamente gli effetti del

processo gestionale, inserendo in busta paga la quota variabile della retribuzione. Questa separazione può comportare dei problemi, ma in una fase iniziale di cambiamento può risultare fisiologico dover istituire un'apposita unità dedicata specificamente all'innovazione. Nel comparto dei professionisti convenzionati del Ssn lo scenario organizzativo medio è molto più critico. Chi è investito formalmente della responsabilità gestionale del governo dei Mmg è una unità organizzativa che si autorappresenta come «sanitaria» (il distretto, l'Uo o il dipartimento medicina di base, ecc.) e non come «gestionale» come nel caso degli *staff* del personale dipendente. Questo è tradizionalmente investito della responsabilità di definire la piattaforma sindacale (poi di norma trattata dalle direzioni generali), di programmare e controllare gli obiettivi di attività e di consumo di fattori produttivi dei Mmg, ma raramente si sente investito di una qualche responsabilità gestionale sulle retribuzioni. Queste vengono calcolate da un ufficio amministrativo (di norma l'ufficio convenzioni), sottoposto gerarchicamente alla direzione amministrativa, il quale applica, con logiche burocratiche, la convenzione dei Mmg e l'accordo sindacale aziendale, dialogando scarsamente con il sistema operativo di governo della medicina generale. Ciò crea una netta frattura organizzativa tra chi dovrebbe manovrare gestionalmente la leva retributiva (ma se ne sente scarsamente investito), come le direzioni di distretto o dei dipartimenti di cure primarie, e gli uffici amministrativi che calcolano amministrativamente le retribuzioni.

d) Il settore amministrativo tratta i diversi istituti contrattuali delle componenti variabili della retribuzione con logiche prevalentemente burocratiche ed automatiche, determinando un esito sostanzialmente costante nel

tempo di dette leve, per i singoli Mmg, o per classi di essi. La logica automatica e burocratica è rafforzata dalla frattura organizzativa di cui sopra. Questo determina un sostanziale andamento stabile, omogeneo e statico delle retribuzioni, dando l'errata percezione di una residualità della componente retributiva variabile, la quale, comunque, è sentita, come determinata da logiche burocratiche. In altri termini, l'utilizzo statico e debolmente connesso con le logiche gestionali della leva retributiva genera una percezione diffusa che la retribuzione dei Mmg sia in grande prevalenza composta da elementi fissi e che quindi non si dissponga, in questo settore, di alcuna leva manageriale di governo.

e) In molte regioni il sistema informatico di elaborazione delle buste paga dei Mmg è un sistema regionale centralizzato rispetto al quale le singole aziende dispongono di semplici terminali decentrati, grazie ai quali possono operare solo in coerenza ai rigidi schemi amministrativi *standard* imposti regionalmente. Questi sistemi, costruiti per soddisfare fabbisogni operativi ed amministrativi routinari, contribuiscono a rallentare l'analisi e lo studio dei dati aggregati e lo sviluppo di flessibili ed adattive logiche gestionali.

### 3. Confronto della struttura della retribuzione dei Mmg in due casi aziendali

#### 3.1. Metodologia

Al fine di presentare una base di verifica empirica dei concetti generali in tema di retribuzione dei Mmg si procede al confronto dei dati relativi ai compensi riconosciuti ai medici in due aziende sanitarie (mantenute nell'anonimato); Ausl Alfa e Ausl Beta. Lo scopo del confronto è quello di analizzare la dimensione della quota varia-

bile di retribuzione dei Mmg nelle due aziende sanitarie per valutarne la consistenza ed esprimere un giudizio circa la spinta motivazionale che tale leva può fornire. Ci si propone anche di analizzare la struttura della quota variabile, alla luce di una ripartizione che tenga conto della natura dell'incentivo e del meccanismo che dà origine al valore liquidato, in maniera da approfondire i modi con cui l'azienda può sfruttare i diversi istituti contrattuali per favorire comportamenti diversi. Si assume in tal senso un punto di vista gestionale, nell'ottica di analizzare le potenzialità della leva retributiva quale modalità di incentivazione a comportamenti giudicati virtuosi e coerenti con gli obiettivi aziendali (Vendramini, 2001). Infatti, la discussione circa la dimensione e la natura della quota variabile della retribuzione ha un ruolo fondamentale nel descrivere come la leva retributiva può essere utilizzata in funzione di un governo dei comportamenti dei Mmg che fonde insieme elementi e principi relativi a sistemi operativi diversi, quali quello di gestione del personale, di programmazione e controllo e di accreditamento di specialisti convenzionati, ognuno dei quali viene adattato allo specifico contesto che vuole i Mmg esterni all'organizzazione pur essendo fortemente integrati nel processo assistenziale (Longo, 1999), ed in un tipo di aziende dove gli stessi sistemi devono fortemente tener conto dell'autonomia professionale dei medici (Zangrandi, 2000).

I dati analizzati sono stati forniti dalle aziende e derivano da una prima aggregazione, già effettuata a fini aziendali, delle voci del cosiddetto «cedolone» ovvero la contabilizzazione di tutti gli emolumenti erogati ai Mmg sulla base degli istituti contrattuali in essere, derivanti dalla convenzione nazionale e dagli accordi integrativi regionali ed aziendali. I dati

pervenuti hanno carattere finanziario e non economico, tuttavia, vista la natura con cui si generano tali spese (relative alla retribuzione dei medici in uno stesso anno) ed il fatto che sono stati sommati al totale del 2002 anche alcuni residui liquidati definitivamente nel 2003, secondo il principio di competenza, fa sì che vi sia una buona approssimazione (se non una coincidenza) (1) dei dati di spesa con il costo sostenuto nell'esercizio per retribuire i Mmg.

L'aggregazione fatta dalle aziende non è omogenea perché rispecchia la situazione della medicina generale nei due contesti, la struttura degli accordi presi a livello locale e gli specifici fabbisogni conoscitivi che l'azienda vuole soddisfare. Per tale motivo innanzitutto verrà presentata la classificazione fatta da ciascuna azienda con una piccola discussione sulle potenzialità e sui limiti della ripartizione adottata, dopodiché si procederà ad una riaggregazione, per permettere un confronto omogeneo utile alla presente analisi.

Per precisione si evidenzia che dai dati totali è stata eliminata la parte relativa agli oneri (contributi previdenziali ed assicurativi dei Mmg a carico dell'Ausl. La motivazione di questa scelta è che una loro imputazione ai fini della determinazione delle voci incentivanti (sarebbero dovuti confluire nella parte fissa) avrebbe avuto scarso significato e rischiava di portare a conclusioni discutibili. Si è quindi deciso di seguire una linea di descrizione della parte netta di retribuzione (cioè direttamente versata ai medici). Peraltro la dimensione degli oneri è molto simile (attorno al 7% del totale) in entrambi i contesti aziendali, in quanto l'algoritmo di calcolo è il medesimo, e pertanto la sottrazione di questa voce non pone difficoltà nel confronto tra i due contesti.

### 3.2. I dati dell'Ausl Alfa

L'Ausl Alfa adotta una ripartizione delle voci che segue il principio di omogeneità o affinità della natura dell'attività retribuita (es. assistenza domiciliare, associazionismo etc.) e della tipologia della voce stipendiale. I macrogruppi che ne derivano sono alquanto numerosi e tracciano separazioni molto precise in base allo specifico istituto contrattuale. In tal senso le indennità di collaboratore di studio e di informatica rappresentano ciascuna un macroaggregato mentre tutte le voci relative all'assistenza domiciliare (indipendentemente dall'accordo che ne dà origine) stanno nella stessa categoria.

La funzione di questa prima aggregazione è quella di addivenire alla negoziazione e alla gestione dei rapporti con i Mmg, evidenziando le diverse attività o condizioni che generano retribuzione variabile per i medici, in modo da discutere sia in termini di tetti che di orientamenti strategici sugli interventi (aumento ADI, aumento accessi in strutture protette aumento associazionismo etc.)

L'aggregazione dei dati fatta dall'Ausl Alfa è riportata nella tabella 1 mentre la figura 1 esprime le percentuali per ciascuna categoria (2).

Da un primo sguardo a questi dati si evince subito che la quota fissa della retribuzione non supera il 75% del totale. Tra le voci che compongono la parte variabile è evidente che le più rilevanti sono l'incentivazione dell'assistenza domiciliare, il raggiungimento degli obiettivi di particolari progetti aziendali (risparmio sui consumi farmaceutici e raggiungimento obiettivo sulle vaccinazioni) e l'incentivazione dell'associazionismo. Menzione a parte merita l'indennità di esclusività; questa voce è considerata separatamente dalla quota fissa in entrambe le Ausl, in quanto incentiva l'esclusività

del rapporto e quindi compensa i Mmg che svolgono unicamente o principalmente il lavoro di medico di famiglia, mentre coloro che danno precedenza ad altre attività libero professionali non ne godono. La rilevanza dimensionale di tale voce ne impone tuttavia una discussione più ampia in quanto potrebbe risultare di significato ambiguo. Innanzitutto va detto che le maglie di tale istituto sono talmente ampie che solamente un'esigua minoranza di Mmg ne viene esclusa. Potrebbe quindi venir considerata parte della retribuzione fissa (*de facto*), ed in tal senso si potrebbe argomentare che in ultima analisi il ragionamento sulla quota incentivante ha significato principalmente per i medici di famiglia impegnati a tempo pieno, per i quali quindi tale indennità è parte della quota fissa. Ciononostante in tale sede si ritiene opportuno considerarla comunque variabile, per rispettare la collocazione data dalle aziende e la natura del meccanismo che ne determina l'erogazione (il rispetto di *standard* non obbligatori, quindi incentivati per mezzo di tale indennità).

Una considerazione importante da fare sulla classificazione adottata è che il frazionamento delle voci favorisce l'erronea percezione di una scarsa rilevanza della quota variabile. Infatti, l'insieme di categorie che vanno a formare la parte non fissa (associazionismo, indennità, progetti ecc.) non consente una lettura unitaria della variabilità retributiva e può portare a fraintendimenti dei dati sia da parte dei Mmg (che potrebbero percepire gli incentivi come stimoli deboli o aumenti retributivi dovuti) sia dell'Ausl che potrebbe non riconoscere la forza della leva che detiene. Ragionando ad esempio sui soli progetti aziendali (cui si è portati a limitare l'attenzione), e considerando quindi implicitamente date le altre voci, non si supera il 7% come parte variabile. Questo ha la

Tabella 1

Voci (*)	2002	Aggregati	Valore
Onorario	6.765.798		
Quota > 75 anni	472.949		
Compiti ex art. 31 comma 3	343.054		
Quota < 14	27.209		
Compenso aggiuntivo (ex C1)	827.881		
Compenso aggiuntivo (ex C2)	700.256		
Concorso spese	2.014.004	<b>Quote fisse</b>	<b>11.151.154</b>
Medicina gruppo + rete + associazione	528.408	<b>Associazionismo</b>	<b>528.408</b>
Indennità collaboratore studio medico	38.896	<b>Indennità collaboratore</b>	<b>38.896</b>
Indennità collaborazione informatica	104.584	<b>Indennità informatica</b>	<b>104.584</b>
Premio vaccinazioni	181.000		
Risparmio farmaceutica	733.000	<b>Progetti aziendali</b>	<b>914.000</b>
ADI I + ADI II + ADI III	277.443		
NODO	22.040		
Quote capitarie ADI	102.073		
Quote capitarie NODO	29.090		
ADNP	50.276		
ADP	759.863	<b>Assistenza domiciliare</b>	<b>1.240.788</b>
Prestazioni aggiuntive	262.699	<b>PPIP regionali</b>	<b>262.699</b>
Attività coordinate in strutture protette	3.241		
Assistenza in struttura protetta	58.631	<b>Assistenza in struttura protetta</b>	<b>61.872</b>
Piena disponibilità	570.679	<b>Indennità di esclusività</b>	<b>570.679</b>
Visite occasionali	13.809		
Compenso sindacale	31.316		
Zone disagiate	34.661	<b>Altre voci</b>	<b>79.787</b>
<b>Totale</b>	<b>14.952.871</b>		

(\*) Per meglio interpretare l'elenco delle voci riportate si ritiene di esplicitare gli acronimi utilizzati:

- ADI Assistenza domiciliare integrata (numero romano per indicare l'intensità del bisogno sanitario);
- ADP Assistenza domiciliare programmata;
- ADNP Assistenza domiciliare in residenza non protetta;
- ADR Assistenza domiciliare in residenza non protetta;
- NODO Nuclei operativi domiciliari oncologici;
- PPIP Prestazioni di particolare impegno professionale.

conseguenza negativa di lasciare privo di governo il resto delle voci stipendiali sulle quali invece è possibile ed opportuno intervenire.

### 3.3. I dati dell'Ausl Beta

La ripartizione delle voci stipendiali dei Mmg fatta dall'Ausl Beta segue una logica diversa ed ha finalità conoscitive che vanno oltre il fornire una base per la negoziazione con i medici. Infatti la quota variabile è scissa in due aggregati (accordi integrativi aziendali ed accordi regionali e nazionali) consentendo di evidenziare i margini di manovra della negoziazione prettamente aziendale, informazione molto utile ai fini del controllo di quanto concordato a livello locale. È in tal senso un modo per restringere la discussione con i medici, isolando le variabili più direttamente influenzabili da accordi e comportamenti di azienda e medici. Per altro, dal punto di vista dell'azienda, la divisione delle quote variabili in funzione del piano su cui sono state negoziate permette una lettura separata degli effetti che modifiche su ciascun piano hanno sulla retribuzione dei Mmg (ed in aggregato sull'ammontare delle risorse necessarie), favorendo il riconoscimento ed il controllo di opportunità e minacce relative ai costi della medicina generale.

Viene inoltre evidenziata ed aggiunta al computo totale, una categoria relativa ai costi sostenuti dall'azienda per fornire dei fattori produttivi (spazi, infermieri, beni di consumo etc.) alle associazioni di medici. Questo aumenta il potere conoscitivo dal punto di vista aziendale sul peso dei costi sostenuti per la medicina generale oltre al semplice aspetto monetario della retribuzione. Tali risorse possono essere sicuramente considerate parte della «retribuzione» dei Mmg, intesa in senso lato, e possono essere denominati incentivi di struttura (3),

paragonabili a dei *benefit* riconosciuti ai medici che scelgono di operare in associazione e secondo precisi progetti aziendali. In tabella 2 si presenta la classificazione delle voci adottata dall'Ausl Beta (4).

Come si evince dal grafico (figura 2) la parte fissa in questo caso si attesta a poco più del 70%, ed emerge una rilevante quota variabile (particolarmente relativa ad incentivi provenienti dalla contrattazione nazionale e regionale) e di *benefit*. Il pregio di questa ripartizione, come già detto, è che permette di separare la responsabilità sulla quota variabile in piani di negoziazione separati. Tuttavia questo comporta il rischio che la parte variabile legata alle convenzioni a livello nazionale e regionale venga considerata in qualche modo già stabilita e quindi inabile a motivare i medici, con il pericolo che non venga governata in funzione degli obiettivi aziendali. Inoltre si rischia di spezzare l'incenti-

vo relativo ad un'unica tipologia di prestazione (ad esempio ADI e vaccinazioni) in due parti una relativa al piano negoziale regionale, l'altra a quello aziendale, con l'effetto negativo di non vederne l'unitarietà e quindi diminuendone l'impatto incentivante per i Mmg. È invece necessario pensare all'insieme degli strumenti incentivanti come un unico sistema unitario ed integrato (Vendramini, 2001). Nonostante questo vi è un gran pregio nella semplicità di lettura e nell'aver comunque aggregato in poche voci le quote variabili.

### 3.4. Confronto delle due realtà in maniera omogenea

Il confronto tra i dati delle due Ausl considerate, così come si presentano classificati, mostra che le quote variabili sono ripartite secondo logiche diverse e la stessa parte fissa non può essere confrontata esattamente come si

Figura 1 - Ripartizione retribuzione Mmg 2002 - Alfa

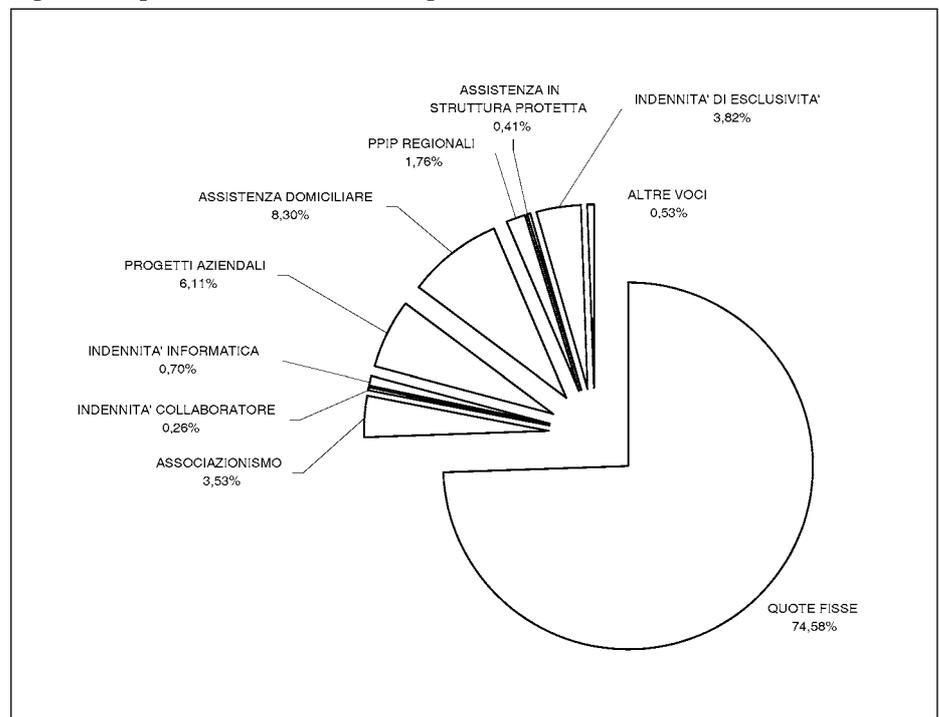


Tabella 2

Voci (*)	2002	Aggregati	Valore
Onorario + concorso spese + c. aggiuntivo	4.161.097		
Quota > 75 anni	179.721		
Quota < 14	11.945		
Compiti ex art. 31 comma 3	138.923		
Quota per rientro nei massimali	4.495	<b>Quota fissa totale</b>	<b>4.496.181</b>
Piena disponibilità	208.977		
Indennità di collaborazione informatica	26.263		
Indennità di collaboratore studio medico	43.583		
Indennità di personale infermieristico	4.419		
Medicina di gruppo	125.338		
Medicina in rete	135.909		
Medicina in associazione	62.621		
Prestazioni aggiuntive	99.048		
Visite occasionali	222		
Vaccinazioni antiinfluenzali	98.631		
ADR	27.656		
ADP	136.965		
ADI (e/o NODO)	92.564	<b>Quota variabile da convenzione nazionale o accordo regionale</b>	<b>1.144.448</b>
Assistenza in strutture protette	82.253		
Partecipazione ad organi aziendali	1.033		
Formazione (spese per aggiornamento)	4.067		
Rete di continuità assistenziale	76.217		
Farmaci	6.616		
Specialistica e diagnostica	126.700		
Diabete	75.485		
Quote incentivanti ADI	69.913	<b>Quota variabile da accordi aziendali</b>	<b>360.032</b>
Ambulatori aziendali dati in comodato	49.518		
Ambulatori in locazione	76.469		
Personale dipendente a disposizione delle associazioni	102.284		
Spese per utenze e pulizie (ambulatori)	63.643		
Beni di consumo (ambulatori)	17.440	<b>Risorse a disposizione delle associazioni</b>	<b>309.354</b>
<b>Totale</b>	<b>6.31 0.015</b>		

(\*) Per un'esplicazione delle sigle utilizzate vedi la tabella 1.

presenta (vedi *infra* lo scorporo degli incentivi di struttura dai dati di Beta). Questo dimostra un'altra volta, qualora ce ne fosse ancora bisogno, l'esistenza di significativi gradi di libertà aziendale nella gestione, che, se assunti consapevolmente, possono risultare delle leve manageriali molto efficaci.

Per fare un utile confronto tra le due realtà si propone di omologare la ripartizione delle voci stipendiali che formano la retribuzione dei Mmg, secondo una classificazione proposta da Vendramini (2001) che considera quattro aggregati significativi (5):

— *quota fissa*: ovvero quota capitaria, legata al numero ed alla composizione degli assistiti oltre che all'anzianità di convenzionamento del medico;

— *rimborsi per il rispetto di standard ambulatoriali o per l'utilizzo di particolari fattori produttivi*: si danno qualora il medico operi nel rispetto di determinati *standard*, avvalendosi di particolari supporti (computer, infermieri, collaboratore di studio) o garantisca una particolare forma organizzativa (associazionismo);

— *retribuzione per prestazioni*: tipicamente determinata dal numero delle prestazioni per la tariffa riconosciuta nel caso ad esempio delle PIPP, ma si riferisce anche a particolari modalità di assistenza quali l'assistenza domiciliare o in struttura protetta. In sostanza questa categoria raggruppa tutte le attività supplementari che vengono retribuite *ad hoc*;

— *premi o incentivi per il raggiungimento degli obiettivi negoziati*: è una quota erogata qualora venga raggiunto l'obiettivo concordato. I modi per la quantificazione del premio possono seguire regole diverse (in proporzione ai risparmi, in quota fissa al raggiungimento dei risultati, al superamento di alcuni volumi di attività ecc.).

Per rendere il confronto maggiormente significativo si è ritenuto opportuno inoltre enucleare dai dati relativi all'Ausl Beta la quota corrispondente a quelli che abbiamo chiamato *benefit* o incentivi di struttura. Tale scelta dipende da due ragioni: innanzitutto nell'Ausl Alfa questo sistema di retribuzione è scarsamente sviluppato (solo una medicina di gruppo utilizza spazi a carico dell'azienda) e non si dispone di dati affidabili in merito a tale aspetto, ed inoltre l'analisi che qui viene condotta non si focalizza tanto sui costi totali per la medicina generale, quanto piuttosto sul potere incentivante di determinate leve retributive. In tal senso la scelta fatta non vuole negare l'effetto motivante dei cosiddetti incentivi strutturali (Vendramini, 1999), ma soltanto chiarire che in questa sede il *focus* resta sulla parte monetaria della retribuzione.

Nella tabella 3 si mostrano le voci semplici considerate dalla due aziende, in aggregati omogenei. I valori riportati rappresentano la media per sin-

golo Mmg. Questo permette una lettura più agevole per i confronti tra le quote della retribuzione. Dalla tabella 4 in particolar modo si evince che la retribuzione media totale è lievemente superiore nell'Ausl Beta.

Come si vede, una volta scorporata dai dati di Beta la parte degli incentivi strutturali, la dimensione della quota fissa è identica nelle due aziende, e ciò significa che un quarto della retribuzione dei Mmg è oggi rappresentata dalla quota variabile in ambo i contesti. È interessante notare la somiglianza della struttura retributiva nei due contesti. La rilevanza della quota variabile dovrebbe togliere ogni dubbio circa la flessibilità della attuale convenzione nel permettere politiche di governo della medicina generale orientate al conseguimento degli obiettivi aziendali. Si ricordi che secondo precedenti contributi (Vendramini, 2001) la quota variabile arrivava solo al 15% del totale.

Inoltre i due casi analizzati evidenziano l'importanza di particolari voci

**Figura 2 - Ripartizione retribuzione Mmg 2002 - Beta**

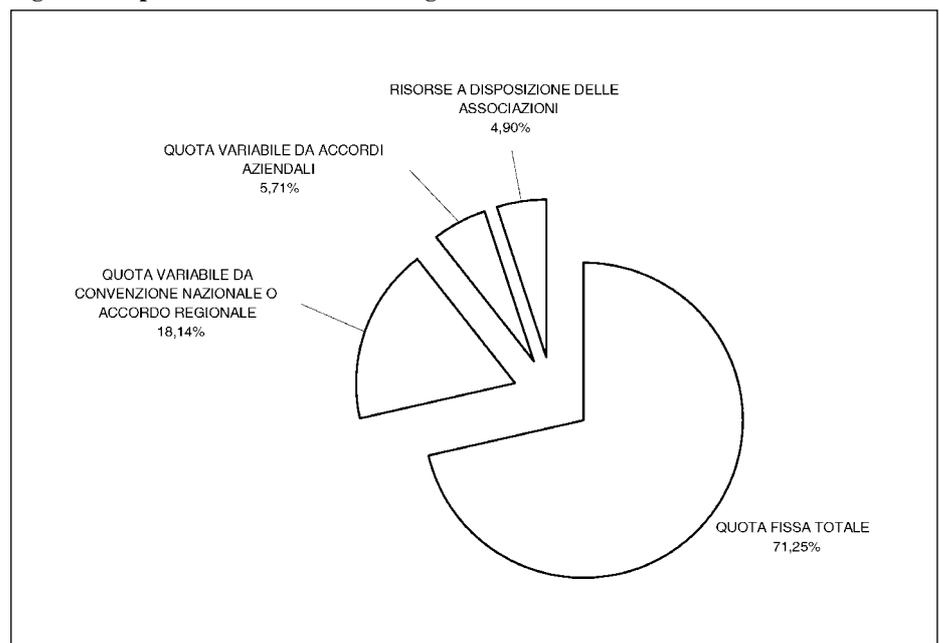


Tabella 3

	Alfa		Beta	
<b>Quota fissa</b>	Onorario	31.179	Onorario + concorso spese + c. aggiuntivo	48.954
	Quota > 75 anni	2.179	Quota > 75 anni	2.114
	Compiti ex art. 31 comma 3	1.581	Quota < 14	141
	Quota < 14	125	Compiti ex art. 31 comma 3	1.634
	Compenso aggiuntivo (ex C1)	3.815	Quota per rientro nei massimali	53
	Compenso aggiuntivo (ex C2)	3.227		
	Concorso spese	9.281		
	Compenso sindacale	144		
<b>Rimborsi per rispetto standard</b>	Medicina gruppo + rete + associazione	2.435	Piena disponibilità	2.459
	Indennità collabotatore studio medico	179	Indennità di collaborazione informatica	309
	Indennità collaborazione informatica	482	Indennità di collaboratore studio medico	513
	Piena disponibilità	2.630	Indennità di personale infermieristico	52
	Zone disagiate	160	Medicina di gruppo	1.475
			Medicina in rete	1.599
			Medicina in associazione	737
			Formazione (spese per aggiornamento)	48
			Rete di continuità assistenziale	897
<b>Prestazioni supplementari</b>	Visite occasionali	64	Prestazioni aggiuntive	1.165
	ADI I + ADI II + ADI III	1.279	Visite occasionali	3
	NODO	102	Vaccinazioni antinfluenzali	1.160
	Quote capitarie ADI	470	ADR	325
	Quote capitarie NODO	134	ADP	1.611
	ADNP	232	ADI (e/o NODO)	1.089
	ADP	3.502	Assistenza in strutture protette	968
	Prestazioni aggiuntive	1.211	Partecipazione ad organi aziendali	12
	Attività coordinate in strutture protette	15	Quote incentivanti ADI	823
	Assistenza in struttura protetta	270		
<b>Incentivi di risultato</b>	Premio vaccinazioni	834	Farmaci	78
	Risparmio farmaceutica	3.378	Specialistica e diagnostica	1.491
			Diabete	888

retributive variabili, quali la quota inerente all'assistenza domiciliare ed in struttura protetta, derivanti dalla convenzione regionale, oltre alla ricchezza dei temi incentivati dell'accordo aziendale nei due contesti. Questi fattori

consentono di cogliere l'elevato grado di sviluppo degli strumenti disponibili per il governo della medicina generale raggiunto in alcune regioni italiane.

Le scelte di azione operate nei due contesti in merito alla quota variabile

sono parzialmente dissimili, mostrando la vitalità delle due aziende nel praticare politiche proprie sfruttando i margini di flessibilità a disposizione con l'attuale convenzione. In particolare analizzando la parte variabile

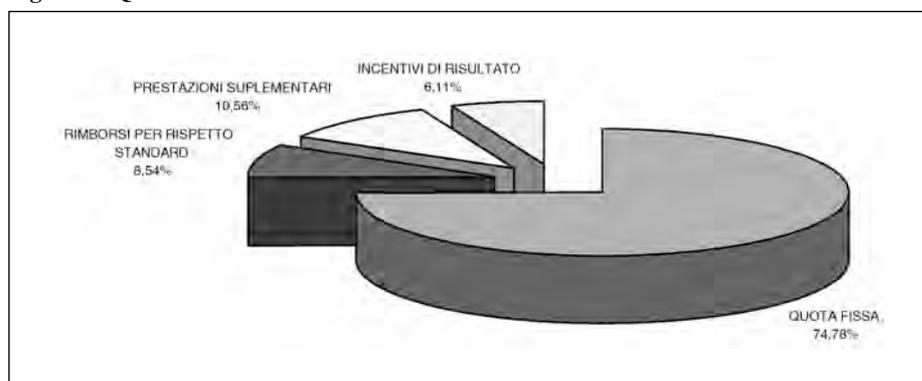
(vedi figura 5 e tabella 5) per Alfa e per Beta ci si accorge che mentre l'incentivazione di prestazioni supplementari PPIP e ADI risulta sostanzialmente congruente nei due contesti (attorno al 41% del totale variabile per entrambe le Ausl) anche in ragione del fatto che deriva per la maggior parte dall'accordo regionale, Beta ha sviluppato di più gli strumenti di incentivazione degli *standard* qualitativi (oltre il 45%) mentre per Alfa l'incentivazione di risultato appare più ampia (24% della quota variabile contro il 13% di Beta).

Questa differenza dipende dal fatto che per Alfa gli incentivi di risultato sono rappresentati in larga parte dal risparmio sui consumi farmaceutici, mentre per Beta tale voce non ha comportato un esborso così rilevante (vedi tabella 3 sulla attribuzione delle voci). Viceversa per Beta la quota relativa ai rimborsi per il rispetto di *standard* organizzativi è superiore quasi esclusivamente grazie al superiore peso dell'associazionismo (indice di una maggiore diffusione del fenomeno) ed una parte rilevante di risorse derivanti dall'accordo locale (in particolar modo il sostegno dato ad un'associazione di medici per l'apertura prolungata degli ambulatori — la Rete di continuità assistenziale) vedi tabella 4. Queste differenze, pur se in generale non si possono dire eccessivamente marcate (praticamente il 96% della struttura retributiva combacia, vedi figura 3 e figura 4), derivano da scelte diverse operate in funzione di diversi obiettivi aziendali. Infatti, mentre Alfa dà maggior peso al risparmio sull'assistenza farmaceutica, con un *focus* quindi centrato sull'appropriatezza delle prescrizioni di farmaci, Beta impegna maggiori risorse nell'incentivare modalità operative che mettono i Mmg in grado di migliorare la qualità dell'assistenza offerta (6).

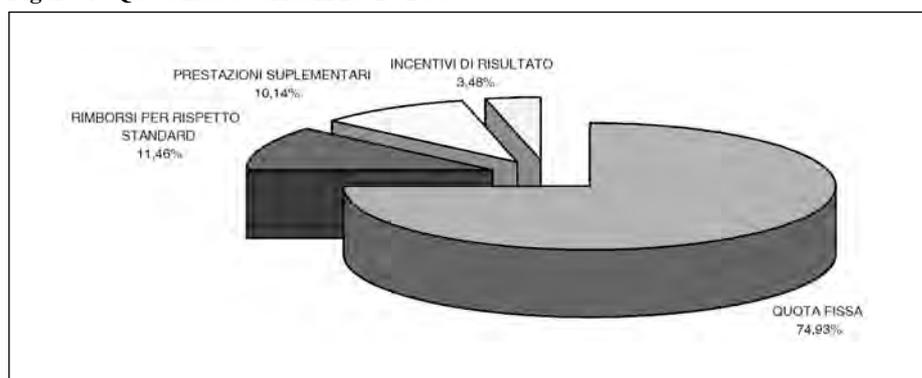
**Tabella 4**

	Alfa		Beta	
Quota fissa	51.532	74,78%	52.896	74,93%
Rimborsi per rispetto <i>standard</i>	5.886	8,54%	8.087	11,46%
Prestazioni supplementari	7.277	10,56%	7.156	10,14%
Incentivi di risultato	4.212	6,11%	2.456	3,48%
<b>Totale</b>	<b>68.907</b>	<b>100,00%</b>	<b>70.596</b>	<b>100,00%</b>

**Figura 3 - Quote fisse e variabili 2002 - Alfa**



**Figura 4 - Quote fisse e variabili 2002 - Beta**



**Tabella 5**

Percentuali della sola quota variabile	Alfa	Beta
Rimborsi per rispetto <i>standard</i>	33,88%	45,69%
Prestazioni supplementari	41,88%	40,43%
Incentivi di risultato	24,24%	13,88%

#### 4. Analisi delle leve manageriali disponibili e loro utilizzo

##### 4.1. Confronto trasversale della variabilità della retribuzione

Per disporre di un quadro approfondito dell'intensità della leva manageriale per il governo dei professionisti convenzionati, è utile confrontarli con il livello ed il *mix* retributivi dei dirigenti medici dipendenti del Ssn. Per omogeneità metodologica utilizziamo i dati retributivi monitorati a valle all'interno di aziende del Ssn. Il confronto intende valutare sia le retribuzioni complessive, sia l'incidenza della componente variabile.

Il confronto con dati recenti (De Pietro, in corso di pubblicazione) in merito alla retribuzione dei medici dirigenti dipendenti dal Ssn, mostra come ormai i Mmg non presentino differenziali così evidenti rispetto allo stipendio totale (al netto della libera professione intramuraria, per la quale purtroppo non disponiamo di dati dei Mmg, non passando questi per le procedure di paghe e stipendi delle Ausl).

L'incidenza della quota variabile sembra invece decisamente superiore nel caso dei professionisti convenzio-

nati, infatti i Mmg raggiungono il 25%, quando la quota variabile dei medici dipendenti oscilla tra il 14 ed il 17% (vedi tabella 7) (7).

Concludendo l'analisi, per avere un quadro comparativo ancora più completo, si propone un confronto con le retribuzioni del settore privato non sanitario. In questo caso, prendendo in considerazione dati relativi alla retribuzione dei *manager* di imprese pri-

vate (Grandori A., Usai A., 2001), in particolare dati relativi alla dirigenza di imprese della *New Economy*, si deducono conclusioni che rinforzano ulteriormente le affermazioni sin qui fatte. Il confronto dei dati è riportato in tabella 8 mentre nella figura 6 appare oltremodo evidente quanto alta sia la variabilità della retribuzione dei Mmg (la più bassa percentuale fissa) anche in confronto a quella di

Figura 5 - Confronto della struttura della quota variabile

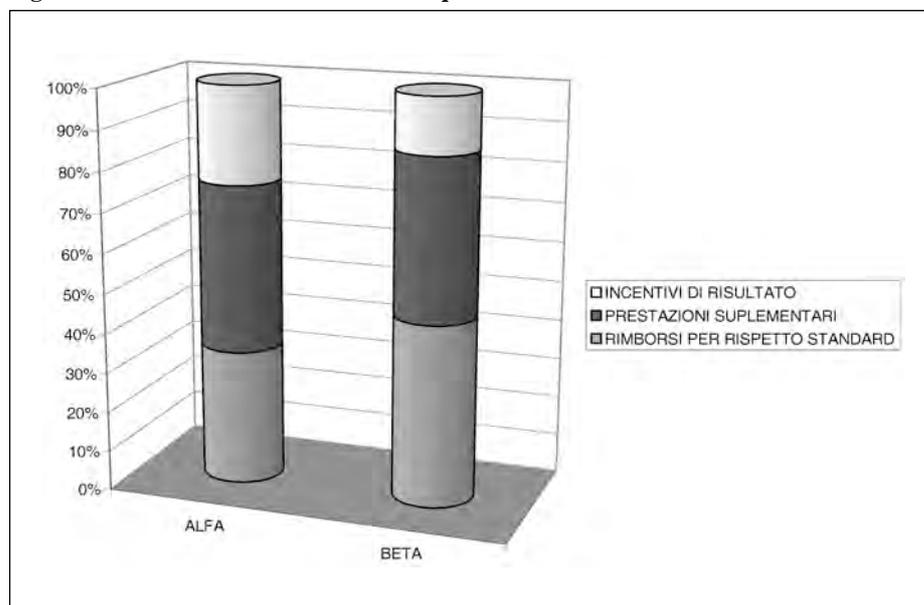


Tabella 6

Dirigenza medica	AUSL Pisa	% su netto	% su totale	AO Cannizzaro	% su netto	% su totale
Base	65.033	83,63%	79,80%	55.233	85,10%	76,85%
Incarico	8.421	10,83%	10,33%	9.007	13,88%	12,53%
Retribuzione prestazione	4.308	5,54%	5,29%	118	0,18%	0,16%
LPI	3.738		4,59%	6.969		9,70%
<b>Totale</b>	<b>81.500</b>		<b>100,00%</b>	<b>71.875</b>		<b>100,00%</b>
Al netto della LPI	77.762	100,00%		64.906	100,00%	

Nostra rielaborazione da De Pietro (in corso di pubblicazione), «Le retribuzioni nella sanità pubblica: una prima analisi quali-quantitativa in due aziende».

**Tabella 7 - Confronti al netto della Libera professione intramuraria**

	Ausl Alfa		Ausl Beta		Ausl Pisa		Ao Cannizzaro	
Parte fissa	51.532	74,78%	52.896	74,93%	65.033	83,63%	55.233	85,82%
Parte variabile	17.375	25,22%	17.700	25,07%	12.729	16,37%	9.125	14,18%
<b>Totale</b>	<b>68.907</b>	<b>100,00%</b>	<b>70.596</b>	<b>100,00%</b>	<b>77.762</b>	<b>100,00%</b>	<b>64.358</b>	<b>100,00%</b>

manager di settori particolarmente dinamici.

#### 4.2. Commenti

In sintesi, l'analisi condotta sui dati relativi alla retribuzione dei Mmg nelle Ausl di Alfa e Beta, ha messo in evidenza che la quota variabile su cui possono agire le aziende si aggira ormai ad oltre il 25% del totale, dimensione ragguardevole non solo per il contesto della sanità pubblica, ma anche per molti contesti privati.

1) L'analisi ha inoltre evidenziato una forte somiglianza nella struttura retributiva complessiva delle due aziende, pur differendo nel governo della quota variabile. Questo mostra i gradi di libertà manageriali disponibili per le aziende. Infatti la flessibilità garantita ormai dalla convenzione nazionale attraverso gli ulteriori accordi integrativi a livello regionale e locale, consente alla singola azienda scelte congruenti alle proprie specificità, permettendo margini di autonomia ragguardevoli nella gestione dell'assistenza, e così favorendo l'orientamento all'economicità aziendale. Ad esempio un'azienda può orientarsi prevalentemente verso il finanziamento di *standard* infrastrutturali superiori (personale di supporto, studi medici associati, piccole tecnologie biomedicali, ecc.) oppure verso il finanziamento di prestazioni aggiuntive pagate con la logica *fee for service*, come ad esempio le prese in carico in ADI, gli accessi nell'ospedale di co-

munità, le prestazioni di particolare impegno professionale, ecc. Anche i modelli culturali di mappatura delle *performance* possono differire significativamente: si può retribuire le singole prestazioni, oppure la presa in carico o privilegiare il raggiungimento di risultati finali (es. riduzione di ricoveri); infine le *performance* possono essere individuali o di gruppo.

L'eterogeneità che raggiungeranno le aziende dipenderà significativamente dal livello di priorità e quindi di spesa assegnata alle cure primarie. Utilizzando la leva retributiva variabile, che non è vincolata ad alcun fondo finanziario chiuso e vincolato come diversamente avviene per i dirigenti medici dipendenti, alcune aziende potranno arrivare a liquidare livelli retributivi significativamente diversi tra i propri Mmg e nel confronto con altre aziende, in funzione del livello dei servizi garantiti dalla cure primarie. Questo da un lato può essere visto co-

me frutto del virtuoso dinamismo aziendale, dall'altro porrà il problema dell'equità nella distribuzione dei servizi sul territorio e di omogeneità sindacale tra i Mmg.

2) Le voci retributive fisse e variabili sono significativamente disperse e frammentate. Questo rende difficile sviluppare una lucida comprensione delle dinamiche gestionali in corso, favorendo implicitamente una logica applicativa automatica e burocratica. A questo proposito è quindi necessario procedere sia in termini di analisi, sia in termini di governo ad un accorpamento delle voci stipendiali per macro categorie. La semplificazione delle voci retributive a poche macro categorie facilita l'analisi degli scenari e dei trend storici, rende la trattativa sindacale più consapevole, incoraggia l'assunzione di una logica di governo e di gestione. Essa può promuovere, ad esempio, una significativa rimodulazione del *mix* retributivo,

**Tabella 8**

	Percentuale di retribuzione fissa
MMG AUSL Alfa	74,78
MMG AUSL Beta	74,93
Dirigenza medica AUSL Pisa *	83,63
Dirigenza medica AO Cannizzaro *	85,82
Manager nella New Economy **	77,90

\* Fonte: nostra rielaborazione da De Pietro (in corso di pubblicazione).

\*\* Fonte: Grandori A., Usai A. (2001).

pur in costanza dei valori aggregati totali.

Come abbiamo visto le due Ausl hanno adottato criteri di accorpamento diversi (l'una per natura della componente variabile, l'altra per livello istituzionale di negoziazione), ai quali se ne potrebbero aggiungere altri. La scelta delle modalità di accorpamento non sono neutre, perché sottolineano maggiormente alcuni aspetti e ne trascurano altri, favorendo alcune dinamiche gestionali e rendendone critiche altre. Non è esclusa la possibilità di utilizzare, a fini conoscitivi distinti, diverse modalità di accorpamento, per adottarne una specifica per singoli fabbisogni gestionali.

3) L'oscuramento informativo della rilevanza e della composizione della quota variabile dei Mmg ha molte spiegazioni possibili. È dovuto alla frammentazione della sua composizione, rafforzato dalla presenza di tre livelli distinti di trattativa sindacale, ma anche alla distanza tra responsabilità di governo sanitario ed ammini-

strative. La sottovalutazione della rilevanza della quota variabile e la sua gestione automatica e burocratica la rende nella prassi e nel percepito una parte della componente fissa della retribuzione. Qualsiasi meccanismo di incentivazione meritocratico utilizzato in maniera invariante nel tempo, gestito in maniera implicita senza alcun processo di programmazione e controllo e pertanto delegato ad automatismi amministrativi è destinato a perdere ogni efficacia come leva manageriale. Questa percezione è condivisa sia dai Mmg e dai loro rappresentanti, sia dai dirigenti dell'azienda.

In questo quadro, crediamo, è innanzitutto necessario compiere una scelta culturale, sia tra i Mmg, sia tra i dirigenti delle Ausl; essere interessati a disporre di leve gestionali, oppure, laddove siano disponibili, immediatamente comprimerle, dimostrando una preferenza per scenari privi di gradi di libertà aziendali. Crediamo che il posizionamento culturale, sia per orientamento, sia per intensità, possa anche

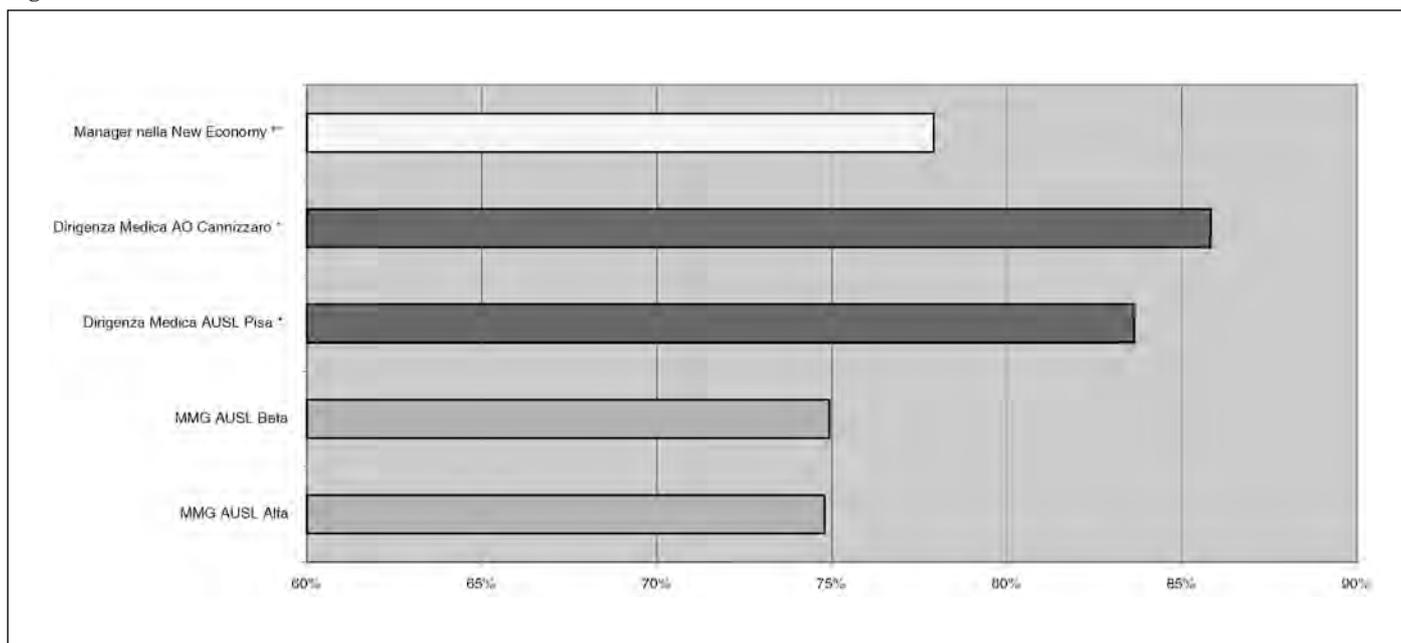
sensibilmente differire tra una realtà e l'altra. Sicuramente laddove si decidesse di utilizzare tutte le leve disponibili nella loro intera potenzialità, già oggi è possibile, nelle aziende del Ssn, avviare dei processi di sviluppo delle cure primarie, disponendo anche della possibilità di correlare immediatamente il livello dei servizi e delle *performance* offerte a quello retributivo e di rimborso dei fattori produttivi utilizzati.

## 5. Conclusioni

Il Ssn ha costruito un meccanismo retributivo dei propri professionisti sanitari convenzionati molto aperto, dotato di significativi spazi di incentivazione e di differenziazione dei livelli retributivi. Non vi è sempre consapevolezza di questo spazio o non sempre è utilizzato al meglio delle sue potenzialità.

Culturalmente è importante decidere se queste potenziali differenziazioni reddituali sono da valutarsi come

Figura 6 - Percentuale di retribuzione fissa



una opportunità manageriale da valorizzare oppure se il loro l'oscuramento informativo ed operativo corrispondono alla reale mappa delle preferenze (il comportamento reale è sempre il più importante indicatore degli orientamenti culturali).

Se si decidesse di valorizzare la leva retributiva variabile (e di rimborso di fattori produttivi) sono necessarie alcune azioni a livello centrale (Ministero della salute e Regioni) e di aziende. Il processo dovrebbe incrementare la consapevolezza dei gradi di libertà e delle potenzialità disponibili, promuovere lo sviluppo organizzativo aziendale per utilizzare queste leve manageriali e probabilmente regolamentare gli esiti per evitare livelli eccessivi di difformità interaziendale.

In particolare a livello centrale (nazionale e regionale) è possibile lavorare sulle seguenti variabili critiche.

a) Semplificare la filiera delle trattative sindacali, esautorandone almeno una (quella nazionale o regionale), garantendo anche un migliore rispetto dei tempi alla scadenza delle convenzioni.

b) Promuovere una semplificazione ed un maggior accorpamento delle voci stipendiali sin dalla convenzione nazionale, prevedendo ampi gradi di libertà nella manovra dei singoli istituti contrattuali da parte delle aziende.

c) Indirizzare il livello retributivo e di rimborso di fattori produttivi massimo a cui le aziende possono arrivare, sia negli esborsi complessivi per tutto il comparto, sia nei massimi retributivi per singolo medico, per evitare livelli di eterogeneità eccessivi che possono minare il principio di equità nel sistema, anche rispetto ai servizi ottenibili dai pazienti.

d) Rimodulare i sistemi informatici delle procedure di paghe e stipendi delle Mmg affinché le aziende siano dotate delle necessarie flessibilità amministrative in cui inserire le specificità del-

le proprie scelte gestionali e affinché possano disporre di sistemi utili anche a fini decisionali e di *management*.

Le singole aziende Usl, anche da subito, dovrebbero investire nei seguenti movimenti culturali e cambiamenti operativi.

a) Acquisire e diffondere la consapevolezza della incidenza e composizione della quota retributiva variabile, sia tra i propri dirigenti, ma soprattutto tra i Mmg ed i loro rappresentanti. Questo richiede la definizione di un sistema aziendale di accorpamento delle voci stipendiali, che contenga implicitamente alcuni messaggi strategici verso cui si vuole orientare le cure primarie.

b) Investire di esplicite responsabilità gestionali e di manovra delle leve retributive i dirigenti incaricati del governo delle cure primarie (direttori di distretto o dei dipartimenti delle cure primarie). Questo necessita di norma anche di alcune modifiche organizzative. Il personale amministrativo ed il relativo sistema informativo devono essere messe alle dirette dipendenze del responsabile gerarchico delle cure primarie. Questi, in cambio dell'accreciuto potere gestionale, si vede costretto ad aumentare le proprie competenze e responsabilità.

c) Definire una strategia per le cure primarie dovendo scegliere la quantità ed il *mix* di risorse da investire per le cure primarie, in un comparto ancora privo di predefinizione centrale dei fondi di incentivazione. Questo comporta un orientamento alla tipologia di istituti e di meccanismi di incentivazione da privilegiare in coerenza con le altre leve di governo attivate nel settore.

Un processo di sviluppo della consapevolezza e dell'operatività di quote retributive variabili così rilevanti non può essere che di lungo periodo e necessita un progressivo aumento della

componente gestionale o meritocratica.

---

(1) La coincidenza tra costi e spese si avrebbe qualora dai dati fossero stati anche sottratti tutti i residui liquidati nel 2002 ma relativi al 2001. Questa operazione è stata fatta per le voci in cui era chiaramente indicato, ma la contabilizzazione delle voci nel cedolone non evidenzia sempre le quote di competenza dell'esercizio dagli arretrati, quindi è possibile che vi siano degli emolumenti erogati nel 2002 ma relativi al 2001. Si sottolinea però che la limitata dimensione di questi residui, laddove sono presenti, non costituisce un vizio sostanziale all'analisi presentata ed alle conclusioni cui perviene.

(2) Rispetto ai dati forniti dall'azienda si sono sottratti i residui e si è enucleata dalle prestazioni aggiuntive (PIIP regionali) la quota relativa al premio per l'obiettivo delle vaccinazioni (181.000 €) che è stata messa tra i progetti aziendali.

(3) Vendramini (1999) individua tre forme di incentivi: a) strutturali (attribuzione di dotazioni, personale di supporto, spazi — esattamente quanto inteso nell'Ausl Beta), b) monetari e c) potere organizzativo.

(4) Rispetto ai dati dell'Ausl Beta va rilevato che esiste una classificazione intermedia non riportata in tabella che raccoglie ad esempio tutti gli incentivi per l'associazionismo, tutte le indennità, ecc. Si è ritenuto per semplicità di mettere in evidenza solo gli aggregati più ampi. Nella tabella non figurano le voci presenti nella classificazione aziendale ma che avevano valore pari a zero ed i residui.

(5) Longo (2002) propone una classificazione degli strumenti utilizzati per attribuire la quota variabile aggiuntiva alla retribuzione. In certo senso anche questa classificazione potrebbe essere adottata per ripartire la parte incentivante della retribuzione, basandosi essenzialmente sul meccanismo tramite cui si forma la parte variabile. Le categorie proposte sono: a) premio fisso per la partecipazione alla sperimentazione, b) quote capitarie aggiuntive per precisi output (associazionismo, oppure obiettivi di attività/consumo), c) percentuali su risparmi aziendali ottenuti, d) autorizzazione all'aumento di prestazioni tariffate, e) premi monetari fissi per singoli obiettivi. La scelta di adottare la classificazione di Vendramini deriva da una maggior semplicità e dal fatto che, essendo basata non sul meccanismo di attribuzione, ma sul tipo di sforzo richiesto ai medici (rispetto *standard*, aumento volume e complessità attività/prestazioni, raggiungimento

obiettivi negoziati), si presta meglio ad analizzare le potenzialità incentivanti della quota variabile e ad inquadrare i dati forniti dalle due aziende considerate.

(6) La presenza della quota relativa agli incentivi di struttura, benché scorporata in questa sede dall'analisi numerica, conferma questa affermazione.

(7) Al lordo della Libera professione intramuraria le quote variabili paiono più simili (vedi tabella 6). Nonostante questo la quota variabile per i Mmg risulta sempre superiore (25% contro un massimo di 23% all'Ausl di Pisa).

#### BIBLIOGRAFIA

- COSTA G. (1986), *La gestione del personale nelle Unità sanitarie locali*, CEDAM, Padova.
- DE PIETRO C. (in corso di pubblicazione), «Le retribuzioni nella sanità pubblica: una prima analisi quali-quantitativa in due aziende» in Anessi Pessina E. e Cantù E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, EGEA, Milano.
- GRANDORI A., USAI A. (2001), «I meccanismi di governance e l'organizzazione del capitale umano interno alle imprese», in Grandori A. (a cura di), *Organizzazione e governance del capitale umano nella nuova economia*, EGEA, Milano.
- LONGO F. (1999), «Il ciclo di programmazione e controllo per il distretto e i Mmg/PLS: strutture organizzative e processi», in Longo F. (a cura di), *ASL, distretto, medico di base*, EGEA, Milano.
- LONGO F. (2002), «Logiche e strumenti manageriali per la medicina generale», in Cavallo M.C. et al., «La medicina generale: lo stato dell'arte ed evoluzione», in Anessi Pessina E. e Cantù E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, EGEA, Milano.
- RUFFINI R. (1995), «La retribuzione accessoria e variabile nelle Usl tra politiche contrattuali e scelte aziendali», *Mecosan*, 16, pp. 50-51.
- VENDRAMINI E. (1999), «Il governo della medicina di base, modelli organizzativi e possibili accezioni del budget per i Mmg» in Longo F. (a cura di), *ASL, distretto, medico di base*, EGEA, Milano.
- VENDRAMINI E. (2001), «Il sistema incentivante», in Longo F. e Vendramini E., *Il budget e la medicina generale*, McGraw-Hill, Milano.
- ZANGRANDI A. (2000), «Autonomia clinica e processi organizzativi nelle aziende sanitarie: vincoli e opportunità per la progettazione organizzativa», in Bergamaschi M., *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 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 devono essere originali e avere contenuto innovativo. 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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

### Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

### 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: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO 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 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.

# COMPETIZIONE O COOPERAZIONE? IMPATTO DEL MODELLO HUB&SPOKE NELLA CARDIOCHIRURGIA DELL'EMILIA-ROMAGNA

L. Nobile, D. Fortuna, M. Vizioli, E. Berti, P. Guastaroba, F. Taroni, R. Grilli

Area di Programma Governo Clinico  
Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna, Bologna

SOMMARIO: 1. Sintesi - 2. Contesto - 3. Dati e metodi utilizzati - 4. Risultati - 5. Discussione.

*This study focuses on the assessment of the impact of the regionalisation of cardiac surgery, launched in year 2000 in the Italian region of Emilia-Romagna, through the organisational form of an hub&spoke model. For this purpose we used a case-mix adjusted before (1998-1999) - after (2000-2002) comparison design of: a) in-hospital and 30-days mortality rates; b) proportion of patients timely (within 1 day) referred for surgery from spoke to hub centres; c) patients' waiting times to surgery.*

*This paper provides additional evidence on the benefit of regionalisation of cardiac surgery interventions. The system allowed each centre to reach the minimum caseload required to assure good quality of care. Our findings suggest that policies aimed at increasing cooperation rather than competition among health service providers have a positive impact on quality of care.*

## 1. Sintesi

La letteratura più recente evidenzia come la concentrazione dei servizi sanitari, per particolari tipologie di prestazioni ad alta complessità, possa indurre maggiore efficienza attraverso la limitazione della duplicazione dei servizi, migliorare accessibilità della rete assistenziale e potenziare la qualità delle prestazioni erogate attraverso la riduzione di esiti avversi quali la mortalità (Birkmeyer *et al.*, 2002; Dudley *et al.*, 2000; Grumbach *et al.*, 1995; Halm, Lee, Chassin, 2002; Hannan *et al.*, 1995; Sowden *et al.*, 1997). In Emilia-Romagna, a partire dal 1998 e ufficialmente introdotto nel 2000, è stato adottato un modello organizzativo a reti integrate per l'assistenza cardiologica e cardiocirurgica. In generale, questo tipo di assetto implica la concentrazione dell'assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (gli *hub*), supportati da una rete di servizi (gli *spoke*) cui compete la selezione dei pazienti ed il loro invio ai

centri di riferimento. In sostanza, si assume che per un'assistenza di buona qualità sia necessario introdurre meccanismi di cooperazione ed integrazione verticale tra servizi.

In questo rapporto abbiamo cercato di valutare quali implicazioni abbia avuto l'introduzione di questo modello con riferimento all'attività cardiocirurgica. In particolare è stato osservato se, ed in che misura, l'andamento nel tempo di alcuni specifici indicatori di qualità dell'assistenza segnalasse una variazione dal periodo antecedente l'introduzione del modello *hub&spoke* (1998-1999), rispetto al periodo successivo (2000-2002).

Per valutare l'impatto del modello *hub&spoke* sono stati analizzati tre aspetti: la *performance* clinica attraverso due indicatori (la mortalità intra-ospedaliera ed a 30 giorni dall'intervento), un indicatore di efficienza nelle relazioni funzionali tra centri *spoke* e centri *hub* (la percentuale di pazienti tempestivamente inviati dai primi ai secondi entro 1 giorno dal

completamento dell'*iter* diagnostico) ed un indicatore di accessibilità del sistema (i tempi di attesa dei pazienti per interventi cardiocirurgici).

Sono stati utilizzati i dati estratti dalle schede di dimissione ospedaliera, relative ai 16512 pazienti residenti in Regione Emilia-Romagna e di età superiore ai 18 anni, ricoverati per intervento cardiocirurgico nei 6 centri pubblici e privati della regione nell'arco del periodo 1998-2002.

Complessivamente, anche dopo aver considerato le variazioni osservate nel periodo di tempo analizzato delle caratteristiche cliniche dei pazienti attraverso la standardizzazione degli indicatori, l'analisi empirica ha evidenziato che l'adozione del modello *hub&spoke* è risultata essere associata ad una riduzione della mortalità intra-ospedaliera e a 30 giorni rispettivamente del 22% (95% CI: 7%-24%) e del 18% (95% CI: 2%-31%).

I volumi di attività dei singoli centri subiscono delle variazioni significative nel corso del periodo 1998-2002, e

la riduzione della mortalità è risultata più tangibile nei centri che hanno aumentato il numero di interventi eseguiti.

La probabilità dei pazienti di essere tempestivamente trasferiti dallo *spoke* all'*hub* di riferimento è aumentata del 21% (95% CI: 12%-31%) ed i tempi medi di attesa nell'accesso agli interventi cardiocirurgici si sono ridotti di 7.5 giorni (95% CI: 4.71-10.33).

In conclusione, pur con i limiti di uno studio osservazionale prima-dopo, questa valutazione ha consentito di documentare come l'adozione di un modello *hub&spoke* abbia avuto un effetto positivo sull'attività cardiocirurgica. Una ulteriore conferma di come gli assetti organizzativi, finalizzati a promuovere la collaborazione piuttosto che la competizione, possano effettivamente migliorare aspetti importanti della qualità dell'assistenza.

## 2. Contesto

L'assistenza cardiologica e cardiocirurgica costituisce un'area clinica caratterizzata da un'elevata complessità tecnologica, fortemente differenziata fra le unità operative che compongono la rete assistenziale, da una forte domanda di elevate competenze professionali, in continua evoluzione; e da elevati investimenti, difficilmente riconvertibili. Il perseguimento dell'appropriatezza organizzativa richiede quindi il disegno di reti integrate di servizi, clinicamente e tecnologicamente differenziati, ma connessi da rapporti funzionali fortemente strutturati tra le diverse strutture sanitarie, spesso a diversa natura proprietaria (pubblica, privata *for profit* o *nonprofit*), necessariamente chiamati a cimentarsi sul terreno della reciproca collaborazione e del coordinamento.

L'organizzazione dell'assistenza cardiologica e cardiocirurgica in

Emilia-Romagna si ispira a questi principi, strutturandosi secondo un modello definito *hub&spoke*. Il modello implica la concentrazione dell'assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (i centri *hub*), supportati da una rete di servizi (i centri *spoke*), cui compete la selezione dei pazienti ed il loro invio ai centri di riferimento. Obiettivo generale è di conciliare esigenze diverse e talvolta tra loro contrastanti: una distribuzione generale dei servizi sul territorio tale da garantire tempestività ed equità di accesso ai cittadini, la soddisfazione delle preferenze e delle aspettative di questi ultimi, la concentrazione degli interventi ad elevata complessità in centri di riferimento quale garanzia di qualità e sostenibilità dei costi. In particolare, tale organizzazione prevede una rete assistenziale integrata, costituita da servizi pubblici e privati, accreditati secondo criteri specifici per la cardiologia e/o la cardiocirurgia, classificati in 3 livelli in funzione del loro grado di complessità:

— il primo livello, rappresentato dall'ambito assistenziale del distretto (*spoke*);

— il secondo livello, dall'ospedale per acuti, che costituisce contemporaneamente l'*hub* del primo livello e lo *spoke* del terzo;

— il terzo livello, costituito dai centri di riferimento per le prestazioni ad alta complessità (*hub*), rappresentati da due strutture pubbliche e da quattro strutture private *for profit*.

La delibera regionale numero 1267 del 22 luglio 2002 descrive dettagliatamente l'organizzazione complessiva del sistema, i cui obiettivi principali sono:

a) garantire che i singoli centri possano trattare volumi di attività sufficienti ad acquisire e mantenere la competenza clinica e l'efficienza operativa necessarie per rendere l'assistenza efficace ed economicamente

sostenibile. Questo è particolarmente rilevante in un ambito quale quello cardiologico e cardiocirurgico, dove è stata ripetutamente dimostrata la presenza di migliori risultati clinici in centri con volumi di attività elevati;

b) costruire rapporti funzionali tra servizi, in modo che i centri *spoke* abbiano canali di comunicazione organici e continuativi con centri *hub* di riferimento che garantiscono disponibilità e collaborazione. Questo consente la circolazione delle informazioni, l'interscambio di operatori, la loro formazione ed aggiornamento sul campo, permettendo di offrire ai pazienti, avviati a specifiche procedure/interventi in elezione, tempi di accesso più rapidi. La rete assistenziale offre quindi anche l'opportunità di affrontare il tema dei tempi di attesa sul piano organizzativo, migliorando il raccordo funzionale tra servizi;

c) favorire lo sviluppo di attività sistematiche e continuative di *audit* clinico, entro e fra i centri confrontando i risultati clinici ottenuti e concordando comuni strategie di comportamento clinico. Il modello organizzativo *hub&spoke* costituisce il contesto adeguato per favorire l'elaborazione e l'adozione di linee-guida cliniche condivise dai professionisti. Per favorire questo processo, è stata istituita una commissione Regionale cardiologica e cardiocirurgica con il compito di affrontare le questioni di carattere tecnico-professionale funzionali a garantire una buona qualità dell'assistenza in questo specifico settore della pratica clinica.

Anche se, tra gli obiettivi rilevanti di un'organizzazione dei servizi a rete integrata, è considerata la necessità di garantire il raggiungimento ed il mantenimento da parte dei singoli centri del volume di casi necessario per assicurare un buon livello di cura (Birckmeyer *et al.*, 2002; Dudley *et al.*, 2000; Grumbach *et al.*, 1995; Halm, Lee, Chassin,

2002; Hannan *et al.*, 1995; Sowden *et al.*, 1997), l'adozione del modello *hub&spoke* non si riduca alla mera induzione della concentrazione della casistica, ma costituisca un processo più complesso che riguarda le competenze dei singoli operatori, le caratteristiche strutturali ed organizzative dei centri partecipanti e le loro relazioni funzionali che richiede sistemi appropriati di monitoraggio del suo impatto su efficienza e qualità del sistema e dei suoi singoli centri operativi.

Per questo, l'attuazione del modello *hub&spoke* avviato nel 1998 sulla base degli indirizzi forniti dalla Commissione cardiologica e cardiocirurgica regionale è stata nel corso di questi anni, accompagnata da iniziative di costante monitoraggio delle *performance* cliniche dei centri cardiocirurgici.

Questo documento costituisce una prima valutazione dei risultati conseguiti dal sistema regionale di assistenza per la cardiocirurgia e dai singoli servizi che lo compongono, secondo criteri coerenti con gli obiettivi specifici del modello organizzativo di riferimento.

La qualità dell'assistenza è pertanto valutata come il risultato, non solo delle prestazioni offerte dalle singole strutture che fanno parte della rete, ma anche come prodotto del sistema nel suo insieme, considerando innanzitutto le dimensioni della qualità sulle quali l'*hub&spoke* intendeva avere un impatto: a) le *performance* cliniche dei centri, attraverso una equilibrata distribuzione del numero della complessità assistenziale e della gravità clinica dei pazienti; b) l'efficienza dei meccanismi di invio dai centri di cardiologia alle strutture interventive di cardiocirurgia, mediante il coordinamento ed la collaborazione definiti formalmente; c) l'accessibilità alla cardiocirurgia, in termini di riduzione dei tempi di attesa.

L'enfasi principale del documento è quindi soprattutto sulla *performance* del sistema nel suo complesso, anziché sulle singole strutture che lo compongono.

### 3. Dati e metodi utilizzati

#### 3.1. Indicatori di impatto del modello «hub&spoke»

L'impatto del modello *hub&spoke* è stato valutato considerando tre aspetti:

1) esiti cardiocirurgici, espressi in termini di mortalità intraospedaliera ed a 30 giorni dei pazienti sottoposti ad interventi;

2) efficienza relativa all'invio dei pazienti dai centri *spoke* ai centri *hub*, espressa come percentuale di pazienti inviati tempestivamente ad un centro *hub* per un intervento cardiocirurgico, dopo aver completato l'*iter* diagnostico presso un centro *spoke*;

3) accessibilità dei servizi, espressa in termini di tempo medio di attesa. La lunghezza del tempo di attesa è stata retrospettivamente misurata come intervallo di tempo tra diagnosi ed intervento chirurgico.

#### 3.2. Analisi statistiche

Gli indicatori studiati sono stati valutati con riferimento ad una coorte di 16512 pazienti di età maggiore/uguale a 18 anni e sottoposti ad intervento cardiocirurgico negli anni compresi tra il 1998 ed il 2002. La selezione dei pazienti è avvenuta sulla base del registro regionale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) utilizzando i codici ICD-9-CM delle procedure cardiocirurgiche (35.xx per la chirurgia valvolare; 36.1x per gli interventi di *bypass*; 37.1x, 38.xx, 39.xx per gli interventi combinati con valvole e/o *bypass*). Il *database* SDO ha permesso di ottenere le informazioni relative a: età del paziente, sesso, diagnosi

principali e secondarie, principali procedure diagnostiche e terapeutiche, modalità di dimissione (mortalità intra-ospedaliera). Solo a partire dall'anno 2000 è anche disponibile l'informazione relativa al rischio chirurgico del paziente, classificata sulla base del sistema Euroscore (Nashef *et al.*, 1999; Roques *et al.*, 1999).

Il dato sullo stato vitale a 30 giorni dopo l'intervento è stato ottenuto dal registro regionale della mortalità, disponibile, al momento dell'analisi, per gli anni dal 1998 al 2001.

Attraverso l'analisi univariata sono state valutate le differenze nel *case-mix* rilevate nei cinque anni studiati, utilizzando il *test* del chi-quadrato per il *trend* e l'analisi della varianza (ANOVA) rispettivamente per le variabili categoriche e per quelle continue.

La valutazione dell'impatto del modello *hub&spoke* è stata effettuata per ciascun indicatore mediante modelli multivariati di standardizzazione del *case-mix*, quali la regressione logistica per gli indicatori di natura probabilistica (percentuali di mortalità e di trasferimenti da centri *spoke* verso centri *hub* «referrals») (Hosmer, Lemeshow, 2000) e di regressione lineare per la variabile continua (tempi di attesa) (Greene, 2003).

In particolare, tutti gli indicatori utilizzati per la valutazione empirica sono stati standardizzati rispetto ai seguenti fattori di rischio: età del paziente e sesso; presenza di eventuali comorbidità (calcolate secondo la metodologia di Romano, Roos, Jollis, 1993); tipologia del ricovero (in urgenza *versus* elezione); grado di rischio (valutato in base alla presenza di condizioni cliniche chiave: diagnosi di infarto miocardico acuto, cateterismo cardiaco nello stesso giorno dell'intervento, angioplastica coronarica nello stesso giorno dell'intervento); tipo di intervento chirurgico (interventi sulle valvole o miscel-

lanea di interventi *versus bypass*). Per ciascun anno è stato quindi stimato il rapporto (O/E) tra gli eventi osservati e quelli attesi stimati sulla base dei modelli di regressione. Sono state poi calcolate la mortalità ed i valori di *referrals* standardizzati, moltiplicando il valore del rapporto (O/E) per i tassi complessivi osservati sull'arco dei cinque anni di studio.

### 3.3. Valutazione dell'impatto del modello organizzativo hub&spoke

L'impatto del modello *hub&spoke* è stato valutato includendo nei modelli di regressione sopra citati una variabile *dummy* riferita al periodo 2000-2002, successivo a quello della formale adozione dello specifico assetto organizzativo.

Pertanto, «l'effetto dell'introduzione del sistema *hub&spoke*» è empiricamente rappresentato in termini Odds Ratio (OR) (con relativi intervalli di confidenza, 95% CI). L'OR assume valore < 1 quando l'impatto dell'introduzione della politica organizzativa consiste in una riduzione della probabilità di occorrenza degli eventi di interesse (mortalità e *referrals*) e un valore > 1 quando si verifica un aumento della probabilità di occorrenza di questi ultimi.

## 4. Risultati

Le caratteristiche dei pazienti sottoposti ad intervento cardiocirurgico per ciascun anno analizzato, sono descritte in tabella I. Il numero di interventi eseguiti nei cinque anni aumenta del 15.6%. La percentuale di pazienti in età superiore a 75 anni passa dal 18% nel 1998 al 25% nel 2002, ( $p < 0.0001$ ) ed aumenta la presenza di comorbidità quali il diabete (dal 14.7% al 20.4%;  $p < 0.0001$ ) e le malattie cerebrovascolari (dal 3.2% al 4.3%;  $p < 0.01$ ).

Mentre le percentuali di pazienti clinicamente ad alto rischio non mostrano particolari variazioni nel tempo, la proporzione di ricoveri effettuati in regime di urgenza aumenta dal 7% nel 1998 al 21% negli ultimi due anni ( $p < 0.001$ ).

Relativamente al tipo di intervento chirurgico eseguito, si rileva una riduzione del numero di *bypass* aortocoronarici (BPAC) isolati (dal 66% al 60%;  $p < 0.0001$ ), mentre sono aumentati gli interventi cardiocirurgici combinati.

### 4.1. Impatto del modello hub&spoke

La mortalità (grezza) intraospedaliera ed a trenta giorni si sono ridotte nell'arco di tempo considerato, rispettivamente del 22% e del 12% (tabella II).

I corrispondenti dati per i singoli centri evidenziano una sostanziale stabilità nel tempo, con l'eccezione del centro#1 e del centro#3 che presentano entrambi una riduzione statisticamente significativa della mortalità pari al 54% e 57%, rispettivamente. Il progressivo miglioramento dei risultati clinici è confermato e più evidente tenendo conto dell'effetto del *case mix* (figura 1).

La percentuale di pazienti inviati tempestivamente dalle cardiologie *spoke* alle corrispondenti cardiocirurgie *hub*, è aumentata dal 19.6% nel 1998 al 22.6% nel 2002 ( $p < 0.001$ ) (figura 2).

Nel corso degli anni, il centro#4 e il centro#6 sono rimasti sostanzialmente stabili, mentre il centro#3 e il centro#5 hanno aumentato la loro quota rispetto all'offerta complessiva regionale (dall'1,4% al 6.9% e dal 15% al 23.5% rispettivamente), le rimanenti due cardiocirurgie hanno avuto una riduzione relativa del loro volume di attività.

Il *trend* riferito ai tempi di attesa dei pazienti mostra un incremento tra il

1998 e il 2000, mentre il tempo che intercorre mediamente tra l'esame diagnostico e l'intervento si riduce particolarmente nel corso del periodo 1998-2002 (tabella II).

L'effetto complessivo del modello *hub&spoke* relativamente agli indicatori considerati è riportato in tabella III. La sua adozione è risultata essere associata ad una riduzione della mortalità intraospedaliera del 22% (95% CI: 34%-7%) e ad una riduzione della mortalità a 30 giorni del 18% (95% CI: 31%-2%). I *referrals* tempestivi sono invece aumentati del 21% (95% CI: 12%-31%).

I tempi medi di attesa si sono ridotti nel periodo di attuazione del modello *hub&spoke* è associato ad riduzione di 7.5 giorni complessivamente (95% CI: 10.33-4.71). In particolare si osserva una consistente riduzione della percentuale dei pazienti che effettuano un intervento dopo più di 30 giorni dall'esame diagnostico dal 32% nel 1998 al 21% nel 2002 ( $p < 0.0001$ ) (tabella II).

## 5. Discussione

Il fabbisogno complessivo di interventi cardiocirurgici viene definito annualmente dalla Commissione cardiologica e cardiocirurgica regionale sulla base della popolazione residente nella regione Emilia-Romagna e delle esigenze epidemiologiche, tenendo altresì conto della evoluzione tecnologica, ed in particolare della possibilità di sostituzione di PTCA e *bypass*. Entro questo tetto complessivo, (che riguarda esclusivamente i residenti della regione) i singoli centri possono tuttavia espandere liberamente il proprio volume produttivo sulla base della capacità di attrazione dei pazienti che possono liberamente scegliere il centro presso cui ricoverarsi. Al momento dell'accreditamento, per ciascun centro, è stata determinata la capacità pro-

Tabella I - Caratteristiche dei pazienti sottoposti ad interventi cardiocirurgici in Emilia-Romagna negli anni 1998-2002

	Adozione H&S					P value (1)
	1998	1999	2000	2001	2002	
	(n = 2979)	(n = 3134)	(n = 3450)	(n = 3505)	(n = 3444)	
<i>Caratteristiche demografiche</i>	%	%	%	%	%	
Donne	28.8	29.5	30.5	29.9	27.8	0.4752
65-69	20.5	21.3	19.7	18.1	18.5	0.0009
70-75	23.3	21.6	22.4	23.7	23.0	0.4801
75-80	14.5	17.2	17.2	19.5	18.5	< .0001
> 80	3.2	4.3	5.2	5.4	6.6	< .0001
Età media	65.8	66.6	66.7	67.3	67.4	< .0001
<i>Comorbidità</i>	%	%	%	%	%	
Diabete	14.7	16.6	19.8	20.6	20.4	< .0001
Malattie respiratorie croniche	0.6	0.8	0.6	0.7	0.6	0.6553
Scompenso cardiaco	19.6	18.1	19.3	20.7	18.7	0.7573
Malattie cerebro-vascolari	3.2	4.0	4.4	4.7	4.3	0.0104
Patologie vascolari periferiche	10.5	11.6	10.8	12.1	12.3	0.0217
Insufficienza renale	2.3	2.6	2.5	2.3	2.1	0.4233
<i>Nessuna comorbidità</i>	36.8	36.5	36.4	35.9	39.1	0.1028
<i>Ammissione</i>	%	%	%	%	%	
In elezione	93.0	81.5	77.6	78.6	76.0	
In urgenza	7.0	18.5	22.4	21.4	24.0	< .0001
<i>Condizioni ad alto rischio</i>	%	%	%	%	%	
Diagnosi di IMA	1.0	1.3	0.7	0.8	0.8	0.1026
Cateterismo cardiaco lo stesso giorno	2.1	0.5	0.1	0.3	0.6	< .0001
PTCA nello stesso giorno	0.3	0.4	0.8	0.4	0.9	0.0036
Pallone intra-aortico prima dell'intervento	0.2	0.3	0.2	0.4	0.6	0.0171
<i>Euroscore medio</i>	nd (2)	nd (2)	5.1	5.3	5.6	< .0001
<i>Tipo di intervento</i>	%	%	%	%	%	
CABG isolato	66.3	64.7	61.9	61.7	59.6	< .0001
Valvole isolato	21.3	20.9	22.5	22.1	22.4	0.1333
CABG + valvole	7.9	8.9	9.4	10.6	11.3	< .0001
Altro	4.6	5.5	6.1	5.6	6.7	0.0008
<i>Degenza media</i>	13.6	13.4	14.1	14.0	14.4	0.0002

(1) I valori di p corrispondono per le variabili categoriche al test Mantel-Haenszel Chi-Square per *trend*, per quelle continue al test F per il *trend* lineare.

(2) Dato non disponibile.

**Tabella II - Performance della rete cardiocirurgica in Emilia-Romagna**

	Adozione H&S					P value (1)
	1998	1999	2000	2001	2002	
	(n = 2979)	(n = 3134)	(n = 3450)	(n = 3505)	(n = 3444)	
<i>Esiti clinici</i>						
<i>Mortalità grezza</i>						
Intra-ospedaliera	4.6	3.9	3.1	3.5	3.6	0.0382
30 giorni	5.1	4.6	3.5	4.5	na (2)	0.0013
<i>Mortalità grezza intra-ospedaliera ed a [30 giorni] dei singoli centri</i>						
Centro # 1	6.8 [7.9]	3.4 [4.3]	2.8 [3.7]	4.8 [7.3]	3.1 [na] (2)	0.0489 (3)
Centro # 2	4.3 [4.6]	3.6 [4.3]	4.6 [5.1]	4.1 [4.8]	4.3 [na]	0.8834 (3)
Centro # 3	7 [11.6]	5.9 [7.6]	3.3 [3.7]	2.6 [3.0]	3.0 [na]	0.0451 (3)
Centro # 4	2.4 [2.5]	2.8 [3.6]	2.1 [2.7]	2.5 [3.2]	2.6 [na]	0.9487 (3)
Centro # 5	4 [4.3]	3.3 [3.6]	2.5 [2.5]	2.7 [3.8]	3.7 [na]	0.7924 (3)
Centro # 6	6.6 [7.5]	5.5 [6.1]	3.8 [4.1]	4.7 [5.7]	4.8 [na]	0.1380 (3)
<i>Efficienza</i>						
<i>Referrals spoke-hub entro 1 giorno</i>	19.9	22.9	24.8	24.9	22.0	< .0001
<i>Volumi di attività dei singoli centri in percentuale</i>						
Centro # 1	14.9	11.2	9.4	10.1	9.3	< .0001
Centro # 2	22.4	19.3	17.1	18.6	16.2	< .0001
Centro # 3	1.4	7.6	7.1	6.6	6.9	< .0001
Centro # 4	27.0	22.4	24.6	23.0	24.8	0.1549
Centro # 5	15.0	20.3	21.9	21.2	23.5	< .0001
Centro # 6	19.3	19.3	20.0	20.5	19.3	0.6246
<i>Accessibilità, tempi di attesa (in giorni)</i>	(n = 2763)	(n = 2839)	(n = 3102)	(n = 3267)	(n = 2959)	
<i>Mediana</i>	14	15	19	13	11	< .0001
<i>% pazienti con tempi di attesa &gt; 30 gg</i>	32	31	39	25	21	< .0001

(1) I valori di p corrispondono per le variabili categoriche al test Mantel-Haenszel Chi-Quadrato per *trend*, per quelle continue al test F per il *trend* lineare, al test Wilcoxon nel caso siano state confrontate le mediane.

(2) Mortalità a 30 giorni non disponibile per il 2002.

(3) I test si riferiscono alla mortalità intraospedaliera, risultati simili sono stati ottenuti per quella a 30 giorni.

duttiva. Gli effetti della regolamentazione hanno portato pertanto alla redistribuzione tra le strutture delle prestazioni effettuate a pazienti residenti con il conseguente incremento della casistica per alcune e riduzione della fornitura delle prestazioni per altre.

Tuttavia, i singoli centri — compresi i 4 privati — hanno modificato in misura contenuta la quota di produzione riferita ai pazienti provenienti dalle altre regioni, che si è mantenuta sostanzialmente stabile nel tempo, intorno al 22% del totale degli interventi cardiocirurgici eseguiti dalla rete assistenziale regionale.

I risultati indicano che l'*hub&spoke* ha portato comunque ad una redistribuzione della casistica tra i diversi centri della regione in termini di numerosità e di complessità e che tale equilibrio ha inciso positivamente sulla riduzione della mortalità, modificando non solo la *performance* clinica del sistema nel suo complesso, ma anche dei singoli centri chirurgici. In tre anni, ciascun centro ha raggiunto un numero complessivo minimo di 250 interventi ed una riduzione della mortalità intraospedaliera ed a 30 giorni rispettivamente del 22% e del 18%.

La riduzione della mortalità è stata osservata anche nelle strutture che hanno subito un decremento della casistica trattata, che non è comunque mai stata inferiore al volume minimo di interventi previsto per ciascun centro. Nonostante il decremento in valore assoluto degli interventi, questi centri hanno mantenuto un volume elevato di prestazioni annue e quindi il conseguimento dei risultati di esito clinico auspicati.

Le considerazioni scaturite dall'analisi del contesto dell'Emilia-Romagna non differiscono in misura sostanziale dai risultati riportati in altri studi analoghi (Tu, Naylor, 1996) che allo stesso modo hanno valutato il tema dell'impatto delle politiche di regola-

mentazione delle prestazioni ospedaliere ed in particolare per la cardiocirurgia.

Ad esempio in un lavoro recente è analizzato l'effetto sulla mortalità osservato a seguito di interventi di *bypass* a seguito dall'adozione, in alcuni stati federali degli Stati Uniti d'America, del *certificate of needs* (Vaughan-Sarrazin *et al.*, 2002). Nello studio è stato verificato empiricamente che una politica di regolamentazione finalizzata a bilanciare l'offerta di prestazioni sulla base della domanda locale, si associa ad un miglioramento degli esiti clinici. Tale risultato può essere ragionevolmente attribuito alla concentrazione di pazienti in centri al massimo grado di specializzazione.

Anche questo studio permette di evidenziare come l'intervento di programmazione abbia portato ad una riduzione della mortalità complessiva e dei singoli centri. È stato rilevato, inoltre, come la definizione di una politica di collaborazione tra centri che forniscono le stesse prestazioni, sia strumentale al raggiungimento di tempi di attesa mediamente inferiori, pur

mantenendo sostanzialmente inalterato il livello di offerta e dei consumi.

Questo lavoro ha effettuato una valutazione complessiva del sistema cardiocirurgico della Regione Emilia-Romagna, più che l'analisi delle *performance* delle singole strutture che lo compongono.

Questa posizione contrasta con la tendenza attualmente dominante che identifica nella pubblicizzazione dei risultati comparativi degli ospedali tra servizi, finalizzata alla individuazione di *centri outliers* — in senso positivo o negativo — da segnalare ai cittadini, uno degli aspetti centrali della valutazione della qualità dell'assistenza (Powell, Davies, Thomson, 2003).

Infatti, a partire dalla ormai classica esperienza dello Stato di New York (Zimman, 1991), nel corso di questi ultimi anni, si sono diffuse iniziative volte a pubblicizzare, attraverso i mezzi di comunicazione di massa, graduatorie degli ospedali o dei singoli professionisti, definite in funzione dei risultati clinici generalmente espressi in termini di mortalità e, talora, dei relativi costi. Il razionale adottato per giustificare queste iniziative

**Tabella III - Effetto, aggiustato per *case-mix*, dell'adozione del modello *hub&spoke* in Emilia-Romagna**

	ORs e 95% CI
<i>Esiti clinici</i>	
<i>Mortalità</i>	
Intra-ospedaliera	0.79 (0.66 ÷ 0.93)
30 giorni	0.82 (0.69 ÷ 0.98)
<i>Efficienza</i>	
<i>Referrals spoke-hub entro 1 giorno</i>	1.21 (1.12 ÷ 1.31)
<i>Accessibilità</i>	
<i>Mediana dei tempi di attesa (in giorni)</i>	-7.52 (-10.33 ÷ -4.71)

poggia da una parte su un principio di trasparenza nei confronti dei cittadini, dall'altra sull'ipotesi che tali informazioni, una volta rese pubbliche, consentano al singolo cittadino di scegliere dove meglio farsi curare, riducendo quindi l'asimmetria informativa che caratterizza i rapporti tra utenti e servizi sanitari. Corollario, non secondario a queste due premesse, è l'idea che la pubblicizzazione comparativa dei risultati induca le strutture a competere tra loro sul piano della qualità dell'assistenza, portando ad un miglioramento di quest'ultima (Berwick, 2002; BMA, 2000; Chassis, Hannan, De Buono, 1996; Coulter, Dunn, 2002; Grilli, 2002).

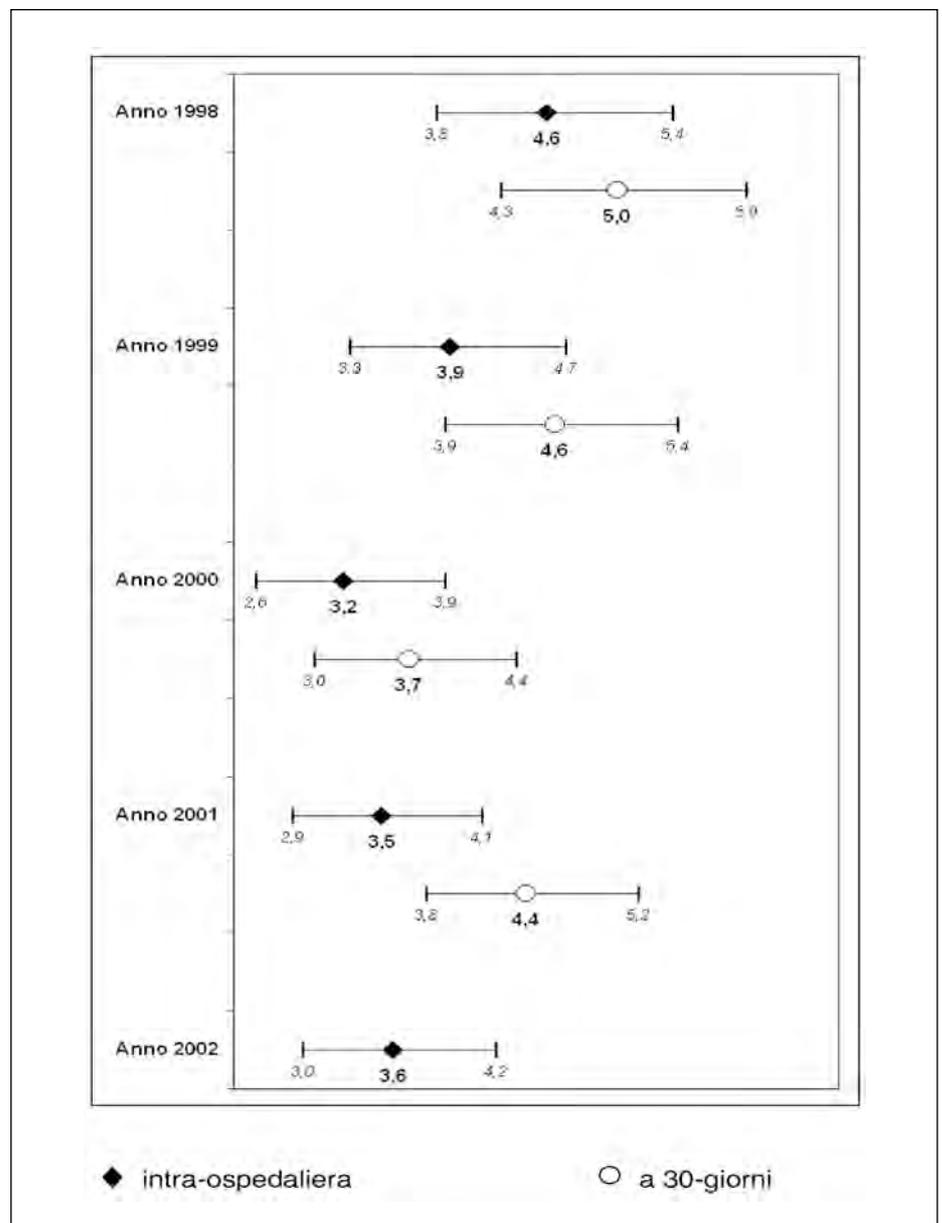
Queste politiche di pubblicizzazione dei risultati dei singoli ospedali non sono prive di aspetti problematici, che devono essere considerati attentamente.

Nessuna delle assunzioni che costituiscono la base razionale per l'avvio di politiche di pubblicizzazione dei risultati dei servizi, è stata effettivamente dimostrata. Non vi sono, infatti, robuste evidenze che documentino una scelta più razionale da parte dei cittadini a seguito della divulgazione delle informazioni sulla *performance* dei servizi di assistenza (Marshall *et al.*, 2000a; Marshall *et al.*, 2000b; Marshall, Davies, 2001). Gli studi relativi all'effetto di queste iniziative hanno invece documentato che, in conseguenza della loro adozione, i singoli ospedali hanno sviluppato una attenzione selettiva a quegli aspetti di qualità dell'assistenza che sono specificamente oggetto della valutazione pubblica adottando i provvedimenti più efficaci, e meno costosi, a porvi riparo (Marshall *et al.*, 2000a; Marshall *et al.*, 2000b; Marshall, Davies, 2001; Davies, 2001; Dranove *et al.*, 2002). Questo ha prodotto comportamenti opportunistici, finalizzati a «ben figurare» nelle statistiche rese di pubblico

dominio, per esempio attraverso meccanismi di selezione della casistica, selezionando i pazienti ed evitando di operare coloro il cui rischio di evento avverso è più elevato) (Chassis, Hannan, De Buono, 1996; Burack *et al.*, 1999; Omoigui *et al.*, 1996; Schneider, Epstein, 1996).

Un ulteriore aspetto è rappresentato dall'effetto derivato dall'«additare» pubblicamente come «cattivo» un centro con risultati clinici relativamente peggiori rispetto agli altri. Non mancano infatti le evidenze empiriche che attestano come la diffusione di questo tipo di risultati attraverso i

**Figura 1 - Mortalità intra-ospedaliera ed a 30 giorni standardizzata per case mix nei singoli anni analizzati**



mezzi di comunicazione di massa, possa avere sui professionisti un effetto demotivante, anziché di stimolo positivo, ascrivibile al vedersi pubblicamente «etichettati» (Shahian *et al.*, 2001).

Infine, le tecniche che abbiamo a disposizione per valutare le *performance* dei singoli centri hanno, come spesso accade, notevoli margini di errore e spesso vi sono fondate ragioni per ritenere che le classifiche che ne vengono derivate siano fuorvianti (BMA, 2000; Shahian *et al.*, 2001; Goldstein, Spiegelhalter, 1996; Adab *et al.*, 2002; Greenfield *et al.*, 2002). Queste tecniche hanno importanti limiti nella loro capacità di identificare, con un ragionevole grado di sicurezza, le strutture «migliori» e quelle «peggiori». Tali limiti intrinseci sono ulteriormente amplificati dalla incompletezza delle fonti informative spesso utilizzate per le analisi, che impedisce sovente di utilizzare al meglio i modelli statistici necessari per fare in modo che il confronto tra ospedali diversi sia «equo», tenga cioè conto della diversa gravità della casistica trattata.

Alla luce dei suoi molteplici aspetti problematici, è lecito chiedersi se la diffusione attraverso i *mass media* dei risultati dei singoli centri sia uno strumento utile per ottenere la desiderabile attenzione alla qualità dell'assistenza e per attivare interventi adeguati.

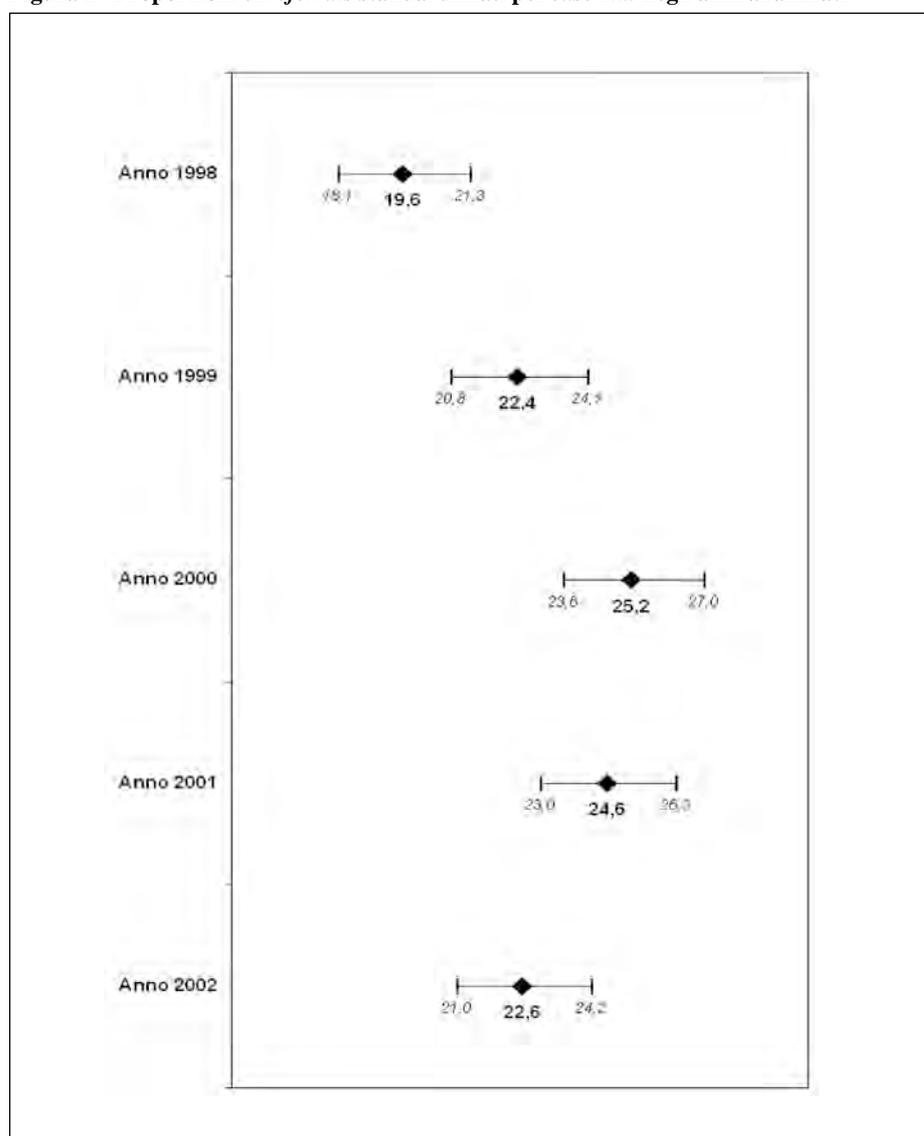
A partire da questi presupposti, l'Asr e la Commissione cardiologica e cardiocirurgica regionale hanno invece sviluppato una strategia di valutazione della qualità dell'assistenza che rafforza il livello di responsabilizzazione (*accountability*) delle singole strutture nei confronti dei cittadini e, al tempo stesso, sviluppi la collaborazione e la cooperazione fra le singole unità del sistema assistenziale, prevenendo le potenzialità negative del *naming and showing* delle singole

strutture, così come della competizione fra di esse.

Questa strategia consiste essenzialmente nella adozione di meccanismi di valutazione comparativa interni al sistema, di stimolo e strumento di lavoro per chi, all'interno dei servizi, riveste responsabilità cliniche e/o organizzative pertinenti la qualità dell'assistenza erogata. Infatti, da diversi anni le singole cardiocirurgie ricevono regolari rapporti in cui le loro

*performance* cliniche sono documentate ed esplicitamente comparate con quelle degli altri centri, rappresentati in forma identificabile. Piuttosto che nella ricerca dei centri «migliori» o di quelli «peggiori», la responsabilizzazione risiede pertanto nel fare in modo che le informazioni fornite ai singoli centri siano consequenziali, vale a dire inducano alle decisioni conseguenti i pertinenti livelli di responsabilità aziendale, in modo che ciascu-

Figura 2 - Proporzioni di referrals standardizzati per case mix negli anni analizzati



na delle strutture sia in grado di ottenere risultati clinici mantenuti entro un *range* di accettabilità.

Alla luce di queste considerazioni, i risultati documentati in questo lavoro indicano come questo approccio abbia concorso al miglioramento della qualità delle prestazioni osservato nell'arco di tempo considerato, pur nei limiti propri di questo studio.

Innanzitutto, la valutazione dell'impatto del modello *hub&spoke* è stata focalizzata solo su alcuni specifici indicatori, non necessariamente rappresentativi di tutte le dimensioni rilevanti che costituiscono la qualità dell'assistenza. La valutazione ha cercato di essere la più esaustiva possibile prendendo in considerazione simultaneamente tre diverse dimensioni della qualità dell'assistenza, vale a dire gli esiti clinici e l'accessibilità ed efficienza del sistema. Vista la limitata capacità informativa dei dati su cui questa valutazione si è basata, rappresentati essenzialmente dalla scheda di dimissione ospedaliera, sarebbe stato difficile, se non impossibile, affrontare altri aspetti pur rilevanti.

Certamente, ad esempio, non vi sono elementi relativi al punto di vista del paziente, con particolare riferimento al grado di accettabilità e soddisfazione per l'assistenza ricevuta.

La valutazione dell'impatto delle strategie di regolamentazione delle relazioni istituzionali, tra gli agenti che operano nel sistema sanitario sulla qualità delle cure, rappresenta una sfida nell'ambito della ricerca scientifica sulla organizzazione dei servizi sanitari. Gli studi sperimentali che prevedono l'esistenza di un gruppo di «controllo» sono spesso inapplicabili alla valutazione delle politiche sanitarie (Black, 1996), in quanto l'assegnazione casuale agli erogatori di differenti opzioni strategiche, in modo tale da controllarne la relativa efficacia, è politicamente poco sostenibile e tecnica-

mente inapplicabile. Il contesto regionale dell'Emilia-Romagna è inoltre caratterizzato da un ridotto numero di centri cardiocirurgici.

L'effettiva attuazione del modello a reti integrate *hub&spoke* è necessariamente graduale. Pertanto, può risultare difficile l'identificazione del momento esatto nel quale un determinato tipo di intervento di programmazione inizia a produrre gli effetti auspicati sul sistema. Le analisi delle serie temporali e alcune tecniche statistiche specifiche possono essere d'aiuto nell'affrontare queste difficoltà metodologiche (Cook, Campbell, 1979; Ramsay *et al.*, 2003), tuttavia per la loro applicazione sarebbero necessarie una molteplicità di osservazioni ripetute nel tempo.

Nel presente studio, abbiamo considerato, in funzione della coerenza con gli obiettivi prefissati e della disponibilità qualitativamente accettabile delle informazioni, i dati relativi ai 5 anni di attività. Di conseguenza l'impatto osservato a seguito dell'introduzione del modello *hub&spoke* può risultare ancora non del tutto consolidato in considerazione anche di possibili altri fattori che confondono e interagiscono nella determinazione delle associazioni individuate.

Attraverso l'analisi empirica è stato possibile, tuttavia, controllare e standardizzare il *trend* relativo agli indicatori di esito, di efficienza e di accessibilità, rispetto ai maggiori fattori di confondimento rappresentati dai cambiamenti nel tempo delle caratteristiche cliniche dei pazienti trattati dai singoli centri: il *case mix*.

Per evitare possibili distorsioni dovute ai meccanismi differenziati riscontrati nel processo di invio e di accesso alla rete tra i pazienti residenti e non residenti (ad esempio per i casi in emergenza), con particolare riferimento agli indicatori di efficienza e di accessibilità, l'analisi si è concentrata

sui soli pazienti residenti in regione. Tuttavia, ulteriori elaborazioni (non qui riportate) hanno permesso di stabilire che, rispetto agli indicatori di esito, non si osservano sostanziali differenze nei risultati anche considerando l'attività complessiva.

Nonostante i limiti intrinseci di un semplice studio osservazionale, questo studio permette di offrire, attraverso l'analisi empirica, un esempio di valutazione degli effetti osservati in un particolare contesto di regolamentazione della fornitura di prestazioni di alta specialità e dei meccanismi di *referral*. I risultati suggeriscono come i sistemi che promuovano la collaborazione piuttosto che la competizione tra servizi sanitari, possono ottenere un impatto vantaggioso sulla qualità delle cure fornite.

#### BIBLIOGRAFIA

- ADAB P. ET AL. (2002), «Performance league tables: the NHS deserves better», *British Medical Journal*, pp. 324, 95-98.
- BERWICK D.M. (2002), «Public performance reports and the will for change», *JAMA*, 288, pp. 1523-4.
- BIRKMEYER J.D. ET AL. (2002), «Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States», *The New England Journal of Medicine*, 346, pp. 1128-37.
- BLACK N. (1996), «Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care», *BMJ*, 312, pp. 1215-8.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, BOARD OF SCIENCE AND EDUCATION (2000), «Clinical Indicators (League Tables)», discussion paper. London (UK), British Medical Association.
- BURACK J.H. ET AL. (1999), «Public reporting of surgical mortality: a survey of New York State cardiothoracic surgeons», *Ann Thorac Surg*, 68, pp. 1195-200.
- CHASSIN M.R., HANNAN E.L., DE BUONO B.A. (1996), «Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly», *N Engl J Med*, 334, pp. 394-8.
- COOK T.D., CAMPBELL D.T. (1979), *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*, Houghton Mifflin Company, Boston (USA).

- COULTER A., DUNN N. (2002), «After Bristol: putting patients at the centre Commentary: Patient centred care: timely, but is it practical?», *BMJ*, 324, pp. 648-51.
- DAVIES H.T.O. (2001), «Public release of performance data and quality improvement: internal responses to external data by US health care providers», *Quality in Health Care*, 10, pp. 104-10.
- DRANOVE D. ET AL. (2002), «Is more information better? The effects of 'report cards' on health care providers», 8989, National Bureau of Economic Research, Working Paper.
- DUDLEY R.A. ET AL. (2000), «Selective referral to high-volume hospitals. Estimating potentially avoidable deaths», *JAMA*, 283, pp. 1159-66.
- GOLDSTEIN H., SPIEGELHALTER D.J. (1996), «League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performance», *J R Statist Soc A*, 159, pp. 385-443.
- GREENE W.H. (2003), *Econometric analysis*. 5th ed, Prentice Hall Pearson education, International Upper Saddle River (NJ).
- GREENFIELD S. ET AL. (2002), «Profiling care provided by different groups of physicians: effects of patient case-mix (bias) and physician-level clustering on quality assessment results», *Annals of Internal Medicine*, 136, pp. 111-121.
- GRILLI R. (2002), «Le classifiche degli ospedali e la loro pubblicizzazione», in Fiorentini G., editor. (2002), *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna, p. 163-82.
- GRUMBACH K. ET AL. (1995), «Regionalization of cardiac surgery in the United States and Canada», *JAMA*, 274, pp. 1282-8.
- HALM E.A., LEE C., CHASSIN M.R. (2002), «Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature», *Annals of Internal Medicine*, 137, pp. 511-520.
- HANNAN E.L. ET AL. (1995), «The decline in coronary artery bypass graft surgery mortality in New York State. The role of surgeon volume», *JAMA*, 273, pp. 209-13.
- HOSMER D.W., LEMESHOW S. (2000), *Applied Logistic Regression*, John Wiley & Sons, New York.
- MARSHALL M., DAVIES H. (2001), «Public release of information on quality of care: how are health services and the public expected to respond?», *J Health Serv Res Policy*, 6, pp. 158-62.
- MARSHALL M.N. ET AL. (2000a), *Dying to know: Public release of information about quality of health care*, Nuffield Trust and RAND, London (UK).
- MARSHALL M.N. ET AL. (2000b), «The public release of performance data. What do we expect to gain? A review of the evidence», *JAMA*, 283, pp. 1866-74.
- NASHEF S.A. ET AL. (1999), «European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE)», *Eur.J Cardiothorac.Surg*, 16 (1), pp. 9-13.
- OMOIGUI N.A. ET AL. (1996), «Outmigration for coronary bypass surgery in an era of public dissemination of clinical outcomes», *Circulation*, 93, pp. 27-33.
- POWELL A.E., DAVIES H.T.O., THOMSON R.G. (2003), «Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls», *Qual Saf Health Care*, 12, pp. 122-8.
- RAMSAY C.R. ET AL. (2003), «Interrupted time series design in implementation research: lessons from two systematic reviews of behaviour change strategies», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, In Press.
- ROMANO P., ROOS L., JOLLIS J. (1993), «Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative data», *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 10, pp. 1075-79.
- ROQUES F. ET AL. (1999), «Risk factors and outcome in European cardiac surgery: analysis of the EuroSCORE multinational database of 19030 patients», *European Journal of Cardiothorac.Surg*, 15 (6), pp. 816-22.
- SCHNEIDER E.C., EPSTEIN A.M. (1996), «Influence of cardiac-surgery performance reports on referral practices and access to care; a survey of cardiovascular specialists», *New England Journal of Medicine*, 335, pp. 251-256.
- SHAHIAN D.M. ET AL. (2001), «Cardiac surgery report cards: comprehensive review and statistical critique», *Ann. Thorac Surg*, 72 (6), pp. 2155-68.
- SOWDEN A. ET AL. (1997), «Volume of clinical activity in hospitals and healthcare outcomes, costs, and patient access», *Quality Health Care*, 6 (2), pp. 109-14.
- TU J.V., NAYLOR C.D., (1996), «Coronary Artery Bypass Mortality Rates in Ontario: A Canadian Approach to Quality Assurance in Cardiac Surgery», *Circulation*, 94, pp. 2429-33.
- VAUGHAN-SARRAZIN M.S. ET AL. (2002), «Mortality in Medicare beneficiaries following coronary artery bypass graft surgery in states with and without Certificate of Need regulation», *Journal of the American Medical Association*, 288 (15), pp. 1859-1866.
- ZIMMAN D. (1991), «State takes docs' list to heart: releases mortality rate for NY's cardiac surgeons», *New York Newsday*, A7, pp. 18-12.

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 devono essere originali e avere contenuto innovativo. 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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

### Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

### 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: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO 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

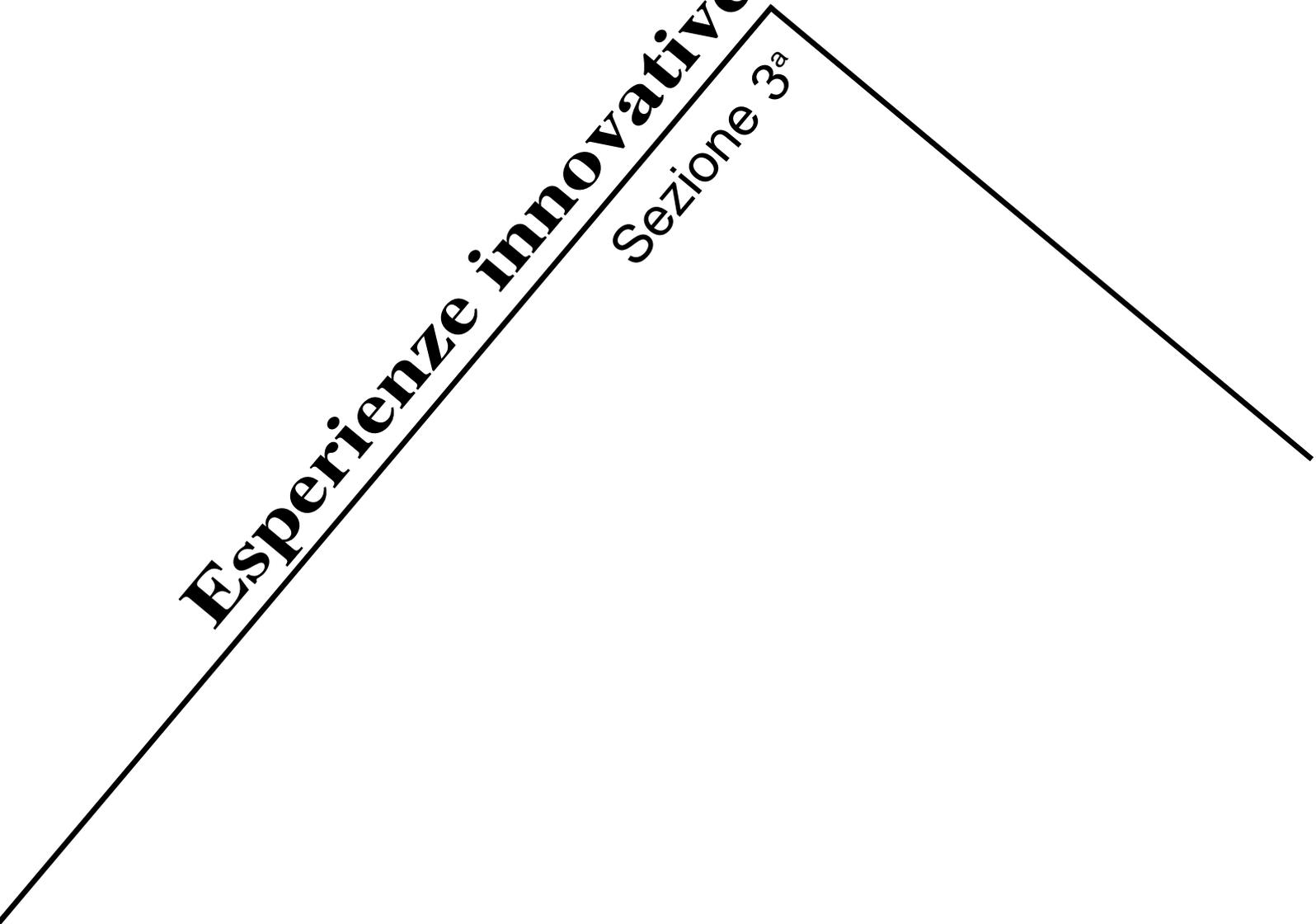
Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— 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>

# 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.

## 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

**RAGIUFARM**  
Rassegna giuridico farmaceutica

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. Edit. a r.l.

00197 Roma - Viale Parioli, 77  
Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817  
E-mail: sipised@tin.it

# GLI STRUMENTI DI INTEGRAZIONE CLINICO-CULTURALE ED ORGANIZZATIVA DEI PERCORSI ASSISTENZIALI DELLE NEOPLASIE: I GIC

Maria Michela Gianino<sup>1</sup>, Giorgio Donna<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia - Università degli Studi di Torino

<sup>2</sup> Dipartimento di Economia Aziendale - Università degli Studi di Torino

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il problema dell'integrazione nell'assistenza oncologica - 3. La Rete oncologica piemontese - 4. Le soluzioni offerte dalla teoria organizzativa e dalla normativa - 5. La soluzione adottata nella Rete oncologica piemontese - 6. Compiti, composizione e struttura dei Gruppi interdisciplinari cure (GIC) - 7. Quale valore aggiunto offrono i GIC? - 8. Riflessioni conclusive.

## 1. Premessa

Negli ultimi anni si è acceso un ampio dibattito in tema di progettazione della struttura organizzativa delle aziende sanitarie con particolare riferimento alla necessità di conciliare le esigenze di specializzazione con quelle di integrazione (Ruta, 1993; Caccia, Longo, 1994; Achard, 1999; Lega, 1999; Pesaresi, 2000; Anessi Pessina E. *et al.*, 2001).

I progressi effettuati in campo scientifico che oggi consentono la prevenzione e la diagnosi di un numero crescente di patologie, con maggiore chiarezza e tempestività, e le innovazioni introdotte in ambito terapeutico, sia tecnologico che farmacologico, comprese le nuove conoscenze sia in campo biomedico che nel settore delle biotecnologie, richiedono una elevata specializzazione del sapere e della pratica in medicina. Contemporaneamente la risposta alla crescente complessità dei bisogni di salute della popolazione richiede sempre più interventi interdisciplinari ed interfunzionali con la conseguente necessità di integrazione fra tutti coloro che intervengono nella risoluzione di un problema di salute.

Nel passato la progettazione organizzativa aveva privilegiato l'esigenza della specializzazione promuovendo una struttura delle aziende sanitarie caratterizzata da:

— posizioni individuali di lavoro ad alta specializzazione orizzontale (Mintzberg, 1996). Si era optato, in altri termini, per una elevata ripartizione delle competenze fra i diversi membri dell'organizzazione con la conseguenza che ogni professionista era chiamato a svolgere un numero delimitato di attività, in un campo disciplinare perimetrato;

— unità organizzative progettate raggruppando le singole posizioni di lavoro sulla base del criterio prevalente della omogeneità delle conoscenze ed abilità richieste per lo svolgimento delle attività. Si era così assistito alla proliferazione di divisioni, servizi e sezioni che riunivano specialisti di uno stesso ambito disciplinare con la finalità di favorire l'apprendimento reciproco e promuovere il loro sviluppo specialistico.

Tale assetto organizzativo ha portato a due conseguenze. La prima è l'affermarsi di una risposta parcellizzata ai bisogni di salute del cittadino, ai cui problemi pone rimedio una catena di strutture erogatrici variamente dislo-

cate sul territorio mediante l'offerta di una serie di episodi discreti di prevenzione, diagnosi e cura, in ciascuno dei quali lo specialista esaurisce il proprio intervento nell'ambito della porzione di conoscenza da lui detenuta.

La seconda è la diffusione di una visione individualistica e settoriale della pratica medica. Individualistica nel senso che si sviluppano rapporti biunivoci medico-paziente nei singoli momenti del processo assistenziale, settoriale in quanto il singolo professionista è portato a focalizzare l'attenzione sulla singola prestazione della cui erogazione è responsabile, perdendo la visione di insieme della complessità del problema di salute del cittadino.

Il problema che si pone è dunque quello di trovare soluzioni che consentano, senza negare la specializzazione, una integrazione sia clinico-culturale sia organizzativa fra i diversi professionisti e le sottostanti unità organizzative che concorrono a soddisfare un bisogno di salute del cittadino.

In tale contesto si colloca il presente contributo che delinea la soluzione al problema dell'integrazione adottata dalla Rete oncologica piemontese.

## 2. Il problema dell'integrazione nell'assistenza oncologica

La necessità di promuovere e conseguire una elevata integrazione clinico-culturale ed organizzativa fra i diversi attori e strutture che concorrono alla risoluzione di un problema di salute è generalmente sentita in ambito sanitario, ma più impellente pare essere nel trattamento delle malattie cronicodegenerative. Fra di esse, sia per loro diffusione sia per la loro gravità, un ruolo privilegiato ricoprono le patologie oncologiche.

Infatti le neoplasie richiedono:

a) al paziente di convivere con la malattia per un periodo più o meno lungo della propria esistenza e con il correlato bisogno di ricorrere in modo continuativo e diversificato ai servizi sanitari per far fronte alle diverse fasi della patologia e per affrontarle in modo personalizzato. Ciò richiede una maggiore flessibilità dell'offerta intesa nelle tre accezioni di:

— tensione a ricercare nuove modalità di risposta che tengano conto delle diverse esigenze personali, familiari e sociali che il paziente presenta durante la storia della sua malattia (innovatività);

— personalizzazione della risposta al bisogno di salute del cittadino, coniugando diversamente tipologie e sequenze di prestazioni e professionalità (flessibilità operativa);

— capacità di organizzare risposte tecnicamente idonee ed efficaci con sollecitudine ed in tempi rapidi (tempestività);

b) il coinvolgimento di numerosi profili professionali e l'intervento di differenti unità organizzative di area ospedaliera e territoriale di una stessa azienda e, frequentemente, di più aziende con la conseguenza che, in assenza di un adeguato coordinamento, si possono verificare problemi di:

— non continuità del percorso che deve compiere il paziente attraverso il servizio sanitario;

— duplicazioni di prestazioni che vengono erogate al paziente nel suo itinerare fra le diverse componenti del sistema offerta sanitaria;

— variabilità di trattamento, o perché non esistono protocolli diagnostico-terapeutici condivisi dalle diverse figure professionali che concorrono a trattare la patologia neoplastica o in quanto, anche all'interno della stessa azienda, possono coesistere differenti protocolli capaci di condurre ad esiti diversi ed a livelli qualitativi del servizio difformi. Tutto ciò in contraddizione con l'esigenza di affermare i principi dell'*evidence based medicine* (Lega, 1999);

c) una particolare tensione all'efficienza in virtù della complessità della patologia e della sua durata. L'attenzione ai costi deve investire sia il momento in cui si decidono le prestazioni da erogare per trattare lo specifico caso, i cui principi ispiratori devono essere quelli di appropriatezza ed efficacia, sia le fasi di realizzazione delle stesse che devono tendere alla eliminazione delle attività inutili, della duplicazione e della ripetizione nel loro svolgimento.

Potremmo sintetizzare quanto sin qui esposto dicendo che le patologie neoplastiche per poter essere adeguatamente trattate richiedono insieme elementi difficili da conciliare: una maggiore flessibilità dell'offerta dei servizi; una forte attenzione ai costi; una garanzia di omogeneità e continuità delle modalità di risposta. In sostanza richiedono la capacità di perseguire elevati livelli di integrazione.

Infatti:

— garantire l'omogeneità nel trattamento e la continuità nel percorso che il cittadino compie durante tutto il decorso della sua malattia, implica un'alta integrazione fra le professio-

nalità ed i servizi del sistema sanitario, al fine di approntare una risposta appropriata ed efficace da offrire senza interruzione;

— l'essere flessibile significa: sul versante della tempestività, integrare il processo che parte dalla rilevazione dei bisogni e termina con la realizzazione degli interventi al fine di compattare i tempi; dal punto di vista operativo, il coordinamento del flusso logistico-produttivo per garantire il confezionamento di un percorso assistenziale specifico per il singolo utente; infine, sotto il profilo della innovatività, promuovere l'interscambio di esperienze e conoscenze fra i diversi professionisti delle aziende sanitarie e con gli altri attori del sistema al fine di stimolare la creatività;

— l'orientamento all'efficienza richiede di ridefinire le modalità di svolgimento delle attività presidiando le interfacce tra le unità operative.

## 3. La Rete oncologica piemontese (1)

Il problema dell'integrazione dell'assistenza oncologica diventa rilevante nel modello organizzativo della Rete oncologica piemontese (2).

La filosofia che lo permea è quella della «presa in carico» del paziente. Presa in carico che vuole essere:

— *globale* nel senso che deve garantire l'assistenza al paziente in tutte le sue dimensioni, mediche, sociali, psicologiche;

— *estesa all'intero percorso*, a partire dal primo contatto del cittadino con il servizio sanitario sino alla conclusione della sua storia clinica;

— *trasversale* alle unità organizzative aziendali ed alle diverse aziende coinvolte in modo da garantire un collegamento tra i diversi tratti del percorso;

— *continua* nel senso che deve garantire il supporto, senza soluzioni di continuità, al paziente affetto da neo-

plasia durante tutto il decorso della sua malattia.

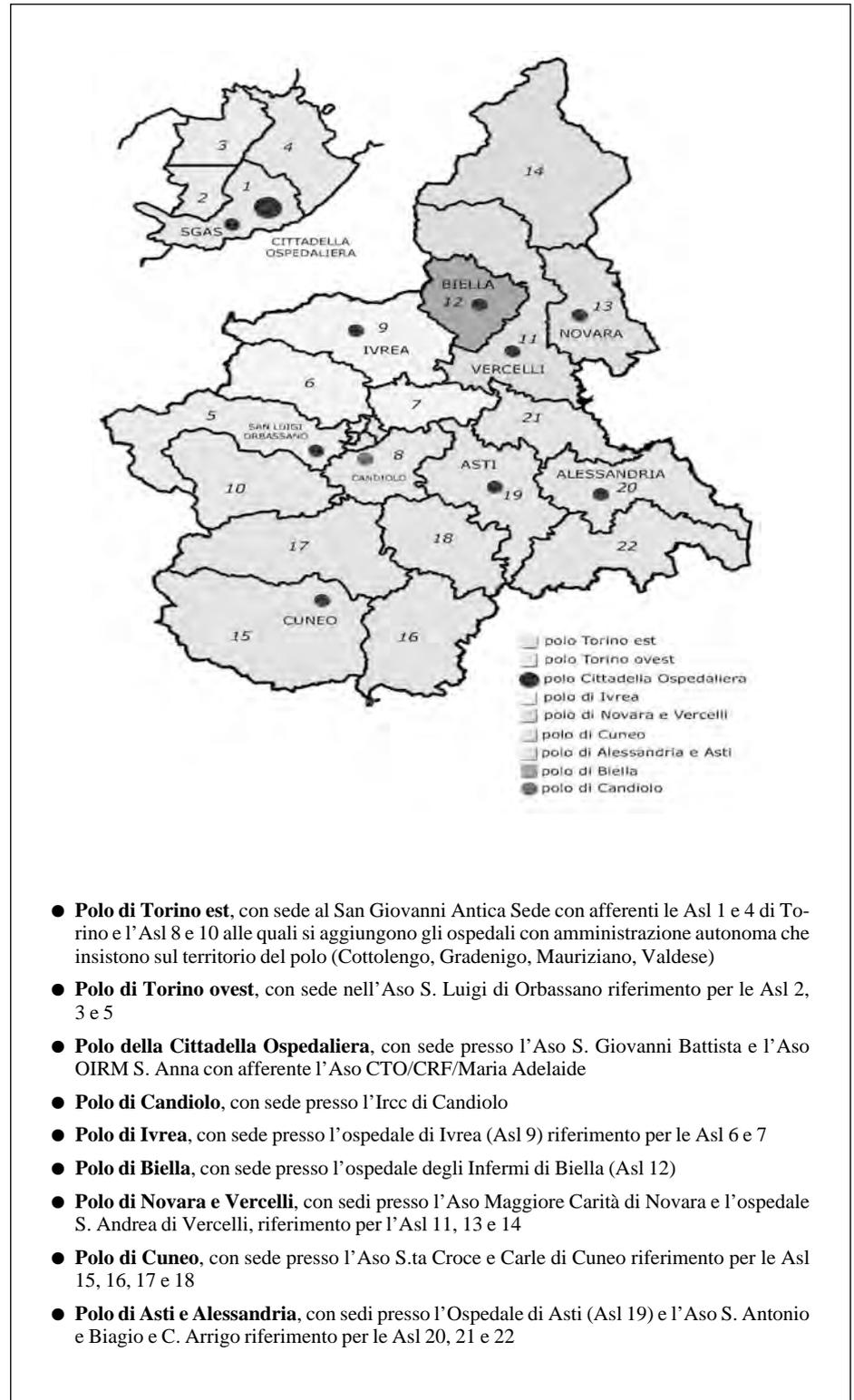
Potremmo compendiare i requisiti appena descritti con un concetto: la presa in carico è un approccio olistico al paziente. È un approccio orientato al paziente perché sostanzia una nuova filosofia assistenziale che antepone il cittadino ed il suo bisogno di salute ai servizi di cui usufruisce nel corso della propria storia clinica; è olistico perché configura la risposta ai bisogni di salute del paziente oncologico come un insieme di prestazioni di natura sanitaria e non, altamente interconnesso ed integrato e non come semplice somma dei servizi erogati dal sistema sanitario.

Il contesto entro cui trovare attuazione è una rete oncologica articolata in nove Poli (figura 1): sette dedicati al bacino di utenza di una porzione di territorio regionale e due, precisamente il Polo della Cittadella e di Candiolo senza un'area geografica di riferimento subregionale e perimetrata.

Con la sola eccezione di Candiolo, che si identifica con Ircc omonimo e di Biella, ogni Polo è composto da più aziende sanitarie ciascuna delle quali è coinvolta nell'assistenza oncologica con professionisti ed unità organizzative di diversa branca specialistica e variamente distribuite sul territorio di riferimento nelle diverse articolazioni aziendali: dai distretti ai presidi ospedalieri (figura 3).

Quanto sin qui esposto è sufficiente per apprezzare appieno la necessità di trovare soluzioni organizzative che, prendendo atto della configurazione della rete e per consentire la realizzazione della presa in carico, risolvano il problema della integrazione fra le diverse componenti dell'offerta di servizi, ricomponendo gli apporti dei diversi attori in funzione delle esigenze del paziente neoplastico.

Figura 1 - La configurazione della Rete oncologica: secondo la D.G.R. n. 50-1391 del 20 novembre 2000



**4. Le soluzioni offerte dalla teoria organizzativa e dalla normativa**

In situazioni di particolare complessità (3) il problema dell'integrazione può essere affrontato e risolto in due modi sostanzialmente opposti e precisamente intraprendendo (Galbraith, 1973 e 1974):

— azioni sui fattori che rendono interdipendenti le attività, allo scopo di ridurre la necessità di integrazione;

— azioni che mirano a governare l'interdipendenza che viene «accettata» in quanto tale.

Con la prima via si risolvono i problemi creati dall'interdipendenza intervenendo alla radice del fenomeno, attraverso un cambiamento della base di raggruppamento delle posizioni di lavoro. Il che significa nella maggior parte dei casi passare da una base fondata sugli *input* ad una fondata sugli

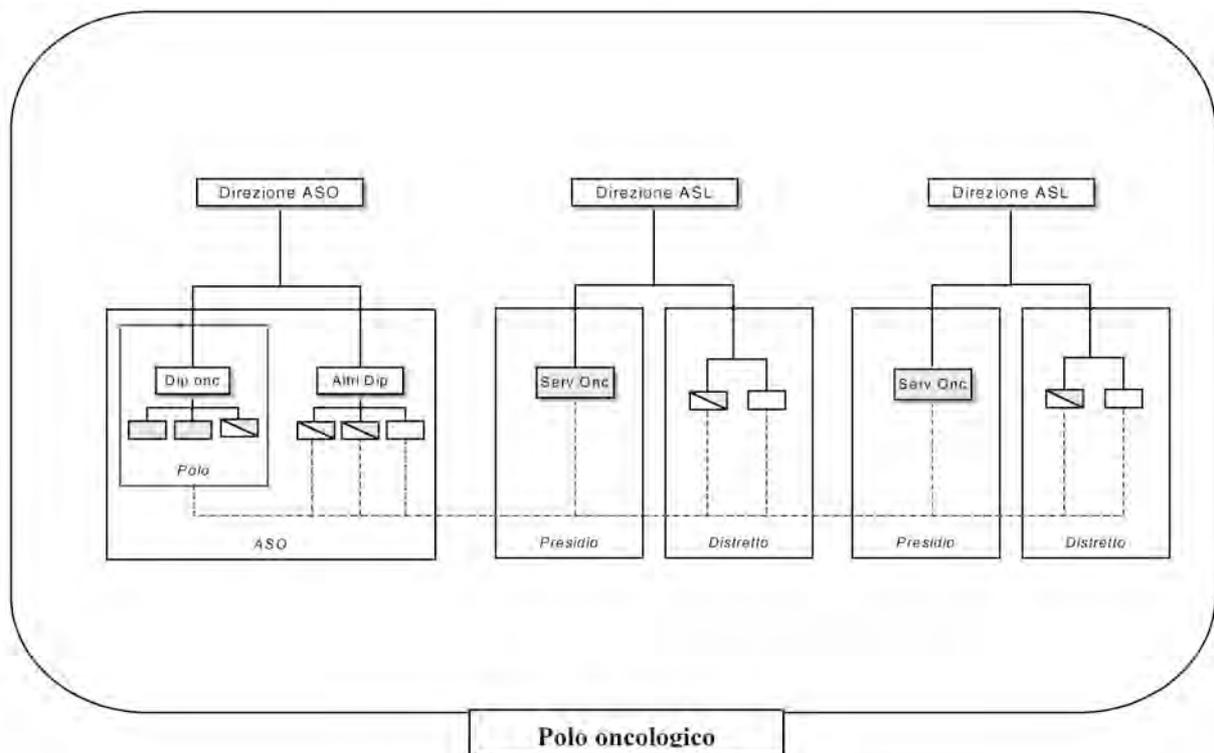
*output*, assegnando ad ogni unità così costituita le risorse necessarie alla realizzazione dell'*output* finale.

A questa prima soluzione ha aderito la normativa italiana che negli ultimi 30 anni, ha individuato nella costituzione dei dipartimenti la soluzione organizzativa ai problemi di integrazione (Guzzanti, Longhi, 1984; ASSR 1996; Carnevali, 1997; Lega, 1999).

Introdotta a partire dal 1969, con il D.P.R. 128, il modello dipartimentale viene ripreso in un succedersi di atti legislativi (4) con delle connotazioni variegata ma sempre con la finalità di soddisfare alla necessità di superare la logica di frammentazione e di eccessiva specializzazione delle varie unità organizzative e conferire un ruolo primario al processo di collaborazione per il raggiungimento di una unità di sforzi. Nelle diverse accezioni con cui

è stato inteso il termine «dipartimento» sono comunque rintracciabili delle affinità che consentono di definirlo come il risultato di una modalità di raggruppamento delle posizioni di lavoro con la quale si realizza una maggiore integrazione funzionale di strutture fra di loro affini, omogenee o complementari, con la finalità di raggiungere obiettivi non diversamente perseguibili [Guzzanti, Longhi, 1984; Guzzanti, 1985 (5); ASSR, 1996 (6)]. In tal senso il dipartimento esprime un modello organizzativo che si differenzia e supera quello tradizionale dei servizi e divisioni attuato in ambito sanitario in quanto la «base» di raggruppamento delle posizioni di lavoro è per affinità, omogeneità e complementarietà dei compiti da svolgere e non per omogeneità delle professionalità coinvolte; la logica dell'offerta sa-

Figura 2 - Esempio di configurazione del Polo oncologico



nitaria evolve passando dalla parcellizzazione e frammentazione specialistica della scienza e pratica medica alla integrazione dell'assistenza ed a una sua gestione più efficiente.

La letteratura specialistica e la normativa non si limitano ad individuare nel modello dipartimentale la soluzione organizzativa all'integrazione ma forniscono anche i criteri in base ai quali può avvenire l'aggregazione delle unità operative (7).

Dal momento che nessun criterio di aggregazione, per quanto valido, consente di contenere nel proprio perimetro tutte le possibili relazioni che intercorrono fra le unità operative, occorre scegliere quali interrelazioni privilegiare con una forma dipartimentale.

Ancora una volta la teoria organizzativa fornisce un supporto stabilendo che la scelta deve essere guidata dall'analisi del grado di interdipendenza delle unità operative, componendo quelle fra cui vi è maggiore intensità (Thompson, 1967).

Ciò porterebbe nel settore delle neoplasie a due conseguenze: a qualificare il dipartimento oncologico come aggregato in base al criterio della competenza per malattia e, dal momento che la patologia neoplastica presuppone trattamenti distribuiti in diversi episodi di cura che si realizzano in unità differenziate appartenenti a diverse strutture organizzative dell'azienda o di più aziende, a realizzarlo come transmurale o interaziendale.

La scelta alternativa ai problemi di integrazione, come sopra preannunciato, mira invece a fronteggiare l'interdipendenza con strumenti adeguati.

Si basa sul presupposto che la struttura aziendale resti sostanzialmente immutata e sulla consapevolezza della orizzontalità della stessa, per cui propone di abbassare il livello organizzativo in cui si prendono le decisioni mediante la creazione o l'intensificazio-

ne dei rapporti laterali, rafforzati a loro volta da opportuni mezzi come la istituzione di manager di integrazione.

È la soluzione proposta dalla metodologia del *case management* (box 1) che si sviluppa nel Nord America negli anni 70-80 (Davies, Fernandez, 2001) come strumento della strategia del *managed care*, poiché ritenuto capace di dare adeguata risposta al bisogno di coordinare la pluralità di soggetti responsabili dell'erogazione dell'assistenza sanitaria e sociale, aumentando la qualità dell'assistenza e governando al contempo i costi correlati (Trincherò, 1999; Davies, Fernandez, 2001). Le fasi logiche in cui si esplicita un programma di *case management* (box 2), sono governate dalla

figura del *case-manager* che, in qualità di gestore del «caso», ha la responsabilità di garantire l'integrazione fra i diversi attori erogatori della prestazione sul paziente. Questi sono responsabili del caso affidato alle loro cure per cui devono adoperarsi affinché siano rispettati i tempi di realizzazione del piano assistenziale, i costi, ed i livelli qualitativi prestabiliti.

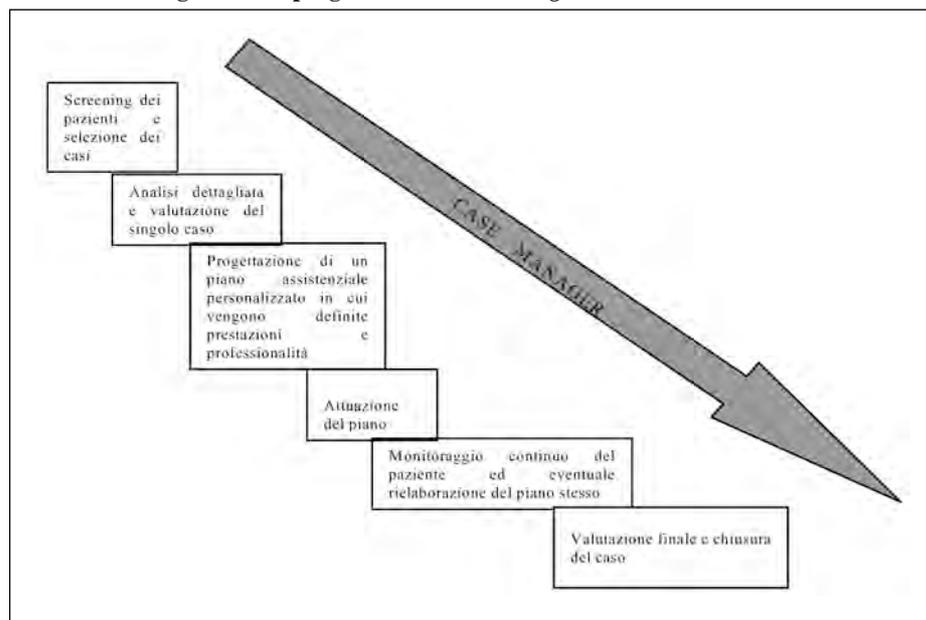
## 5. La soluzione adottata nella rete oncologica piemontese

Nel ricercare la risposta più idonea ai problemi di integrazione fra le diverse unità operative e professionalità coinvolte nella trattazione di un paziente neoplastico alcuni elementi era-

### Box 1 - Case management

Il *Case management* è definibile come un «processo integrato, finalizzato ad individuare i bisogni delle persone ed a soddisfarli in maniera adeguata, (...) riconoscendo che tali bisogni sono unici per ogni individuo» (Davies, Fernandez, 2001).

### Box 2 - Le fasi logiche di un programma di case management



Fonte: Trincherò (1999); Davies, Fernandez (2001).

no a sfavore della prima soluzione offerta dalla teoria organizzativa così come coniugata dalla normativa italiana e, cioè, della dipartimentalizzazione.

Il primo, di ordine pratico, è che il Piano sanitario regionale vigente prevedeva l'attivazione di un Dipartimento oncologico composto da tre unità operative autonome: l'oncologia medica, la radioterapia, la chirurgia oncologica. Una preconfigurazione di tal tipo da parte della normativa regionale impediva di soddisfare all'esigenza di integrazione con tutte le altre unità operative, che se pure non rimpresero, erano coinvolte nel processo diagnostico terapeutico e riabilitativo del paziente neoplastico.

La seconda, di natura concettuale, riprendeva l'assunto che si dovesse conseguire l'integrazione sia organizzativa che clinico-culturale fra le diverse componenti delle aziende sanitarie che si occupano di oncologia.

Con tale presupposto, il modello dipartimentale, non pareva essere la soluzione adottabile in quanto, pur basandosi su argomentazioni teoriche valide, poneva un ordine di priorità alle integrazioni perseguibili. Raggruppare, sulla base del criterio dell'interdipendenza sequenziale (Thompson, 1967), le diverse unità organizzative favorisce l'integrazione fisico-organizzativa dell'atto medico ma non incentiva quella clinico-culturale. Lo stesso Zanetti (1994), sollevava il dubbio sulle capacità del modello dipartimentale di stimolare il necessario confronto fra diversi specialisti integrati e proponeva «un intervento più radicale che spostasse l'asse dell'analisi dal prodotto, presidiato dal dipartimento/divisione, al processo produttivo, rispetto al quale mancava ancora una responsabilità organizzativa» (Lega, 1999).

Proprio dalla constatazione che il percorso assistenziale è un processo è

scaturita la soluzione adottata dalla rete oncologica piemontese (8), che fa propria la seconda modalità di risoluzione al problema della integrazione avanzata dalla teoria organizzativa, prevedendo l'istituzione della figura del *process manager*.

Fra le diverse alternative offerte dalle esperienze concrete e dalla letteratura (Verme, Rosina, Visconti, 1997; Casati, 1998; Trincherò, 1999) relativamente alle caratteristiche con cui viene configurato il *process manager*, nella rete oncologica piemontese si è prescelta quella che:

— lo delinea come un gruppo multidisciplinare;

— gli assegna responsabilità di natura:

a) gestionale, in quanto programma, realizza e controlla le diverse fasi e figure professionali, migliorandone l'efficienza,

b) clinica, perché coinvolto nella scelta delle attività assistenziali e nella loro realizzazione.

Con la composizione a *team* e la responsabilità di natura gestionale si presidia l'integrazione organizzativa, dato che nel gruppo cooperano tutti i professionisti necessari a coprire lo spettro del fabbisogno presentato dal singolo paziente nella elaborazione del piano assistenziale, nella sua esecuzione e controllo. Inoltre la gestione condivisa del percorso del paziente contribuisce ad una progressiva razionalizzazione della spesa complessiva indotta dalla patologia in oggetto attraverso l'eliminazione di duplicazioni nei servizi erogati, di sovrapposizioni che possono essere evitate, di prestazioni la cui erogazione può essere valutata superflua alla luce delle informazioni e conoscenze comuni (Zalta, Eichner, Henry, 1994)

Con la forma a gruppo e la responsabilità clinica si presidia l'integrazione clinico-culturale in quanto, definendo collegialmente il percorso assi-

stenziale del singolo paziente, si garantisce uniformità di comportamenti assistenziali e si assicura un processo di apprendimento e di creazione di conoscenze comuni nell'ambito dell'organizzazione (*learning by interacting*, Lipparinini, Lorenzoni, 1996). Processo consolidato dal compito di studiare e sperimentare metodi innovativi per la cura della patologia attraverso una attività di ricerca che li coinvolge nella fase di definizione, rilevazione dei dati, loro elaborazione e analisi.

È una scelta organizzativa che asseconda la logica del *case management*, con la quale ha in comune la volontà di pervenire alla definizione di un nuovo ruolo destinato ad assumere l'onere di promuovere l'integrazione tra i diversi attori erogatori delle prestazioni al paziente. Facendo proprio il meccanismo di coordinamento concepito da Mintzberg come una forma di adattamento reciproco «formalizzato», sia la soluzione adottata dalla rete che il *case management* condividono la possibilità di assegnarlo, anziché ad un singolo, ad un *team* di professionisti, ma con la particolarità per la prima che il *process manager* opera per tutti i pazienti affetti da neoplasia, mentre il *case manager* opera in condizioni di elezione di pazienti che presentano particolari requisiti. I programmi di *case management* sono infatti condizionati dall'assunto che tale modalità di gestione del percorso assistenziale non è necessariamente di universale applicazione (Trincherò, 1999; Lega, 1999).

Sotto il profilo operativo, la soluzione prescelta vede l'istituzione presso ogni Polo di *team* denominati Gruppi interdisciplinari cure (GIC) per ciascuna patologia neoplastica ivi trattabile, da definirsi sulla base di analisi epidemiologiche di fabbisogno, di volumi effettivamente trattati in quel polo, di livelli di qualità conseguiti e di esistenza di risorse umane e

strumentali idonee. In alternativa è prevista l'attivazione di GIC interpolo:

— qualora nel singolo Polo non siano presenti tutte le figure professionali per trattare globalmente la patologia neoplastica,

— per quelle sedi o gruppi di patologia neoplastica da trattare in centri regionali identificati *ad hoc*,

— o, ancora, in tutti i casi in cui non siano certificate le condizioni assistenziali necessarie dall'organo direttivo della rete oncologica.

## 6. Compiti, composizione e struttura dei GIC

Tre sono i compiti fondamentali dei GIC: la presa in carico del paziente, la discussione collegiale dei casi trattati e la comunicazione con il paziente ed i suoi familiari.

Il primo consiste nel prendere in carico il paziente oncologico per tutto il suo percorso assistenziale, dallo *screening* attraverso la diagnosi, la stadiazione e le terapie sino alla riabilitazione e alle eventuali cure in fase terminale. Ciò non significa che tutta l'ampiezza del percorso debba essere governata e gestita dai GIC di un solo Polo, in quanto in una organizzazione a rete, come quella piemontese, ed in caso di mobilità del cittadino, è possibile che siano coinvolti più GIC di aree geografiche differenti.

L'attivazione dei GIC può realizzarsi su specifica richiesta del Centro di accoglienza e servizi. Si tratta di nuove strutture operative collocate nel dipartimento oncologico di ogni sede di Polo e presso i servizi oncologici di ogni azienda afferente, composte, almeno nella loro configurazione minima, da un responsabile medico oncologo, da figure infermieristiche specializzate in neoplasie e da una figura amministrativa, con varie funzioni fra cui quella di accoglienza dei pazienti

neoplastici e di inserimento o mantenimento in un percorso assistenziale mediante l'attivazione del GIC specifico *in loco*.

In alternativa, l'intervento dei GIC avviene implicitamente quando il paziente:

— è già ricoverato per altra patologia in concomitanza della quale sopravviene un sospetto di neoplasia. In tal caso viene richiesta una consulenza specialistica ad un professionista appartenente al GIC di riferimento,

— fa parte della popolazione a rischio sottoposta a *screening*,

— si è rivolto al DEA a cui è seguito un ricovero presso una delle divisioni i cui professionisti sono parte dei GIC.

In tutti questi casi con il coinvolgimento diretto di un membro del gruppo inizia la presa in carico del paziente neoplastico.

Il secondo compito consiste nel discutere collegialmente i casi trattati e definire percorsi personalizzati nel rispetto delle linee guida e sulla base di protocolli procedurali condivisi. L'interdisciplinarietà, che ha il grande pregio di spostare l'attenzione dei professionisti coinvolti nell'assistenza dalla singola prestazione della cui erogazione sono responsabili alla patologia nel suo complesso, interviene nel momento della presa in carico del paziente in occasione della quale viene condiviso l'*iter* che deve seguire. Può trattarsi di un percorso totalmente personalizzato, in quanto si tratta di un caso che presenta caratteristiche peculiari, oppure riflettere un protocollo procedurale precedentemente condiviso o ancora un protocollo sperimentale regolarmente approvato. In tal modo viene garantita quella forma di continuità denominata «*backstage* continuità» (9) (Krogstad, Hofoss, Hjortdahl, 2002), in cui tutti i componenti, avendo definito il piano di assistenza del caso in oggetto, concorrono a realizza-

re le singole fasi del programma, governano il trasferimento del paziente da una all'altra e trasmettono le connesse informazioni necessarie.

L'interdisciplinarietà sopravviene anche in corso di attuazione del programma assistenziale quando, attraverso una attività di monitoraggio e di valutazione continua dello stato di evoluzione del caso, si ridiscute il percorso definito ed eventualmente lo si ridefinisce alla luce delle novità sopraggiunte.

Infine l'ultimo compito consiste nell'assicurare la comunicazione con il paziente ed i suoi familiari, nel rispetto del codice deontologico. Alla luce di numerosi studi che hanno evidenziato come i pazienti desiderino ricevere informazioni riguardo alle loro malattie, alle possibili cure, alla probabilità di successo delle terapie e agli eventuali effetti collaterali (Greenwald, Nevitt, 1982; Holland *et al.*, 1987; National Cancer Alliance, 1996) e come il punto critico sia proprio il momento della prima comunicazione della diagnosi di tumore (National Cancer Alliance, 1996), il GIC assolve alla funzione di riferimento per la comunicazione verbale con il paziente ed i suoi familiari e di garante delle altre modalità di informazione. Inoltre il GIC assicura la «*front stage* continuità» (Krogstad, Hofoss, Hjortdahl, 2002) in cui il paziente vede sempre lo stesso medico e infermiere giorno dopo giorno in ciascuna fase della sua malattia.

Relativamente alla composizione dei GIC, essa varia a seconda della patologia e dello stadio del percorso assistenziale. Nella sua forma più completa, volta a governare l'intero *iter* assistenziale, abbraccia numerose professionalità, dalla componente medica alla infermieristica, a quella psicologica sino alla spirituale, ed inoltre nell'ambito della prima più figure appartenenti a specializzazioni diverse:

oncologia, radioterapia, chirurgie generali e d'organo per elencare le più frequenti (figura 3.)

Nelle diverse fasi della malattia il GIC muta la sua composizione, ponendo in secondo piano alcune figure professionali ed inserendone altre che meglio rispondono alle esigenze del paziente in quel momento dell'evoluzione della sua patologia. La composizione modulare ha momenti e figure di sovrapposizione in modo da garantire la continuità del programma definito fra i diversi stadi del percorso. Così ad esempio nella fase di definizione delle prestazioni da erogare per diagnosticare e per curare la patologia, costituiranno il GIC l'oncologo medico, il chirurgo oncologo, il radioterapista, i referenti dei servizi di diagnostica ed il medico di medicina generale; in una fase di dimissione e di cure domiciliari al paziente la composizione vedrà in primo piano ancora l'oncologo ed il medico di medicina generale con il palliativista ed il servizio territoriale che eroga l'assistenza domiciliare.

La struttura interna dei GIC, infine, rappresentata in figura 4, vede un responsabile tecnico scientifico, scelto fra i dirigenti di II livello delle unità operative interessate alla neoplasia. Costui è responsabile della definizione e della attuazione di un «protocollo operativo» del GIC in cui vengono specificate:

- il nome del gruppo;
- il responsabile;
- la composizione;
- volumi di attività previsti;
- le risorse strumentali utilizzate;
- i protocolli clinici adottati;
- le modalità operative di funzionamento con la specificazione del luogo in cui si riunisce il GIC della cadenza temporale degli incontri;
  - i flussi informativi di supporto;
  - criteri di valutazione dell'attività del gruppo.

Oltre al responsabile tecnico-scientifico la struttura interna prevede la figura di un coordinatore operativo di GIC con il compito di redigere materialmente il protocollo e di gestire il Gruppo interdisciplinare che lavora mediante un nucleo operativo composto da quelle figure professionali stabili che assolvono ai compiti descritti all'inizio di questo paragrafo ed a cui partecipano occasionalmente altri professionisti interpellati *ad hoc* per una specifico caso.

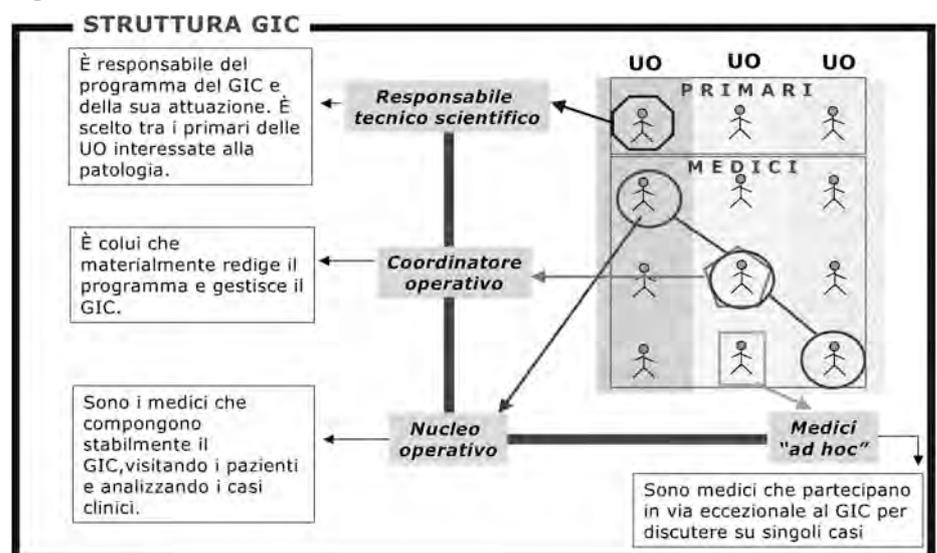
### 7. Quale valore aggiunto offrono i GIC?

La risposta al quesito è rintracciabile nella risoluzione del problema di fondo da cui è partita l'intera trattazione e che ha condotto alla istituzione dei Gruppi interdisciplinari, vale a dire l'integrazione clinico-culturale e organizzativa fra i diversi professionisti e le sottostanti unità organizzative che concorrono alla realizzazione del percorso assistenziale del paziente neoplastico.

Figure 3 - Composizione Gruppo interdisciplinare cure

- ONCOLOGO MEDICO
- CHIRURGO ONCOLOGO
- RADIOTERAPISTA
- ANATOMO PATOLOGO
- MEDICO DI MEDICINA GENERALE
- TERAPISTA DEL DOLORE
- RIABILITATORE
- PSICO-ONCOLOGO
- INFERMIERE
- ASSISTENTE SPIRITUALE
- .....

Figura 4 - Struttura dei GIC



I vantaggi che ne derivano sono diversamente elencabili a seconda che si faccia riferimento ai singoli cittadini, potenziali utilizzatori della rete, o alla rete nel suo complesso.

Ai primi viene garantita:

— l'accoglienza e la presa in carico durante tutta la storia della loro malattia;

— una corretta informazione e comunicazione;

— la definizione multidisciplinare e multiprofessionale delle modalità, trattamento;

— un maggior livello qualitativo delle prestazioni erogate che osservano il principio della efficacia clinica e della appropriatezza al caso specifico;

— la continuità dell'assistenza all'interno di uno stesso Polo ma anche fra poli diversi.

Nei confronti della Rete i GIC sono veicolo di:

— razionalizzazione nell'uso delle risorse, in virtù della riduzione di duplicazioni di prestazioni e di erogazioni di servizi per i quali non vi è evidenza scientifica di efficacia;

— omogeneità nell'organizzazione del lavoro nel settore delle neoplasie;

— uguaglianza di trattamento dei pazienti.

## 8. Riflessioni conclusive

Pare opportuno presentare lo stato dell'arte a tutto il 2002 ed accennare alle prospettive future.

Ogni Polo ha provveduto alla attivazione dei GIC: uno è all'inizio del percorso con un solo GIC in attivo, alcuni sono a metà del guado, altri sono in fase di piena realizzazione ed i rimanenti hanno già raggiunto il traguardo prefissato.

Le ragioni delle diverse velocità con cui hanno viaggiato i Poli nella realizzazione dei GIC sono innumerevoli:

— la presenza o carenza di motivazione ed entusiasmo capaci di stimolare i professionisti ad operare in modalità GIC;

— il maggior o minor grado di sostegno istituzionale offerto dalle Direzioni generali delle aziende che costituiscono i Poli le quali alle dichiarazioni di collaborazione non sempre hanno fatto seguire decisioni e comportamento coerenti;

— le situazioni di cambiamenti o di precarietà nei vertici delle aziende o nella posizione di Coordinatore di Polo;

— la manifestazione di rivalità fra le aziende del Polo che hanno frapposto ostacoli nel cammino di attivazione dei gruppi.

Allo stato attuale sono attivi 61 GIC in tutta la Rete oncologica piemontese e, nei progetti redatti dai diversi Poli per il 2003, è previsto che alla fine del prossimo anno saranno operativi 100 GIC.

In merito alla tipologia si presentano diffusi in otto Poli su nove i GIC delle neoplasie alla mammella, del colon-retto ed in quattro Poli su nove quelli per il carcinoma al polmone e le neoplasie uro-genitali. Meno diffusi i GIC per i tumori testa-collo, i ginecologici, i melanomi, mentre hanno sede unica o al più due sedi i GIC per i tumori alla tiroide, i sarcomi, i tumori cerebrali, le leucemie ed i linfomi.

Certamente, la diversa ampiezza dei Poli, i volumi e le tipologie di casi trattati nel pregresso nonché la disponibilità in loco delle professionalità necessarie hanno condizionato la scelta dei GIC da attivare.

A riprova di quanto affermato possiamo citare l'esempio del Polo della Cittadella che ha attivato il più alto numero di GIC, diciassette per la precisione, che abbracciano una ampia varietà di neoplasie.

Per il futuro, come già accennato, è previsto il completamento della fase

di attivazione dei GIC, l'attuazione e la revisione delle modalità di funzionamento. In linea con quanto previsto dalle norme di regolamentazione della Rete oncologica piemontese è altresì previsto per l'anno 2003 la predisposizione e la sperimentazione di criteri di valutazione dei GIC.

(1) Successivamente alla stesura del presente articolo, con del. G.R. 2 dicembre 2002, n. 15-7893 e del. G.R. 30 giugno 2003, n. 48-9824, la rete oncologica si è estesa alla Valle d'Aosta diventando rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. Di conseguenza la configurazione territoriale della rete prevede l'allargamento del polo di Ivrea al territorio della Valle d'Aosta con la costituzione di una nuova sede di polo presso l'Azienda Usl della Valle d'Aosta.

(2) La descrizione delle modalità con cui la Regione Piemonte ha riorganizzato le attività oncologiche (dalla prevenzione sino alle cure palliative) e basate su una logica di «rete di servizi» è riportata nell'articolo di Appiano S., Bertetto O., Ciccone G., Gianino M.M., Merletti F., Mussa A., Monchiero G., Nieddu S., Segnan N., dal titolo «La Rete oncologica piemontese» pubblicato in *Politiche Sanitarie* n. 4 del 2002, che rappresenta il quadro di riferimento entro cui si inserisce il presente contributo.

(3) Più precisamente Galbraith considera come fattore condizionante il tipo di coordinamento da attuare, e quindi come grado di complessità, l'incertezza ovvero la prevedibilità dei problemi da affrontare nell'esecuzione di compiti.

(4) Di seguito sono riportati gli estremi delle principali norme nazionali in materia di dipartimento:

— D.P.R. 27 marzo 1968 n. 132 art. 10;

— L. 18 aprile 1975 n. 145 art. 55;

— D.M. 8 novembre 1976 art. 1;

— L. 23 dicembre 1978 n. 833;

— D.L.vo. 30 dicembre 1992 n. 502;

— L. 28 dicembre 1995 n. 549;

— L. 30 novembre 1998 n. 419;

— D.L.vo 19 giugno 1999 n. 229.

(5) La definizione proposta da Guzzanti è: «il dipartimento è costituito dalla federazione di unità operative che mantengono la propria autonomia, indipendenza e responsabilità, così come quella dei membri che la costituiscono, ma che riconoscono la loro interdipendenza adottando un comune codice di comportamen-

to clinico-assistenziale, didattico, di ricerca, dai profondi risvolti etico, medico-legali ed economici».

(6) La definizione fornita dall'ASSR (Agenzia per i servizi sanitari regionali) è «il dipartimento è costituito da unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Le unità operative costituenti il dipartimento, sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati, e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico».

(7) Secondo Campana (1985) si possono individuare almeno 5 criteri che possono essere così riassunti:

— «competenze per modalità di intervento (medico/chirurgico) senza riferimento a specifici distretti anatomico-funzionali, come la medicina generale, la chirurgia generale, la chirurgia plastica...;

— competenze per gruppi di età e modalità di intervento, come la pediatria, la geriatria, la chirurgia pediatrica ecc.;

— competenze per distretti anatomico-funzionali (con o senza differenziazione di modalità di intervento), come la cardiologia, la cardiocirurgia, l'ortopedia, ecc.;

— competenze per malattie a particolare eziologia, come le malattie infettive, l'oncologia, la traumatologia, la reumatologia, ecc.;

— competenze per momento di intervento o fase dell'evoluzione clinica, come la rianimazione, la riabilitazione».

(8) 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).

(9) I concetti della *backstage* e del successivo *front stage continuity* sono stati sviluppati dal sociologo Erving Goffman.

## BIBLIOGRAFIA

- ACHARD P. (1999), *Economia ed organizzazione delle imprese sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI (1996), *Dipartimento nel Servizio sanitario nazionale*, ASSR, Roma.
- ANESSI PESSINA E. ET AL. (2001), «La diffusione dei modelli dipartimentali e l'impatto sulla gestione delle aziende sanitarie: profili giuridici», *Tendenze Nuove*, 4.
- APPIANO S. ET AL. (2002), «La Rete oncologica piemontese», *Politiche Sanitarie*, 4.
- BRAGA M. (2000), «Il ruolo del dipartimento nella promozione della qualità dell'assistenza», *Organizzazione Sanitaria*, 4, pp. 32-35.
- BRUSA L. (2000) *Sistemi manageriali di programmazione e controllo*, Milano, Giuffrè editore.
- CACCIA C., LONGO F. (1994), «L'applicazione dei modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio-sanitario pubblico», *Mecosan*, 10, pp. 24-35.
- CAMPANA C. (1985), «L'organizzazione funzionale e territoriale nell'attuazione della riforma sanitaria», *I quaderni de «la dirigenza nella riforma sanitaria»* (a cura di Mattioni A.), supplemento al n. 1.
- CARNEVALI G. (1997), «Il Dipartimento ospedaliero in Piemonte: indirizzi e soluzioni applicative», *Organizzazione Sanitaria*, 3-4, pp. 61-77.
- CASATI G. (A CURA DI) (1998), *Il percorso del paziente*, Egea, Milano.
- DAVIES B., FERNANDEZ J. (2001), «*Il case management: ottenere equità ed efficiente nell'allocazione delle risorse*», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 9, pp. 2-7.
- GALBRAITH J. (1973), *Designing Complex Organizations*, Addison-Wesley, Massachussets.
- GALBRAITH J. (1974), «*Organization Design: an Information Processing View*», *Interface*, maggio.
- GREENWALD H.P., NEVITT M.C. (1982), «Physician attitudes toward communication with cancer patients», *Soc Sci Med*, 16, pp. 590-591.
- GUZZANTI E., LONGHI T. (1984), «Aspetti moderni dell'organizzazione sanitaria: il dipartimento», *Federazione medica*, XXXVII, 2, pp. 116-123.
- GUZZANTI E. (1985) «Il Dipartimento ospedaliero», in *Atti dell'XI Congresso Nazionale della Società italiana di chirurgia cardiaca e vascolare*, Milano.
- GUZZANTI E. ET AL. (1994), *Aree funzionali omogenee e dipartimenti*, Federazione Medica.
- HOLLAND J.C. ET AL. (1987), «An international survey of physician attitudes and practice in regard to reaviling the diagnosis of cancer», *Cancer Investigation*, 5, pp. 150-151.
- LEGA F. (1999), «Dalla strutture alle persone: considerazione su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero», *Mecosan*, 30, pp. 9-24.
- LIPPARINI A., LORENZONI G. (1996), «Le organizzazioni ad alta intensità relazionale. Riflessioni sui meccanismi di "learning by interacting" nelle aree ad alta concentrazione di imprese», *L'industria*, 4.
- LOMASTRO M. (1999), «Il percorso del paziente», *Mecosan*, 30, pp. 176-183.
- MINTZBERG H. (1996), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- NATIONAL CANCER ALLIANCE (1996), *Patient-centred cancer services? What patients say*, The national Cancer Alliance.
- KROGSTAD U., HOFLOSS D., HJORTDAHL P. (2002), «Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact», *BMJ*, 324, pp. 36-38.
- PESARESI F. (2000), *I Dipartimenti ospedalieri*, ASI Agenzia sanitaria italiana, Roma.
- RUTA C. (1993), *Sanità e management*, ETAS Libri, Milano.
- THOMPSON J.D. (1967), *Organisation in Actions* McGraw-Hill, New York.
- TRINCHERO E. (1999), «*Case management: approccio sistemico alla gestione del paziente*», *Mecosan*, 32, pp. 34-37.
- VERME G., ROSINA F., VISCONTI F. (1997), «Percorso di aziendalizzazione di un ospedale polispecialistico», *Mecosan*, 21, pp. 109-118.
- ZALTA E.D., EICHNER H., HENRY M. (1994), «Implications of Disease management in the future of managed care», *Medical Interface*, December.
- ZANETTI M. (1994), Intervento al convegno «Il dipartimento nella realtà ospedaliera : nuova frontiera», ospedale Fatebenefratelli, Milano.

# IL SISTEMA SANITARIO LUCANO

Daniela Giordano<sup>1</sup>, Stefano Lorusso<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup> Controllo Direzionale Azienda ospedaliera San Carlo - Potenza

<sup>2</sup> Università degli studi «Federico II» - Napoli

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. L'assetto istituzionale - 3. Il meccanismo di finanziamento - 4. L'offerta ospedaliera - 5. Conclusioni.

## 1. Introduzione

I fenomeni di «razionalizzazione» e di «regionalizzazione» che hanno investito la sanità italiana a partire dal 1992 hanno determinato numerosi cambiamenti nella gestione delle aziende sanitarie e più in generale all'interno dei singoli sistemi sanitari regionali. La «regionalizzazione» voluta dal D.L.vo n. 502/92 concede alle Regioni gradi di libertà così ampi da permettere alle stesse di disegnare l'architettura del proprio sistema sanitario regionale. Esse possono scegliere tra diversi modelli teorici possibili, i quali contengono opzioni di fondo profondamente diverse tra loro. In particolare, le Regioni devono legiferare localmente sui seguenti aspetti: meccanismo di finanziamento regionale delle aziende sanitarie regionali (aziende Usl, ospedali azienda, strutture private accreditate); numero e dimensioni delle aziende pubbliche; assetto organizzativo e principali meccanismi operativi aziendali.

Le modalità di intervento da parte delle Regioni per la realizzazione degli indirizzi posti in essere a livello nazionale sono stati, in prima battuta, a carattere prettamente normativo. Tra questi si inserisce la delibera della Giunta regionale di Basilicata n.

366/2002 (direttiva vincolante per la gestione delle Aziende sanitarie regionali).

All'interno di questo contesto è intenzione degli autori analizzare, a partire da tale provvedimento, il meccanismo di finanziamento regionale, descrivere l'offerta sanitaria al fine di evidenziare i rapporti esistenti tra gli stessi e comprendere come le scelte di indirizzo possano incidere in termini di competitività e missione istituzionale sul sistema sanitario regionale.

Tramite l'analisi dell'assetto istituzionale e dell'offerta sanitaria lucana si cercherà di capire il modello di riferimento che ha ispirato il legislatore regionale. Prendendo spunto da quelli che ad avviso degli autori sono i punti di forza e di debolezza del sistema stesso, si proverà ad individuare possibili strade percorribili ed eventuali aggiustamenti da porre in essere al fine di:

— migliorare la capacità di soddisfare il bisogno di salute della popolazione di riferimento,

— incrementare la capacità competitiva rispetto agli altri sistemi regionali.

Il lavoro illustrerà, nella prima parte, i tratti essenziali dell'assetto istituzionale del sistema lucano, nei succes-

sivi paragrafi saranno presentate brevi considerazioni sul meccanismo di finanziamento regionale alla luce delle novità introdotte dalla delibera n. 366/2002.

## 2. Assetto istituzionale

«L'assetto istituzionale è definito dai soggetti nell'interesse dei quali l'azienda nasce ed opera (i cosiddetti portatori d'interesse istituzionali); dai contributi dei diversi soggetti all'attività dell'azienda; dalle correlate aspettative nei confronti dell'azienda stessa; dalle modalità di partecipazione dei diversi soggetti al governo dell'azienda; dalle strutture e dai meccanismi di governo dell'azienda stessa» (Anessi Pessina, Cantù, 2002). Nelle aziende sanitarie pubbliche si intendono per portatori d'interessi istituzionali sia la popolazione di riferimento che coloro che lavorano all'interno dell'azienda stesse (1).

---

Il contributo è frutto di un progetto e di uno sforzo comune dei due autori, che hanno scritto congiuntamente introduzione e conclusioni. In termini di stesura sono invece attribuibili a Stefano Lorusso i paragrafi 2, 2.1, 2.4, 3, 3.1 e 3.3 e a Daniela Giordano i paragrafi 2.2, 3.2, 4.

La Legge regionale n. 39 del 31 ottobre 2001 individua come soggetti istituzionali del sistema sanitario regionale, la Regione, le Province, i Comuni, le Aziende sanitarie locali e gli altri istituti che gestiscono i servizi sanitari ed attribuisce ad ognuno compiti e funzioni.

Il sistema regionale lucano si struttura in cinque Asl, un'Azienda ospedaliera (Ospedale San Carlo in Potenza), una sperimentazione gestionale fra l'Istituto dei tumori di Milano e l'Ospedale oncologico regionale di Rionero (Crob), 1 casa di cura accreditata e 53 strutture territoriali private accreditate di cui 42 ambulatori e laboratori.

### 2.1. Strutture sanitarie pubbliche

Il «San Carlo» è l'unica Azienda ospedaliera della regione. Essa è stata istituita con il decreto del Consiglio dei ministri del 31 agosto 1993 che ne sancisce la natura di «ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione». Ha sede legale e operativa in Potenza con due presidi a Muro Lucano e ad Acerenza, entrambi situati all'interno del territorio di competenza dell'Asl n. 2.

A riguardo si specifica che l'Asl n. 2 non ha nessun presidio nella città di Potenza, pertanto il «San Carlo» è l'unico soggetto pubblico erogatore di servizi ospedalieri che opera nella città capoluogo. La particolare situazione geo-politica in cui viene effettuata l'attività del «San Carlo» obbliga l'Azienda ad erogare anche prestazioni non specialistiche e routinarie. Inoltre, in virtù di tale contesto, l'Azienda è stata investita dal legislatore regionale di un ruolo che ne fa un'esperienza unica e peculiare all'interno della Regione Basilicata. La del. G.R. n. 366/2002, infatti, individua per il «San Carlo», alla stregua di un'Asl, un bacino di utenza di riferimento (2):

*«al fine di definire obiettivi specifici per i singoli Direttori generali e al fine di considerare correttamente l'apporto dell'Asl n. 2 di Potenza e dell'Azienda ospedaliera San Carlo ubicata sul territorio di tale Asl viene individuato il bacino di utenza di competenza dell'Azienda ospedaliera San Carlo e quello dell'Asl n. 2».*

La motivazione sottesa a tale scelta strategica è indicata nel capoverso successivo quando si afferma (3):

*«viene attribuito anche all'Azienda ospedaliera San Carlo l'obiettivo di riduzione della migrazione sanitaria».*

L'Azienda ospedaliera San Carlo risulta in tal modo responsabilizzata non solo in qualità di soggetto erogatore di prestazioni ad alta specialità, ma anche sulla migrazione sanitaria e sulle prestazioni non specialistiche verso la popolazione residente all'interno del bacino di utenza. La delibera equipara di fatto il «San Carlo» alle altre Aziende sanitarie, attribuendo alla sua attività un carattere di territorialità. Il «San Carlo» assume una natura ibrida in quanto, da un lato al pari delle altre Aziende ospedaliere è finanziato attraverso il meccanismo di Drg e deve garantire prestazioni ad alta specialità, dall'altro è responsabilizzato sulle prestazioni sanitarie routinarie erogate alla popolazione di riferimento.

Il Centro di riferimento oncologico della Basilicata è stato istituito con legge regionale n. 13 del 23 maggio 1989. Nella legge si rinvia alla consulenza dell'Istituto nazionale tumori di Milano (INT) per l'organizzazione e l'avvio dell'attività. Dopo varie vicende, l'Ospedale oncologico regionale, come presidio del Crob, nasce di fatto nel 1997 quando il Piano sanitario regionale ha previsto di dotare il Servizio sanitario regionale di un polo oncologico di alta specialità a carattere scientifico cui demandare non solo la

funzione di presidio integrato per la prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie neoplastiche, ma anche, in relazione al suo profilo di struttura di ricerca, un ruolo trainante per lo sviluppo dei servizi esistenti ed una estensione degli stessi coerentemente con i bisogni e le evidenze epidemiologiche espresse sul territorio in una logica integrata di rete. Per il conseguimento di tale obiettivo venne proposto un progetto di sperimentazione gestionale ai sensi dell'art. 9 bis del D.L.vo n. 502/92 sulla base di una convenzione fra il Crob e l'INT di Milano per consentire, attraverso la forma della «gestione integrata», di erogare sul territorio il servizio di assistenza oncologica e di svolgere ricerca scientifica. La Legge regionale n. 32/97 ha disciplinato l'attuazione del progetto di sperimentazione gestionale. L'inizio dell'attività è avvenuto nel mese di Aprile 1998 quando di fatto l'ospedale è passato dalla Usl 1 al Crob (tabella 1).

### 2.2. Strutture sanitarie private accreditate

In Italia e all'interno della Basilicata le strutture private risultano essere un'integrazione rispetto a quelle pubbliche. I cittadini decidono di rivolgersi alla sanità privata prevalentemente per due ordini di motivi:

— erogazione da parte delle strutture pubbliche insufficiente o caratterizzata da elementi fortemente negativi (liste d'attesa troppo lunghe, difficoltà e sgradevolezza negli accessi, sfiducia negli operatori pubblici);

— particolari preferenze qualitative.

Nel caso in cui tali fattori non sussistono, e ciò avviene nella maggior parte dei casi, la domanda di salute del cittadino viene totalmente soddisfatta dalle strutture pubbliche.

In Basilicata questa tendenza è confermata, anzi risulta amplificata, dalla quasi assenza di strutture private sul territorio. I cittadini, infatti, sono orientati verso il pubblico favorendo in tal modo il consolidamento della struttura dell'offerta a prevalenza pubblica.

Al 31 dicembre 2000 (Ufficio di statistica, Ministero della salute, 2001) le strutture private accreditate sono: 1 casa di cura accreditata e 53 strutture territoriali, di cui 19 ambulatori (11 svolgono attività clinica, 8 attività diagnostica) e 23 laboratori. Sono, inoltre, presenti altre 4 strutture territoriali e 7 residenziali (tabelle 2, 3 e 4).

La lettura di tali dati evidenzia come, nella Regione Basilicata, il settore privato sia sottodimensionato rispetto alla globalità delle strutture sanitarie pubbliche.

L'analisi della composizione dell'offerta lucana non può, tuttavia prescindere da alcune considerazioni pre-

liminari in merito ai mutamenti avvenuti a livello nazionale e regionale che hanno interessato le diverse tipologie di strutture.

Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, sia da parte di strutture pubbliche che private è condizionata dalle disposizioni normative

ed in particolare dai numerosi cambiamenti determinati negli ultimi anni dal processo di «aziendalizzazione», messo in atto con il D.L.vo n. 502 del 1992.

Per quanto riguarda la «razionalizzazione» delle risorse, la L. n. 382/96 prevede che le regioni realizzino una

**Tabella 1 - Strutture sanitarie pubbliche**

	Distretti di I livello	Distretti di II livello	Presidi ospedalieri	Aziende ospedaliere presenti sul territorio
<i>Asl 1</i>	Nr. 4	Nr. 2	Nr. 1	CROB
<i>Asl 2</i>	Nr. 9	Nr. 2	Nr. 1	<i>Azienda ospedaliera San Carlo</i>
<i>Asl 3</i>	Nr. 5	Nr. 2	Nr. 2	
<i>Asl 4</i>	Nr. 6	Nr. 2	Nr. 2	
<i>Asl 5</i>	Nr. 3	Nr. 3	Nr. 3	

Il distretto di II livello può articolarsi in più aree subdistrettuali di I livello. L'area subdistrettuale individua un modello organizzativo funzionale flessibile tendente a rendere le prestazioni sanitarie dei vari operatori più vicine alle domanda sanitaria (L. reg. 29/1996).

**Tabella 2 - Strutture per tipologia (Basilicata, Italia)**

Area	Strutture pubbliche				Strutture private accreditate			
	Ambulatori e laboratori	Altri tipi di strutture territor.	Strutture semiresidenz.	Strutture residenziali	Ambulatori e laboratori	Altri tipi di strutture territor.	Strutture semiresidenz.	Strutture residenziali
<i>Basilicata</i>	144	32	1	13	42	4	–	7
<i>Italia</i>	7.139	4.711	1.217	1.464	6.751	274	638	2.126

Fonte: Ufficio di statistica, Ministero della salute (2001).

**Tabella 3 - Tipologia centri pubblici (Basilicata, Italia)**

Area	Attività clinica	Diagnos. strument.	Attività laborat.	Consult. materno infantile	Assistenza psichiatr.	Assistenza tossicod.	Assistenza AIDS	Assistenza idroterm.	Assistenza anziani	Assistenza disabili fisici	Assistenza disabili psichici
<i>Basilicata</i>	104	18	18	23	12	3	1	–	–	6	5
<i>Italia</i>	4.241	1.616	1.371	2.644	2.595	545	77	2	543	348	549

Fonte: Ufficio di statistica, Ministero della salute (2001).

«ristrutturazione» della rete ospedaliera, tramite «l'utilizzazione dei posti letto ad un tasso non inferiore al 75 per cento in media annua ed adottando lo standard di dotazione media di 5,5 posti letto per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie, con un tasso di ospedalizzazione del 160 per mille».

Tale disposto normativo ha spinto le regioni a realizzare all'interno delle strutture sanitarie, misure per il raggiungimento dei valori *standard* indicati dalla legge.

Nel primo quinquennio di «aziendalizzazione», dal 1995 al 2000 (Ufficio di statistica, Ministero della salute, 2001), in Italia, si è provveduto alla diminuzione dei posti letto nelle strutture erogatrici. Ogni regione ha risposto in maniera differente alla necessità di razionalizzare dell'uso di risorse, l'obiettivo è stato raggiunto in sedici regioni su ventuno facendo registrare il picco di minore intensità in Campania, con 3,9 posti letto per mille abitanti.

La regione più lontana dallo *standard* previsto è il Lazio con 6,2 posti letto per 1000 abitanti.

Hanno invece attuato una drastica riduzione in tal senso l'Abruzzo (- 37,7%), la Basilicata (- 35,8%) e la Puglia (- 34,7%).

Per quanto riguarda la Basilicata sono stati eliminati 1.452 posti letto e la media si attesta a 4,3 per 1000 abitanti. Tuttavia, la distribuzione dei po-

sti letto offerti globalmente non è del tutto equilibrata, in quanto ne rimangono 139 in più per gli acuti e 538 in meno per i non acuti (tabella 5) (4).

La tendenza a diminuire le risorse utilizzate e i costi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni sanitarie influisce in modo determinante sulla struttura dell'offerta sanitaria.

Da quanto esposto, risulta evidente che la presenza di un numero maggiore o minore di posti letto condiziona le tipologie di prestazioni da erogare, le modalità dell'erogazione e la decisione di assegnare più o meno risorse a tali attività.

L'utilizzo più razionale delle risorse, sia in ambito pubblico che privato, a volte, non può essere raggiunto unicamente con il «taglio» di posti letto, ma è necessaria la chiusura o la «ricomversione» di istituti di cura.

In Basilicata, infatti, si è verificata una diminuzione degli istituti di cura pubblici (5), che passano da 13 a 11 nel periodo dal 1995 al 2000, con una diminuzione pari al 15,4% all'interno della offerta pubblica.

Per quel che riguarda gli istituti di cura privati si può evidenziare una diminuzione del 75%, in quanto gli istituti di cura privati passano, nel medesimo periodo di riferimento, da 4 a 1.

A livello nazionale le strutture sanitarie territoriali (6) pubbliche sono lievemente diminuite mentre si registra un leggero aumento di quelle private accreditate (da 9.352 a 9.789).

Il sistema lucano, inoltre, presenta un elevato numero di ambulatori e laboratori pubblici rispetto ai privati (144 rispetto a 42). Nelle altre regioni meridionali invece si verifica la situazione opposta; a livello nazionale gli ambulatori e laboratori accreditati ottengono la quasi parità con il pubblico (51%).

Da quanto esposto è possibile delineare un quadro più esaustivo sull'evoluzione e la composizione dell'offerta lucana. Infatti, sia le strutture pubbliche che private hanno diminuito negli ultimi anni la dotazione di posti letto e come rilevato, è stata effettuata la chiusura di istituti di cura pubblici e di privati accreditati.

Tale situazione è riassunta nella tabella 6.

Nonostante la presenza sul territorio di numerose strutture pubbliche erogatrici di prestazioni ambulatoriali e di laboratorio, il paziente lucano si rivolge ai presidi ospedalieri e all'Azienda San Carlo del capoluogo per soddisfare il bisogno di prestazioni routinarie. Il sistema lucano si connota così come fortemente *ospedalocentrico*; tuttavia, la tendenza dei cittadini a ricorrere a strutture ospedaliere anche per queste tipologie di prestazioni condiziona l'attività aziendale. Ciò richiede, per una struttura come il «San Carlo», maggiori sforzi per rispondere appieno al mandato istituzionale che prevede, invece, l'erogazione di prestazioni ad alta specializzazione.

**Tabella 4 - Tipologia privati accreditati (Basilicata, Italia)**

Area	Attività clinica	Diagnos. strument.	Attività laborat.	Consult. materno infant.	Assistenza psichiatr.	Assistenza tossicod.	Assistenza AIDS	Assistenza idroterm.	Assistenza anziani	Assistenza disabili fisici	Assistenza disabili psichici
Basilicata	11	8	23	1	4	-	-	2	-	1	3
Italia	2.140	1.392	2.936	19	299	227	19	212	1.407	343	525

Fonte: Ufficio di statistica, Ministero della salute (2001).

Tabella 5 - Distribuzione e riduzione dei posti letto per Regioni e Province autonome

Regione	Posti letto per 1000 ab.				In eccesso o in difetto rispetto agli standard	
	1995	2000	% 2000-1995	Eliminati 2000-1995	Acuti	Non acuti
Piemonte	5,6	5,4	- 3,6	858	1973	- 643
Valle d'Aosta	4,6	4,1	- 10,9	60	11	- 121
Lombardia	6,5	5,5	- 15,4	9.122	8.666	- 4105
Bolzano	6,1	5,3	- 13,1	372	400	- 261
Trento	8,2	6,3	- 23,2	908	268	330
Veneto	7,4	5,4	- 27,0	9.082	3.179	- 1635
Friuli-Venezia Giulia	7,6	5,7	- 25,0	2.258	1.664	- 868
Liguria	7,5	5,4	- 28,0	3.404	1.961	- 1.345
Emilia-Romagna	6,3	5,6	- 11,1	2.506	3.367	- 962
Toscana	2,0	5,1	- 15,0	3.193	2.838	- 2625
Umbria	6,4	4,7	- 26,6	1.429	530	- 731
Marche	7,5	5,2	- 30,7	3.379	1.396	- 999
Lazio	8,3	6,2	- 25,3	11.135	4.878	1.113
Abruzzo	7,7	4,8	- 37,7	3.716	692	- 935
Molise	5,6	4,9	- 12,5	229	180	- 222
Campania	5,0	3,9	- 22,0	6.360	- 2.891	- 3.990
Puglia	7,5	4,9	- 34,7	10.625	2.983	- 3.392
Basilicata	6,7	4,3	- 35,8	1.425	139	- 538
Calabria	5,7	4,8	- 15,8	1.839	858	- 1.185
Sicilia	5,8	4,2	- 27,6	8.123	51	- 4.264
Sardegna	6,2	5,7	- 8,1	824	2.587	- 1.483
<b>Totale</b>	<b>6,6</b>	<b>5,1</b>	<b>- 22,7</b>	<b>86.766</b>	<b>35.863</b>	<b>- 28.922</b>

Fonte: Ufficio di statistica, Ministero della salute (2001).

Tabella 6 - Evoluzione dell'offerta lucana e nazionale (1995-2000)

Area	Istituti di cura pubblici				Istituti di cura privati			
	1995	2000	Diff. 2000-1995	Diff. % 2000-1995	1995	2000	Diff. 2000-1995	Diff. % 2000-1995
Basilicata	13	11	- 2	- 15,4	4	1	- 3	- 75
Italia	990	782	- 208	- 21,0	656	536	- 120	- 18,3

Fonte: Ufficio di statistica, Ministero della salute (2001).

### 2.3 Il sistema di programmazione

Ai fini della definizione dell'assetto istituzionale regionale è da considerare un ulteriore aspetto: l'attività di programmazione. Sotto questo profilo si registra un ritardo della Basilicata in quanto nel settembre 2003 è ancora in vigore il Piano sanitario 1997-1999 (7). Tale ritardo rappresenta un forte limite per l'attuazione di un sistema sanitario coordinato, integrato e orientato a precisi obiettivi di tutela della salute. L'assenza di un quadro di riferimento generale limita la possibilità di affermare una gestione efficace ed efficiente di risorse sempre più scarse.

Tramite l'analisi delle caratteristiche relative alle strutture presenti sul territorio, è possibile realizzare un confronto tra le diverse realtà aziendali, caratterizzate da proprie specificità ed autonomie e rilevarne il grado di complementarietà all'interno del sistema sanitario regionale. Si possono, inoltre, monitorare i cambiamenti intervenuti nell'offerta e nelle modalità di erogazione permettendo riflessioni sull'impatto di tali fattori sui sistemi di finanziamento/remunerazione, creando, in tal modo i presupposti per un'attività di programmazione coerente con i bisogni di salute del territorio.

### 3. Meccanismo di finanziamento

Elemento fondante di un sistema sanitario è il ruolo del meccanismo di finanziamento, inteso come l'insieme di regole che presiedono al trasferimento delle risorse economiche dalla Regione alle aziende sanitarie.

Il sistema di finanziamento incide di fatto in modo determinante sui processi decisionali in quanto le aziende assumono come criterio di riferimento per le proprie decisioni la remunerazione delle attività svolte generata dal

meccanismo stesso. In ambito sanitario, il meccanismo di finanziamento si connota sempre più come elemento determinante dell'andamento delle componenti positive di reddito (Drg, *ticket*, etc.) e in alcuni casi anche di quelle negative (mobilità passiva, abbattimento delle tariffe) delle aziende sanitarie pubbliche.

È opportuno sottolineare come tale sistema di finanziamento agisca da vincolo all'azione aziendale e non può rappresentarne la finalità, tenuto conto che in sanità il fine è rappresentato dalla tutela della salute. Le aziende sanitarie pubbliche, pertanto, non producono per aumentare i ricavi, ma per migliorare lo stato di salute della popolazione. È evidente che tale considerazione non può che tradursi in una gestione efficiente. Puntare all'efficacia in un contesto di risorse scarse, implica inevitabilmente l'attuazione di gestioni sempre più efficienti, al fine di avere rapporti costo/efficacia competitivi. Il nodo cruciale è rappresentato dalla massimizzazione dell'efficacia in termini di salute, date le risorse limitate. Si comprende quindi il ruolo che può e deve svolgere il meccanismo di finanziamento.

In linea generale, il sistema di finanziamento regionale prevede due livelli di trasferimento. Il primo livello viene determinato sulla base di una quota capitaria «aggiustata» per tenere conto delle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e sanitarie delle popolazioni assistite da ciascuna Asl. Obiettivo di tale meccanismo è quello di ripartire equamente le risorse fra gli acquirenti collettivi di prestazioni sanitarie permettendo loro di soddisfare, a parità di condizioni, i bisogni delle popolazioni assistite. Il secondo livello si basa, invece, sull'applicazione di un sistema di remunerazione regionale a tariffa per episodio clinico, secondo la classificazione Drg (8).

Alcuni autori hanno individuato sulla base di ricerche sul campo quattro modelli di finanziamento (Jommi, 2000) (9):

— *modello a centralità dell'azienda sanitaria*. In questo caso l'Asl dispone delle principali strutture ospedaliere del proprio territorio e viene finanziata dalla Regione con una quota capitaria per residente. L'azienda ha però anche l'onere del pagamento della mobilità sanitaria in uscita, vale a dire le prestazioni socio-sanitarie ricevute dai propri residenti al di fuori di presidi dell'Asl stessa. Il pagamento della mobilità sanitaria in uscita rappresenta un onere rilevante, quindi l'Asl ha tutta la convenienza a offrire servizi in grado di esercitare una buona attrattiva, capaci di contrapporsi al richiamo da parte di strutture esterne. Utilizzando tale modello si dovrebbe favorire l'efficacia e l'appropriatezza degli ambiti di cura;

— *modello a centralità della Regione*. In questo caso tutte le aziende (Asl, ospedali, privato accreditato) sono concepite come produttori di servizi e finanziate con la logica «tariffa per prestazione»; tutte le aziende hanno, quindi, convenienza ad aumentare i volumi di attività. In questo modello tutte le aziende sono dei semplici produttori e la Regione costituisce l'unico grande acquirente del sistema. Questo modello favorisce comportamenti inflattivi da parte dei produttori. La Regione deve, invece, bilanciare queste spinte per renderle compatibili con gli interessi generali: potrà imporre un tetto finanziario massimo a ogni produttore, utilizzando poi il sistema delle tariffe per la determinazione di *mix* produttivi che la Regione giudica opportuni, oppure potrà imporre un tetto massimo di produzione per ogni prestazione ai produttori, introducendo un meccanismo automatico di riduzione della tariffa per prestazioni, pari al superamento del tetto programmato.

Ancora, la Regione potrà negoziare direttamente con ogni produttore un contratto che determini il *mix*, i volumi e le tariffe che saranno finanziati. In questo modello la Regione è la protagonista del sistema, operando come acquirente complessivo. In tal modo si dovrebbe stimolare efficienza;

— *modello di separazione pura tra soggetti acquirenti e produttori*. In questo assetto si scorporano dalle Asl i presidi ospedalieri, costituendo una molteplicità di ospedali-azienda, che possono essere raccolti in reti multipresidio (10). L'Asl è finanziata a quota capitaria e paga con la logica «tariffa per prestazione» i produttori che intervengono a favore dei propri residenti. L'Asl eroga direttamente soltanto i servizi territoriali. In questo modello è l'azienda Usl che deve cercare di bilanciare a favore degli interessi generali la naturale tendenza inflazionistica delle prestazioni da parte dei produttori, ed è chiamata a negoziare e a sottoscrivere contratti d'acquisto di prestazioni con gli ospedali-azienda e con le strutture accreditate, cercando di programmare *mix* e volumi di attività. Successivamente l'azienda Usl deve cercare di indirizzare la domanda all'interno di questi contratti, lasciando agli utenti la libertà di scegliere le strutture che preferiscono. La complessa e articolata funzione di governo della domanda deve avvenire soprattutto attraverso i medici di base. In tale modello esiste separazione di competenze istituzionali ma risulta di notevole complessità attuativa;

— *modelli tradizionali*. In alcune regioni il processo attuativo della riforma non è ancora arrivato a definire o applicare alcun modello e non è stata realizzata alcuna trasformazione dei meccanismi di finanziamento; sono rimasti sostanzialmente identici a quelli antecedenti alla riforma, quindi con livelli di spesa programmati per azienda in base alla spesa storica, a cui

solitamente fa seguito un disavanzo a consuntivo che richiede un ripiano a pie' di lista.

Rispetto ai modelli presentati il sistema di finanziamento introdotto in Basilicata è un meccanismo a centralità dell'Azienda sanitaria locale «ibrido», nel senso che è caratterizzato da aspetti riconducibili a diversi modelli. Difatti, se da un lato è preponderante il ruolo della Regione, che impone tetti massimi finanziari e di produzione ed eroga direttamente i fondi, dall'altro le Asl sono remunerate su base capitaria pur erogando assistenza ospedaliera. Inoltre, le Asl hanno l'onere di remunerare attingendo dalla propria quota capitaria, la mobilità sanitaria ospedaliera in uscita infraregionale dei propri residenti verso le altre Aziende sanitarie, l'Azienda ospedaliera, il Crob e le strutture private accreditate tramite meccanismo a tariffe (nel rispetto dei vincoli stabiliti dalla Regione stessa).

### 3.1. Il meccanismo di finanziamento della Regione Basilicata

La delibera n. 366/2002 rappresenta, a nostro avviso, un importante provvedimento teso a consolidare il processo del federalismo sanitario culminato con l'accordo Stato-Regioni sancito l'8 agosto 2001. Con tale delibera si assegnano in modo chiaro e preciso alle singole aziende norme di comportamento vincolanti per gli amministratori.

Dalla lettura della direttiva all'interno del quadro normativo di riferimento nazionale e regionale (11), si disegna un meccanismo di finanziamento nel quale la Regione riveste un ruolo fondamentale.

La scelta di ispirarsi ad un modello a centralità Asl «ibrido» sembra ottimale tenuto conto del contesto istituzionale regionale e della situazione dell'offerta sanitaria. Inoltre, la non

elevata dimensione demografica e territoriale facilita il monitoraggio ed il coordinamento da parte di una singola istituzione del bisogno di salute e dell'offerta.

In particolare il ruolo della Regione è riconducibile ad una triplice funzione di:

- *controllore e pianificatore*;
- *erogatore del Fondo sanitario regionale*;
- *clearing house*.

Il ruolo della Regione come controllore e pianificatore è attribuito dalla normativa regionale in linea con quella nazionale, mentre il sistema sanitario regionale è caratterizzato dall'individuazione della Regione come unico erogatore del fondo e come *clearing house* (figura 1).

Come si evince dalla figura la Regione eroga direttamente i fondi alle Asl, all'Azienda ospedaliera e al Crob. Il Fondo sanitario regionale viene ripartito alle Asl sulla base della quota capitaria, mentre l'Azienda San Carlo e il Crob e la clinica privata sono finanziati in ragione del meccanismo tariffario. Non è previsto nessun movimento finanziario tra Asl, Azienda ospedaliera o Crob. Difatti le Asl non regolano autonomamente la contropartita (i flussi finanziari) per le prestazioni erogate dall'Azienda ospedaliera, dal Crob o dalle altre Asl a favore dei soggetti residenti nel territorio di competenza. I predetti movimenti finanziari sono regolati dalla Regione che decurta la quota parte del Fondo sanitario regionale destinata a ciascuna Asl della somma che tale Asl avrebbe dovuto pagare alle altre aziende, in ragione delle prestazioni erogate a cittadini residenti nel proprio territorio. La Regione, quindi, da un lato svolge la funzione di unico erogatore, dall'altro funge da stanza di compensazione dei flussi finanziari legati alla mobilità infraregionale.

Per quanto riguarda il privato accreditato l'attività da esso svolta è regolata da accordi contrattuali con le Asl che definiscono il *mix* di volume di attività e di valore di produzione. Si specifica a riguardo che la determinazione dei limiti massimi annuali di spesa sostenibili con il Fondo sanitario regionale per le prestazioni erogate accreditate è stata oggetto di appositi provvedimenti della Giunta regionale (12).

### 3.2. Tariffe e quota capitaria

La determinazione della quota capitaria può essere di tipo semplice o ponderato. È evidente che la scelta di

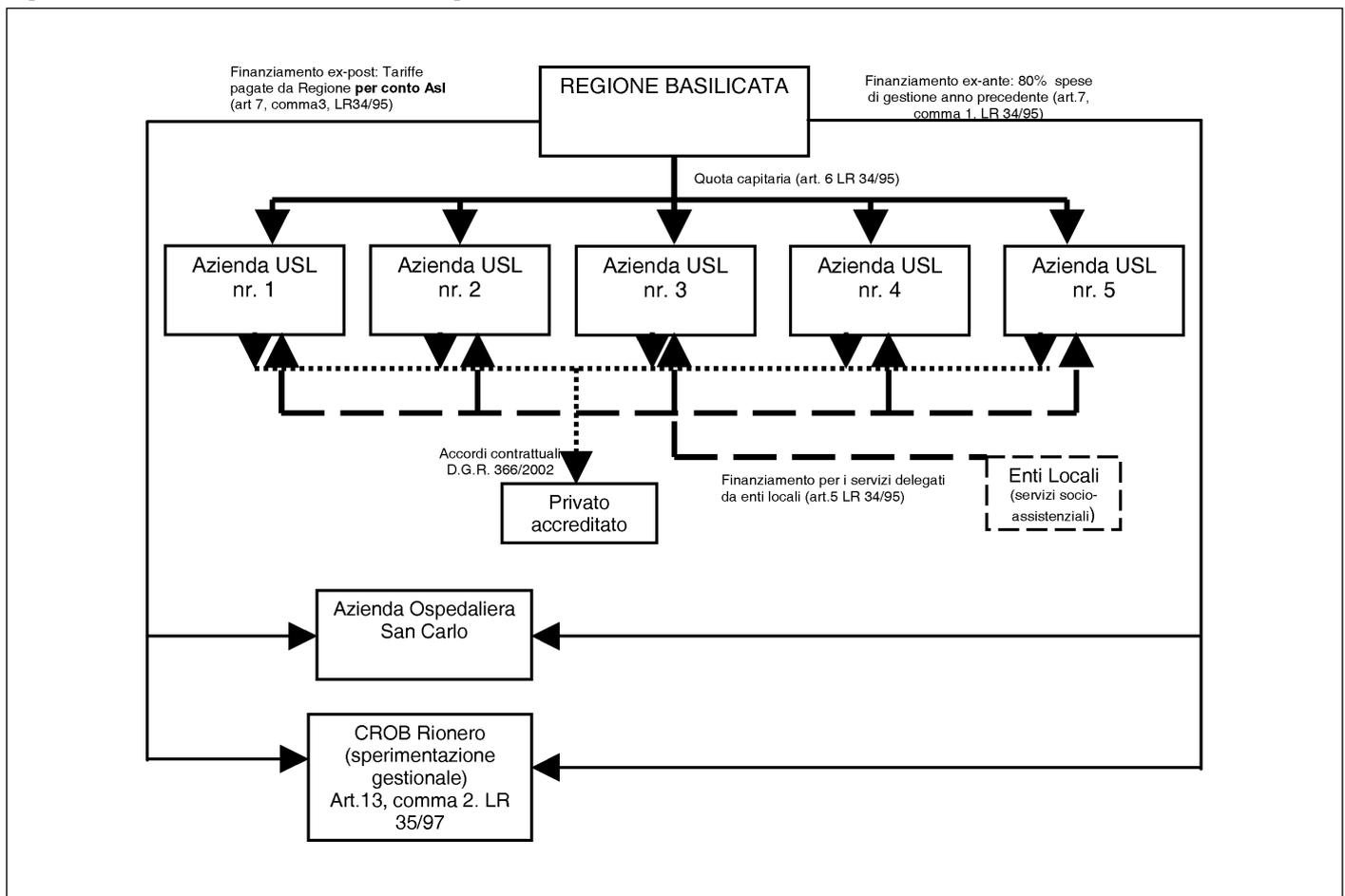
quote capitarie ponderate e differenziate sembra essere più opportuno perché consente di tener conto delle differenti condizioni di domanda e di offerta di salute di una regione. I criteri utilizzabili sono vari e possono fare riferimento al bisogno di salute della popolazione (età, tassi di mortalità, situazione geomorfologica) o all'offerta (grado di senescenza di strutture e di tecnologie, distribuzione sul territorio).

La scelta della Regione Basilicata è quella di una quota capitaria ponderata sull'offerta, l'art. 9 comma 2 della legge regionale n. 34 del 1995, infatti, recita: «*le quote capitarie di finanziamento sono determinate sulla base di*

*parametri definiti con riferimento ai seguenti elementi:*

- a) *popolazione residente, quale risulta dal provvedimento di riparto del Fondo sanitario nazionale;*
- b) *mobilità sanitaria infraregionale per tipologia di prestazioni da compensare in sede di riparto;*
- c) *consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali;*
- d) *anticipazione delle spese di gestione di cui ai commi 7 e 9 dell'art. 4 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive integrazioni e modificazioni;*

**Figura 1 - Il sistema di finanziamento della Regione Basilicata**



e) *risultanze dei conti di gestione*».

La Regione Basilicata non ha individuato alcuna variabile che differenzi il livello di bisogno di salute, tranne che il riferimento alla popolazione residente. Stabilisce un criterio che tiene in considerazione l'offerta al fine di equilibrare situazioni di senescenza e di obsolescenza strutturale e tecnologica. Anche in questo caso bisognerebbe equilibrare l'offerta di servizi e di strutture rispetto all'effettiva domanda insoddisfatta. Infine, non risulta pienamente comprensibile il riferimento «alle risultanze dei conti di gestione» delle Asl. Tale richiamo sembra riferirsi implicitamente al finanziamento a piè di lista, in quanto si utilizza la quota capitaria per garantire l'equilibrio economico alle aziende indipendentemente dalla loro capacità di rispondere in modo efficace e soprattutto efficiente al bisogno di salute della popolazione di riferimento. L'interpretazione presentata snatura di fatto la finalità dell'utilizzo della quota capitaria che dovrebbe spingere le aziende ad erogare prestazioni in condizioni di efficienza proprio perché costruita sulla base di criteri *standard*. La scelta suddetta risulta comprensibile se si tiene conto della difficoltà nel realizzare il notevole cambiamento culturale richiesto negli ultimi anni alla sanità italiana con le tre riforme.

Il sistema tariffario può essere unico a livello regionale o modulato e differenziato sulla base delle diverse esperienze locali, in ragione dell'assetto pubblico-privato o per particolari caratteristiche organizzative. La Regione Basilicata ha regolato il finanziamento dell'Azienda ospedaliera San Carlo, del Crob (Centro di riferimento oncologico di Basilicata) e della clinica privata sulla base di tariffe uniche a livello regionale, con qualche peculiarità oggetto di approfondimen-

to in sede di trattazione della mobilità infraregionale (13).

### 3.3. Mobilità infraregionale

La mobilità infraregionale (figura 2), è regolata dalla Regione che agisce da *clearing house* effettuando le compensazioni sulla base dei dati forniti dalle aziende, come si evince dalle seguenti disposizioni di legge:

— «le quote capitarie di finanziamento sono determinate sulla base di parametri definiti con riferimento ai seguenti elementi: ..., b) mobilità sanitaria infraregionale per tipologia di prestazioni da compensare in sede di riparto (art. 6, comma 2, legge regionale n. 34/95)»;

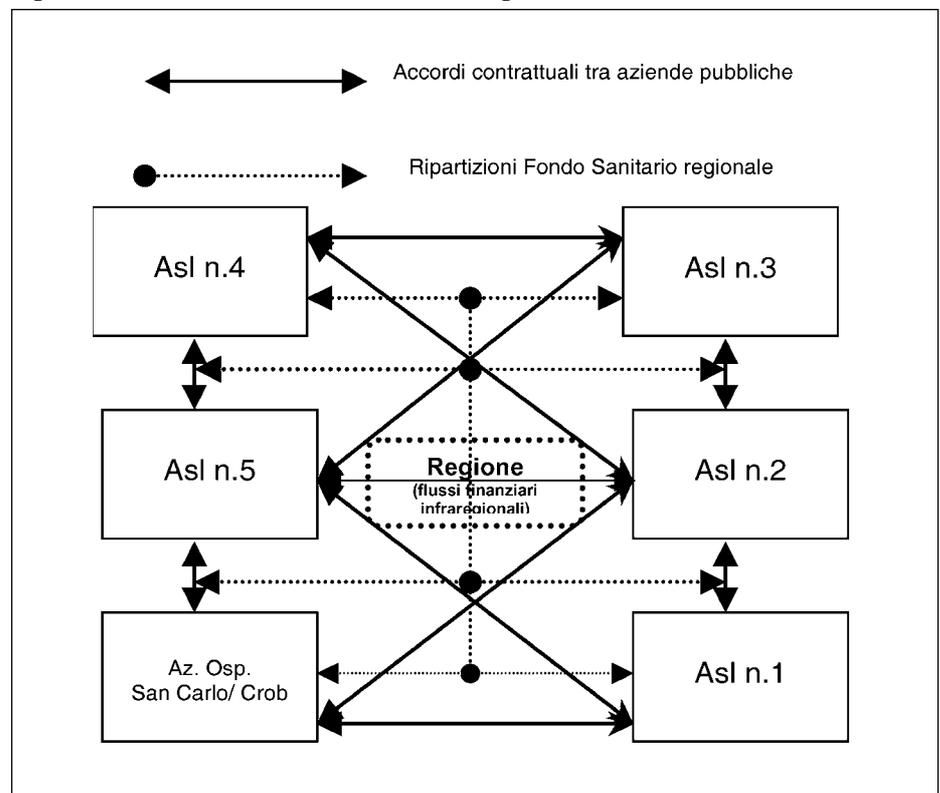
— «le somme corrisposte dalla Giunta regionale (alle Aziende ospedaliere) ... sono detratte dalla quota di finanziamento erogate alle aziende

Usl interessate in occasione del riparto del Fondo sanitario (art. 7, comma 5, legge regionale n. 34/95)» (figura 2).

La Regione con la delibera n. 366 del 2002, attraverso gli *accordi contrattuali* ha ritenuto opportuno portare nell'alveo della contrattazione interaziendale i fenomeni di mobilità. Si fa obbligo alle aziende sanitarie, ivi compreso il Crob, di stipulare accordi negoziali che prevedano predefiniti volumi di attività; inoltre le prestazioni interaziendali erogate oltre una determinata soglia saranno remunerate solo a copertura dei costi variabili. La delibera stabilisce i valori di attività ospedaliera infraregionale che possono essere realizzati, individuando il limite massimo nel valore delle prestazioni erogate nel 2000 (tabella 7).

Il provvedimento regionale rimanda agli accordi contrattuali l'eventuale

Figura 2 - Funzionamento della mobilità infraregionale



**Tabella 7 - Matrice della mobilità infraregionale vincolante**

Azienda creditrice	Azienda debitrice					Mobilità
	Importi in €	A.U.S.L. n. 1	A.U.S.L. n. 2	A.U.S.L. n. 3	A.U.S.L. n. 4	A.U.S.L. n. 5
A.U.S.L. n. 1	0	2.089.100	115.700	104.800	127.600	2.437.200
A.U.S.L. n. 2	19.600	0	713.700	8.800	161.700	903.800
A.U.S.L. n. 3	31.000	528.300	35.100	0	55.700	1.150.100
A.U.S.L. n. 4	314.500	810.800	375.500	0	4.438.900	5.939.700
A.U.S.L. n. 5	32.500	969.900	0	1.633.600	2.672.700	5.308.700
Az. osp. S. Carlo	7.569.200	63.665.200	5.730.100	3.641.000	3.331.100	83.936.600
Mobilità passiva infraregionale	7.966.800	68.063.300	8.568.600	6.462.400	8.615.000	99.676.100

Fonte: del. G.R. n. 366/2002.

definizione delle tariffe fermo restando (14):

— un abbattimento non inferiore al 20% delle tariffe per prestazioni erogate in mobilità che l’Azienda è in grado di erogare con le proprie strutture al fine di disincentivare una deleteria concorrenza interaziendale;

— la possibilità di definire tariffe particolari (incentivanti) per quelle prestazioni che l’Azienda non assicura ma che possono essere erogate da presidi di altra azienda regionale.

La Regione con tali disposizioni tende ad eliminare la concorrenza infraregionale spingendo ad atteggiamenti di cooperazione e collaborazione tramite gli accordi contrattuali, al fine di realizzare un sistema regionale che sia competitivo in quanto sistema coordinato e integrato e non come sommatoria di singoli elementi di per sé competitivi. Un ruolo di particolare importanza è assegnato all’Azienda ospedaliera San Carlo, delegata a coprire i bisogni di salute in termini di prestazioni ambulatoriali e di ricovero per la popolazione di riferimento e nel contempo destinata ad erogare prestazioni di alta specialità.

Alla luce delle precedenti considerazioni si può affermare che l’obiettivo della Regione è quello di indirizzare le aziende verso un sistema coordinato, creando la possibilità di incrementare la competitività sul mercato sanitario regionale e nazionale, pubblico e privato.

Per delineare un quadro completo del sistema sanitario regionale e fotografare la situazione della Regione Basilicata, risulta opportuno analizzare la composizione dell’offerta ospedaliera, ovvero il *mix* pubblico-privato accreditato, individuando dal punto di vista qualitativo e quantitativo le prestazioni erogate. Tutto questo al fine di comprendere le caratteristiche dell’offerta e definire il grado di concorrenza presente all’interno del sistema regionale.

#### 4. L’offerta ospedaliera

Per quanto riguarda l’assistenza ospedaliera (diagnosi e cura delle malattie acute o di lunga durata che non possono essere affrontate ambulatorialmente o a domicilio) l’Azienda San Carlo rappresenta il punto di rife-

rimento dell’intera regione, sia per le dimensioni che per le attività svolte.

La tipologia delle prestazioni erogate, infatti, è fortemente condizionata dalle dimensioni delle strutture, dal bacino d’utenza e dalle diverse specialità.

Fatte tali precisazioni è possibile raffrontare, seppure in maniera limitata, le diverse realtà lucane, le Asl, il San Carlo e la clinica privata, relativamente alle specialità mediche presenti e ai ricoveri effettuati nei reparti 15 comuni alle strutture stesse (tabelle 8 e 9).

Da tali dati si evince in modo chiaro il ruolo svolto dall’Azienda ospedaliera all’interno della regione rispetto al bisogno di salute soddisfatto dai presidi ospedalieri delle Asl, del Crob e della clinica privata: circa un terzo dei ricoveri in regione sono effettuati dal «San Carlo».

Le tabelle successive mostrano il raffronto pubblico-privato accreditato, ossia, tra l’attività svolta dall’Azienda ospedaliera e quella realizzata dalla clinica privata. Tale confronto è l’unico possibile tenuto conto che la clinica è la sola struttura ospedaliera privata accreditata e che le due struttu-

re si pongono come «competitor» sullo stesso territorio di riferimento (entrambe hanno sede a Potenza) relativamente a due specifiche specialità: chirurgia generale e ortopedia (tabella 10).

Da una lettura di sintesi dei dati presentati, relativi agli anni 1999-2000, si evince che, nel primo anno, la clinica privata risulta meno competitiva ed efficiente, in quanto nonostante l'Icm sia caratterizzato da valori relativamente bassi, l'Icp fa rilevare valori leggermente superiori rispetto al «San Carlo». Per il 2000 la differenza in termini di complessità dei casi trattati si amplifica notevolmente a favore del «San Carlo», pur facendo registrare un miglioramento dell'indice comparativo di *performance*. Dalla lettura di questi dati, sembrerebbe, pertanto, che l'Azienda ospedaliera tratti casi mediamente più complessi con un adeguato livello di efficienza operativa (tabella 11).

La tabella precedente mostra il confronto tra la clinica privata e l'Azienda ospedaliera in relazione alle discipline di chirurgia e ortopedia. Per quanto riguarda l'ortopedia è interessante notare che, per l'anno 1999, la clinica eroga prestazioni mediamente più complesse rispetto al «San Carlo»; tuttavia tale complessità non sembra giustificare la differenza in termini di efficienza operativa. Per l'anno 2000, il «San Carlo» oltre a erogare prestazioni mediamente più complesse, registra un Icp minore. L'attività di chirurgia generale è caratterizzata per la clinica privata dalla presenza di prestazioni meno complesse e non specialistiche (tabelle 12 e 13).

Le ultime tabelle mostrano il peso relativo nelle due discipline di ortopedia e chirurgia generale dell'Azienda ospedaliera San Carlo e della clinica privata negli anni 1999 e 2000 rispetto agli altri ospedali lucani. Dall'analisi di tali dati si evince la rilevanza del «San

Carlo» anche in discipline in cui non eroga prestazioni particolarmente complesse, confermando in tal modo la natura «ospedalocentrica» del sistema sa-

nitario regionale. Infine, si rileva ancora una volta il ridotto peso relativo della struttura privata accreditata anche per le ridotte dimensioni della struttura.

**Tabella 8 - Indicatori di attività e qualità per Asl (anno 1999)**

Presidi Asl	N. pazienti	N. ricoveri	N. decessi	N. ricoveri chir.	N. decessi chir.	N. pazienti chir.
Asl 1	9.455	15.817	28	2.894	3	2.543
Asl 2	23.084	42.481	670	10.803	173	9.429
Asl 3	6.204	9.626	73	1.737	2	1.553
Asl 4	9.834	15.836	90	3.406	28	2.995
Asl 5	9.480	15.300	56	2.344	4	2.117
<b>Totale regione</b>	<b>58.057</b>	<b>99.060</b>	<b>917</b>	<b>21.184</b>	<b>210</b>	<b>18.637</b>

Fonte: Regione Basilicata (2002).

**Tabella 9 - Indicatori di attività e qualità per Azienda ospedaliera e clinica privata (anno 1999)**

	N. pazienti	N. ricoveri	N. decessi	N. ricoveri chir.	N. decessi chir.	N. pazienti chir.
Az. osp. San Carlo (*)	17.816	33.942	620	8.408	168	7.323
Clinica privata	1.259	1.897	0	866	0	777
<b>Totale regione</b>	<b>58.057</b>	<b>99.060</b>	<b>917</b>	<b>21.184</b>	<b>210</b>	<b>18.637</b>

La maggior mortalità chirurgica dell'Azienda ospedaliera San Carlo non è comparabile a livello regionale in quanto sono realizzate prestazioni di alta chirurgia e si rileva una maggiore severità e complessità dei pazienti.

(\*) Si ricorda che la clinica privata opera unicamente nelle specialità di Chirurgia generale e Ortopedia; il numero dei ricoveri si riferisce, pertanto, solo ai due reparti, mentre per il «San Carlo» sono riportati i ricoveri relativi all'intera struttura.

Fonte: Regione Basilicata (2002).

**Tabella 10 - Icp e Icm per Azienda ospedaliera San Carlo e clinica privata (anni 1999, 2000)**

	Icp		Icm	
	1999	2000	1999	2000
Azienda ospedaliera San Carlo	1,02	1,05	1,07	1,08
Clinica privata	1,16	1,00	1,02	0,89

Fonte: Regione Basilicata (2002) - Dipartimento Sicurezza e solidarietà sociale, Ufficio Risorse finanziarie e controllo direzionale ([www.regione.basilicata.it/Sanita/Dati\\_Sisr](http://www.regione.basilicata.it/Sanita/Dati_Sisr)).

La natura «ospedalocentrica» del sistema regionale lucano è evidenziata anche dal ruolo del Crob di Rionero. Si tratta di un polo nato con forti ambizioni e con lo scopo di diventare il punto di riferimento regionale nella disciplina oncologica.

Confrontando i dati di attività del Crob con quelli relativi al «San Carlo» si evince una rilevanza dell'Azienda ospedaliera. Le differenze quali-quantitative si registrano in particolare in termini di Drg chirurgici. Il Crob si caratterizza soprattutto per l'attività terapeutica erogata in regime di *day hospital* (tabelle 14 e 15).

L'attività del Crob risulta sicuramente in crescita anche come polo attrattivo a livello extra regionale (come mostra la tabella 15), tuttavia rispetto alla dimensione di quella realizzata

dal «San Carlo» non sembra rispondere appieno alla vocazione di polo oncologico di riferimento regionale dal punto di vista dell'attività chirurgica specialistica.

Le ragioni di tale situazione sono attribuibili, a nostro avviso, principalmente a due ordini di motivi:

— mancanza di una pianificazione regionale che consenta di integrare i differenti poli di offerta, valorizzando le specificità di ciascuno di essi;

— mancanza di sinergie strutturate tra il Crob ed il «San Carlo» che potrebbero sopperire alle lacune in termini di pianificazione. Infatti, se da un

**Tabella 11 - Icp e Icm per Azienda ospedaliera San Carlo e clinica privata (anni 1999, 2000)**

	Ortopedia				Chirurgia generale			
	Icp		Icm		Icp		Icm	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Az. ospedaliera San Carlo	0,87	0,932	1,03	1,069	1,14	1,169	1,19	1,217
Clinica privata	1,63	1,216	1,18	0,886	1,04	0,894	0,93	0,908

Fonte: Regione Basilicata (2002) - Dipartimento Sicurezza e solidarietà sociale, Ufficio Risorse finanziarie e controllo direzionale ([www.regione.basilicata.it/Sanita/Dati\\_Sisr](http://www.regione.basilicata.it/Sanita/Dati_Sisr)).

**Tabella 12 - Indicatori tradizionali di attività per ospedale e per reparto nella disciplina di chirurgia generale**

Chirurgia generale	Anno 1999				Anno 2000			
	Posti letto	Totali dimessi	Totali giorni degenza	Drg chirurgici	Posti letto	Totali dimessi	Totali giorni degenza	Drg chirurgici
Azienda ospedaliera San Carlo	133	5.161	40.310	2.328	133	4.932	39.761	2.521
Crob Rionero in Vulture					2	172	226	646
Casa di cura privata	30	1.056	5.789	574	30	1.015	4.283	114
Ospedale civile Policoro	41	2.092	9.545	395	41	2.069	9.452	398
Ospedale civile Stigliano	30	858	4.711	109	29	792	4.519	122
Ospedale civile Tinchì e Pisticci	38	1.620	9.143	284	38	1.581	9.042	352
Ospedale civile Villa d'Agri-Marsico Vetere	37	1.923	9.282	676	37	1.771	9.170	741
Ospedale di zona Tricarico	36	1.747	7.051	576	32	1.790	7.185	612
Ospedale generale di zona Chiaromonte	20	809	4.312	145	20	581	2.864	126
Ospedale generale di zona Lagonegro	32	1.346	8.148	609	32	1.328	7.796	653
Ospedale provinciale Matera	46	1.715	8.504	745	46	1.752	8.074	875
Ospedale S. Francesco di Venosa	23	1.601	7.612	607	32	1.689	8.774	639
Ospedale S. Giovanni di Dio di Melfi	42	2.188	12.082	555	43	1.953	11.160	494
<b>Totale regione</b>	<b>508</b>	<b>22.116</b>	<b>126.489</b>	<b>7.603</b>	<b>515</b>	<b>21.425</b>	<b>122.306</b>	<b>8.293</b>

Fonte: Regione Basilicata (<http://www.regione.basilicata.it/sanita/>).

lato il regime competitivo tra i diversi istituti va nella direzione di un continuo miglioramento della qualità del servizio offerto è evidente che tra le due strutture si crei una competizione impari. A riguardo si consideri il vantaggio competitivo di cui gode il reparto di oncologia del «San Carlo» derivante da motivazioni di natura logistica (Potenza gode sicuramente di

migliori infrastrutture) e strutturale (il «San Carlo» può avvantaggiarsi nell'erogazione delle prestazioni delle integrazioni tra un numero più elevato di discipline).

## 5. Conclusioni

Il sistema sanitario lucano si connota per il passaggio da un modello di fi-

nanziamento tradizionale ad un modello a centralità Asl «ibrido» di tipo cooperativo e negoziale. Ovvero, da un modello in cui i flussi finanziari rappresentano il semplice aggiustamento contabile di un sistema di decisioni variamente governate, ad un modello in cui vengono introdotti meccanismi cooperativi all'interno di predefiniti vincoli.

**Tabella 13 - Indicatori tradizionali di attività per ospedale e per reparto nella disciplina di ortopedia**

Ortopedia	Anno 1999				Anno 2000			
	Posti letto	Totali dimessi	Totali giorni degenza	Drg chirurgici	Posti letto	Totali dimessi	Totali giorni degenza	Drg chirurgici
Azienda ospedaliera San Carlo	52	3.014	14.626	932	56	2.951	14.535	999
Casa di cura privata	30	841	7.930	292	30	1.162	7.909	713
Ospedale civile Policoro	30	1.586	8.592	412	30	1.482	6.951	370
Ospedale civile Stigliano	14	449	2.214	68	10	366	1.609	69
Ospedale civile Villa d'Agri-Marsico Vetere	22	1.323	6.810	452	22	1.170	6.212	377
Ospedale di Pescopagno	27	1.629	7.856	445	27	1.723	7.209	500
Ospedale Giovanni De Lieto di Maratea	24	1.552	4.846	402	24	1.100	3.655	359
Ospedale provinciale Matera	50	1.602	10.630	944	50	1.631	11.420	987
Ospedale S. Giovanni di Dio di Melfi	10	801	2.995	94	10	785	2.266	58
<b>Totale regione</b>	<b>259</b>	<b>12.797</b>	<b>66.499</b>	<b>4.041</b>	<b>259</b>	<b>12.370</b>	<b>61.766</b>	<b>4.432</b>

Fonte: Regione Basilicata (<http://www.regione.basilicata.it/sanita/>).

**Tabella 14 - Indicatori tradizionali di attività. Confronto Azienda ospedaliera San Carlo e Crob nella disciplina di oncologia**

Oncologia	Anno 1999					Anno 2000				
	Posti letto	Totali dimessi	Totali giorni degenza	Drg chirurgici	Day hospital	Posti letto	Totali dimessi	Totali giorni degenza	Drg chirurgici	Day hospital
Azienda ospedaliera San Carlo	15	2.049	7.256	26	733	15	2.227	8.890	38	458
Onc. reg. Rionero in Vulture Crob	7	1.226	2.600	—	667	15	2.137	4.927	6	1.228
<b>Totale</b>	<b>22</b>	<b>3.275</b>	<b>9.856</b>	<b>26</b>	<b>1400</b>	<b>30</b>	<b>4.364</b>	<b>13.817</b>	<b>44</b>	<b>1.686</b>

Fonte: Regione Basilicata (<http://www.regione.basilicata.it/sanita/>).

Tale meccanismo ha come finalità dichiarata quella di limitare la concorrenza tra i diversi erogatori pubblici; non è più conveniente per un'Asl offrire servizi ad un cittadino lucano non residente nel territorio di riferimento se questo servizio è già offerto dall'Asl di competenza. La Regione ha come obiettivo la creazione di un sistema sanitario regionale in cui le singole istituzioni cooperino e siano mutuamente «corresponsabilizzate» sugli obiettivi di salute fissati a livello regionale, mirando ad una competitività di sistema e non aziendale.

Tale scelta sembra a nostro avviso condivisibile considerate le caratteristiche istituzionali del sistema regionale. Si tratta di un sistema caratterizzato dalla quasi totale assenza del settore privato, da un limitato numero di soggetti erogatori pubblici e dalla carenza di infrastrutture che facilitino i collegamenti e le comunicazioni. Cooperare attraverso una gestione coordinata e integrata delle attività sembra la strada più percorribile per la Regione Basilicata.

In tale ottica, sarebbe opportuno creare un rapporto sinergico tra San Carlo e Crob con lo scopo di offrire un servizio per la prevenzione, cura, riabilitazione e ricerca delle patologie neoplastiche integrato, consentendo l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse.

Alla luce di quanto premesso, il raggiungimento dell'equilibrio economico da parte delle singole strutture diviene, nel sistema lucano, conseguenza, tra l'altro, del grado di cooperazione e di protagonismo dei soggetti istituzionali.

La delibera n. 366/2002 rappresenta la base per un fondamentale passaggio di tipo culturale, in quanto è intenzione della Regione allontanarsi da un sistema che prende atto delle scelte gestionali realizzate e degli effetti che esse hanno prodotto (il MdF seguiva in termini logici e cronologici i fatti della gestione) per muoversi verso un sistema che, definendo regole a priori (seppure ancora con molte difficoltà), prova ad orientare concretamente i comportamenti delle aziende. È da rilevare, tuttavia, che il ritardo di un'attività di programmazione in sintonia con gli ultimi provvedimenti sulla gestione delle aziende sanitarie regionali, sia dal punto di vista temporale che culturale, potrebbe di fatto incidere sulla portata degli stessi.

Il rapporto tra regole dichiarate *ex ante* (delibera 366/2002) e comportamenti effettivamente praticati *ex post*, in relazione alla sostenibilità delle conseguenze generate dagli indirizzi posti in essere passa, difatti, inevitabilmente attraverso la coerenza con i sistemi di programmazione e la consistenza ed il significato attribuito a

eventuali disavanzi da parte del sistema regionale stesso.

Altro elemento costitutivo del sistema sanitario regionale è rappresentato dal ruolo attribuito al settore privato. Esso, per ragioni storiche, politiche e culturali resta sottodimensionato. La scarsa presenza o quasi assenza di operatori privati sul mercato, non facilita la nascita di un sistema basato sulla convenienza economica e su regole predefinite con cui il pubblico può confrontarsi. Inoltre, tale contesto rende difficile il trasferimento di cultura organizzativa e gestionale dalle aziende private a quelle pubbliche. Tale rapporto, invece, potrebbe agire da catalizzatore nell'attuazione di un cambiamento auspicato e necessario per la sopravvivenza delle strutture sanitarie. In altre parole è probabile che al crescere del settore privato, con il quale le aziende pubbliche si confrontano in quanto acquirenti o concorrenti rispetto a medesime prestazioni/risorse, l'attitudine a valutare scelte sulla base di logiche e conseguenze economiche e finanziarie, cresca anche nelle aziende pubbliche.

Gli indirizzi contenuti nella del. G.R. n. 366/2002 sembrano, però, coerenti rispetto ad una situazione in cui il settore privato è quasi del tutto assente. La struttura delineata tende a soddisfare il bisogno di salute regionale e a competere a livello nazionale

**Tabella 15 - Distribuzione per Aziende di ricovero e per MDC - ricoveri complessivi**

	Anno 2001			Anno 2000			Anno 1999		
	S. Carlo	Crob	Totale regionale	S. Carlo	Crob	Totale regionale	S. Carlo	Crob	Totale regionale
MDC 17 (malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie)	158	343	546	181	251	478	151	88	272
<b>Totale mobilità attiva</b>	<b>3.458</b>	<b>547</b>	<b>12.301</b>	<b>3.324</b>	<b>298</b>	<b>11.767</b>	<b>3.041</b>	<b>105</b>	<b>11.121</b>

Fonte: Regione Basilicata (<http://www.regione.basilicata.it/sanita/>).

proponendo un sistema sanitario di tipo collaborativo e «ospedalocentrico», non potendo sfruttare le spinte provenienti dal settore privato. Il carattere collaborativo trova, nella definizione di accordi contrattuali in predefiniti spazi negoziali, il terreno più fertile nel quale manifestarsi, mentre la natura «ospedalocentrica» deriva dal ruolo istituzionale e dall'attività svolta dal «San Carlo». In virtù di tale scelta andrebbe ripensato il ruolo dell'Azienda ospedaliera che, per la rilevanza strategica all'interno della regione, dovrebbe orientare le sue azioni rispondendo alla primaria vocazione di azienda ad alta specializzazione. Sarebbe, pertanto, auspicabile non appesantire la struttura dell'offerta dell'Azienda con prestazioni non specialistiche, in particolare con quelle erogate in regime ambulatoriale. La via dell'alta specialità, inoltre, consentirebbe alla regione di ridurre la mobilità passiva, effettuando in tal modo un minor numero ricoveri ma incrementando significativamente la complessità dei casi trattati (valori dell'Icm più elevati).

(1) Per una definizione di assetto istituzionale più generale si veda quella proposta da Airolodi (Airolodi, Brunetti, Coda, 1994): «L'assetto istituzionale è definito essenzialmente dalla configurazione dei seguenti elementi: a) i soggetti dei quali l'istituto si forma e si svolge; b) i contributi che i soggetti conferiscono all'azienda, ordine economico dell'istituto; c) le ricompense che i soggetti ottengono dall'azienda a fronte dei contributi forniti; d) le prerogative di governo economico assegnate ai vari soggetti e da essi esercitate; i meccanismi e le strutture che regolano le correzioni tra i contributi e le ricompense, nonché i meccanismi e le strutture attraverso i quali le prerogative di governo economiche sono esercitate».

(2) DGR n. 366/2002, par. B-2.

(3) DGR n. 366/2002, par. B-2.

(4) Scelta influenzata dai fattori epidemiologici caratterizzanti la popolazione lucana.

(5) All'interno di tale categoria sono presenti aziende ospedaliere, istituti a gestione di-

retta, policlinici universitari, Irccs, ospedali classificati o assimilati e istituti presidio di Usl.

(6) Ambulatori e laboratori, altri tipi di strutture territoriali, strutture semiresidenziali, strutture residenziali.

(7) Attualmente è presente solo una bozza del Piano 2000-2002.

(8) Questo meccanismo di pagamento prospettico introduce incentivi molto forti al contenimento dei costi da parte dei produttori, attribuendo loro un diritto sul residuo, tuttavia al prezzo di indurre i comportamenti di *cream skimming*, *upcoding*, *dumping*, incremento dei ricoveri e induzione della domanda (Coulam, Gaumer, 1991).

(9) Un'ulteriore classificazione dei modelli è quella proposta da Bordon (Bordon, Giammanco, Guccio, 2002):

— *il modello command and control*. Richiama il sistema «Piani preventivi di attività», introdotto dalla legge 724/94, configurerebbe un sistema di programmazione di bilancio molto simile al *budget* globale (Arcangeli, Bariletti, Mapelli 1996) in cui i flussi finanziari rappresentano il semplice aggiustamento contabile di un sistema di decisioni variamente governate (piani, autorizzazioni, ecc.);

— *il modello della concorrenza negoziale (quasi mercati)*. Il modello di concorrenza negoziale si ha, quando i finanziatori operano come acquirenti collettivi di prestazioni, per conto dei propri assistiti, stipulando contratti con alcuni fornitori selezionati in base a criteri omogenei. In questo modello gli erogatori competono tra di loro per l'acquisizione del contratto il quale dà diritto ad una sorta di esclusiva di fornitura. Nel contratto possono essere stabiliti i volumi e prezzi delle prestazioni che sono specifici di ogni fornitore;

— *il modello della concorrenza amministrata*. L'adozione di tariffe fisse e uniformi per classi di erogatori, come inizialmente ipotizzato dal Psn 1994-1996, configurerebbe un modello di concorrenza, tra gli erogatori, simile a quello sviluppato in USA dal programma *Medicare (yardstick competition)*, ossia di un sistema sanitario che offra ampio spazio alle aziende private a partire dalla produzione dei servizi fino alla copertura dei rischi. Il modello di concorrenza amministrata si sviluppa, quindi, quando il finanziatore determina unilateralmente il prezzo al quale è disposto a pagare delle prestazioni sanitarie e tutti gli erogatori nella loro veste di fornitori competono per attrarre i pazienti sulla base della qualità (Mapelli, 1999). Tutti gli individui coperti dal finanziatore sono liberi di scegliere i «fornitori» di loro fiducia. Il finanziatore agisce in questo caso in posizione di terzo pagante e la competizione risulta aperta a tutti i fornitori che aderiscono alle regole generali stabilite nel contratto.

(10) Ispirandosi al modello inglese (Fattore, 1996).

(11) A riguardo si vedano:

— il decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni;

— il decreto legislativo n. 229 del 1999;

— la legge regionale n. 34 del 1995 e successive modificazioni e integrazioni;

— la legge regionale n. 39 del 2001;

— la legge regionale n. 10 del 2002.

(12) Si ricordano tra gli altri i provvedimenti della Giunta regionale n. 1276 dell'11 giugno 2001, n. 1902 del 4 settembre 2001, n. 225 del 18 febbraio 2002.

(13) Si precisa che:

— le tariffe vigenti per le prestazioni di assistenza ospedaliera sono quelle di cui al decreto del Ministero della sanità del 30 giugno 1997 e recepite con la del. G.R. 30 dicembre 1997, n. 9645;

— le tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, compresa la diagnostica strumentale di laboratorio, sono quelle di cui al decreto del Ministero della sanità del 22 luglio 1996 recepite dalla del. G.R. 30 dicembre 1997, n. 9645 ed integrate dalle tariffe per le prestazioni di laboratorio di cui alla del. G.R. 20 luglio 1998, n. 2186.

(14) Del. G.R. n. 366/2002, par. A-2.

(15) Si specifica che la clinica privata effettua ricoveri nei reparti di chirurgia generale e ortopedia.

## BIBLIOGRAFIA

- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (1994), *Economia aziendale*, il Mulino, Bologna.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (2002), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2002, Egea, Milano.
- ARCANGELI L., BARILETTI A., MAPELLI V. (1996), *Riforme pro - concorrenziali in sanità e governo del Servizio sanitario nazionale*, Commissione tecnica per la spesa pubblica, Ministero del tesoro, Roma.
- BORDON P., GIAMMANCO R., GUCCIO C. (2002), *Politiche di regolamentazione e finanziamento dell'attività ospedaliera: due sistemi sanitari regionali a confronto*, Agenzia regionale per la sanità, Regione Friuli-Venezia Giulia.
- CANTÙ E., JOMMI C. (2003), «I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie in cinque regioni italiane», in Falcitelli N., Trabucchi M., Vanara F. (a cura di), *Rapporto sanità 2003*, il Mulino, Bologna.

- CAUZILLO G., GALLO M., SORRENTINO G. (2002), *La Basilicata in cifre*, Rapporto OeRB, 1: pagg. 22-32.
- COULAM R.F., GAUMER G.L. (1991) «Medicare's prospective payment system: a critical appraisal», *Health Care Financing Review*, supplement, pp. 45-77.
- CENSIS (2001), *Regionalismo e sanità, vantaggi e svantaggi della devolution in sanità*, Roma (tratto da [www.censis.it/censis/ricerche/2001/regsanita/3.htm](http://www.censis.it/censis/ricerche/2001/regsanita/3.htm)).
- DEL VECCHIO M. (2000), «Modelli regionali di finanziamento delle aziende sanitarie», in *Atti convegno «Sanità tra ricerca e mercato»*, Università di Padova, 13-14 ottobre 2000.
- FATTORE G. (1996), «Sistemi di competizione amministrata nel Ssn: modelli di finanziamento a tariffa e modelli negoziali», *Mecosan*, 19, pp. 81-85.
- JOMMI C. (2000), «I meccanismi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie», in Anessi Pessina E., Cantù E., *Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- MAPELLI V. (1999), *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna.
- PIGNATARO G., RIZZO I. (2000), *Pubblico e privato nelle regioni italiane*, Università di Catania, Atti AIES 2000.
- REGIONE BASILICATA (1997), *Linee guida per l'attivazione della contabilità economica-patrimoniale e del controllo di gestione nelle Aziende sanitarie*, IRIS, Potenza.
- REGIONE BASILICATA (2002), *Relazione sanitaria 2001*, Potenza.
- UFFICIO DI STATISTICA, MINISTERO DELLA SALUTE (2001), *Attività gestionali ed economiche delle Asl e Aziende ospedaliere*, Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale 2000, Roma.

# LE MATRICI DI POSIZIONAMENTO: UNO STRUMENTO INNOVATIVO PER LE AZIENDE SANITARIE

Adelaide Ippolito<sup>1</sup>, Guglielmo Tremante<sup>2</sup>, Vincenzo Viggiani<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Studi e Ricerche Aziendali, Università degli Studi di Salerno

<sup>2</sup> Azienda ospedaliera Monaldi

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. I modelli di matrici di posizionamento utilizzati per l'analisi - 3. L'applicazione delle matrici all'Azienda ospedaliera Monaldi - 4. Conclusioni.

*Started in the last 2002 and finished in the first 2003, at Azienda ospedaliera «Vincenzo Monaldi», a new study was, directed towards the definition of some positioning matrixes of the divisions of the hospital. Such analysis has been developed with the aim to dispose of tools able to supply relevant information, suitable to improve the knowledge of the situation of the single divisions and to support the choices of the General Management during strategic planning. Granted that all the drawn up models have on the abscissa the ratio between direct plus intermediate costs and revenues as a fixed parameter, the first kind of matrix has derived, for each division, by crossing this ratio with the index of complexity, in order to know, for each single division, the profitability achieved, in terms of economic equilibrium, keeping in mind the level of complexity of the activity they carry out. The second considered matrix compares the conditions of economic equilibrium of the divisions and the quality perceived by people in charge in the same divisions. The choice of this latter parameter, comes from the need to define a proxy indicator, able to express the qualitative level of each single division, the way it is perceived by the director (the evaluation expressed by the director has regarded: the structural aspects, the technology tools and the available personnel), and which way this indicator is related to the conditions of economic efficiency. The third analysed matrix compares the economic equilibrium of divisions with the organizational standardisation of the activities they carry out. The choice to consider the organizational standardisation as a parameter of the matrix, comes from the need to know the level of spread of the procedures targeted to behaviours homogenisation and coding, and therefore of effectiveness in terms of health of treated patients, so as to point out the possible effects caused by organizational standardization on cost-effectiveness conditions. Each one of drawn up positioning matrixes, has allowed a critical analysis of the characteristics of Azienda Monaldi and to get useful information for General Management to be used during strategic planning at the end of 2003.*

## 1. Premessa

Le progressive riforme cui è stato sottoposto negli ultimi dieci anni il Sistema sanitario nazionale hanno evidenziato l'esigenza, per le aziende sanitarie pubbliche, di avviare i necessari processi di cambiamento per far fronte alle spinte generate dall'ambiente sia esterno, sia interno al settore sanitario. Le spinte, in particolare, sono generate da diversi fattori (Del Vecchio M., 2000) quali l'evoluzione normativa che ha interessato il settore sanitario e pubblico in generale, che, con l'avvio dei processi di aziendalizzazione e l'introduzione del nuovo si-

stema di finanziamento, ha promosso l'attenzione ai principi di efficienza, efficacia ed economicità nella gestione delle aziende sanitarie; l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche, che ha accresciuto progressivamente le speranze di vita della collettività ma anche i costi dei relativi investimenti; il mutamento del contesto sociale ed economico, che ha dato luogo ad una trasformazione sia nei bisogni di carattere sanitario espressi dalla collettività, sia nella contestuale domanda di servizi sanitari; il ruolo attivo e propositivo sviluppato dai clienti dei servizi sanitari che esprimono una domanda che si caratterizza per la

richiesta di nuovi e più numerosi servizi sanitari, ma anche per «una maggiore consapevolezza delle proprie esigenze e dei bisogni da soddisfare» (Polonelli C., 1995, p. 440).

Tali processi di cambiamento, secondo le realtà territoriali ed aziendali in cui si sono sviluppati, hanno dato luogo a comportamenti diversificati da parte delle varie aziende sanitarie

---

Pur essendo frutto del lavoro congiunto degli Autori i paragrafi 2 e 3 sono da attribuire ad A. Ippolito, il paragrafo 1 a G. Tremante e il paragrafo 4 a V. Viggiani.

Gli Autori ringraziano inoltre Vincenzo Villani per l'elaborazione delle figure in Spss.

pubbliche in relazione al grado di evoluzione dei contesti organizzativi e delle capacità di apprendimento sviluppate in ogni singolo contesto: in alcuni casi, infatti, si è avuto un mero comportamento di tipo *adattivo*, volto a realizzare un semplice adeguamento ai cambiamenti imposti dall'ambiente e dall'aumento della complessità; altre realtà aziendali, invece, hanno avuto un comportamento di tipo *proattivo*, finalizzato ad anticipare, e in alcuni casi a promuovere, i cambiamenti generati dall'ambiente.

I processi di cambiamento che hanno interessato il settore sanitario hanno, inoltre, posto l'esigenza, per le aziende sanitarie, di verificare le caratteristiche e il posizionamento della propria offerta sul mercato, in modo da accertare il livello di coerenza che essa presenta con i bisogni sanitari espressi dal mercato e con le offerte realizzate dalle altre aziende sanitarie presenti sul territorio. La verifica di tale coerenza si rende necessaria per evitare che l'offerta predisposta in un dato periodo dall'azienda sanitaria non sia conforme all'evoluzione e alle variazioni dei bisogni sanitari avvertiti dai clienti, oppure, che in un dato ambito territoriale (come può essere quello, ad esempio, di competenza delle Asl) le offerte di servizi sanitari erogate dalle diverse aziende sanitarie non siano congruenti con le esigenze espresse dal contesto socio-economico ed epidemiologico e non presentino contemporaneamente molte aree di sovrapposizione e aspetti di inadeguatezza. Nella medesima azienda, inoltre, tali analisi sono necessarie al fine di valutare il contributo di ciascun reparto alla redditività aziendale e/o alla copertura dei costi, oppure, il diverso grado di complessità, flessibilità, ecc. e le loro evoluzioni nel tempo. Infatti, i mutamenti degli scenari che negli ultimi anni hanno caratterizzato anche il settore sanitario impongono alle

aziende sanitarie pubbliche l'esigenza di analizzare criticamente il livello di coerenza dell'offerta erogata sia con l'ambiente esterno sia all'interno della singola azienda.

Sulla base di tali considerazioni, è stato avviato, presso l'Azienda ospedaliera Vincenzo Monaldi di Napoli, uno studio volto alla realizzazione di matrici di posizionamento finalizzate all'analisi delle caratteristiche dell'offerta erogata da ciascun reparto dell'azienda. Il termine *matrici di posizionamento*, in tale accezione, fa riferimento all'elaborazione di strumenti che focalizzano la loro attenzione sia su elementi percettivi (propri delle mappe di posizionamento), sia su condizioni di redditività e competitività economica (proprie delle matrici di redditività), in modo da permettere, attraverso la considerazione di aspetti percettivi ed economici, una visione critica delle attività realizzate, del loro grado di coerenza con i bisogni espressi dal contesto ambientale e con la valenza di elevata specializzazione posseduta dall'azienda, contribuendo alla realizzazione delle necessarie basi informative da utilizzare in sede di pianificazione strategica. Gli strumenti analizzati, infatti, pur non consentendo, singolarmente considerati, un'analisi esaustiva della situazione aziendale, rappresentano un valido ausilio per le decisioni di natura strategica.

## **2. I modelli di matrici di posizionamento utilizzati per l'analisi**

Negli ultimi mesi del 2002, presso l'Azienda ospedaliera «Vincenzo Monaldi», è stato iniziato uno studio che si è concluso all'inizio del 2003, finalizzato alla costruzione di matrici di posizionamento delle divisioni presenti nell'azienda. Tale analisi è stata sviluppata con lo scopo di ottenere informazioni utili per la Direzione ge-

nerale per approfondire la conoscenza della situazione di ogni singola divisione e da utilizzare, successivamente, in sede di pianificazione strategica.

La scelta delle matrici di posizionamento deriva dall'esigenza di dover disporre di strumenti in grado di fornire, in modo soprattutto sintetico e quindi facilmente fruibile per l'Azienda, informazioni di rilievo critico idonee a supportare le scelte della direzione. Ciò non significa che l'elaborazione delle matrici di posizionamento possa esaurire il fabbisogno informativo della direzione, ma sicuramente possono assumere un ruolo di rilievo nell'ambito delle fonti informative aziendali.

Per analisi di questo tipo alcune aziende sanitarie hanno iniziato ad utilizzare la matrice *Boston Consulting Group* (BCG). A parere di chi scrive, l'utilizzo della matrice BCG per le aziende sanitarie, pur presentandosi molto interessante per le informazioni che può fornire, suscita talune perplessità: infatti, la definizione della quota di mercato si presenta abbastanza difficile sia se riferita alle singole divisioni, sia se riferita all'azienda sanitaria nel suo complesso, in considerazione della difficoltà di avere informazioni sufficientemente attendibili su questo parametro. Anche la definizione del grado di attrattività del mercato si presenta abbastanza difficile e inoltre con un valore poco segnalatico per il settore dei servizi sanitari, poiché il principio dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni (art. 1, D.L.vo 229/99) imporrebbe di premiare le aziende sanitarie che nel tempo riducono il numero delle prestazioni sanitarie erogate, come fattore che esprime la capacità dell'azienda sanitaria di migliorare il livello di salute della popolazione. Quanto affermato farebbe venire meno la valenza delle diverse politiche di investimento adottabili per aree.

Le tipologie di matrici di posizionamento considerate per l'analisi critica delle divisioni dell'Azienda Monaldi hanno comportato, in primo luogo, la scelta dei parametri da incrociare nell'elaborazione dei diversi modelli, scelta realizzata sulla base dei fabbisogni informativi da soddisfare.

Premesso che tutti i modelli elaborati hanno come parametro fisso all'asse delle ascisse il rapporto tra i ricavi ed un valore dato dalla somma dei costi diretti più quelli intermedi, il primo tipo di matrice è stato realizzato incrociando per ogni divisione tale rapporto con il valore medio dei pesi relativi dei Drg riferiti ai ricoveri ordinari (1). La scelta di tali parametri deriva dall'esigenza di conoscere, per ogni singola divisione, la redditività raggiunta, in termini di equilibrio economico, tenuto conto del livello di complessità dell'attività realizzata.

L'utilizzo di tali parametri, tuttavia, necessita un chiarimento: il primo dei parametri considerati (il rapporto tra ricavi ed i costi diretti più intermedi), rappresenta un indicatore di carattere prettamente economico che consente di formulare, per ogni divisione, valutazioni sul grado di equilibrio economico raggiunto e, di conseguenza, il contributo apportato da ciascuna divisione all'equilibrio economico conseguito dall'Azienda, tuttavia, il numeratore ed il denominatore non esprimono valori omogenei. Infatti, il numeratore, costituito dai ricavi conseguiti, deriva dalla sommatoria dei Drg e delle tariffe ambulatoriali (per le divisioni che svolgono anche attività ambulatoriale, altrimenti si considera solo il valore dei Drg) prodotti da ogni divisione. Il valore dei ricavi, quindi, non assume appieno lo stesso valore segnaletico che ha nelle aziende private: in queste ultime esso esprime, in estrema sintesi, la capacità competitiva aziendale, che deriva non solo dal volume dei beni e servizi venduti sul

mercato, ma anche dal livello di prezzo fissato sul quale le aziende hanno, entro certi limiti, un'ampia discrezionalità. Le aziende sanitarie pubbliche, invece, pur essendo il valore dei ricavi un indicatore significativo dell'immagine e del livello di professionalità riconosciuta dai pazienti, non hanno alcuna discrezionalità sul valore di ogni singolo Drg o tariffa ambulatoriale, essendo questi fissati da ogni Regione (sulla base di indicazioni fornite a livello ministeriale) e periodicamente sottoposti a revisione.

Il denominatore del rapporto considerato (i costi diretti più intermedi) invece, rappresenta un dato desunto dalla contabilità analitica dell'azienda: esso, quindi, è strettamente legato alle condizioni di efficienza con cui l'azienda sanitaria, ed in particolare la divisione, utilizza le risorse a disposizione. Inoltre, la sua determinazione comporta delle precisazioni: in primo luogo, la contabilità analitica è ancora poco sviluppata nelle aziende sanitarie, di conseguenza, risulta spesso difficile poter definire tale valore; in secondo luogo, la scelta dei parametri costi diretti (il complesso dei costi direttamente imputabile alla divisione) più costi intermedi (costi relativi alle prestazioni di diagnosi richieste ai servizi di laboratorio o di radiologia cui ha fatto ricorso la divisione come, ad esempio, gli esami di radiodiagnostica, gli esami ematochimici, ecc.) deriva dall'esigenza di imputare alla divisione i soli costi di cui ha la responsabilità, per cui, sono esclusi dal calcolo i costi indiretti ed i costi generali aziendali. Di conseguenza, il risultato del rapporto ottenuto rappresenta un margine di contribuzione, espresso in valore percentuale, che esprime il grado di copertura dei costi di cui la divisione ha il governo (costi diretti ed intermedi).

Il secondo parametro considerato nella matrice è il valore medio dei pesi

relativi dei Drg riferiti ai ricoveri ordinari, che misura la complessità della casistica trattata, la cui determinazione si ottiene dal D.M. 15 aprile 1994, «nel quale un coefficiente indica la gravosità relativa in termini di assorbimento di risorse di un determinato Drg rispetto al costo medio di un ricovero: se un Drg per esempio, ha un peso relativo pari a 1,2345, ciò significa che il suo costo complessivo è pari a 1,2345 volte il costo medio di un ricovero; ipotizzando che quest'ultimo sia pari a L. 1.000.000, il costo di quel Drg sarà pari a L. 1.234.500» (Olla G. *et al.*, 2000, p. 25). Tale parametro risulta, tuttavia, abbastanza discutibile, poiché generalmente per le analisi del livello di complessità è utilizzato l'indice di *case-mix*, che misura la complessità della casistica trattata (attraverso il calcolo del rapporto tra la composizione della casistica trattata in ciascun istituto di cura, ponderata con il sistema dei pesi relativi Drg, e la composizione ponderata della casistica trattata nel complesso degli istituti di cura operanti nell'ambito del Servizio sanitario regionale o provinciale, Linee guida n. 1/1995, allegato 2); tuttavia, è stato deciso di adottare il valore medio dei pesi relativi dei Drg perché interessava realizzare un'analisi prettamente interna e non di confronto con gli altri istituti di cura regionali.

L'incrocio dei due parametri considerati nella matrice, rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi e il valore medio dei pesi relativi dei Drg, consente di individuare quattro tipologie di aree (figura 1) caratterizzate da diverse condizioni di margine di contribuzione e di complessità dei casi trattati:

— l'area X, in cui si posizionano le divisioni caratterizzate da un margine di contribuzione non soddisfacente (i ricavi non coprono adeguatamente i costi diretti più quelli intermedi) e da una bassa complessità della casistica

trattata l'azienda sanitaria per tali divisioni deve cercare di promuovere, in sede di pianificazione strategica, il raggiungimento delle condizioni di efficienza attraverso la razionalizzazione delle risorse utilizzate, anche perché le condizioni di bassa efficienza in questo caso non sono giustificate dalla complessità dei casi trattati, che in questo caso è bassa e che non si può nemmeno elevare in assenza di politiche di contenimento dei costi, pena l'ulteriore aggravamento dell'equilibrio economico;

— l'area J, in cui si posizionano le divisioni caratterizzate da un insoddisfacente margine di contribuzione e da un elevato grado di complessità della casistica trattata: l'azienda sanitaria, di conseguenza, deve verificare in modo accurato se l'inadeguata copertura dei costi diretti più quelli intermedi da parte dei ricavi è dovuta all'elevata specializzazione delle attività realizzate, che non sono sufficientemente remunerate dalle tariffe, o al mancato conseguimento delle condizioni di efficienza economica che, soprattutto in quest'ultimo caso, devono indurre ad una maggiore attenzione alla riduzione dei costi;

— l'area W, in cui si posizionano le divisioni caratterizzate da un soddisfacente margine di contribuzione (i ricavi sono superiori ai costi diretti più intermedi) e da un'elevata complessità della casistica trattata, che possono essere definite di eccellenza per l'azienda, perché contribuiscono positivamente alle sue condizioni di equilibrio economico generali e, per la specializzazione elevata delle attività realizzate, alla sua immagine. L'azienda sanitaria in questo caso deve contribuire a mantenere le condizioni di efficienza e della complessità delle attività realizzate;

— l'area Y, in cui si posizionano le divisioni caratterizzate da un soddisfacente margine di contribuzione e da

una bassa complessità della casistica trattata: l'azienda sanitaria, in questo caso, oltre a contribuire al mantenimento di un'adeguata tensione per le condizioni che garantiscono l'efficienza, deve verificare se è possibile promuovere un aumento della complessità dei casi trattati, a condizione, tuttavia, che ciò non influenzi negativamente l'equilibrio economico delle divisioni.

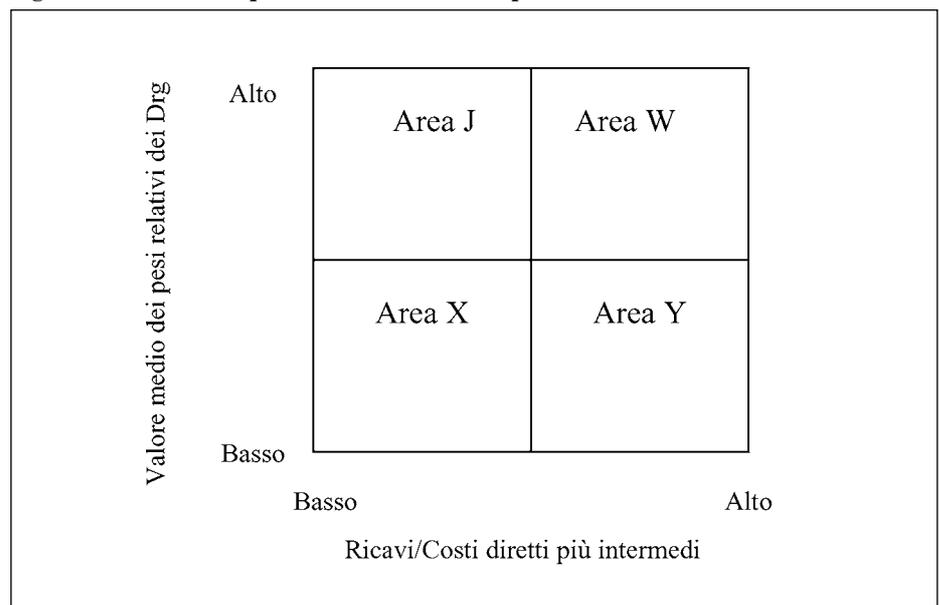
La seconda matrice considerata pone a confronto, come suoi parametri, il margine di contribuzione delle divisioni, dato dal rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi e del quale si è ampiamente discusso, e la qualità percepita dai primari delle rispettive divisioni. La scelta di quest'ultimo parametro deriva dall'esigenza di determinare un indicatore in grado di esprimere il livello qualitativo di ogni singola divisione così come questo è percepito dal primario (il cui giudizio può consentire di valutare per ogni divisione gli aspetti strutturali, le dotazioni tecnologiche e il personale a disposizione) e in che modo tale indicatore si rapporta alle

condizioni di efficienza economica, al fine dell'individuazione delle opportune politiche da promuovere in sede di pianificazione strategica.

Il livello di qualità percepito dal primario di ciascuna divisione è stato ottenuto attraverso interviste nell'ambito delle quali sono stati somministrati dei questionari ai primari, finalizzati alla valutazione della qualità e quantità degli ambienti in cui sono allocate le divisioni, della quantità ed aggiornamento tecnologico delle dotazioni strumentali e, infine, la qualità e quantità delle risorse umane a disposizione. Questo parametro, nonostante possa essere criticato poiché non considera la qualità percepita dai pazienti, si è dimostrato abbastanza attendibile nei riscontri realizzati attraverso colloqui con la direzione generale.

L'incrocio dei due parametri considerati nella matrice, costi diretti più intermedi e qualità percepita dai primari, consente di individuare quattro tipologie di aree (figura 2) caratterizzate da diverse condizioni di efficienza e qualità:

**Figura 1 - La matrice equilibrio economico e complessità**



— l'area A, in cui si posizionano le divisioni caratterizzate da un insoddisfacente margine di contribuzione e da una bassa qualità: l'azienda sanitaria per tali divisioni deve adottare una politica di ristrutturazione volta a migliorare le condizioni di efficienza ed anche il livello di qualità e, in caso di insuccesso di tale politica, l'azienda sanitaria potrebbe, compatibilmente con i vincoli posti dalla Regione, decidere di esternalizzare tali attività;

— l'area B, in cui si posizionano le divisioni caratterizzate da un insoddisfacente margine di contribuzione ma da un'alta qualità: l'azienda sanitaria per tali divisioni deve adottare una politica di sostegno attivo volta a promuovere il raggiungimento delle condizioni di efficienza economica e, al contempo, assicurare il mantenimento della qualità;

— l'area C, in cui si posizionano le divisioni caratterizzate da un soddisfacente margine di contribuzione ed un'elevata qualità, che possono essere definite d'eccellenza, perché contribuiscono al raggiungimento delle condizioni di equilibrio economico generale dell'azienda sanitaria ed alla diffusione di un'immagine di elevata professionalità: di conseguenza, l'azienda sanitaria deve sviluppare una politica di investimento orientata a mantenere, se non addirittura promuovere ulteriormente, le condizioni di efficienza ed il livello di qualità raggiunti;

— l'area D, in cui si posizionano le divisioni caratterizzate da un soddisfacente margine di contribuzione e da una bassa qualità, l'azienda sanitaria, in questo caso, oltre a promuovere il mantenimento delle condizioni che assicurano l'efficienza, deve stimolare un miglioramento dei livelli di qualità.

La terza matrice analizzata mette a confronto le condizioni di efficienza delle divisioni, misurate sempre dal

rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi, e il livello di standardizzazione organizzativa delle attività realizzate. La scelta della standardizzazione organizzativa come parametro della matrice deriva dall'esigenza di conoscere il livello di diffusione, nelle varie divisioni, delle procedure finalizzate all'omogeneizzazione e codifica dei comportamenti e, quindi, dei risultati in termini di salute dei pazienti trattati. Tale parametro è stato rapportato alle condizioni di equilibrio economico in modo da evidenziare i possibili riflessi che la standardizzazione organizzativa produce sulle condizioni di efficienza economica e le conseguenti politiche da adottare in sede di pianificazione strategica.

Il livello di standardizzazione organizzativa di ciascuna divisione è stato ottenuto attraverso interviste ai primari, nell'ambito delle quali sono stati somministrati dei questionari volti a valutare l'esistenza e l'utilizzo di linee guida e protocolli di diagnosi e cura, le modalità di gestione della cartella clinica, la frequenza con cui sono organizzate riunioni di *staff* della divisio-

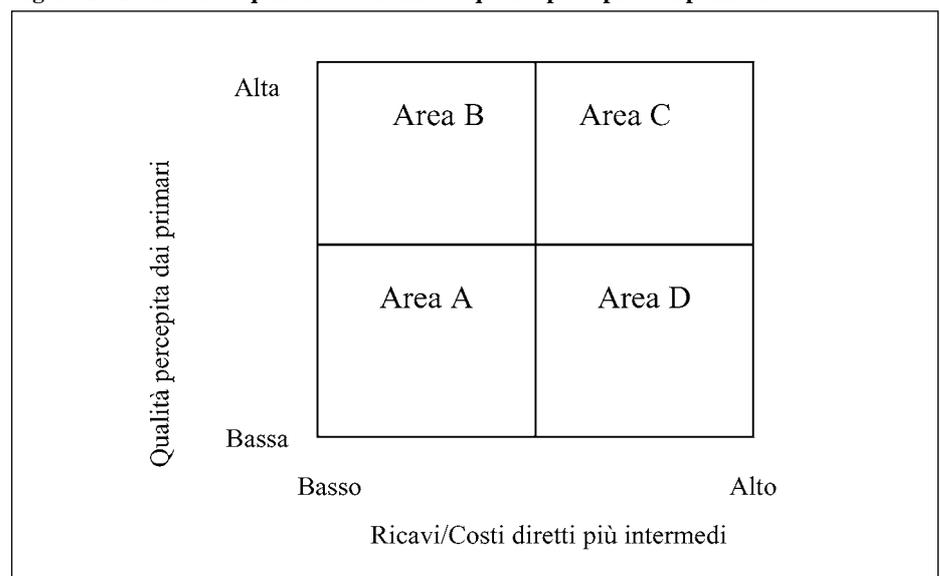
ne, le modalità di passaggio delle consegne tra personale medico ed infermieristico e l'esistenza e modalità realizzative delle procedure di *follow-up*.

L'incrocio dei due parametri considerati nella matrice, rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi e la standardizzazione organizzativa, consente di individuare quattro tipologie di aree (figura 3) caratterizzate da diverse condizioni di equilibrio economico e standardizzazione:

— l'area H, in cui si posizionano le divisioni caratterizzate da un insoddisfacente margine di contribuzione e da una bassa standardizzazione organizzativa: l'azienda sanitaria deve qui adottare una politica volta a promuovere la diffusione di procedure e comportamenti finalizzati alla standardizzazione organizzativa, ciò consentirà anche di apportare sensibili miglioramenti alle condizioni di equilibrio economico;

— l'area I, in cui si posizionano le divisioni caratterizzate da un insoddisfacente margine di contribuzione ma da un'alta standardizzazione organizzativa: l'azienda sanitaria per tali divi-

Figura 2 - La matrice equilibrio economico e qualità percepita dai primari



sioni deve promuovere il raggiungimento delle condizioni di efficienza economica, assicurando un sostegno attivo alla standardizzazione organizzativa sviluppata;

— l'area L, in cui si posizionano le divisioni caratterizzate da un soddisfacente margine di contribuzione ed un'elevata standardizzazione organizzativa, che possono essere definite d'eccellenza, perché coniugano condizioni di efficienza economica ed efficacia organizzativa: l'azienda sanitaria deve, in tale situazione, promuovere attivamente il mantenimento dei risultati raggiunti;

— l'area M, in cui si posizionano le divisioni caratterizzate da un soddisfacente margine di contribuzione e da una bassa standardizzazione organizzativa: l'azienda sanitaria, in questo caso, oltre a promuovere il mantenimento delle condizioni che assicurano l'efficienza, deve stimolare l'adozione di strumenti che assicurino la standardizzazione delle procedure e dei comportamenti.

### 3. L'applicazione delle matrici all'Azienda ospedaliera Monaldi

Le matrici ottenute nell'analisi applicata alla realtà dell'Azienda ospedaliera Monaldi hanno consentito di ottenere informazioni abbastanza interessanti.

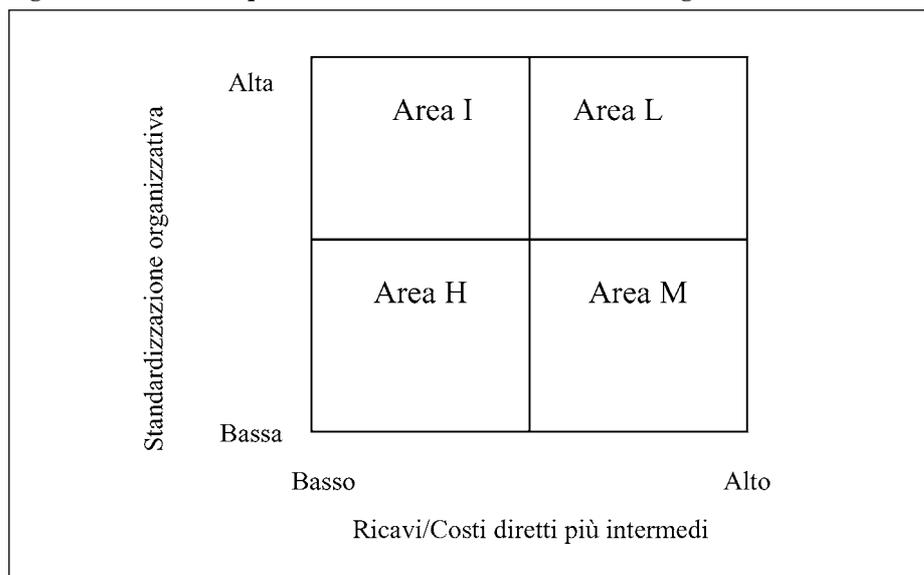
Occorre, tuttavia, premettere che le matrici sono state elaborate con dati di sintesi, in modo da avere informazioni sul posizionamento di aggregati di divisioni, infatti, l'analisi dei singoli dati delle divisioni avrebbe avuto una scarsa segnaleticità, poiché alcune di esse presentano valori molto simili. La sintesi dei dati, in particolare, è stata realizzata traducendo i range di valori dei parametri in un punteggio. Di seguito si riportano le tabelle con indicazione dei punteggi attribuiti ad ogni range di parametri.

L'attribuzione di un punteggio ai diversi parametri incrociati per la formazione delle matrici ha consentito di individuare dei raggruppamenti cluster omogenei di divisioni, caratterizzati cioè (per ognuna delle matrici) dai medesimi punteggi; in particolare, i cluster individuati per ogni matrice, e di seguito riportati, sono contrassegnati da lettere alfabetiche.

L'analisi della prima matrice realizzata, che pone a confronto le condizioni di redditività con il livello di complessità (figura 4), evidenzia, nel complesso, una situazione abbastanza positiva per l'Azienda Monaldi. Premesso, infatti, che il range relativo al rapporto tra ricavi e costi diretti più inter-

medi considerato come indicativo di un valore medio è stato individuato in quello contrassegnato dai valori percentuali da 1,01 a 1,25 (III range), occorre precisare che questa scelta, certamente discrezionale, è stata realizzata considerando che tale range consente di coprire strettamente i costi diretti più intermedi, mentre un buon livello di redditività si ottiene per valori superiori a quello dell'1,25% che consentono di coprire anche la quota dei costi indiretti e generali d'azienda e di generare una quota di utile favorevole alle condizioni di equilibrio aziendale. Per quanto riguarda, invece, il valore medio dei pesi relativi dei Drg, l'individuazione di un range considerabile

**Figura 3 - La matrice equilibrio economico e standardizzazione organizzativa**



**Tabella 1 - Punteggio attribuito al range del rapporto ricavi/costi diretti + intermedi**

Range rapporto ricavi/costi diretti + intermedi	Punteggio
0 - 0,75	1
0,76 - 1	2
1,01 - 1,25	3
1,26 - 1,50	4
1,51 - ++++	5

come medio ha comportato notevoli difficoltà. In particolare, la mancanza di valori di riferimento a livello nazionale da utilizzare per la ricerca realizzata ha comportato l'esigenza di fare riferimento alla media aziendale del valore medio dei pesi relativi dei Drg, avendo, però, l'Azienda Monaldi un'elevata complessità delle prestazioni a livello nazionale, ciò rende il valore medio aziendale, pari a 1,65, molto discrezionale ed anche discutibile. Infatti, la media aziendale, che è abbastanza elevata, non consente di avere informazioni molto efficaci a fini della ricerca realizzata, poiché le divisioni che non erogano prestazioni chirurgiche, ma anche buona parte di quelle che erogano prestazioni chirurgiche a bassa complessità, difficilmente possono superare un valore medio dei pesi relativi dei Drg pari 1,65. Un'analisi esauriente avrebbe richiesto un confronto tra il valore medio dei pesi relativi dei Drg di ogni divisione con il valore medio dell'analoga specializzazione a livello regionale e nazionale; tuttavia, in mancanza di valori di riferimento, si è preferito realizzare un confronto con la media aziendale, anche se i risultati sono discutibili, ponendo, in particolare, come *range* di valori medio quello corrispondente ai valori da 1,01 a 2 (II *range*), in cui una sola divisione supera il valore di 1,65.

Analizzando la matrice si può notare che, sulla base dei valori assunti come medi sia per la redditività (III *range*), sia per la complessità (II *range*), un solo *cluster* (E), cui fanno capo quattro divisioni, è situato nel quadrante caratterizzato da un basso rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi e da una bassa complessità; tre *cluster* (I, J e C), cui fanno capo in totale cinque divisioni, sono situati nel quadrante caratterizzato da un'alta complessità e da un rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi basso (I) o

medio (J e C); ben cinque *cluster* (D, G, H, B e A), cui fanno capo in totale ventuno divisioni, sono situati nel quadrante caratterizzato da un elevato rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi ed un'elevata complessità; un solo *cluster* (F), cui fanno capo due divisioni, è situato nel quadrante caratterizzato da una bassa complessità e da un elevato rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi.

L'analisi della seconda matrice considerata, che pone a confronto il grado di copertura dei costi diretti più intermedi e la qualità percepita dai pri-

mari (figura 5), è stata realizzata ponendo come valore medio per il rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi quello contrassegnato dai valori percentuali da 1,01 a 1,25 (III *range*), mentre per la qualità percepita dai primari il valore medio è stato fatto corrispondere, in modo abbastanza intuitivo, alla valutazione media della qualità percepita (III *range*).

Dalla matrice si evince che un solo *cluster* (H), cui fa capo una sola divisione, è situato nel quadrante caratterizzato da una bassa qualità percepita e da un basso rapporto tra ricavi e costi

**Tabella 2 - Punteggio attribuito al *range* valore medio dei pesi relativi dei Drg**

<i>Range</i> valore medio dei pesi relativi dei Drg	Punteggio
0 - 1	1
1,01 - 2	2
2,01 - 3	3
3,01 - 4	4
4,01 - ++++	5

**Tabella 3 - Punteggio attribuito alla qualità percepita dai primari**

<i>Range</i> qualità percepita dai primari	Punteggio
Bassa	1
Bassa - Media	2
Media	3
Media - Alta	4
Alta	5

**Tabella 4 - Punteggio attribuito al livello di standardizzazione amministrativa**

<i>Range</i> livello di standardizzazione organizzativa	Punteggio
Bassa	1
Bassa - Media	2
Media	3
Media - Alta	4
Alta	5

diretti più intermedi; cinque *cluster* (M, F, E, L e C), cui fanno capo sette divisioni, sono situati nel quadrante caratterizzato da un basso rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi; sei *cluster* (I, B, D, G, N e A), cui fanno capo ben ventuno divisioni, sono situati nel quadrante caratterizzato da un elevato rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi ed un'elevata qualità percepita; due *cluster* (J e K), cui fanno capo tre divisioni, sono situati nel quadrante caratterizzato da un elevato rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi ed una bassa qualità percepita dai primari.

L'analisi della terza matrice considerata, che pone a confronto il rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi e il livello di standardizzazione organizzativa delle attività realizzate (figura 6), è stata realizzata ponendo come valore medio per il rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi quello contrassegnato dai valori percentuali da 1,01 a 1,25 (III range), mentre per il livello di standardizzazione organizzativa il valore medio è stato fatto corrispondere, anche in questo caso, alla valutazione media del livello (III range).

La matrice consente di evidenziare che un solo *cluster* (H), cui corrispondono due divisioni, è situato nel quadrante caratterizzato da un basso rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi e da un basso livello di standardizzazione organizzativa; cinque *cluster* (K, M, E, G e C), cui corrispondono sei divisioni, sono situati nel quadrante caratterizzato da un basso rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi e da un medio o elevato livello di standardizzazione organizzativa; sei *cluster* (D, F, I, B, L e A), cui corrispondono ben ventitré divisioni, sono situati nel quadrante caratterizzato da un medio o elevato rapporto tra ricavi e costi diretti più intermedi ed un elevato livello di standardizza-

zione organizzativa; un solo *cluster* (J), cui corrisponde una sola divisione, è situato nel quadrante caratterizzato da un elevato rapporto da ricavi e costi diretti più intermedi ed un basso livello di standardizzazione organizzativa.

#### 4. Conclusioni

L'evoluzione subita nell'ultimo decennio dalle aziende sanitarie ha focalizzato l'attenzione di queste ultime soprattutto sulla tensione verso l'economicità di gestione, intesa come con-

**Tabella 5 - Cluster utilizzati per la matrice redditività/complessità e n. divisioni rientranti in ognuno**

<i>Cluster</i>	Punteggio redditività - complessità	Numero divisioni rientranti nel <i>cluster</i>
A	5 - 4	1
B	5 - 3	3
C	3 - 2	3
D	4 - 2	5
E	1 - 1	4
F	5 - 1	2
G	5 - 2	10
H	4 - 3	2
I	2 - 5	1
J	5 - 5	1

**Tabella 6 - Cluster utilizzati per la matrice redditività/qualità e n. divisioni rientranti in ognuno**

<i>Cluster</i>	Punteggio redditività - qualità	Numero divisioni rientranti nel <i>cluster</i>
A	5 - 5	2
B	5 - 3	9
C	3 - 5	1
D	4 - 4	2
E	1 - 4	2
F	3 - 3	2
G	5 - 4	4
H	1 - 2	1
I	4 - 3	2
J	5 - 1	1
K	4 - 2	2
L	2 - 4	1
M	1 - 3	1
N	4 - 5	2

gruenza tra risorse ed obiettivi, avendo per conseguenza lo sviluppo della responsabilizzazione delle aziende sanitarie ai risultati della gestione posta in essere; ciò ha favorito, tuttavia, che l'attenzione fosse concentrata quasi esclusivamente sulla gestione corrente, facendo perdere di vista l'importanza che assume la pianificazione strategica. Infatti, se l'economicità fa riferimento alla capacità delle aziende sanitarie di perdurare nel tempo, tale obiettivo potrà essere raggiunto solo se le aziende sanitarie saranno in grado anche nel futuro di dare risposta ai bisogni di salute e ciò implica una costante attenzione non solo agli aspetti economici veri e propri della gestione ma anche a quelli di natura strategica.

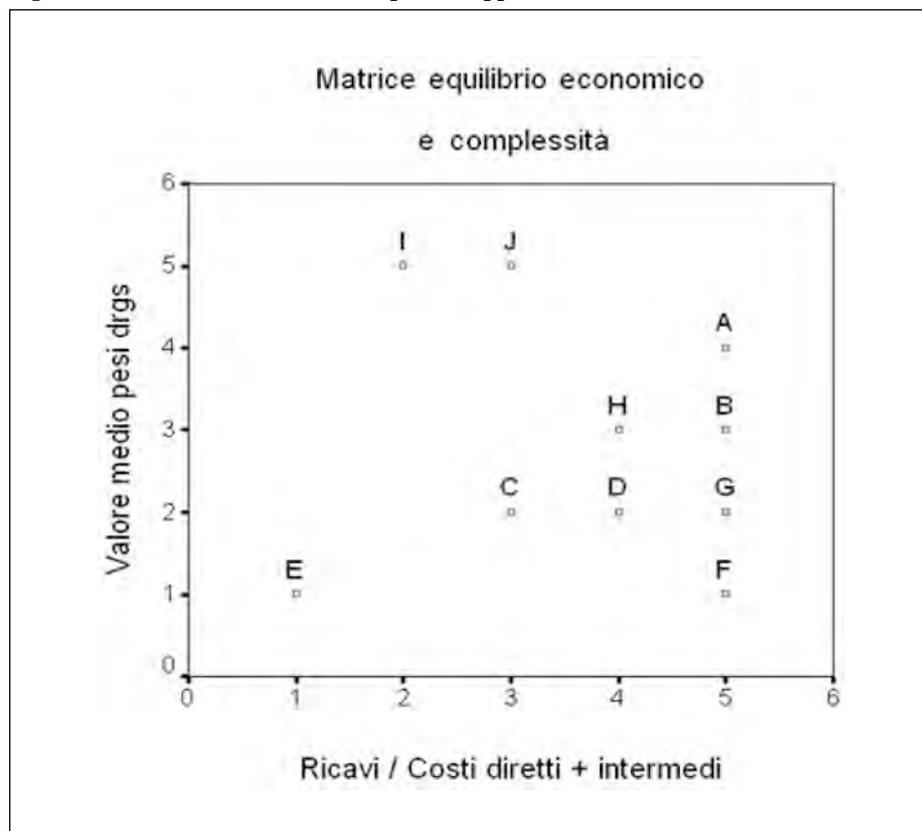
Quanto affermato, d'altronde, si coniuga con la rivalutazione che la nuova normativa ha attribuito al Piano sanitario nazionale che, mai applicato in precedenza, ha assunto un ruolo incisivo ai fini della definizione degli obiettivi a tutela della salute e dell'adeguamento della programmazione sanitaria nazionale ai principi stabiliti a livello internazionale ed al mutamento del contesto socio-economico. Tale strumento, tuttavia, dovrebbe trovare un'ideale trasposizione a livello regionale con il Piano sanitario regionale ed il Piano ospedaliero regionale, che hanno il compito di assegnare alle aziende sanitarie i perimetri entro cui muoversi. In molte realtà regionali, tuttavia, il Piano sanitario regionale, e di conseguenza anche quello ospedaliero, non riesce ad assumere la giusta veste di guida strategica proprio per la mancata attenzione riservata agli aspetti della previsione e della programmazione rispetto a quelli della gestione corrente.

La mancata valenza assunta dal momento strategico a livello regionale si traduce, a sua volta, nella sua mancata valorizzazione a livello di singola azienda sanitaria. Un chiaro esempio

**Tabella 7 - Cluster utilizzati per la matrice redditività/standardizzazione e n. divisioni rientranti in ognuno**

Cluster	Punteggio redditività - standardizzazione	Numero divisioni rientranti nel cluster
A	5 - 5	4
B	5 - 4	5
C	3 - 5	1
D	4 - 3	4
E	1 - 4	2
F	5 - 3	6
G	3 - 4	1
H	1 - 2	2
I	4 - 4	2
J	5 - 2	1
K	2 - 3	1
L	4 - 5	2
M	3 - 3	1

**Figura 4 - La matrice redditività/complessità applicata alla realtà del Monaldi**

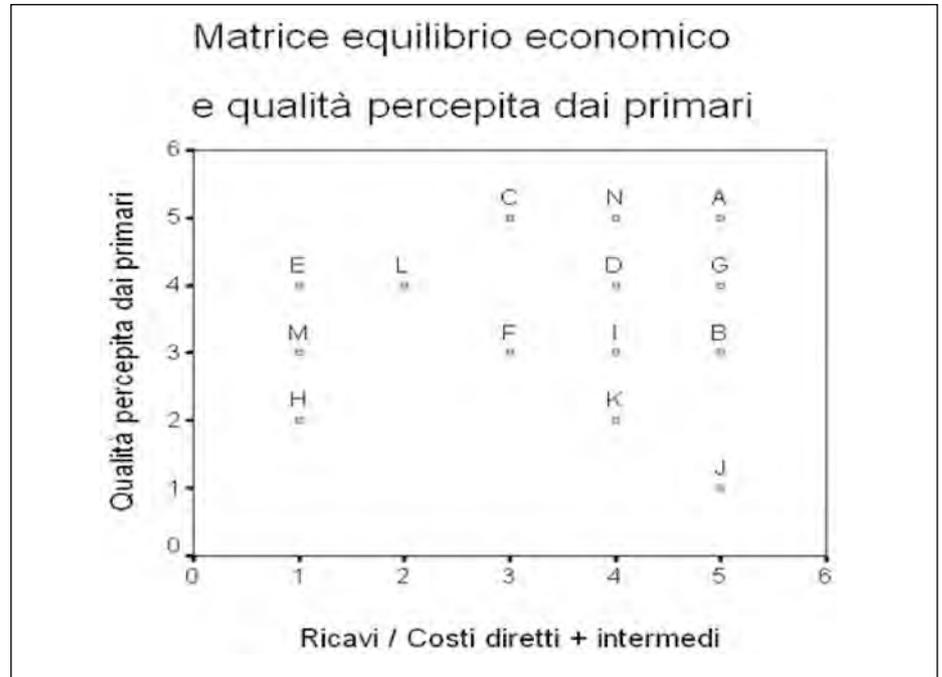


del mancato sviluppo in ambito aziendale degli strumenti di pianificazione strategica è dato dal *budget*. Quest'ultimo, infatti, assume spesso nelle aziende sanitarie il ruolo di un semplice *report* in cui sono indicate le previsioni quantitative delle prestazioni da realizzare, mentre, invece, dovrebbe essere lo strumento tramite il quale si realizza il decentramento delle responsabilità ed al quale si collega un sistema di valutazioni che ancori ai risultati raggiunti i premi e le punizioni.

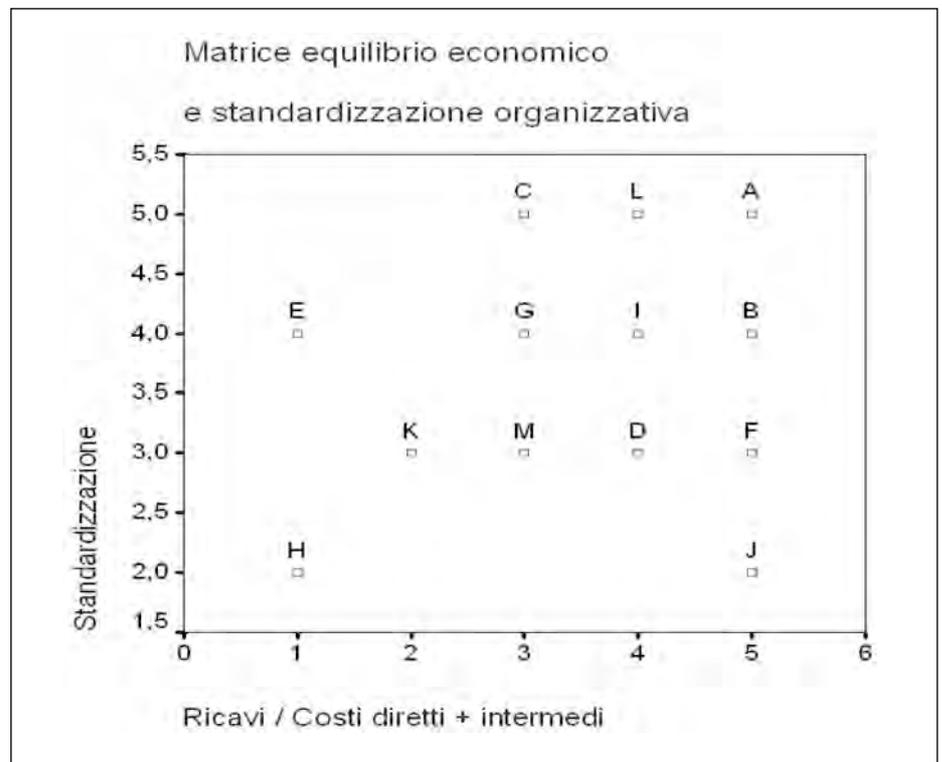
L'esigenza di un'adeguata valorizzazione della pianificazione strategica a livello macro e micro aziendale può essere soddisfatta attraverso lo strumento delle matrici di posizionamento: infatti a livello macro aziendale esse consentono di definire, nello scenario sanitario regionale, il ruolo che la singola azienda sanitaria vuole, e può, assumere, mentre a livello micro consentono di determinare le idonee politiche finalizzate al riposizionamento di una singola divisione e del contributo da essa sviluppato a favore dell'intera azienda sanitaria. Risulta logico che ambedue gli ambiti della pianificazione considerati, quello macro e quello micro, sono interrelati: infatti, le scelte di carattere strategico che coinvolgono l'intera azienda sanitaria devono essere effettuate tenendo ben presente il posizionamento delle singole divisioni che la compongono, mentre le scelte che coinvolgono le singole divisioni devono necessariamente essere realizzate tenendo presente la situazione concorrenziale presente, a livello locale, i flussi migratori intra ed extra regione, l'evoluzione della composizione demografica ed epidemiologica, ecc.

L'utilizzo delle matrici di posizionamento consente, quindi, di conseguire nelle aziende sanitarie un elevato valore aggiunto, che può essere sintetizzato nel modo seguente.

**Figura 5 - La matrice redditività/qualità percepita dai primari applicata alla realtà del Monaldi**



**Figura 6 - La matrice redditività/standardizzazione organizzativa applicata alla realtà del Monaldi**



1) I costi di acquisizione e di elaborazione delle informazioni necessarie alla costruzione delle matrici di posizionamento sono molto bassi: infatti, se l'azienda sanitaria è dotata di un adeguato sistema di contabilità analitica la determinazione dell'indicatore di equilibrio economico per ogni divisione risulta di facile determinazione; per quanto attiene, invece, alle ulteriori informazioni necessarie, occorre precisare che il valore medio dei pesi relativi dei Drg rientra nell'ambito dei bisogni informativi che l'azienda sanitaria deve adempiere. Mentre un discorso a parte meritano la definizione della qualità percepita dai primari delle rispettive divisioni ed il livello di standardizzazione organizzativa delle attività realizzate; tali informazioni, infatti, benché richiedano per il loro reperimento la redazione dei rispettivi questionari, peraltro abbastanza semplice, costituiscono, comunque, elementi conoscitivi che le aziende sanitarie definibili evolute predispongono normalmente per le loro esigenze di apprendimento. Inoltre, nel caso in cui tali informazioni fossero reperite appositamente per la costruzione delle matrici di posizionamento, esse rappresentano, comunque, un complesso di informazioni utilizzabili anche per altri fini conoscitivi.

2) La fruibilità delle matrici come strumento conoscitivo è molto elevata: esse, infatti, consentono ai singoli responsabili delle divisioni, ma anche alla Direzione generale, di individuare immediatamente la collocazione della propria divisione nel contesto aziendale e le possibili azioni di sviluppo attuabili con le connesse conseguenze da queste derivanti.

3) È possibile utilizzare tali strumenti in sede di pianificazione strategica, collocando le singole divisioni lungo gli assi dei parametri considerati interessanti ai fini conoscitivi e definendo le idonee azioni strategiche, tra

cui anche l'individuazione delle divisioni i cui servizi possono essere esternalizzati oppure internalizzati.

La possibilità, tuttavia, di utilizzare in modo efficace le matrici come strumento di ausilio nei processi di pianificazione strategica delle aziende sanitarie è connessa all'esistenza, a favore delle stesse, di margini di discrezionalità strategica; più in particolare, per le aziende sanitarie in genere l'impiego degli strumenti sviluppati ai fini della pianificazione strategica ha senso solo se lo scenario regionale consente di implementare tali strumenti riconoscendo alle aziende sanitarie spazi concreti di autonomia strategica e, di conseguenza, anche di concorrenza tra i vari attori preposti all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Quanto affermato presuppone, quindi, che sia stata data piena attuazione alle norme varate per sviluppare il processo di aziendalizzazione nel settore sanitario che, tuttavia, non è stato realizzato allo stesso modo nel nostro Paese. La Campania, infatti, come anche altre regioni del sud e del centro, non ha ancora dato piena attuazione al processo di aziendalizzazione che è, al momento, solo virtuale: infatti, il sistema di finanziamento adottato è ancora quello basato sulla spesa storica (2). Risulta palese che in un tale contesto le aziende sanitarie campane non hanno effettivi margini di discrezionalità strategica, anche perché non sono neanche in grado di definire la propria quota di mercato occupata e quella che potranno occupare in futuro. Di conseguenza, l'adozione della matrici di posizionamento ed, in generale, lo stesso processo di pianificazione strategica non hanno molto senso, ma rappresentano un auspicio, un esercizio da realizzare nella consapevolezza che si tratta di azioni concorrenziali pianificate solo virtualmente, nell'attesa che finalmente la regione Campania renda possibile nel concre-

to il processo di aziendalizzazione delle aziende sanitarie.

(1) Si è deciso, infatti, di non considerare il valore medio dei pesi relativi dei Drg riferiti ai ricoveri ordinari ed ai *day hospital*, in modo da favorire il confronto tra le diverse divisioni, visto che l'attività di *day hospital* non è presente in tutte le divisioni.

(2) Per quanto attiene i modelli di finanziamento adottati dalle regioni per finanziare la spesa sanitaria è possibile riconoscere quattro tipologie:

1) *il modello a centralità dell'Azienda UsI*, in cui quest'ultima ha il doppio ruolo di erogatore diretto di prestazioni e di acquirente di prestazioni, essa è finanziata dalla regione per quota capitaria e paga le prestazioni rese ai fruitori da altri erogatori (sia pubblici che privati) e il controllo della spesa sanitaria si realizza attraverso l'adozione di tetti di finanziamento regionale o attraverso la stipula di accordi interaziendali;

2) *il modello a centralità regionale*, in cui la regione ha il controllo dell'assegnazione delle risorse alle aziende sanitarie pubbliche e private ed il controllo della spesa sanitaria si realizza attraverso l'adozione di tetti di spesa;

3) *il modello di separazione tra acquirenti e fornitori*, in cui l'Azienda UsI ha solo il ruolo di acquirente delle prestazioni sanitarie, essa è finanziata dalla regione per quota capitaria ed a sua volta finanzia le aziende sanitarie pubbliche e private per le prestazioni acquistate, il controllo della spesa sanitaria si realizza attraverso la previsione di tetti di spesa o la stipulazione di contratti;

4) *il modello tradizionale*, in cui non vi è una modifica del modello tradizionale del sistema di finanziamento delle aziende sanitarie che si realizza ancora sulla base della spesa storica, il controllo della spesa sanitaria si realizza attraverso la previsione di tetti di spesa. Cfr.: CeRGAS - Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende sanitarie italiane, *I meccanismi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie*, novembre, 1999, pag. 9 e segg.

#### BIBLIOGRAFIA

- CERGAS - OSSERVATORIO SULLA FUNZIONALITÀ DELLE AZIENDE SANITARIE ITALIANE (1999), *I meccanismi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie*, novembre.
- DEL VECCHIO M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 33.

- KOTLER PH. (1993), *Marketing Management*, ISEDI, Torino.
- LAMBIN J.J. (1991), *Marketing*, McGraw-Hill, Milano.
- LEGA F. (2000), «L'applicazione delle matrici di portafoglio nella pianificazione strategica delle strutture ospedaliere», *Mecosan*, 34.
- LINEE GUIDA N. 1/1995 (1995), «Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle "Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera"», con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri», *Gazzetta Ufficiale*, 29 giugno 1995, 150.
- MELE R. (1993), *Strategie e politiche di marketing delle imprese di pubblici servizi*, CEDAM, Padova.
- OLLA G., PAVAN A., GUGLIOTTA A., LALLAI M., NARDI M.G. (2000), *Il management nell'azienda sanitaria*, Giuffrè, Milano.
- POLONELLI C. (1995), «Il concetto di azienda in sanità», in AA.VV., *Scritti in ricordo di Carlo Fabrizi*, CEDAM, Padova.
- SICCA L. (1998), *La gestione strategica dell'impresa*, CEDAM, Padova.
- Valdani E., (1995), *Marketing strategico. Un'impresa proattiva per sviluppare capacità market driving e valore*, ETAS Libri, Milano.

# LA METODOLOGIA DEI PDT APPLICATA ALLA DEFINIZIONE E GESTIONE DEI PROTOCOLLI RIABILITATIVI PER L'OBESITÀ GRAVE E COMPLICATA

D. Marzorati, A. Liuzzi, A. Brunani

Istituto Auxologico Italiano, IRCCS, Ospedale San Giuseppe, Piancavallo, Verbania

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Metodologia - 3. Risultati - 4. Conclusioni.

## 1. Introduzione

Negli ultimi anni si è imposto uno strumento organizzativo chiamato *Critical Pathways* o *Profiles of Care* che coordina all'interno di un programma terapeutico, relativo ad una specifica patologia, tutte le procedure mediche ed assistenziali effettuate (Mosby's Medical, 1999). In particolare, il percorso diagnostico-terapeutico (PDT nella traduzione italiana) (Lega, 1999) descrive il percorso di interventi necessari per fornire assistenza ad un gruppo di pazienti con una specifica diagnosi od un determinato quadro clinico, ad un precisato livello di qualità, non solo all'interno della struttura sanitaria, ma anche rispetto al coordinamento con gli interventi effettuati sul territorio. Uno dei vantaggi di tale strumento è di permettere un approccio multidisciplinare (avendo come riferimento linee guida internazionali) al paziente attraverso l'interazione di diverse professionalità (medici con diverse specialità, infermieri, tecnici e amministrativi). Scopo di tale metodologia è quello di standardizzare le modalità di intervento attraverso una integrazione delle diverse figure professionali coinvolte e quindi dei relativi interventi, ottimizzare l'utilizzo delle risorse a disposizione (anche da un punto di vista eco-

nomico), migliorare la qualità degli interventi stessi con una maggior soddisfazione dell'utente/paziente, controllare gli indicatori di esito nell'ambito di un programma di miglioramento continuo nella formazione del personale e dei risultati (Playford, Sachs, Thompson, 2002).

Il nostro progetto «protocolli riabilitativi» nasce dalla necessità di descrivere compiutamente le peculiarità della riabilitazione svolta presso l'Istituto Auxologico Italiano: le varie attività e le relazioni esistenti per la stesura e svolgimento del programma riabilitativo nel paziente affetto da obesità essenziale con diverse complicanze cliniche. Come sottolineato dalle *Clinical Guidelines* del National Heart Lung and Blood Institute's (2000), l'obesità è una condizione patologica complessa poiché quasi sempre associata ad altre patologie quali diabete, ipertensione, osteoartrosi, alterazioni psicologiche, neoplasie; richiede quindi da un punto di vista diagnostico, terapeutico e, quando complicata, soprattutto riabilitativo un approccio multidisciplinare. La difficoltà organizzativa di questi processi consiste nella messa a punto di protocolli, e quindi di programmi riabilitativi, nei quali la standardizzazione degli interventi sia temperata alla ne-

cessità di adattarli alla peculiarità del singolo paziente. In genere, infatti, l'obeso grave presenta più complicanze che necessitano di interventi riabilitativi specifici. Al fine di migliorare la descrizione delle prestazioni contemplate nei protocolli abbiamo pertanto utilizzato un *Critical Pathways* o PDT. Inoltre, tale strumento organizzativo ci è sembrato incontrare i criteri stabiliti dalla normativa esistente che definisce il programma riabilitativo individuale (Gazzetta Ufficiale 30 maggio 1998) come l'insieme delle aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi.

## 2. Metodologia

Il progetto riabilitativo, al quale la metodologia è stata applicata, si riferisce a pazienti ospedalizzati per obesità grave e complicata che necessitano di un intervento riabilitativo. Da un punto di vista clinico il paziente necessita quindi di un trattamento per la sua condizione di obesità, comune a tutti i pazienti, ed un intervento riabilitativo specifico per le complicanze. Si tratta quindi di mettere a punto progetti riabilitativi individuali e quindi attuare

programmi riabilitativi secondo lo schema 1.

In questo schema si riconoscono protocolli di valutazione, trattamento e riabilitazione per la condizione di obesità, e che quindi come si è detto interessano tutti i pazienti, e protocolli specifici per le complicanze tenendo conto che molto spesso l'obeso grave presenta almeno due complicanze (e.g. cardiovascolare e osteoarticolare). Questo schema va adattato al percorso che il paziente segue all'interno dell'ospedale (schema 2).

Abbiamo pertanto costituito un gruppo di lavoro comprendente un medico e un tecnico (infermiere, dietista, fisioterapista o altra figura professionale) per ogni Unità operativa, il coordinatore di area biomedica, il responsabile della Qualità e un componente del Controllo di gestione. Il progetto si è sviluppato in diverse fasi: 1) analisi; 2) condivisione; 3) stesura delle prestazioni; 4) stesura dei protocolli.

Nella *prima fase*, con lo scopo di definire una mappatura ed una catalogazione dei protocolli attualmente applicati, è stata effettuata:

— la descrizione del percorso riabilitativo a partire dalla valutazione nel reparto acuti, identificando il flusso delle attività, le aree di competenza nella stesura del progetto, dei protocolli ed il loro svolgimento;

— la definizione di un glossario per i documenti descrittivi che definiva l'oggetto, il contenuto e le aree di redazione;

— la produzione di uno schema generale per ogni Unità comprendente oltre alle informazioni di cui sopra anche il riconoscimento dei protocolli acquisiti da altri servizi per i propri pazienti o quelli forniti ad altre Unità.

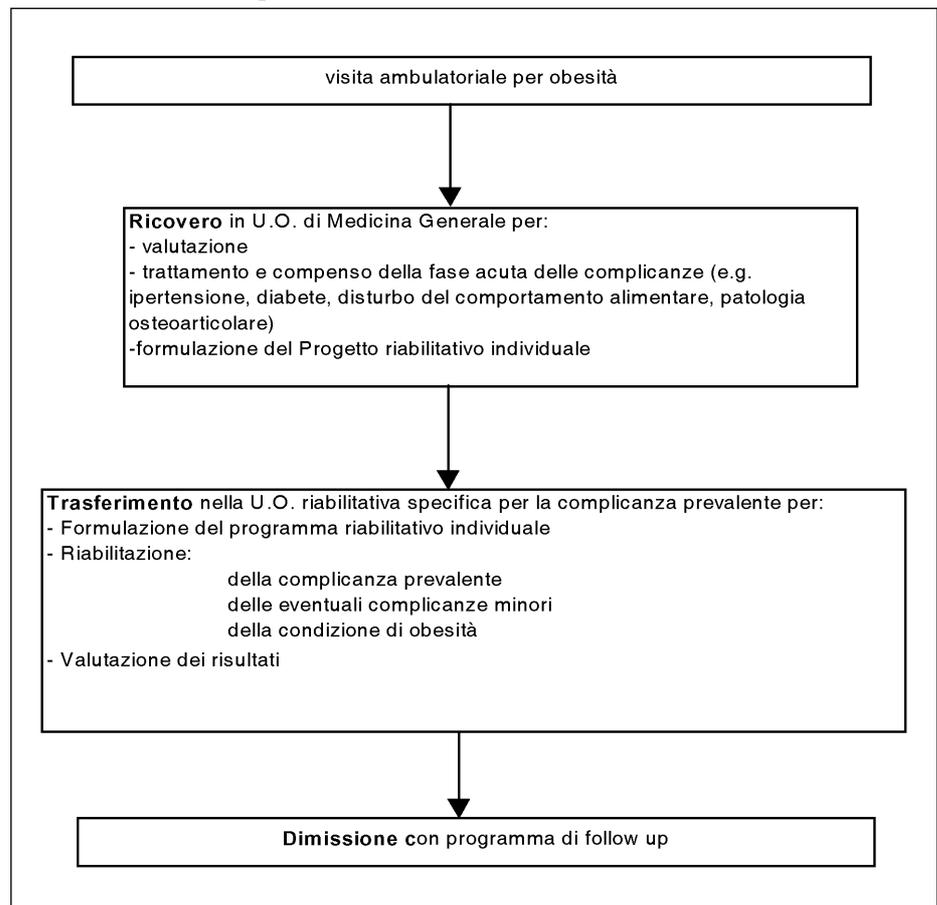
Le osservazioni più importanti che ne derivano riguardano:

1) lo schema più complesso è per le Unità che forniscono servizi di ria-

**Schema 1**

<b>Protocolli comuni</b>
Valutazione Trattamento della fase acuta delle complicanze Riabilitazione nutrizionale, psicologica
<b>Protocolli specifici</b>
Riabilitazione delle complicanze: metaboliche cardiovascolari respiratorie osteoarticolari

**Schema 2 - Percorso del paziente**



bilitazione per i pazienti di diverse Unità operative;

2) le Unità che acquisiscono servizi da altre, senza apparentemente svolgere prestazioni riabilitative sui propri pazienti, hanno in realtà numerose prestazioni di controllo e di valutazione di *outcome* globale.

Nella *seconda fase* abbiamo validato collegialmente la metodologia seguita ed il glossario utilizzato.

Abbiamo così riconosciuto e definito (schema 3):

— prestazioni riabilitative (unità elementari dei protocolli); specificate in professionalità necessarie, tempi di esecuzione, spazi ed attrezzature;

— protocolli riabilitativi (insieme delle prestazioni e loro relazione con definizione degli *outcome* se possibile espressi quantitativamente in termini di miglioramento di *performance*);

— progetto riabilitativo (aggregati di protocolli);

— programma riabilitativo (modalità di svolgimento del progetto riabilitativo).

Riteniamo di aver ottenuto i seguenti obiettivi:

— armonizzare la descrizione delle attività;

— facilitare la rilevazione degli esiti in termine di riduzione delle inabilità dei pazienti (*outcome*);

— facilitare la pianificazione del programma individuale;

— dare evidenza delle attività svolte agli organismi di controllo;

— migliorare l'organizzazione del lavoro;

— dare evidenza al paziente di quanto viene svolto apportando un miglioramento della soddisfazione dell'utente.

Nella *terza fase* abbiamo applicato quanto deciso in precedenza attraverso alcuni momenti successivi:

a) preparazione di un catalogo delle prestazioni prodotte da ogni Unità. Per tale motivo è stata appron-

tata una scheda di raccolta dei dati per definire la prestazione;

b) dall'analisi delle schede sopra prodotte si è potuto decidere: la codifica delle prestazioni; la classificazione delle prestazioni in diagnostico-valutative (V) e riabilitative (R); il riconoscimento di alcune prestazioni comuni a tutte le Unità operative con posti letto:

— impostazione iniziale del programma di riabilitazione,

— valutazione periodica dello stato di avanzamento del programma di riabilitazione,

— valutazione conclusiva del programma di riabilitazione ed impostazione del *follow up*;

c) revisione da parte delle Unità del materiale prodotto per un confronto delle prestazioni. Emergono infatti diversi errori circa la prestazione (individuale, a gruppi o a cicli) e l'attribuzione di alcune prestazioni che ven-

gono pertanto eliminate da alcune Unità;

d) completamento del catalogo con il riconoscimento delle prestazioni prodotte e consumate al proprio interno o «vendute e a chi» o «comprate e da chi». Questo passaggio è risultato fondamentale per il mappaggio successivo dei protocolli.

Nella *quarta fase* abbiamo provveduto alla stesura dei protocolli definitivi attraverso:

— distribuzione del file contenente il catalogo delle prestazioni a tutte le Unità operative per la descrizione di ogni protocollo;

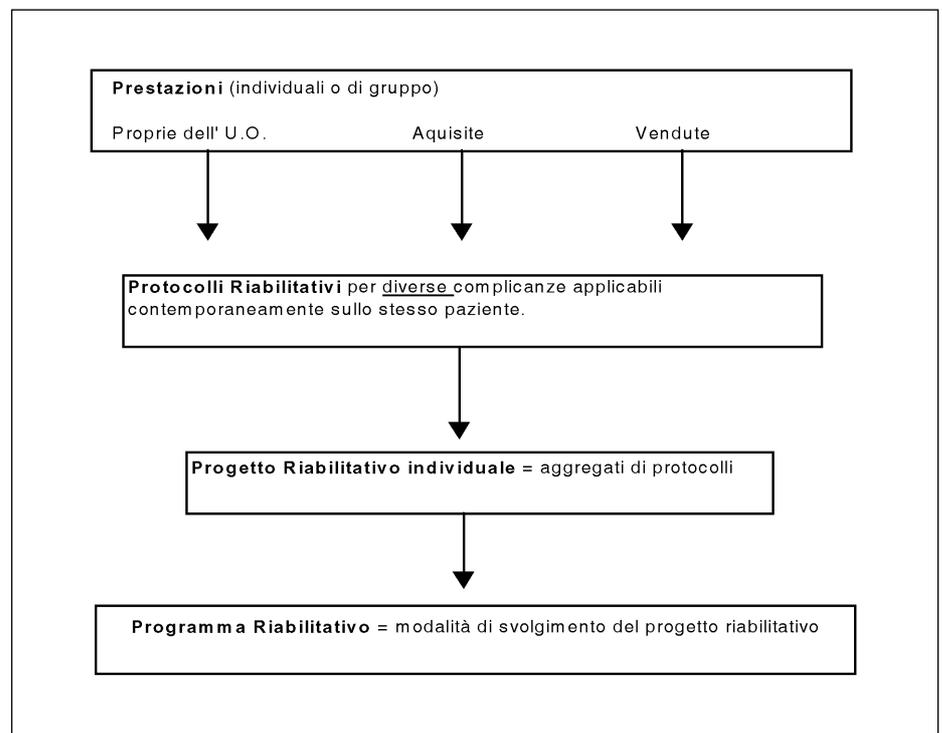
— per ogni protocollo sono state aggiunte le seguenti informazioni:

a) un titolo identificativo della patologia trattata;

b) riconoscimento dell'MDC di competenza;

c) definizione di criteri clinici di accesso;

Schema 3



**Figura 1 - Scheda di raccolta delle prestazioni**

Giornate di riabilitaz.	M2	N. prest.	Titolo prestazione	Figura profession.	Ambiente svolgimento	Attrezzature/strumenti necessari	Durata (min)	N. max pz	Protocollo/i in cui è presente	Prodotta e consumata all'interno	Comprata	Venduta	U.O. acquirente
-------------------------	----	-----------	--------------------	--------------------	----------------------	----------------------------------	--------------	-----------	--------------------------------	----------------------------------	----------	---------	-----------------

↓  
 Giorni in cui la prestazione è prodotta del corso del PDT  
 ↓  
 Unità operativa che produce la prestazione  
 ↓  
 N. della prestazione nel catalogo dell'U.O.

d) definizione della durata del protocollo;

e) definizione dell'*outcome* atteso e gli indicatori di esito (alcune prestazioni) per la misura dello stesso;

f) composizione delle prestazioni per ogni giornata di riabilitazione;

— la valutazione dei documenti da parte del rappresentante del Controllo di gestione può permettere l'attribuzione ad ogni prestazione ed al protocollo nella sua complessità di un costo effettivo all'interno della struttura;

— contemporaneo sviluppo di un modello di descrizione dei protocolli riabilitativi per la formazione degli operatori e per migliorare l'evidenza delle attività svolte secondo quanto richiesto dagli Organismi di controllo territoriali. La struttura così definita identifica il percorso del paziente all'interno della struttura o percorso riabilitativo con un alto livello di specializzazione.

### 3. Risultati

Il lavoro effettuato ha prodotto 3 tipi di documenti definitivi:

1) scheda di raccolta delle prestazioni (vedi figura 1);

2) protocollo schematico o tecnico (vedi figura 2);

3) protocollo descrittivo (vedi allegato 1).

### 4. Conclusioni

L'utilizzo dei percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) pur in fase iniziale ci ha consentito di definire protocolli riabilitativi peculiari. Infatti, i risultati preliminari sembrano indicativi di una qualità dei protocolli che tengono conto delle necessità di standardizzare sia gli interventi sull'obesità che quelli delle patologie associate (cardiopatie, diabete, disturbi del comportamento alimentare ecc.); la metodologia da noi adottata rende possibile l'assemblare più protocolli nel progetto riabilitativo che viene poi attuato per mez-

zo del programma riabilitativo. Inoltre, la definizione di indicatori di esito come strumento di misura dei risultati ottenuti a breve termine (calo ponderale superiore al 10% del peso iniziale, riduzione del rischio cardiovascolare, riduzione delle disabilità presenti, miglioramento della qualità della vita) sembra il presupposto per una valutazione che dovrà essere confermata in un *follow-up* a lungo termine. La metodica utilizzata ha permesso di aver superato uno dei punti critici del PDT (Darer, Pronovost, Bass, 2002): la legittimazione del percorso dal punto di vista professionale; infatti l'istituzione di un gruppo di lavoro costituito da tutte le figure professionali implicate nella gestione programma ha permes-

**Figura 2 - Protocollo terapeutico schematico**

Protocollo: (nominativo)
Criteri di accesso: (patologie oggetto del protocollo identificate con l'ICD-9)
Durata: (giorni di applicazione)
Indicatori di esito: (prestazioni identificate come indicatori di <i>outcome</i> )
Contenuto: (elenco delle prestazioni già identificate nella figura 1 e raggruppate all'interno di ciascun protocollo)

so una condivisione delle responsabilità ed una diffusione che ne garantisce un'ampia applicazione. Rimane il problema della legittimazione da parte delle strutture sanitarie territoriali che dovrebbero riconoscere il programma come strumento atto a migliorare l'impatto funzionale nell'utilizzo dei fondi a disposizione. La difficoltà del lavoro effettuato è confermata da una recente ed ampia rivalutazione della letteratura riguardante l'obesità (Harvey *et al.*, 2002), dove appare la mancanza di studi svolti ad identificare strategie che possono efficacemente migliorare il trattamento dell'obesità attraverso una peculiarità delle figure professionali o delle organizzazioni sanitarie coinvolte. A questa valutazione verrebbe poi associata un'analisi costo/efficacia. Le uniche informazioni di cui disponiamo riguardano singoli aspetti. Ad esempio, alcuni studi sembrano evidenziare un miglioramento dei risultati utilizzando personale medico adeguatamente, anche se brevemente, addestrato (Cohen *et al.*, 1991; Simkin-Silverman, Wing, 1997; Bio Project, 2001). In un altro studio (Hakala, 1994) su pazienti ospedalizzati il trattamento era simile a quello da noi proposto e seppure su un numero limitato di pazienti (30), sembra dare risultati a breve termine migliori rispetto ad un gruppo di pazienti non ospedalizzati; purtroppo non è riportata una possibile stima dei costi. Quest'ultimo dato è invece raccolto in un studio sugli effetti di incontri ripetuti con dietiste e/o medici di base in un *follow-up* di 12 mesi; con

un rapporto costo/caloria ponderale a favore del primo gruppo (Pritchard, Hyndman, Taba, 1999). Un PDT già applicato su pazienti affetti da obesità riguarda il trattamento chirurgico. Nell'esperienza riportata (Cooney *et al.*, 2001) l'applicazione di due PDT pre e post bendaggio gastrico ha evidenziato una riduzione nella durata della degenza con un conseguente abbattimento dei costi non associato ad un incremento delle complicanze post-operatorie o delle riammissioni ospedaliere. Questi dati si riferiscono peraltro a misure di intervento nelle quali l'evento valutato è il calo ponderale. Nel modello da noi proposto, la principale attenzione viene rivolta alla riabilitazione globale del paziente obeso perseguita attraverso la integrazione di interventi plurispecialistici; gli esiti del processo sono valutati soprattutto in termini di recupero di funzionalità. In questa prospettiva la riduzione ponderale è elemento importante in quanto agganciato alla riduzione della disabilità attribuibile alle complicanze. Sono queste, infatti, che giustificano gran parte dei costi sanitari dell'obesità e che vanno combattute se possibile prevenendone l'insorgenza e, una volta stabilite, facendole regredire o almeno arrestandone la progressione.

La metodologia messa a punto presso l'Istituto Auxologico Italiano per l'obesità complicata ci sembra possa essere utile strumento, se opportunamente adattata, per altre patologie croniche complesse con elevata disabilità con necessità di interventi ripetuti.

## BIBLIOGRAFIA

- BIO PROJECT 2000 (2001), Dr Ashley Adamson Human Nutrition Research Centre, University of Newcastle, UK.
- COHEN M.D., D'AMICO F.J., MERENSTEIN J.H. (1991), «Weight reduction in obese hypertensive patients», *Family Medicine*, 23 (1), pp. 25-8.
- COONEY R.N. ET AL. (2001), «The impact of a Clinical pathway for gastric bypass surgery on resource utilization», *Journal of Surgical Research*, 98 (2), pp. 97-101.
- DARER J., PRONOVOST P., BASS E.B. (2002), «Use and evaluation of critical pathways in hospitals. Effective clinical practice», *ECP*, 5 (3), pp. 114-9.
- HAKALA P. (1994), «Weight reduction programmes at a rehabilitation centre and a health centre based on group counselling and individual support: short and long-term follow-up study», *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 18 (7), pp. 483-9.
- HARVEY E.L. ET AL. (2002), «Improving health professionals' management and the organisation of care for overweight and obese people», *Cochrane Review*, The Cochrane Library, Issue 2, Update Software, Oxford.
- LEGA F. (1999), «Il percorso diagnostico-terapeutico: l'impatto sull'organizzazione, sulla qualità e sui costi delle prestazioni sanitarie», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 3, IRS, pp. 5-10.
- MOSBY'S MEDICAL (1999), Nursing and Allied Health Dictionary.
- PLAYFORD E.D., SACHS R., THOMPSON A.J. (2002), «Integrated care pathways: outcome from inpatient rehabilitation following nontraumatic spinal cord lesion. Clinical rehabilitation», 16 (3), pp. 269-75.
- PRITCHARD D.A., HYNDMAN J., TABA F. (1999), «Nutritional counselling in general practice: a cost effective analysis», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53 (5), pp. 311-6.
- SIMKIN-SILVERMAN L.R., WING R.R. (1997), «Management of obesity in primary care», *Obesity Research*, 5 (6), pp. 603-12.

**ALLEGATO 1**

**Protocollo descrittivo**

Istituto Auxologico Italiano I.R.C.C.S. San Giuseppe	PRCL002 Obesità con patologie cardiovascolari	N. revisione 0	Pagina 1 di 8
---	--	-------------------	------------------

**SOMMARIO**

1. MODIFICHE .....

2. OGGETTO E SCOPO .....

    2.1. Oggetto .....

    2.2. Scopo .....

3. CAMPO DI APPLICAZIONE .....

4. RESPONSABILITÀ .....

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO .....

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO .....

7. CONTENUTO .....

    7.1. Obiettivi .....

    7.2. Modalità di controllo .....

    7.3. Modalità operative .....

8. ALLEGATI .....

9. MODULI .....

10. RIFERIMENTI .....

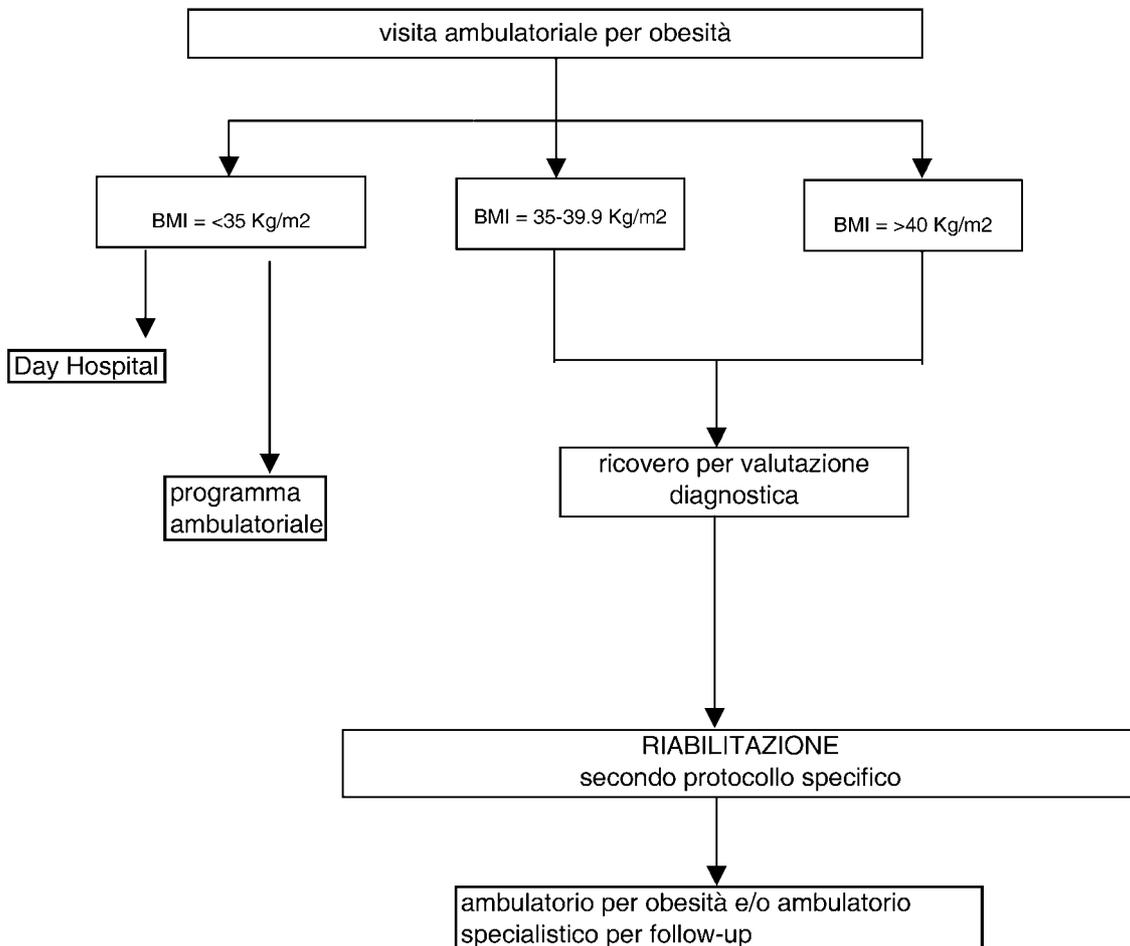
	Redazione	Controllo	Verifica	Approvazione
Funzione				
Data				
Firma				
Data di applicazione				

Copia controllata

Copia non controllata



## 6. DIAGRAMMA DI FLUSSO



## 7. CONTENUTO

### 7.1. Obiettivi

Come raccomandato dal National Institutes of Health Report (Bethesda, 2000) il trattamento dell'obesità deve comprendere modificazioni nello stile di vita, in particolare:

- una restrizione dell'introito calorico;
- un incremento dell'attività fisica;
- anche associato ad un supporto psicologico.

Applicare tali interventi vuol dire raggiungere alcuni obiettivi:

- raggiungere una perdita di peso che permette un miglioramento dei fattori di rischio ed un controllo delle patologie associate. Nella pratica è stato dimostrato che una perdita di peso dal 5 al 10% del peso iniziale raggiunge tale obiettivo;

- mantenere la perdita di peso raggiunta, anche se modesta, per un lungo periodo (superiore a 6 mesi) permette di controllare i fattori di rischio associati;

- un eventuale recupero di 3 Kg in 2 anni e/o una riduzione della circonferenza della vita di 4 cm è considerato un risultato positivo.

Secondo le Linee guida riguardanti la *riabilitazione cardiovascolare* i pazienti obesi possono essere definiti a rischio medio-alto e pertanto l'intervento riabilitativo, anche a lungo termine, deve prevedere:

- 1) una valutazione funzionale;
- 2) l'ottimizzazione della terapia medica;
- 3) un *training* fisico controllato;
- 4) una educazione sanitaria sui fattori di rischio;
- 5) un programma psico-comportamentale.

Per la valutazione degli esiti sono stati identificati i seguenti indicatori:

- 1) misure del corpo;
- 2) esami di laboratorio (glicemia, colesterolo totale, LDL);
- 3) scale di rischio cardiovascolare;
- 4) scale di valutazione dell'impatto della malattia;
- 5) scale di valutazione dell'utilità clinica della terapia;
- 6) impedenziometria per la composizione corporea;
- 7) calorimetria per il consumo energetico;
- 8) *test* ergometrico.

### 7.2. Modalità di controllo

Gli indicatori di esito vengono valutati all'inizio e alla fine del programma e riportati sulla scheda di valutazione finale.

### 7.3. Modalità operative

L'elenco delle prestazioni e la sequenza di applicazione sono riportate in dettaglio nella scheda del protocollo.

*Nel primo giorno* vengono svolte le seguenti prestazioni:

- impostazione del progetto riabilitativo (valutazione delle prestazioni effettuate in fase diagnostica);
- impostazione del programma di riabilitazione;
- gestione dietoterapia personalizzata.

*Secondo giorno:*

- valutazione clinica giornaliera;
- monitoraggio della pressione arteriosa sistemica;
- gestione dietoterapia personalizzata;
- colloquio individuale con il *personal trainer* per impostazione del programma di attività motoria;
- diario di rilevamento delle ingestie.

*Terzo giorno:*

- valutazione clinica giornaliera;
- monitoraggio della pressione arteriosa sistemica;
- gestione dietoterapia personalizzata;
- «rieducazione motoria nel trattamento dell'obesità», lezione teorica;
- attività aerobica all'aperto a basso carico, o in alternativa, secondo indicazione specialistica, a medio carico o a carico elevato;
- attività motoria al cicloergometro o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività al cicloergometro con monitoraggio ECG;
- attività kinesica per cardiopatici (basso livello) o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività kinesica di media intensità o con carico elevato;
- se indicato MAP ECG dinamico Holter.

*Quarto giorno:*

- valutazione clinica giornaliera;
- monitoraggio della pressione arteriosa sistemica;
- gestione dietoterapia personalizzata;

- *test* ergometrico e se indicato *test* cardiopolmonare;
- attività aerobica all'aperto a basso carico, o in alternativa, secondo indicazione specialistica, a medio carico o a carico elevato;
- attività motoria al cicloergometro o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività al cicloergometro con monitoraggio ECG;
- attività kinesica per cardiopatici (basso livello) o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività kinesica di media intensità o con carico elevato.

*Quinto giorno* 13°-18°-23°-27°:

- valutazione clinica giornaliera;
- monitoraggio della pressione arteriosa sistemica;
- gestione dietoterapia personalizzata;
- *counselling* di gruppo di I° livello;
- attività aerobica all'aperto a basso carico, o in alternativa, secondo indicazione specialistica, a medio carico o a carico elevato;
- attività motoria al cicloergometro o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività al cicloergometro con monitoraggio ECG;
- attività kinesica per cardiopatici (basso livello) o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività kinesica di media intensità o con carico elevato.

*Sesto giorno* 9°-11°-12°-15°-17°-19°-22°-25°-26°-29°:

- valutazione clinica giornaliera;
- monitoraggio della pressione arteriosa sistemica;
- gestione dietoterapia personalizzata;
- attività aerobica all'aperto a basso carico, o in alternativa, secondo indicazione specialistica, a medio carico o a carico elevato;
- attività motoria al cicloergometro o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività al cicloergometro con monitoraggio ECG;
- attività kinesica per cardiopatici (basso livello) o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività kinesica di media intensità o con carico elevato.

*Settimo giorno* 14°-21°:

- valutazione clinica giornaliera;
- monitoraggio della pressione arteriosa sistemica;
- gestione dietoterapia personalizzata;
- terapia educativa dell'obesità;
- monitoraggio elettrocardiografico;
- attività aerobica all'aperto a basso carico, o in alternativa, secondo indicazione specialistica, a medio carico o a carico elevato;
- attività motoria al cicloergometro o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività al cicloergometro con monitoraggio ECG;
- attività kinesica per cardiopatici (basso livello) o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività kinesica di media intensità o con carico elevato;

— valutazione periodica dello stato di avanzamento del programma di riabilitazione.

*Ottavo giorno 16° 24°:*

— valutazione clinica giornaliera;  
— monitoraggio della pressione arteriosa sistemica;  
— gestione dietoterapia personalizzata;  
— attività aerobica all'aperto a basso carico, o in alternativa, secondo indicazione specialistica, a medio carico o a carico elevato;

— attività motoria al cicloergometro o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività al cicloergometro con monitoraggio ECG;

— attività kinesica per cardiopatici (basso livello) o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività kinesica di media intensità o con carico elevato;

— aggiornamento cartella nutrizionale e monitoraggio dietoterapia.

*Ventottesimo giorno:*

— valutazione clinica giornaliera;  
— monitoraggio della pressione arteriosa sistemica;  
— gestione dietoterapia personalizzata;  
— attività aerobica all'aperto a basso carico, o in alternativa, secondo indicazione specialistica, a medio carico o a carico elevato;

— attività motoria al cicloergometro o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività al cicloergometro con monitoraggio ECG;

— attività kinesica per cardiopatici (basso livello) o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività kinesica di media intensità o con carico elevato;

— *counselling* di supporto per pazienti adulti;

— discussione gestione dieta a domicilio.

*Trentesimo giorno:*

— valutazione clinica giornaliera;

— monitoraggio della pressione arteriosa sistemica;

— gestione dietoterapia personalizzata;

— attività aerobica all'aperto a basso carico, o in alternativa, secondo indicazione specialistica, a medio carico o a carico elevato;

— attività motoria al cicloergometro o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività al cicloergometro con monitoraggio ECG;

— attività kinesica per cardiopatici (basso livello) o in alternativa, secondo indicazione specialistica, attività kinesica di media intensità o con carico elevato;

— valutazione conclusiva del programma di riabilitazione e impostazione del *follow up*.

## 8. ALLEGATI

1. Scheda referto calorimetria ed impedenziometria.
2. Scale di valutazione rischio cardiovascolare.
3. Scale impatto malattia e utilità terapia.
4. Informativa per il paziente = > materiale didattico dei corsi educativi.
5. Scheda di valutazione clinica riassuntiva (confronto degli indicatori di esito tra ingresso e dimissione).
6. Lista di diffusione interna.

## 9. MODULI

1. *Modello di cartella clinica interna.*
2. *Moduli di richiesta e refertazione tra i servizi.*

## 10. RIFERIMENTI

1. Nessuno.

# DAI PROFILI DI ASSISTENZA ALLA CLINICAL GOVERNANCE: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE MARCHE

Giuseppe Noto<sup>1</sup>, Alberto Deales<sup>2</sup>, Francesco Di Stanislao<sup>3</sup>

<sup>1</sup> S.C. Qualità e Organizzazione - Azienda Usl 6 - Palermo - Ars Marche

<sup>2</sup> Ars - Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Marche

<sup>3</sup> Cattedra di Igiene - Università Politecnica delle Marche - Direzione generale della Ars Marche

**SOMMARIO:** 1. Premessa - 2. Uno sguardo alla complessità - 3. Cos'è la *Clinical governance* - 4. Linee guida, protocolli, percorsi, profili ... sono la stessa cosa? - 5. I profili di assistenza nella Regione Marche: le prime esperienze - 6. I profili di assistenza nella Regione Marche: le lezioni apprese - 7. Un sistema di *Clinical governance* sulla base di un nuovo paradigma di fondo - 8. I profili di assistenza nella Regione Marche: l'esperienza attuale - 9. Conclusioni.

*The article presents a series of considerations and practical advice that may be useful to a health-care organization, which wants to adopt a System of Clinical governance. Thanks to the experience conducted in the Region Marche and led by the Agenzia Regionale Sanitaria (Regional Health Agency), the article offers an analysis of the concept of Clinical governance and its operative instruments like Clinical Pathways and Disease Management. But a system of governance has to take into consideration other systemic instruments, which can integrate the points of view of the main stakeholders: the politicians and the managers of the care-system, the professionals of the health services and the patients.*

## 1. Premessa

Prima di entrare nel vivo del tema proposto dall'articolo, lo stato di avanzamento del lavoro di applicazione dei profili di assistenza nella Regione Marche, riteniamo indispensabile fornire al lettore alcune brevi premesse relative:

— alle logiche di fondo che hanno sostenuto l'insieme delle sperimentazioni organizzative realizzate nella regione Marche;

— alla definizione del termine di *Clinical governance*;

— all'inquadramento logico-concettuale di alcuni strumenti di *Clinical governance* sui quali potrebbe esistere una certa variabilità interpretativa.

Successivamente, verrà illustrato la struttura del Sistema di governo clinico nella cui costruzione la Regione Marche è in atto impegnata.

## 2. Uno sguardo alla complessità

Come in ogni epoca di transizione, in cui tendono ad esprimersi e a convivere tensioni tra loro profondamente diverse, stiamo assistendo ad una profonda crisi epistemica del *neomeccanicismo iperspecialistico* che, derivato dalla necessità dell'evolversi delle singole discipline scientifiche (che hanno operato una delimitazione di un dominio di competenza, senza il quale le conoscenze sarebbero diventate inafferrabili) ha comportato di fatto una compartimentalizzazione, un frazionamento e un riduzionismo del sapere che: disgiunge i problemi; unidimensionalizza il multidimensionale; separa ciò che è tessuto insieme (*complexus*); dissolve i legami e la solidarietà con il tutto.

La crisi degli approcci parziali e settoriali è stata ed è molto viva nel mondo della sanità e sicuramente sta contribuendo non solo a mettere a nu-

do le insufficienze, le debolezze e, in alcuni casi, i fallimenti degli approcci classici, ma anche a rivelare che il *vizio della parzialità e dell'autoreferenzialità* non appartengono soltanto al vecchio, ma anche alle nuove tendenze innovative (1) che, proponendosi, come spesso avviene, come un'ulteriore «*parte che si aggiunge*» alle altre già presenti in un'organizzazione, assumono talvolta forme organizzative e modelli operativi asetticamente e aprioristicamente definiti.

È necessario che tali strumenti innovativi non percorrano le logiche di *parzialità, puntualità e occasionalità*, nonché le facili tendenze *normativo-burocratizzanti*, amplino i loro orizzonti rispetto al mero miglioramento di singoli aspetti e di specifici cicli produttivi, abbandonino, in altre parole, la logica pseudo-sistemica, nella quale il massimo risultato atteso può al più essere *un insieme di progetti coordinati* dentro l'organizzazione,

per avviarsi verso un progetto sistemico tendente ad *innovare il sistema-organizzazione nella sua interezza*, nei suoi assetti organizzativi, nei suoi meccanismi di funzionamento, nei suoi processi tanto quanto nei suoi prodotti e nei suoi risultati.

Prepararsi a sviluppare azioni organizzative complesse, come reingegnerizzazione dei processi, qualità, accreditamento, *Evidence-based Medicine*, ecc., per un'azienda sanitaria *non implica semplicemente l'aggiunta di «nuove parti»* a quelle già esistenti dentro l'organizzazione, ma implica la predisposizione e lo sviluppo del contesto organizzativo, nonché l'assunzione di un nuovo orientamento di tutte le componenti dell'organizzazione tendente verso la ricerca di *risultati di sistema* e non soltanto parziali.

Elementi centrali di questo processo sono, pertanto:

— da una parte, *il passaggio da una logica di sistema di progetti a quella di un progetto di sistema*, attraverso l'attivazione e il miglioramento di tutte le leve su cui si regge la vita dell'organizzazione (sistemi di pianificazione e di valutazione, sistema premiante, sistema informativo, politiche del personale, ecc.), in una prospettiva «unitaria» che faccia perno su un «*sistema di coerenze e conseguenze*» che sta alla base della ricerca di *costruzione di «senso organizzativo» (sense-making)* per tutte le scelte effettuate;

— dall'altra, una profonda attenzione ai «*processi sociali*» esistenti dentro l'organizzazione, la revisione critica dei processi decisionali ed il recupero del valore del «*sapere tecnico*» (processi di *empowerment organizzativo* e di *Knowledge Management* dentro le organizzazioni), un profondo miglioramento delle «regole» interne su cui si basa la vita dell'organizzazione, e il tutto deve tradursi in precise modifiche degli assetti e dei meccanismi organizzativi.

### 3. Cos'è la *Clinical governance*

*Clinical governance* è il *core* del nuovo programma di rilancio del sistema sanitario inglese (*National Health Service*) lanciato con l'avvento del governo Blair ed ufficialmente presentato attraverso il famoso documento «*A First Class Service*» (Secretary of State for Health, 1998). Esso viene descritto come (2) «una struttura attraverso la quale le organizzazioni del NHS sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e della salvaguardia degli alti *standard* di assistenza, creando un contesto nel quale l'eccellenza nell'assistenza clinica possa fiorire».

Dall'analisi del documento «*A first class service*» e dai suoi sviluppi (Scally, Donaldson, 1998; Halligan, Donaldson, 2001; McColl, Roland, 2000; Pringle, 2000; Malcom, Mays, 1999; Beecham, 1999), emerge, quindi, chiaramente che il concetto di «*Governo clinico*» (da alcuni impropriamente interpretato come «governo dei clinici») nasce come un concetto complesso che implica il convergere di una serie di «leve» di tutto il sistema (politiche, strutturali, metodologiche, organizzative, operative, culturali), in una prospettiva di rivisitazione critica (*the most appropriate corrective actions*) degli elementi strutturali, organizzativi, professionali, culturali dell'assistenza erogata a qualsiasi livello.

In altre parole, si tratta di un *system of governance*, che responsabilizza politici, *manager*, *professional* e cittadini in una prospettiva di «definire la qualità, assicurare le responsabilità, implementare il miglioramento» (*defining quality, assuring accountability, and improving quality*) in modo «reciprocamente controllabile» da parte dei vari *stakholder* del sistema assistenziale, basandosi sulle seguenti premesse:

— *condivisione multidisciplinare* perché governare la pratica clinica significa porre l'accento sul fatto che il risultato degli interventi e dei servizi sanitari è in larga misura l'esito non tanto della abilità e capacità tecnica del singolo operatore, quanto piuttosto della buona operatività dei team di operatori dei servizi adeguatamente supportate da un ambiente organizzativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi clinici dei servizi. Quindi innovazione strutturale, organizzativa e operativa attraverso il coinvolgimento attivo e l'integrazione dei diversi attori assistenziali;

— perseguimento di *obiettivi di qualità ed economicità*, misurabili e monitorabili attraverso precisi indicatori e *standard*;

— *responsabilizzazione (accountability)*, in una prospettiva di «rendere conto» agli *stakeholder*, e di «dare evidenza» nella classica logica dei modelli «*PDCA - Plan-Do-Check-Act*» o «*RAID - Review, Agree, Implement, Demonstrate*»;

— *empowerment del paziente-utente e della comunità* attraverso l'informazione, la trasparenza e l'aumento del contributo diretto ai processi di pianificazione-verifica. Un processo partecipativo che coinvolga fattivamente tutti gli attori, politici, manageriali, professionali e comunità.

Gli assi portanti di un modello sistematico di *Clinical governance* sono così sintetizzabili:

— garanzia di un *equo accesso* e di un'elevata qualità dell'assistenza, indipendentemente dal luogo di residenza del cittadino, concentrandosi, innanzitutto, sugli aspetti realmente importanti per gli utenti;

— un *approccio centrato sul paziente* e sull'insieme del suo *percorso assistenziale*, piuttosto che sui singoli momenti che lo compongono;

— la conseguente predisposizione di indirizzi clinici chiari (*clinical*

*guidance*), basati sulle *prove d'efficacia clinica* e di costo-efficacia, che tengano in considerazione l'esperienza dei professionisti e dei *manager*, nonché i valori e le aspettative degli assistiti;

— la definizione di chiari *standard* condivisi e di misure di *performance*, collegati ad un sistema di precise responsabilità e di monitoraggio continuo, che consenta di identificare le aree cliniche suscettibili di miglioramento, di realizzare attività di analisi comparativa delle prestazioni erogate (*benchmarking*), di fornire un ritorno informativo puntuale agli operatori (*feedback*), e infine di monitorare eventi avversi ed errori clinici per segnalare in modo tempestivo l'occorrenza;

— esistenza di un idoneo impianto di divulgazione attiva delle informazioni finalizzato a rendere agli utenti più trasparenti i servizi ed i risultati, nonché specifiche politiche aziendali per la raccolta sistematica di informazioni sulla *qualità* dei servizi così come essa viene *percepita dai pazienti* e per il suo utilizzo come momento di verifica delle prestazioni;

— *autoregolamentazione professionale* come opportunità di partecipazione degli operatori alla definizione degli *standard* ed allo stesso tempo esistenza di un impianto di sostegno tecnico-metodologico e formativo, nonché di strutture di verifica interna ed esterna;

— costante crescita professionale (*formazione continua*) rispondente non soltanto alle necessità di apprendimento dei singoli professionisti, ma al più ampio bisogno di sviluppo dei servizi.

#### 4. Linee guida, protocolli, percorsi, profili ... sono la stessa cosa?

Siamo convinti che sarebbe utile approfondire ulteriormente questa parte,

considerato che esiste una certa confusione terminologica (e non solo!) nell'ambito del Governo clinico e dei suoi strumenti. Tale confusione è ampiamente testimoniata dall'uso abbastanza diffuso, sotto forma di sinonimi, di termini che sinonimi non sono, quali protocolli, profili assistenziali, linee guida, *Disease Management*. Ma un approfondimento su questa problematica, che certamente comporta profonde ricadute sia sulla struttura, sia sui risultati degli interventi a livello aziendale, esula dalle finalità del presente articolo e pertanto ci si limiterà a fornire gli elementi di riflessione essenziali.

Per poter meglio stigmatizzare le caratteristiche salienti dei principali strumenti operativi di *Clinical governance*, è possibile fare riferimento alla figura 1.

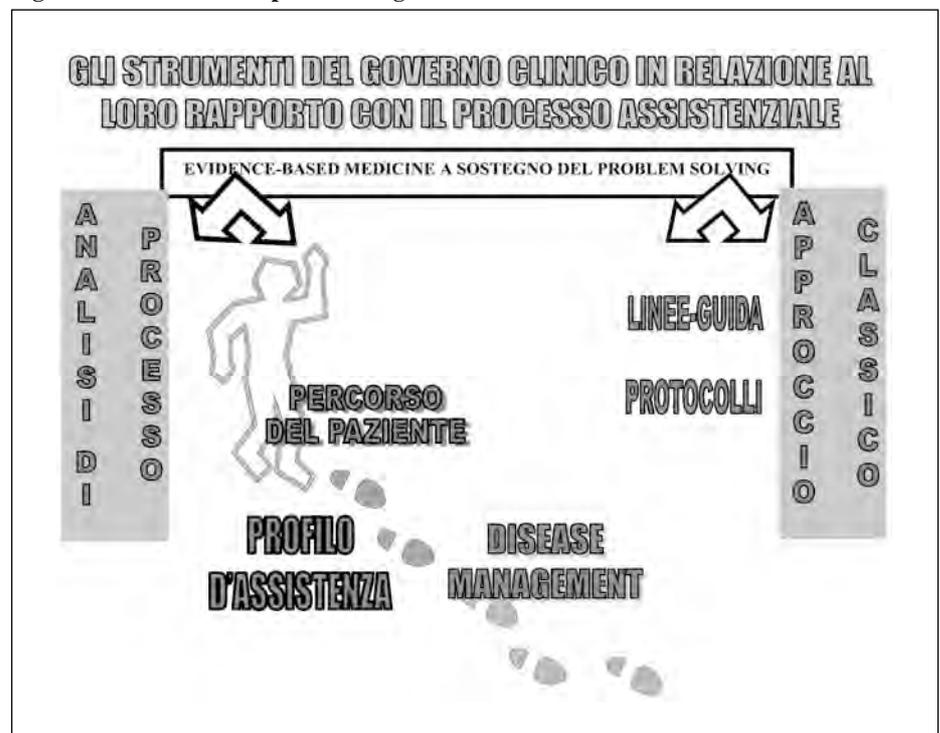
La figura 1 propone una classificazione degli strumenti operativi del Governo clinico in relazione al loro

rapporto o meno con una tecnologia portante del miglioramento continuo: l'analisi di processo. Alcuni strumenti (quelli a sinistra nella figura), infatti, si applicano a partire dall'individuazione del percorso-paziente e dai vari prodotti erogati lungo la catena assistenziale, altri strumenti (quelli a destra nella figura) sono, invece, distanti da tale logica.

Dalla figura 1, infatti, è possibile evincere quanto segue.

1. La medicina basata sulle prove d'efficacia (*Evidence-based Medicine*) è inquadrabile come una tecnologia a supporto di qualunque snodo decisionale clinico, indipendentemente dallo strumento scelto. Il concetto di *Evidence-based Medicine* (*Evidence-based Working Group, 1992; Sackett et al., 1997; Liberati, 1997*) negli ultimi anni ha subito una profonda evoluzione, anche in rapporto all'emergere degli strumenti del Governo clinico

Figura 1 - Gli strumenti operativi del governo clinico



precedentemente descritti. Da una visione dell'EBM come strumento a supporto del singolo professionista nel *problem solving* relativo al singolo caso clinico, con l'avvento di strumenti che pongono al centro il processo assistenziale nel suo complesso, il *focus* si è progressivamente spostato dal «singolo paziente» a «target di pazienti» e dal «singolo professionista» al «team di professionisti».

2. Vi sono alcuni strumenti che potremmo definire più «classici», quali le linee guida ed i protocolli diagnostico-terapeutici. Per le loro caratteristiche implicite, essi non prendono in considerazione il «processo assistenziale» nel suo complesso. Infatti:

— le linee guida sono prettamente cliniche, sono «generaliste» e finalizzate a suggerire indirizzi comportamentali «asettici», avulsi cioè dalle specificità dei contesti e dei singoli casi clinici;

— i protocolli sono mirati e puntuali, inerenti, cioè, a precise azioni (snodi decisionali clinici, diagnostici o terapeutici).

3. Tra gli strumenti più recentemente affermatasi, troviamo i «Percorsi del paziente» (Casati, Vichi, 2002), i «Profili di assistenza» (altrimenti chiamati *Clinical Pathways* o *Critical Pathways*) (Panella *et al.*, 1997; Russo, 2000; Every *et al.*, 2000; Pearson *et al.*, 1995; Weingarten, 2001; Weiland, 1997, Kitchiner *et al.*, 1996) ed il «*Disease Management*» (Cavallo, Del Vecchio, 1997, Hunter, Fairfield, 2000; Wagner, 2000; Mason *et al.*, 1999; Weingarten *et al.*, 2002). Come già detto, esula dal presente articolo una trattazione specifica di questi strumenti, per la quale si rimanda alla bibliografia segnalata, ma appare utile sottolineare quanto segue:

— gli strumenti citati mettono al centro l'assistenza come processo complesso ed utilizzano come tecnologia di base l'*analisi di processo* (Le-

ga, 2001; Franceschini, 1998; Porter, 1999; Wienand *et al.*, 1999; Baldoni *et al.*, 1998). Prendono in carico, cioè, non soltanto gli aspetti prettamente clinici dell'assistenza, ma anche gli aspetti organizzativo-gestionali, sulla base del principio che le variabilità e le diseconomicità non sono legate solo alle *performance* cliniche, ma anche (e talvolta principalmente) alle modalità di erogazione dell'assistenza e, quindi, agli aspetti organizzativi ed operativi;

— sono strumenti, inoltre, che si applicano a *target* ben definiti di pazienti ed infatti la precisa selezione del *target* è una prerogativa indispensabile del loro uso e della loro efficacia;

— un altro elemento comune a tali strumenti è che essi si costruiscono, si adattano e si sviluppano compatibilmente con le caratteristiche (potenzialità e limiti) dei contesti locali, pur nutrendosi delle evidenze scientifiche e delle potenzialità offerte dal *benchmarking* nazionale ed internazionale;

— il *Disease Management* (DM) ha come aspetto peculiare l'approccio sistemico. Il D.M. ha, infatti, come prerogativa il coinvolgimento di tutti i *caregiver* che concorrono a fornire prodotti assistenziali lungo tutte le tappe della storia naturale della malattia. La logica che anima il *disease management* si basa sull'individuazione dei principali *cost-driver* (generatori di costo, sia in termini di costi di salute, sia di costi finanziari superflui) del sistema-malattia e, attraverso l'uso di protocolli e profili, sull'individuazione ed il monitoraggio delle *performance* cliniche e, più in generale, assistenziali, che devono essere condivise tra i diversi soggetti che concorrono a costruire la catena di erogazione dell'assistenza (vedi figura 2);

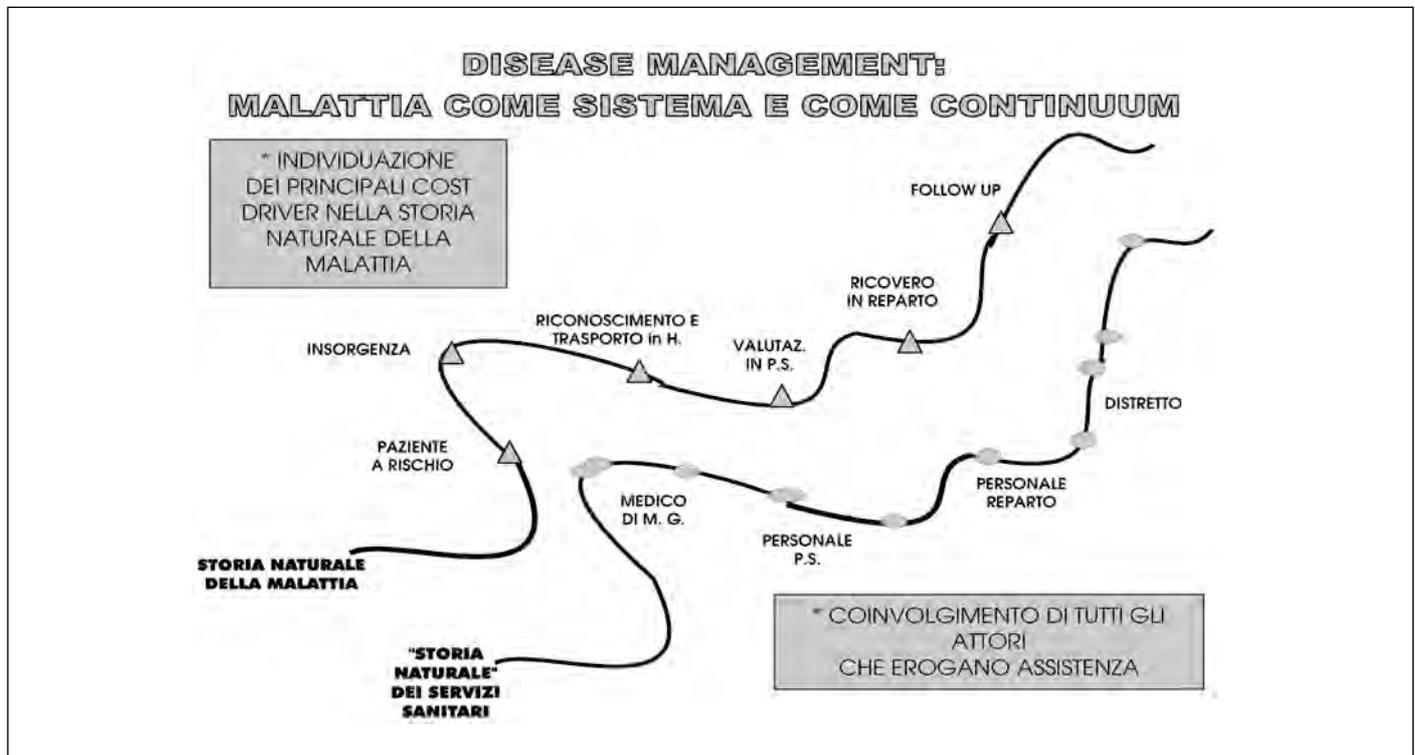
— «Percorsi del paziente» e «Profili di assistenza» possono in alcuni casi rappresentare modi diversi di denomi-

nare uno stesso strumento, considerato che dalle esperienze realizzate è possibile evincere grandi somiglianze, anche se con alcune differenze. Una differenza di fondo può essere legata alle premesse dell'intervento: spesso nell'uso dei «Percorsi-paziente» si può riscontrare una tendenza maggiormente (o, talvolta, esclusivamente) orientata all'efficienza organizzativa. Si tende, cioè, a dare maggiormente risalto agli aspetti di analisi di processo e di reingegnerizzazione organizzativa, a fronte, invece, di una tendenza dei Profili assistenziali a prendere in carico maggiormente gli aspetti clinico-assistenziali ed i bisogni complessi (anche non-clinici) del paziente (le *care-categories*, cui fanno riferimento i Profili, includono anche la pianificazione del post-dimissione, l'educazione del paziente e dei familiari, ecc.).

In conclusione, gli strumenti precedentemente citati (Percorsi, Profili, *Disease Management*) sono inquadrabili come strumenti «operativi» del Governo clinico (vedi tabella 1), finalizzati a migliorare il versante della «produzione», l'assistenza, cioè, a specifici *target* di pazienti con una precisa patologia. Alcuni (Percorso, Profilo) assumono una prospettiva di approccio e di coinvolgimento più settorializzato, altri (*Disease Management*) si caratterizzano per un approccio ed un coinvolgimento sistemico.

Il Governo clinico, utilizzando gli strumenti operativi anzidetti, deve saper elevare gli *standard* assistenziali dando piena evidenza alle responsabilità ed ai risultati.

Il Governo clinico, però, per potersi affermare e realizzare nel suo vero significato di «Sistema di governo» ha bisogno non solo di leve «operative» e culturali per innovare la produzione, ma ha bisogno anche di altre leve, politiche, strutturali, organizzative, nonché di specifiche strategie di sistema.

Figura 2 - La struttura del *disease management*Tabella 1 - Sinossi comparativa di alcuni strumenti di *clinical governance*

	Linee guida	Protocolli diagn.-terap.	Profili assistenziali	Percorsi assistenziali	<i>Disease management</i>
Da cosa nascono	EBM	EBM	EBM	EBM	EBM
Chi li produce	Esperti	Esperti	<i>Work team</i>	<i>Work team</i>	<i>Work team</i>
A che livello	Internazionale e/o nazionale	Internazionale e/o nazionale	Locale	Locale	Locale
Come agiscono	Raccomandazioni	Prescrizione	Azioni pratiche	Azioni pratiche	Azioni pratiche
Attenzione agli aspetti organizzativi	Scarsa	Nulla	Consistente	Molto forte	Molto forte
Attenzione agli aspetti clinici	Molto forte	Molto forte	Molto forte	Consistente	Molto forte
Attenzione agli aspetti assistenziali	Scarsa	Nulla	Molto forte	Consistente	Molto forte
Attenzione agli aspetti economici	Scarsa	Nulla	Consistente	Molto forte	Molto forte
Parti dei processi interessati	Le più rilevanti clinicamente	Specifiche problematiche diagn.-terap.	Da processi in singole Uu.oo. a processi transmurali	Da processi in singole Uu.oo. a processi transmurali	Tutta la storia naturale della malattia
Quali rischi	Genericità	Nulla flessibilità	Iperefficienza	Iperefficienza	Iperefficienza

Nella Regione Marche sono presenti, come verrà meglio chiarito in seguito, alcune premesse importanti in questa prospettiva.

## 5. I profili di assistenza nella Regione Marche: le prime esperienze

La Regione Marche ha assunto pienamente, già agli inizi della loro comparsa in Italia, la logica e la prassi dei *profili di assistenza* (3). Ciò non soltanto per perseguire le tendenze innovative, ma anche e fondamentalmente perché con il diffondersi dei *profili* si intendeva rispondere alle esigenze di:

— *diffondere l'approccio Medicina basata sull'evidenza scientifica* (EBM - *evidence-based medicine*) tra le diverse componenti del sistema-azienda, sia i decisori, sia i professionisti singoli e in gruppo, per il supporto ai processi decisionali (*decision-making*);

— *favorire l'integrazione* — dato che i Profili vengono realizzati grazie a *Team* multiprofessionali, con componenti talvolta provenienti anche da servizi diversi — e *l'innovazione organizzativa*, migliorando la qualità professionale, la motivazione e il clima organizzativo;

— *analizzare e ridurre la variabilità*, che rappresenta uno degli elementi di maggiore criticità dell'agire sanitario ed un indicatore dell'esistenza di *performance* inappropriate potenzialmente correggibili;

— *promuovere la continuità assistenziale*, considerato che i Profili possono avere un'estensione che oltrepassa i confini organizzativi dell'ospedale coinvolgendo anche gli attori territoriali dell'assistenza (es.: Stroke, Diabete);

— *favorire processi mirati di razionalizzazione della spesa*, individuando e rivedendo le *performance* inappropriate;

— *migliorare la qualità percepita del paziente*, attraverso il miglioramento dei diversi elementi che compongono l'episodio assistenziale: l'efficacia, ma anche i tempi, l'informazione, l'educazione del paziente e dei familiari, ecc.

La Regione Marche:

— è impegnata da anni sul versante dell'Appropriatezza-Profilo di assistenza (l'Ars Marche ha ricevuto nel 2000 il primo premio assoluto del Forum P.A. proprio per i Profili realizzati);

— ha attivato alcune leve di sistema fondamentali:

a) l'Agenzia regionale sanitaria (Ars) che opera come tecnostuttura di supporto tecnico-metodologico e formativo a tutte le Aziende sanitarie (Di Stanislao *et al.*, 2000);

b) il Psr, nelle sue varie edizioni, come strumento di indirizzo dell'intero sistema assistenziale verso le logiche del Governo clinico;

c) la presenza di Comitati e *Workteam* aziendali impegnati nell'applicazione di Profili di assistenza;

d) l'attivazione di «meccanismi operativi» a supporto dell'impianto, quali il collegamento degli obiettivi di appropriatezza ai sistemi di valutazione e di premio.

La sfida di disseminare i Profili assistenziali in tutta la Regione, in particolare negli ultimi 4 anni, si è sviluppata su alcune direttrici di fondo, così sintetizzabili:

— era necessario avviare esperienze concrete, al fine di poter, non solo diffondere la cultura *evidence-based*, ma anche di ridurre la distanza tra *efficacy* (efficacia verificata nei contesti di ricerca) ed *effectiveness* (efficacia concreta, realizzata in un contesto non di ricerca). Infatti, l'annoso problema dell'appropriatezza e del governo clinico è proprio la sfida sui risultati concretamente raggiunti;

— era necessario agire sul «sistema» nel suo complesso e non soltanto sui professionisti. L'*effectiveness*, infatti, non è legata soltanto alla possibilità/capacità del singolo professionista di accedere/usare i dati di letteratura, ma anche a quanto il contesto organizzativo si predisponga verso l'innovazione e la promuova veramente attraverso la rivisitazione critica degli impianti di valutazione, del sistema premiante, del sistema informativo, dei processi decisionali, cioè di tutte le variabili che danno «senso» all'innovazione e che costituiscono le leve per la promozione dei nuovi comportamenti.

In tale prospettiva, l'Ars ha coinvolto nel disegno le Direzioni aziendali, ha collegato la realizzazione dei Profili al sistema premiante regionale, ha promosso e sostenuto concretamente la vita dei Comitati e dei *Workteam* multiprofessionali aziendali che hanno iniziato l'esperienza della costruzione e della disseminazione dei Profili nelle loro aziende.

Negli ultimi anni, nella regione Marche, sono stati realizzati Profili assistenziali di diversa complessità e di varia «estensione», a seconda delle potenzialità dei singoli contesti aziendali. Dei Profili realizzati, più di una decina sono stati portati a compimento in modo completo integrando ospedale e territorio, ed alcuni sono già alla loro 2<sup>a</sup> o 3<sup>a</sup> riedizione. In alcuni, sui quali è stato effettuato un monitoraggio costante, si è potuto dare evidenza ai risultati raggiunti, sia in termini di efficienza, sia in termini di efficacia (anche se per i risultati di efficacia è importante poter fare riferimento ad una più ampia casistica).

Le variabili che maggiormente sembrano aver inciso sull'affermarsi dell'esperienza nelle varie realtà aziendali marchigiane sono state: la forza della committenza regionale attraverso il Psr ed il sostegno formativo

e tecnico-metodologico offerto dall'Ars alle aziende, l'utilizzo appropriato di leve gestionali a supporto (quali il sistema di valutazione ed il sistema premiante), il coinvolgimento delle Direzioni strategiche aziendali, la presenza di *team-leader* motivati e adeguatamente preparati, l'efficace gestione dei *team* di lavoro, l'oculato uso della variabile «tempo».

## 6. I profili di assistenza nella Regione Marche: le lezioni apprese

Prima di trattare le caratteristiche salienti dell'impianto del sistema di *Clinical governance* regionale, è utile sintetizzare alcune considerazioni generali sull'esperienza marchigiana, dalle quali sono scaturite le premesse di tale impianto.

Accanto ad ogni considerazione viene citato, tra parentesi, il fabbisogno progettuale al quale si è cercato di dare risposta con il successivo impianto del sistema di Governo clinico:

— la logica della «disseminazione» dei Profili assistenziali in un ambito regionale, se in prima istanza può essere utile per diffondere la cultura ed implementare l'uso dello strumento, a lungo andare, se non ricondotta ad una logica di unitarietà, può rischiare di generare esperienze eccessivamente parcellizzate e miglioramento a macchia di leopardo (*fabbisogno di unitarietà e di logiche di sistema*);

— gli schemi rigidi spesso utilizzati nei Profili di assistenza (analisi dettagliata delle singole attività prestate nei diversi momenti, registrazione continua delle azioni dei diversi *care giver* attraverso schede allegate alla cartella clinica, monitoraggio ed analisi degli scostamenti in tutte le attività previste) possono appesantire la *routine*, generare distanza e demotivazione e ridurre la *compliance* degli operatori nel medio-lungo periodo (*fabbisogno*

*di snellimento e flessibilità dello strumento*);

— vi è una certa problematicità nel monitoraggio dei Profili di assistenza e dei loro risultati, e, spesso, anche su profili simili applicati in contesti diversi non è stata riscontrata concordanza tra gli strumenti ed i metodi di rilevazione dei risultati (*fabbisogno di unitarietà e confrontabilità in ambito regionale*);

— anche per esperienze simili in contesti diversi, si è spesso rilevata una certa variabilità sulle fonti di evidenza, sul loro uso e sulla contestualizzazione delle informazioni (*fabbisogno di supporto specifico e di condivisione delle premesse*);

— lo strumento Profili di assistenza, per divenire uno strumento sistematico di un'organizzazione, deve contemplare anche una profonda riflessione sulle risorse ed una loro potenziale riallocazione. Non è possibile, infatti, disgiungere il miglioramento delle *performance* clinico-assistenziali da un riassetto della rete di risorse se si vogliono perseguire obiettivi di economicità del sistema assistenziale (*fabbisogno di compatibilizzazione tra l'impianto teorico e la fattibilità*);

— generare reale coinvolgimento dei professionisti è impresa ardua, ma allo stesso tempo rappresenta una precondizione di efficacia imprescindibile, tanto quanto lo è promuovere decisioni e prassi integrate. Altrettanto viva è la problematica della partecipazione del cittadino alla gestione di uno strumento altamente specialistico, qual è un Profilo di assistenza. Le logiche di *empowerment*, infatti, non si basano soltanto sulla classica informazione, ma si nutrono di condizioni di verificabilità e di partecipazione alle scelte (*fabbisogno di coinvolgimento attivo dei professionisti e degli utenti*).

È sulla base delle considerazioni precedentemente citate che all'interno dell'Agenzia regionale sanitaria della Regione Marche si è aperto un profondo dibattito che, a partire dalla rivisitazione critica dell'esperienza dei Profili di assistenza applicati nelle varie aziende, ha permesso di cominciare a delineare i contorni di un sistema di Governo clinico regionale.

## 7. Un sistema di *Clinical governance* sulla base di un nuovo paradigma di fondo: (i) cominciare dal porsi i giusti interrogativi; (ii) partire dai risultati attesi e concentrarsi su di essi

Siamo abituati a pensare ai Profili, a partire dalla classica scaletta dei vari *step* (Panella *et al.*, 1997) operativi, riproposta qui di seguito:

- 1) identificazione della patologia;
- 2) costituzione del Gruppo di lavoro;
- 3) selezione della popolazione;
- 4) stesura del Profilo di assistenza;
- 5) *pretesting* del Profilo di assistenza;
- 6) applicazione del Profilo di assistenza;
- 7) valutazione del Profilo di assistenza;
- 8) implementazione del Profilo di assistenza.

Abbiamo, però, detto nel paragrafo precedente che è utile rendere flessibili le griglie e che la rigidità strutturale (del Profilo e degli interventi) è un potenziale rischio di «fuga» dal Profilo da parte degli stessi professionisti.

Il *set* di domande dalle quali l'Ars Marche è partita, nella prospettiva di impiantare un sistema di Governo clinico è stato, quindi, il seguente:

- 1) Qual è il mio *target* critico di pazienti?

- 2) Qual è la storia naturale della patologia?
- 3) Qual è il percorso del paziente nel mio sistema?
- 4) Quali sono, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, gli snodi assistenziali fondamentali, le *best practice* connesse ed i relativi *standard* che un sistema assistenziale appropriato dovrebbe garantire ai propri utenti?
- 5) Chi sono nel mio sistema i servizi e gli attori interessati alla gestione di questi snodi?
- 6) Dove mi posiziono rispetto agli *standard* attesi?
- 7) Come posso contestualizzare le *best practice* nei diversi contesti locali della Regione?
- 8) Come posso implementare il miglioramento in tutto il sistema?

- 9) Come posso monitorare in modo unitario?
  - 10) Come posso dare evidenza ai risultati, facendo in modo che il cittadino possa divenire un *controller* del sistema?
- La novità fondamentale di questi interrogativi, rispetto all'approccio classico, è quella di partire «dal basso», dai risultati attesi, definiti sulla base di un'approfondita analisi delle evidenze scientifiche. La logica classica del Profilo, che, una volta definito il *target* e l'ambito, si prefigge di analizzare e reingegnerizzare in dettaglio ogni attività di ogni attore che concorre a generare il processo assistenziale senza alcuna prioritizzazione è una logica che tende ad «appesantire» eccessivamente le energie che un siste-

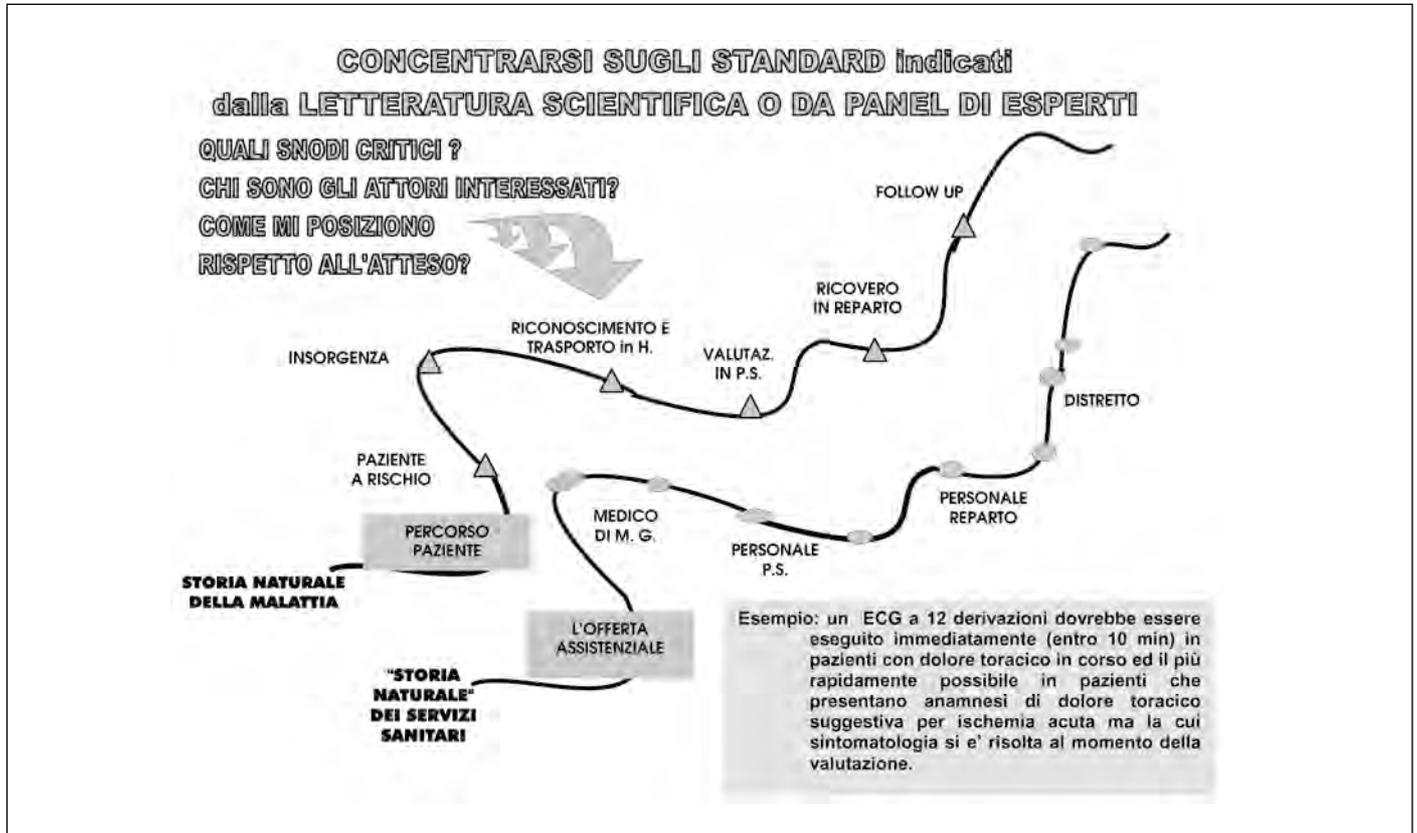
ma organizzativo ed i suoi professionisti devono impegnare.

In una nuova prospettiva di *Clinical governance* che parta dalle premesse innanzi citate, non si tratta di lavorare su tutte le azioni di tutti gli attori in qualsiasi momento assistenziale, ma di individuare i 4-5 snodi assistenziali fondamentali, all'interno di un percorso-paziente predefinito, che possano garantire il massimo risultato gestionale per il paziente sulla base delle indicazioni fornite dalla letteratura scientifica.

È proprio su questi snodi che si individuano le *best practice* e si identificano gli *standard* da garantire, nonché il percorso per raggiungerli nel contesto regionale.

Per fare un esempio, la figura 3 propone, sullo sfondo del percorso-pa-

Figura 3 - Concentrarsi sugli snodi fondamentali (es.: IMA)



ziente con Infarto miocardio acuto (IMA) uno degli snodi fondamentali di gestione del paziente in fase acuta: l'esecuzione rapida di un Ecg a 12 derivazioni nei pazienti con dolore toracico. Questa *best practice*, che ha una forza di evidenza di tipo «A» in letteratura, pur essendo abbastanza semplice e conosciuta, non è sempre rispettata, né al Pronto soccorso, se il paziente arriva autonomamente, né al 118, se il paziente utilizza questo circuito assistenziale.

Si è voluto fare un esempio semplice, l'esecuzione di un Ecg, per far comprendere il significato dell'impianto. Ma il lavoro sull'analisi degli snodi decisionali e delle evidenze lungo tutto il percorso assistenziale del paziente con IMA apre una serie di interrogativi, alcuni anche molto complessi, sulle modalità/potenzialità di erogazione dell'assistenza. Non è il caso di addentrarsi sulla trattazione di temi specifici, ma si pensi alla carenza delle strutture e delle *performance* riabilitative verso i pazienti con IMA ed a quanto, invece, queste abbiano refluente, come ben dimostrano evidenze scientifiche di tipo «A», sulla mortalità, sui danni residui dell'IMA e sui reinfarti.

Come si comprende bene, una riflessione su questo aspetto tende ad aprire interrogativi non soltanto sui protocolli diagnostico-terapeutici, ma anche sugli assetti organizzativi ed operativi, sulla rete di riabilitazione, sul *know-how* necessario, sugli investimenti che il sistema assistenziale dovrà sostenere per garantire risultati in quest'area fondamentale per la vita del paziente.

## 8. I profili di assistenza nella Regione Marche: l'esperienza attuale

Un sistema di *clinical governance* deve:

— darsi un assetto organizzativo ed operativo snello;

— coinvolgere i professionisti a qualsiasi livello del sistema;

— lavorare sulla rete di risorse e non solo sulle *performance*.

La struttura del lavoro regionale sul Governo clinico è stata quella di lavorare su due binari conduttori:

— le *performance* assistenziali e gli operatori, da un lato;

— la struttura organizzativa e la distribuzione delle risorse, dall'altro.

Ciò nella prospettiva di definire *standard*, legati alle *performance assistenziali*, monitorabili attraverso un sistema di indicatori, grazie ai quali poter dare evidenza al cittadino marchigiano che in qualsiasi punto di erogazione dell'assistenza verranno garantiti *standard* di intervento, individuati sulla base delle evidenze scientifiche internazionali (contestualizzate) e costantemente monitorati.

Dall'altro lato, il lavoro sulle «Reti» ha avuto la funzione di analizzare la distanza domanda-offerta, nella prospettiva di rivedere criticamente l'impianto di allocazione delle risorse e mirare i nuovi investimenti.

L'Ars, in accordo con il Dipartimento sanità della Regione Marche, ha costituito, ad inizio 2003, *Comitati scientifici regionali sul Governo clinico* (finalizzati a rivedere le *performance* assistenziali e gli operatori) e *sulle Reti cliniche* (finalizzati a rivedere la struttura organizzativa e la distribuzione delle risorse), relativamente alle aree prioritarie indicate dal Psr 2003-2005 (Infarto miocardio acuto, Stroke, ecc.).

Ogni Comitato è stato composto sulla base dei seguenti criteri:

— esponenti del mondo scientifico e aziendale, rappresentativi in ambito regionale;

— rappresentanti di associazioni professionali.

Saranno integrati anche rappresentanti di associazioni dei pazienti.

La finalità è stata quella di elaborare a livello regionale, valorizzando gli esperti locali più rappresentativi, *Raccomandazioni per la pratica clinica* (4) (*best practices*), in grado di migliorare l'affidabilità, la validità e la qualità complessiva dell'assistenza erogata ai *target* di pazienti precedentemente indicati, e quindi in grado di raggiungere risultati, misurabili attraverso specifici indicatori, sull'efficacia clinica (la «salute prodotta»), sull'efficienza e l'efficacia gestionale (l'appropriato uso delle risorse umane e tecnologiche, la riduzione dei costi legati a pratiche di non provata efficacia), sulla qualità relazionale e percepita.

Oltre ai Comitati per le *best practice*, i lavori hanno avuto come oggetto anche l'analisi delle «Reti assistenziali», in modo da analizzare contestualmente, come si diceva precedentemente, il rapporto domanda-offerta e la compatibilità delle *performance* e degli *standard* individuati con la struttura organizzativa esistente e con l'attuale distribuzione delle risorse, in una prospettiva di riallocazione appropriata di queste ultime.

In armonia con quanto indicato dal Programma nazionale per le Linee guida (ASSR, 2000) e dal relativo Manuale metodologico (ASSR, 2002, previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 e dal D.L. 229/99, le funzioni dei Comitati scientifici, composti da esponenti rappresentativi del mondo scientifico marchigiano, sono state quelle di:

— elaborare «raccomandazioni per la pratica clinica» (*best practices*) utilizzando le revisioni sistematiche (5) ed il metodo delle opinioni di esperti, che abbiano un carattere di indirizzo flessibile ed adattabile alle condizioni dei diversi ambiti aziendali, nella prospettiva di contestualizzarle e renderle operative in tutta la Regione attraverso l'azione di Gruppi di progetto costi-

tuiti in ogni azienda. Questi ultimi sono chiamati successivamente ad utilizzare le raccomandazioni prodotte dai Comitati scientifici per costruire ed implementare nei contesti aziendali «Profili assistenziali» e confrontati attraverso un processo di *benchmarking* tra tutte le aziende della regione;

— esplicitare la qualità delle informazioni utilizzate (*levels of evidence*) (6) e l'importanza/rilevanza/fattibilità/priorità della loro implementazione (*strength of recommendations*) (7);

— esplicitare, laddove esistenti, le alternative di trattamento e i loro effetti sugli esiti;

— esplicitare i possibili indicatori di monitoraggio utili a valutare l'effettiva applicazione delle Raccomanda-

zioni ed il raggiungimento dei risultati previsti in ambito regionale;

— prendere cura della stesura delle Raccomandazioni e della loro struttura definitiva (linguaggio e veste grafica), in modo che esse risultino comprensibili e fruibili, sia garantita la loro completa diffusione a livello regionale ed agli enti ed organismi nazionali ed internazionali interessati;

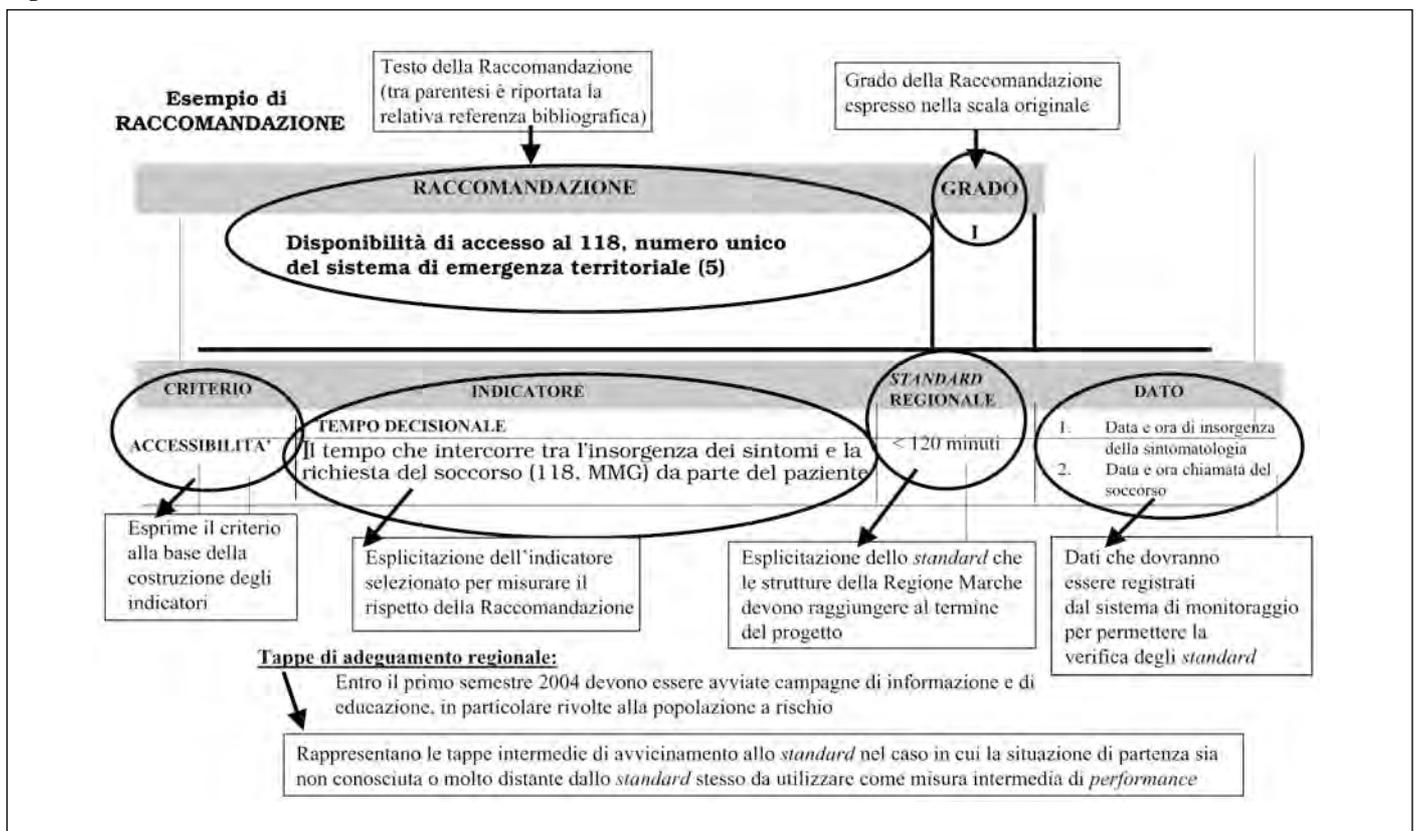
— aggiornare con regolarità le Raccomandazioni prodotte, in base all'evoluzione delle conoscenze scientifiche e attraverso l'analisi critica delle esperienze applicative attuate nella regione;

— rappresentare il punto di riferimento tecnico-scientifico e metodologico per i Gruppi di progetto aziendali preposti all'applicazione delle Raccomandazioni.

Ogni Comitato si è suddiviso in sottogruppi di lavoro per approfondire i singoli *snodi critici* identificati ed ha utilizzato l'approccio ed il metodo dell'*evidence-based medicine*. I risultati della ricerca e le ipotesi di Raccomandazioni elaborate nei sottogruppi sono state condivise tra tutte le componenti del Comitato, assembleate e successivamente diffuse a livello aziendale.

In questo processo di elaborazione e disseminazione delle Raccomandazioni, il Comitato ed i suoi sottogruppi sono stati coadiuvati da esperti nelle diverse aree tematiche (ricerca su banche-dati internazionali, epidemiologia e sistema informativo, metodologie e strumenti della qualità e dello sviluppo organizzativo, ecc.) messi a dispo-

Figura 4



sizione dall' Agenzia regionale sanitaria.

Ogni Comitato ha individuato anche set di *standard* e di indicatori mirati a verificare sia il livello di applicazione delle raccomandazioni, sia i risultati che concretamente saranno raggiunti in termini di miglioramento dell'assistenza erogata ai vari *target* di pazienti.

L'esperienza applicativa delle Raccomandazioni a livello aziendale costituirà la base per l'eventuale ritorno di *input* critici utili alla riadattamento ed alla revisione *in progress* delle Raccomandazioni.

All'interno di ogni azienda della Regione, sia ospedaliera, sia territoriale, previo coinvolgimento dei Commissari e dei vertici aziendali, sono stati costituiti dei Gruppi di progetto specifici, all'interno dei quali è stato identificato un Referente (*Project-manager*) che ha il compito di:

- coordinare i lavori in Azienda;
- promuovere la costruzione e l'applicazione del Profilo di assistenza prescelto in tutte le Uu.oo. coinvolte;
- rapportarsi periodicamente con il Comitato scientifico e con l'Ars in modo da fungere da sensore-moltiplicatore di *input* bidirezionali centro-periferia e periferia-centro;
- essere responsabile della reportistica periodica (da inviare ai vertici aziendali ed all'Ars).

Per la composizione dei Gruppi di progetto, ogni azienda ha avuto ampia autonomia, ma sono stati indicati dall'Ars alcuni criteri di massima:

- individuare un Gruppo ristretto, che funga da promotore e coordinatore della contestualizzazione e disseminazione delle Raccomandazioni e della costruzione-applicazione dei Profili di assistenza (un componente di questo Gruppo è il *Project Manager* di cui sopra);

— il Gruppo di progetto individua le idonee soluzioni organizzative, operative e strategiche per raggiungere il traguardo della disseminazione delle Raccomandazioni e del Profilo assistenziale in tutte le Uu.oo. coinvolte (Ps, Servizi di diagnostica, Uu.oo. di degenza, ecc.).

L'Ars fornisce supporto tecnico-metodologico e formativo ai Gruppi di progetto aziendali ed effettua verifiche periodiche e valutazioni dei risultati.

## 9. Conclusioni

La Regione Marche ha avviato un processo finalizzato a realizzare un sistema di Governo clinico, attraverso l'attivazione di una serie di leve politiche, strutturali, organizzative ed operative.

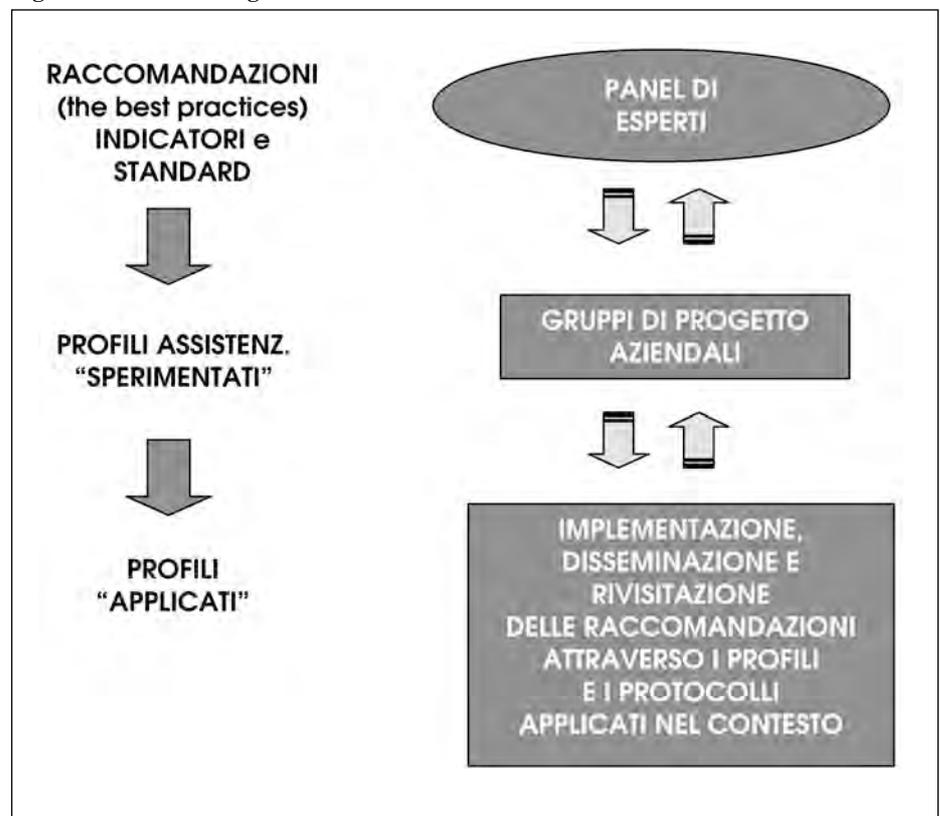
In questo disegno è stata data centralità ai diversi *stakeholder* del sistema assistenziale:

— ai professionisti, che hanno redatto raccomandazioni sulla base dell'analisi della letteratura scientifica più aggiornata ed il confronto tra pari, e che hanno individuato *best practice* condivise per specifici *target* di pazienti, i relativi *standard* da raggiungere, nonché analizzato concordemente il ridisegno di allocazione delle risorse;

— ai *manager* ed ai politici, considerato che un sistema di Governo clinico dà risposte anche in termini di economicità, di evidenza di risultato e di garanzia nei confronti dei cittadini;

— agli utenti ed alla comunità, ai quali sarà possibile, attraverso gli *standard* dichiarati e adeguatamente divulgati, divenire i «*controller*» prin-

Figura 5 - Il modello organizzativo a rete



cipali del sistema di offerta e dei risultati.

Vale la pena di aggiungere a quanto già descritto nei paragrafi precedenti alcune brevi riflessioni sulle logiche di sistema che sottendono al concetto di *clinical governance*.

La realizzazione di un «sistema» (Bocchi, Ceruti, 1994; Bateson, 1976; Maturana, Varela, 1992; Perrone, 1996; Di Stanislao e Noto, 1999) non si basa soltanto sulla somma delle parti, ma sullo sviluppo di una vera cultura e prassi di integrazione.

A partire da questa considerazione, l'Agazia regionale sanitaria ha particolarmente curato l'assetto organizzativo, descritto nella figura 5, individuando attori e relative responsabilità e strutturando il disegno in modo circolare e non piramidale. In pratica, tutti gli attori della rete, anche quelli più periferici, sono attori «co-costruttori» delle raccomandazioni e delle *best practice*: gli operatori di linea non sono, infatti, considerati semplici esecutori delle Raccomandazioni: essi, attraverso la prassi applicativa, forniscono un ritorno critico sul quale si basa la struttura evolutiva delle Raccomandazioni.

Si ritiene opportuno, in conclusione, fornire alcuni dati sul disegno operativo già portato a termine: sull'infarto miocardico acuto (tabella 2) e sullo *stroke* (tabella 3).

(1) Alcuni esempi: *Budgeting*, MBO (*Management by Objective*), BPR (*Business Process Reengineering*), ABC (*Activity Based Costing*), CQI (*Continuous Quality Improvement*), TQM (*Total Quality Management*), EBM (*Evidence-based Medicine*), *Benchmarking*, ecc.

(2) «A framework through which NHS organisations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in care in which excellence in clinical care will flourish».

(3) I Profili di assistenza sono definibili come piani interdisciplinari di assistenza mirati a definire la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, degli interventi rivolti a *target* specifici di pazienti. I Profili di assistenza si differenziano dai più classici strumenti dell'*Evidence-based Medicine*, quali i Protocolli e le Linee guida, perché tendono alla rivisitazione critica non soltanto delle «*performance cliniche*» (la diagnosi, la cura ...), ma anche degli «aspetti organizzativi» dell'assistenza.

(4) Secondo la definizione dell'*Institute of Medicine*, Washington DC (Institute of Medicine, 1992): «Raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di aiutare i medici ed i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche». Appare ovvio che, per un sistema locale, quale è una Regione, le Raccomanda-

zioni elaborate sull'assistenza erogata a *target* specifici di pazienti (ad esempio, pazienti con IMA), avranno refluenze non solo sull'ambito clinico, ma anche sull'ambito non-clinico (aspetti gestionali, problematiche organizzative dell'assistenza).

(5) Secondo la definizione proposta dal Manuale metodologico elaborato dal Gruppo di coordinamento del Piano nazionale Linee guida, le revisioni sistematiche sono definite come «una valutazione delle conoscenze disponibili su un determinato argomento, nella quale tutti gli studi rilevanti sono identificati e valutati criticamente. Qualora la natura del quesito e la qualità dei dati lo consentano, ad una revisione sistematica si può associare una meta-analisi, ovvero una sintesi quantitativa dell'effetto dell'intervento, utilizzando tecniche statistiche appropriate a quantificare il contributo dei singoli studi senza annullare l'unicità delle caratteristiche di ciascuno».

**Tabella 2**

**Infarto miocardico acuto**

*Comitato scientifico regionale: costituzione e composizione, articolazione dei lavori*

- costituzione: marzo 2003;
- composizione: tutti i Direttori delle Unità operative di UTIC, Cardiologia, 118, Pronto soccorso, Laboratorio emodinamica e cardiocirurgia della Regione Marche; tutti i responsabili dei 118 della Regione; rappresentanti dell'ANMCO regionale; medici di pronto soccorso e cardiologi della Regione particolarmente esperti nell'argomento per un totale di 40 componenti;
- sottogruppi di lavoro e numero di incontri: fase preospedaliera 6 incontri, fase intraospedaliera 6 incontri, fase di riabilitazione e prevenzione secondaria 4 incontri;
- riunione plenaria del Comitato scientifico regionale per la condivisione di Raccomandazioni, indicatori e *standard* regionali: 27 maggio 2003.

*Workteam aziendali costituzione e composizione, articolazione dei lavori*

- avvio dei *workteam* aziendali per la costruzione del Profilo di assistenza: settembre 2003;
- composizione: un medico e un infermiere delle Unità operative di UTIC, Cardiologia, 118, Pronto soccorso, Laboratorio emodinamica e cardiocirurgia (se presenti in Azienda), un dirigente del Laboratorio analisi, un rappresentante di Direzione medica di presidio, Servizio infermieristico, Ufficio qualità, medici di Medicina generale;
- conclusione della costruzione dei profili: dicembre 2003;
- avvio del monitoraggio regionale permanente: febbraio 2004.

*Rete clinica cardiologica*

- analisi domanda offerta: maggio 2003;
- definizione della nuova rete secondo il modello *hub & spoke* (strutture, organizzazione, sistema di relazioni): ottobre 2003.

(6) Il Programma nazionale Linee guida indica che «il Livello di Prova (LdP) ... dipende dalla certezza che si può avere dell'esattezza e della precisione circa l'effetto di un intervento ... Il LdP si riferisce alla probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici».

Il LdP dipende da:

- appropriatezza del disegno dello studio utilizzato (Qualità metodologica a priori);
- rigore e qualità di conduzione ed analisi dello studio (Controllo dell'errore sistematico);
- dimensione dell'effetto clinico-epidemiologico misurato (Controllo dell'errore causale);
- appropriatezza e rilevanza degli indicatori di esito (Rilevanza clinico-epidemiologica).

(7) Il Programma nazionale Linee guida indica che «La Rilevanza delle Decisioni (RdD) si riferisce ad un indicatore che misura l'entità delle conseguenze prevedibili», riguarda, cioè, «il grado di convinzione con cui si ritiene che una certa raccomandazione debba essere implementata».

## BIBLIOGRAFIA

- ASSR (2002), *Il Manuale metodologico: come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica*, Tendenze Nuove, Il Mulino, Milano.
- ASSR (2000), *Agenzia per i servizi sanitari regionali - Organizzazione, strumenti e metodi del Programma nazionale per le linee guida*, maggio, Roma.
- BALDONI D. ET AL. (1998), *Gli artefici della qualità*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- BATESON G. (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- BEECHAM L. (1999), «Government sets out vision for clinical governance», *BMJ*, 318, p. 832.
- BOCCHI G., CERUTI M. (1994), *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.
- CASATI G., VICHI M.C. (2002), *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, McGraw-Hill, Milano.
- CAVALLO M.C., DEL VECCHIO M. (1997), «Disease management: un approccio sistematico alla gestione delle patologie croniche», *Mecosan*, 20, pp. 8-16.
- DI STANISLAO F., NOTO G. (1999), «Sviluppo organizzativo quality-oriented. Un quadro concettuale ed una ipotesi di lavoro per le aziende sanitarie», *Mecosan*, 31, pp. 23-36.

- DI STANISLAO F. ET AL. (2000), «L'Agenzia regionale sanitaria: strumento di innovazione del sistema sanitario», *Tendenze*, 1.
- EVERY R.N. ET AL. (2000), «Critical Pathways: a review. Circulation», Feb 1, pp. 461-465.
- EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP (1992), «Evidence-based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine», *JAMA*, 268, pp. 2420-2425.
- FRANCESCHINI F. (1998), *Quality Function Deployment*, Il Sole 24-Ore Libri, Milano.
- HALLIGAN A., DONALDSON L. (2001), «Implementing clinical governance: turning vision into reality», *BMJ*, 322, pp. 1413-1417.
- HUNTER D.J., FAIRFIELD G. (1997), «Managed care: disease management», *BMJ*, 315, pp. 50-53.
- INSTITUTE OF MEDICINE (1992), *Guidelines for clinical practice. From development to use*, National Academy Press, Washington DC.
- KITCHINER D., DAVIDSON C., BUNDRED P. (1996), «Integrated care pathways:

effective tools for continuous evaluation of clinical practice», *J Eval Clin Pract*, 2, pp. 65-69.

- LEGA F. (2001), *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- LIBERATI A. (A CURA DI) (1997), *La medicina delle prove di efficacia. Potenzialità e limiti della Evidence-based Medicine*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- MALCOM L., MAYS N. (1999), «New Zealand's independent practitioner associations: a working model of clinical governance in primary care?», *BMJ*, 319, pp. 1340-1342.
- MASON A., DRUMMOND M., TOWSE A. (1999), «Is disease management relevant in Europe: some evidence from United Kingdom», *Health Policy*, 48, pp. 69-77.
- MATURANA H., VARELA F. (1992), *L'albero della conoscenza*, Garzanti.
- MCCOLL A., ROLAND M. (2000), «Knowledge and information for clinical governance», *BMJ*, 321, pp. 871-874.

## Tabella 3

### Ictus

#### Comitato scientifico regionale: costituzione e composizione, articolazione dei lavori

- costituzione: aprile 2003;
- composizione: tutti i Direttori delle Unità operative di Neurologia, Medicina interna, Riabilitazione, Neuroradiologia, Neurochirurgia della Regione Marche; tutti i responsabili dei 118 della Regione; rappresentanti dei Collegi IPASVI provinciali, del Collegio dei terapisti della riabilitazione, dei logopedisti; medici di Pronto soccorso, di Medicina interna e cardiologi della Regione particolarmente esperti nell'argomento per un totale di 65 componenti;
- sottogruppi di lavoro e numero di incontri: fase preospedaliera 6 incontri, fase intraospedaliera 6 incontri, fase di riabilitazione e prevenzione secondaria 4 incontri;
- riunione plenaria del Comitato scientifico regionale per la condivisione di Raccomandazioni, indicatori e *standard* regionali: 26 giugno 2003.

#### Workteam aziendali costituzione e composizione, articolazione dei lavori

- avvio dei *workteam* aziendali per la costruzione del Profilo di assistenza: settembre 2003;
- conclusione della costruzione dei profili: dicembre 2003;
- avvio del monitoraggio regionale permanente: febbraio 2004;

#### Rete clinica neurologica/neurochirurgica

- analisi domanda offerta: luglio 2003;
- definizione della nuova rete (strutture, organizzazione, sistema di relazioni): dicembre 2003.

- PANELLA M., MORAN N., DI STANISLAO F. (1997), «Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc.», *QA*, 8 (1), pp. 1-16.
- PEARSON S.D., GOULATT-FISHER D., LEE T.H. (1995), «Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential», *Ann Intern Med*, Dec, 15, 123, pp. 941-948.
- PERRONE V. (1996), «La rete», in: Costa G., Nacamulli R. (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*, Utet, Torino.
- PORTER M.E. (1999), *Il vantaggio competitivo*, Edizioni di comunità, Torino.
- PRINGLE M. (2000), «Participating in clinical governance», *BMJ*, 321, pp. 737-740.
- RUSSO R. (2000), «Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia», *Politiche sanitarie*, 1, 4, pp. 182-195.
- SACKETT D.L. ET AL. (1997), *Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM*, Churchill Livingstone, London.
- SCALLY G., DONALDSON L.J., Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England, *BMJ*, 1998; 317: 61-65
- SECRETARY OF STATE FOR HEALTH, *A first class service*, London, Department of Health, 1998.
- WAGNER E.H. (2000), «The role of patient care teams in chronic disease management», *BMJ*, 320, pp. 569-572.
- WEILAND D.E. (1997), «Why use clinical pathways rather than practice guidelines?», *Am J Surg*, 174, pp. 592-595.
- WEINGARTEN S. (2001), «Critical pathways: what do you do when they do not seem to work?», *Am J Med*, 110, pp. 224-225.
- WEINGARTEN S.R. ET AL. (2002), «Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports», *BMJ*, 325, p. 925.
- WIENAND U., CINOTTI R., PRANDI F. (1999), *Il miglioramento continuo nelle aziende sanitarie*, Centro Scientifico Editore, Torino.

# L'ACTIVITY BASED COSTING IN SANITÀ: IL CASO DELL'OSSIGENOTERAPIA

Emidia Vagnoni<sup>1</sup>, Giulia Potena<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Economia delle Aziende Sanitarie, Dipartimento di Economia Istituzioni e Territorio - Università di Ferrara

<sup>2</sup> A.O.U. «S. Anna» di Ferrara - Dipartimento di Economia Istituzioni e Territorio - Università di Ferrara

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il *Cost Management* in sanità - 3. L'*Activity Based Costing* in sanità - 4. L'*Activity Based Costing* in sanità: vantaggi e limiti - 5. Il caso dell'ossigenoterapia - 6. I vantaggi di un'analisi tramite ABC per l'ossigenoterapia - 7. Osservazioni conclusive.

## 1. Introduzione

L'introduzione di tecniche manageriali innovative in ambito sanitario è avvenuta, a partire dall'inizio degli anni '90, a seguito di profonde riforme di carattere normativo (1) che hanno generato i presupposti per la realizzazione di significativi cambiamenti a livello organizzativo e gestionale.

Il sistema di erogazione dei servizi pubblici si è trovato, quindi, in una fase di profonda ed irreversibile trasformazione. Il conseguimento di risultati efficienti e la soddisfazione del cliente divengono le principali finalità dell'attività svolta, in un contesto che si caratterizza per una crescente rilevanza dei meccanismi concorrenziali. Visto la caratterizzazione del settore sanitario per le caratteristiche appena richiamate, vengono a rafforzarsi i sistemi del controllo sociale (controllo esterno) e dell'autodiagnosi (controllo interno) (Farneti, 1995). I tradizionali sistemi di programmazione e controllo basati su una logica meccanicistica e volti alla rilevazione dei soli costi di gestione sono risultati non idonei a monitorare il livello di prestazione della gestione delle aziende pubbliche. La visione burocratica e statica dei processi di programmazione e

controllo hanno conseguentemente richiamato l'attenzione sulla necessità di adottare altri strumenti di misurazione dei risultati con lo scopo di supportare le scelte manageriali e il processo di formazione della strategia (2).

Il processo di aziendalizzazione assume un rilievo sostanziale; questo non si è concretizzato soltanto nel cambiamento della denominazione delle strutture sanitarie (Aziende Usl, Aziende ospedaliere), ma soprattutto nell'introduzione dei principi di efficienza, efficacia, economicità come caratteri guida per lo svolgimento dell'attività istituzionale. Inoltre, in un contesto che sempre più disegna situazioni di quasi-mercato, il paziente veste il ruolo del «cliente», nella situazione di valutare e giudicare la qualità delle prestazioni offerte e con la possibilità di rivolgersi al «mercato» (struttura sanitaria) ritenuto migliore.

La centralità del ruolo del paziente e l'importanza, da un lato, di realizzare *customer satisfaction* e, dall'altro, della qualità dei servizi prestati, non dovrebbero portare in secondo piano la necessità di monitorare e contenere i costi nel settore sanitario. L'introduzione di tecniche innovative per l'analisi dei costi in sanità risponde quindi

sia al processo di aziendalizzazione in atto, sia alla richiesta di monitoraggio e contenimento della spesa pubblica sanitaria italiana. L'utilizzo di strumenti di rilevazione e analisi dei costi sono da realizzare a supporto degli obiettivi di miglioramento della qualità e dell'efficacia dei servizi sanitari. All'interno delle strutture sanitarie il ruolo che può assumere una sperimentazione gestionale innovativa è alquanto rilevante; si possono analizzare i costi sotto diversi profili: della qualità (*Total Quality Management*), dei processi (*Business Process Reengineering*), degli *stake-holder* (*Balanced Scorecard*), del valore (*Value Analysis*), delle attività (*Activity Based Costing*) (3).

Un recente studio (4) (Farneti e Vagnoni, 2002) illustra il grado di diffusione di tecniche manageriali sperimentali in ambito sanitario, rispetto a quelle tradizionali, obbligatorie per legge. I risultati della ricerca mostrano (tabella 1) come circa 1/3 del campione di aziende considerate stia operando nella direzione di miglioramento del proprio sistema di analisi dei costi attraverso strumenti gestionali innovativi in ambito sanitario.

Alla luce delle considerazioni sopra riportate, e date le caratteristiche del

settore sanitario, questo lavoro si pone come obiettivo l'analisi dell'utilizzo dell'*Activity Based Costing* (ABC) per la determinazione, a preventivo, del costo di erogazione di un servizio sanitario: l'ossigenoterapia. Utilizzare l'ABC, seguendo le indicazioni fornite in materia dalla letteratura, significa determinare il costo di ciascuna attività che compone il processo e successivamente attribuire tale costo all'*output* finale. Scopo della ricerca è quello di valutare, in relazione ai risultati attesi in letteratura sui benefici dell'ABC in sanità, i vantaggi apportati da una tecnica di analisi dei costi innovativa rispetto ad una di tipo tradizionale nell'ambito di una azienda sanitaria, in particolare nell'erogazione di uno specifico servizio.

Il lavoro, pertanto, si articola come segue. Il paragrafo 2 si propone di illustrare le principali caratteristiche del *Cost Management*, e riferirle al contesto sanitario. Tra gli strumenti innovativi di analisi dei costi utilizzati in sanità è stato scelto l'*Activity Based Costing* e si è esaminata la letteratura al riguardo (paragrafo 3). Nel paragrafo 4 si sono presi in considerazione le possibilità e i limiti che la tecnica dell'ABC comporta, sempre in riferimento al contesto delle aziende ospedaliere. Il paragrafo 5 illustra l'applicazione della tecnica ABC per l'analisi dei costi, a preventivo, di erogazione del servizio di ossigenoterapia a diverse categorie di pazienti. In seguito (paragrafo 6) si sono analizzati i risultati della sperimentazione (paragrafo 7) e sono state tratte alcune conclusioni sugli effettivi benefici riscontrati nell'utilizzare la tecnica dell'ABC all'interno di un servizio di cui non si conoscevano i costi effettivi di erogazione.

## 2. Il *Cost Management* in sanità

Nelle aziende sanitarie, l'enfasi posta sul comportamento dei costi e sulla

realizzazione di processi di gestione di tipo efficiente, in grado di creare le condizioni per il conseguimento di elevati livelli di *performance* clinica, trova realizzazione nell'utilizzo di alcune tecniche avanzate di determinazione e analisi dei costi, definite nell'ambito della letteratura sul *Cost Management* (Shank e Govindarajan, 1991).

I tradizionali sistemi di *cost accounting*, volti a quantificare il costo dell'*output*, attraverso un'analisi dei costi diretti, indiretti e comuni, non rispondono pienamente alle esigenze di un settore, quello sanitario, in cui è necessario, oltre che determinare e analizzare i costi, motivare le scelte al personale e porre al centro di ogni processo decisionale il paziente (Finkler, 1994). Di conseguenza, anche in ambito sanitario iniziano ad assumere enfasi le tecniche di *Cost Management*, inteso questo come area di studio nella quale la misurazione del costo diventa strumento per la gestione dell'impiego delle risorse, per consentire un migliore processo decisionale e una valutazione strategica di alternative (Cooper e Kaplan, 1991). Seppure le metodologie del tipo *Cost Management* possono offrire molte potenzialità di sviluppo in ambito sanitario, queste trovano parziale realizzazione, e con riferimento ad una ristretta gamma di finalità conoscitive.

L'utilizzo delle metodologie di *cost accounting* è stato tradizionalmente

trascurato in ambito ospedaliero e socio-assistenziale quale strumento di controllo manageriale, per assumere invece un ruolo maggiormente rilevante nel concorso alla produzione di informazioni sintetizzate in *report* di tipo contabile (Webster, Hoque, 2001). Sebbene da lungo tempo il settore sanitario abbia riconosciuto l'importanza della relazione tra *input* ed *output* come un requisito fondamentale per un efficace sistema di *decision making* e di controllo, tuttavia un'analisi dei costi in senso manageriale è stata trascurata fundamentalmente per due ordini di motivi. In primo luogo a causa della complessità sia del processo produttivo che dell'ambiente (*turbulent environment*) e poi per ragioni di ordine culturale (*care of the individual patient is the dominant concer*). È invece doveroso considerare il tema dei costi inserito all'interno del sistema decisionale e non solamente in quello contabile, come una metodologia prefissata.

Le caratteristiche principali del *Cost Management*, rilevanti in un qualsiasi contesto di tipo privato o pubblico, e pertanto anche in ambito sanitario, sono da individuare in questi fattori:

— superamento dell'idea della misurazione quale atto di gestione autonomo e neutrale: non è possibile individuare schemi e modelli applicativi che possano adattarsi a tutte le realtà;

**Tabella1 - Grado di diffusione di strumenti tradizionali e innovativi (Farneti e Vagnoni, 2002)**

Strumenti tradizionali	Aziende Usl	Aziende ospedaliere
Contabilità economica	99%	100%
Contabilità dei costi	95%	96%
<i>Budget</i>	88%	94%
Controllo di qualità	81%	68%
Indicatori	86%	89%

— riconoscimento della necessità di rendere espliciti i modelli logici di interpretazione delle modalità di impiego delle risorse rispetto ai quali costruire, caso per caso, gli strumenti applicativi;

— ricerca di una forte integrazione degli strumenti di rilevazione con altri schemi di interpretazione della gestione quali quelli di analisi strategica, di mercato, del comportamento delle risorse umane;

— acquisizione della consapevolezza che il consumo di risorse è interpretabile secondo schemi multidimensionali che portano necessariamente all'utilizzo di una molteplicità di strumenti non sempre tra loro raccordabili in modo univoco;

— riconoscimento dell'elemento tempo, quale fattore fondamentale nel controllo delle dinamiche di impiego delle risorse (Bergamin Barbato, 2000).

In particolare, in questo studio, si vogliono prendere in considerazione le caratteristiche dell'*Activity Based Costing*, strumento di *Cost Management* alquanto utilizzato nell'ambito delle imprese manifatturiere, e analizzarle in relazione ad un contesto diverso, quello delle aziende sanitarie.

L'analisi della letteratura al riguardo viene condotta su due linee: sono prese in considerazione le principali caratteristiche della metodologia ABC applicate ad un contesto tipico sanitario, quello dell'azienda ospedaliera, e si sottolineano i benefici apportati, in termini di governo dei processi decisionali, dall'utilizzo di tale tecnica.

### 3. L'*Activity Based Costing* in sanità

Analizzando le motivazioni che hanno comportato l'introduzione del modello di determinazione dei costi attraverso ABC in ambito sanitario, si riscontra in primo luogo la necessità di

razionalizzare e migliorare il processo produttivo (5). Di fatto, è proprio operando lungo il processo di erogazione delle prestazioni sanitarie che l'azienda sanitaria può agire sul miglioramento dell'impiego delle risorse, e dunque sul recupero di efficienza. In altri termini, per contenere e razionalizzare i costi si dovrebbe ripensare in modo integrato al processo di prevenzione, al processo di diagnosi, soprattutto precoce, al processo terapeutico e al decorso post-terapeutico, al processo di riabilitazione ed all'*home-care* per poi riattivare la prevenzione, in una sorta di processo produttivo clinico-assistenziale continuo (6).

L'ABC consente di conoscere l'effettivo consumo di risorse da parte di ciascuna attività che compone il processo produttivo; di conseguenza, individuare i *cost driver*, determinanti di costo, implica far emergere le cause del consumo di risorse da parte delle attività e consentire la razionalizzazione nel consumo di risorse stesso.

Il principale limite incontrato nelle imprese manifatturiere per le tradizionali metodologie di rilevazione ed analisi dei costi, ovvero l'imputazione al prodotto finale dei costi indiretti attraverso un criterio di riparto basato sui volumi di produzione (Cooper, 1990), è stato talvolta riscontrato anche nelle prassi contabili delle aziende sanitarie, dove i costi generali vengono spesso attribuiti sulla base del parametro «giornate di degenza» (7). Riuscire a pervenire, tramite ABC, ad un costo pieno di prodotto che includa anche la quota di costi indiretti, attribuiti secondo una reale logica di causa-effetto consente il superamento del principale difetto delle metodologie di *cost accounting*.

Attualmente le sperimentazioni gestionali riguardanti l'utilizzo dell'ABC nelle aziende sanitarie prevedono l'affiancamento di tale tecnica ai tradizionali sistemi di rilevazione dei

costi (Vagnoni, 1998). L'ABC, infatti, non si pone come strumento alternativo ai sistemi di contabilità vigenti e, soprattutto nel contesto sanitario, può essere introdotto come supporto per analisi di tipo strategico, ad esempio durante periodi critici per l'attività dell'azienda, per valutare gli effetti di decisioni che comportino il ridisegno del processo produttivo o la ridefinizione di alcune caratteristiche dell'*output* (Cesaroni, 2000).

È bene comunque sottolineare come l'implementazione di un sistema ABC nelle aziende ospedaliere si differenzi rispetto a quella delle aziende manifatturiere per alcuni fattori. In primo luogo l'*output* ospedaliero è dato da prestazioni che si qualificano per una serie di attributi di natura immateriale difficilmente valutabili in termini di impatto economico (8). Inoltre, l'*output* è caratterizzato da un elevato grado di *customization*. La necessità di orientamento al paziente comporta l'erogazione di prestazioni personalizzate, articolate, e di ampia varietà. Di conseguenza, ciascun paziente genera un consumo di risorse a cui si associa il sostenimento di un costo differenziato sulla base delle attività effettivamente poste in essere (e assorbite) per il trattamento del particolare quadro clinico. Dal momento che considerare ogni singola prestazione come *output* a sé stante risulterebbe particolarmente complesso, il costo ottenuto tramite l'impiego del metodo ABC è un valore medio riferito ad un processo ospedaliero preso come modello ideale di riferimento.

Nonostante le peculiarità appena esposte, il sistema di ABC introdotto in un contesto di azienda ospedaliera, perviene alla determinazione del costo pieno di prodotto tramite le stesse fasi presenti nelle altre tipologie di organizzazioni (9).

La revisione della letteratura, nazionale ed internazionale, in materia

di ABC in sanità evidenzia, da un lato, le caratteristiche della tecnica applicate al particolare contesto ma, dall'altro, fornisce anche una panoramica di casi di analisi dei costi effettuate tramite ABC all'interno delle strutture sanitarie (Baker, 1998; Ancona, Anthony, Young, 1999; Francesconi, 1993; King M. *et al.*, 1994; Lega, 1997). I casi analizzati rappresentano sperimentazioni poste in essere all'interno di aziende sanitarie e aventi la finalità di utilizzare la metodologia ABC per sfruttarne i vantaggi in termini di: analisi delle attività interne; comprendere il legame fra consumo di risorse e cause dei costi; individuare le attività a valore aggiunto e non; razionalizzazione del processo produttivo; realizzazione di scelte gestionali più consapevoli; facilitare il processo decisionale. Le difficoltà messe in luce per l'implementazione della tecnica riguardano sostanzialmente due ordini di ragioni: la scarsa standardizzazione di un processo in cui la variabile umana ricopre un ruolo così centrale e la corretta individuazione delle attività e dei *cost drivers*.

Nel prossimo paragrafo si prenderanno in considerazione alcune possibilità applicative dell'ABC in ambito sanitario e si evidenzieranno i limiti che costituiscono una barriera per l'implementazione effettiva di un sistema di ABC come unico metodo di rilevazione e analisi dei costi all'interno delle aziende sanitarie.

#### **4. L'Activity Based Costing in sanità: vantaggi e limiti**

L'utilizzo della metodologia ABC in un contesto sanitario permette di trarre alcuni sostanziali benefici. A differenza dei tradizionali sistemi di analisi dei costi, questa tecnica richiede di ricostruire il processo interno relativo all'erogazione del servizio, consentendo di gestire allo stesso tempo i

costi e il processo, passando da una logica di analisi organizzativa di tipo statico ad una di tipo dinamico e trasversale (Ruta, 1993). Tale logica si adatta perfettamente all'ambito sanitario che ha previsto il passaggio da un modello organizzativo basato sulle unità operative, solitamente identificate in centri di costo e centri di responsabilità, ad uno di tipo dipartimentale, che consiste nel raggruppamento di diverse unità operative, consentendo di migliorare le relazioni tra diverse unità cliniche e di seguire il processo di erogazione dei servizi. Secondo questo modello organizzativo, emerge la dimensione di processo nel percorso di erogazione delle prestazioni, e da un punto di vista del sistema di *management*, il dipartimento corrisponde ad un centro di responsabilità articolato in centri di costo dove vengono individuati dei responsabili per la dimensione «costo». Tale cambiamento organizzativo, supportato da un sistema informativo che include l'ABC, permette di recuperare il carattere di trasversalità della gestione e individuare i costi connessi al percorso diagnostico-terapeutico del paziente.

Attraverso le informazioni di costo ricavate dall'applicazione del metodo ABC, inoltre, il medico ha la possibilità di monitorare il consumo di risorse associato alle attività poste in essere dallo stesso, aumentando il proprio grado di motivazione e di coinvolgimento nel processo di gestione. In altri termini, l'ABC, consentendo di evidenziare sia le attività sia i costi ad esse associati, permette all'operatore sanitario di monitorare il proprio operato in termini sia di efficacia che di efficienza. Adottando un altro punto di vista (Cesaroni, 2000), la logica dell'ABC può essere utilizzata dalla direzione aziendale per valutare le prestazioni realizzate dal personale (10) e costruire un adeguato sistema incentivante. La possibilità di spostare il pro-

cesso valutativo dai costi ai fattori che ne sono la causa, consente agli amministratori di comprendere se l'eccessivo consumo di risorse da parte di un'unità operativa è da imputare a inefficienza nella gestione o dipende da decisioni esterne rispetto all'area di riferimento (Misuraca, Zambonin, 2001).

Un altro tipo di vantaggio riconducibile all'utilizzo dell'ABC in un contesto di tipo sanitario riguarda la possibilità di analizzare il costo delle prestazioni in un'ottica di *target costing*. Secondo tale approccio il costo pieno del prodotto viene determinato partendo da un prezzo definito dal mercato e considerando il margine che l'azienda intende recuperare; pertanto, con riferimento ai servizi sanitari, data la tariffa definita a livello regionale, può risultare rilevante confrontare questa con il costo della prestazione determinato in maniera puntuale.

Poiché spesso viene mossa una forte critica nei confronti del sistema di remunerazione delle prestazioni, in ragione del fatto che la tariffa definita non remunererebbe i costi da sostenere per la produzione delle prestazioni, la puntuale determinazione dei costi attraverso l'ABC potrebbe consentire di effettuare una più efficace valutazione del grado di efficienza. Inoltre, il sistema informativo si arricchirebbe anche di conoscenze volte a rimodellare i processi nell'ottica di produrre prestazioni utilizzando risorse, ove possibile, il cui costo non superi quello *target*, vale a dire quello definito dal tariffario.

Quindi, attraverso l'ABC è possibile soddisfare varie esigenze conoscitive in quanto tale tecnica consente di identificare: 1) il costo della prestazione (11); 2) la causa scatenante l'entità di un determinato costo (12); 3) le modalità di intervento per abbassare i costi delle prestazioni senza diminuire il valore dell'*output* finale (13).

La letteratura non evidenzia svantaggi nell'utilizzo della metodologia ABC come strumento di analisi dei costi in ambito sanitario, ma pone in evidenza alcuni limiti, propri per altro anche delle aziende private, e riconducibili sostanzialmente a:

— ingenti costi di attivazione di un sistema ABC;

— necessità di un sistema informatico in grado di gestire correttamente il quantitativo di dati inserito;

— adeguata formazione del personale.

L'unico limite proprio di un contesto di tipo pubblico, ancor prima che sanitario, è dovuto alla presenza di vincoli, ad esempio di tipo normativo o di programmazione, che potrebbero ostacolare l'adozione di soluzioni maggiormente efficienti ed individuate dall'ABC, attraverso l'analisi delle attività (Lapsley, Llwellyn, Mitchell, 1994).

## 5. Il caso dell'ossigenoterapia

Dall'analisi della letteratura in materia di *cost accounting* e di *Cost Management* sono emerse diverse opportunità di miglioramento per il sistema informativo-contabile delle aziende del settore sanitario. Si tratta di incrementare la qualità delle informazioni per sostenere un processo decisionale più efficace ed una valutazione strategica di alternative.

Il presupposto di questa ricerca è stato l'avvio del servizio relativo al monitoraggio dei pazienti sottoposti ad ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (14) nel distretto di Ferrara. Utilizzare la metodologia ABC in tale contesto ha consentito di effettuare una preventiva analisi dei costi parallelamente alla pianificazione operativa da parte del personale sanitario relativa allo svolgimento del servizio stesso. Pertanto, l'analisi interna delle attività è stata utilizzata sia a livello

economico sia a livello clinico. Le informazioni di costo ottenute sono meglio riferibili all'effettivo consumo di risorse (assorbite dalle attività) per la realizzazione del servizio nel caso specifico, e non il risultato di attribuzioni diverse da parte di centri di costo concorrenti alla realizzazione del servizio. La logica di attribuzione dei costi, quindi, non è di tipo convenzionale-volumetrico, ma volta a cogliere l'effettivo consumo delle attività da parte del servizio. Utilizzare l'ossigenoterapia come oggetto di analisi per la metodologia di contabilizzazione dei costi mediante attività è significativo anche da un punto di vista del processo di aziendalizzazione in atto, poiché sempre più strumenti contabili utilizzati nelle imprese entrano ad alimentare i sistemi informativi delle aziende pubbliche. La caratteristica principale di tale servizio è quella di essere domiciliare, ossia la provvisione di ossigeno al paziente avviene presso la propria abitazione (15), consentendo di realizzare un elevato miglioramento della qualità della vita ed evitando i costi di ospedalizzazione (16).

Lo scopo dello studio è stato quello di pervenire alla misurazione del costo pieno del servizio, ossia determinare, per ciascuna categoria di pazienti che ricevono indicazione all'ossigenoterapia (17), il costo della provvisione di ossigeno presso la propria abitazione per un intero anno solare. Si ricerca quindi una configurazione di costo che vuole considerare tutti i fattori produttivi, direttamente e indirettamente correlati alla produzione del servizio. Il costo che si è determinato esprime ciò che spende l'Azienda ospedaliera per ciascun tipo di paziente. Questo tipo di analisi risponde a molteplici finalità: oltre a conoscere il costo della prestazione, l'operatore sanitario è facilitato nel gestire la complessità del processo aziendale, cono-

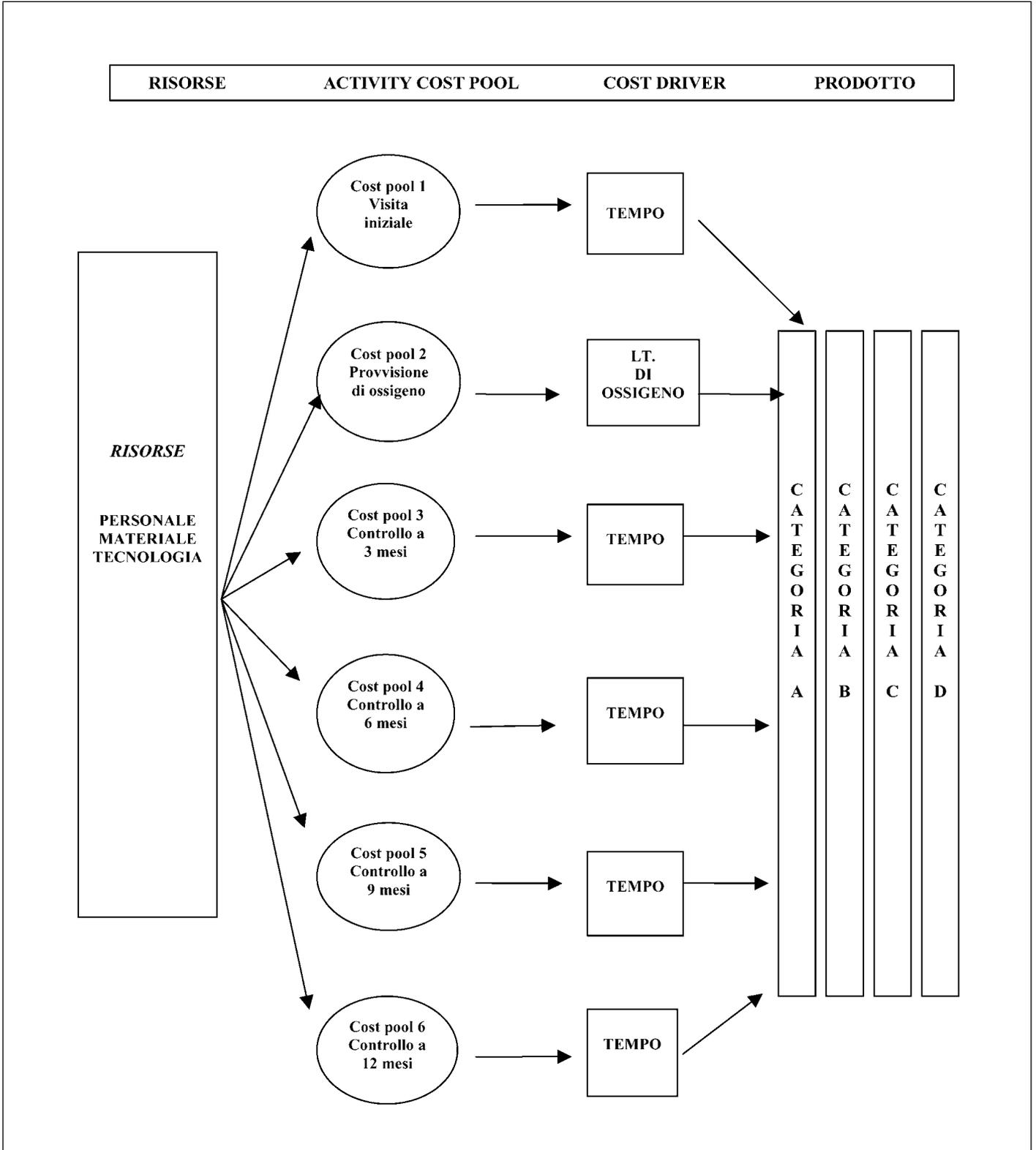
scendo nel dettaglio le fasi e i costi che lo caratterizzano. Inoltre, da un'analisi che standardizza un processo, è più facile introdurre elementi di variabilità e di personalizzazione che caratterizzano in ogni caso un ambito in cui il paziente è al centro del processo e in cui può, in qualsiasi momento, intervenire un fattore non previsto da questo studio.

L'analisi tramite *Activity Based Costing* per l'ossigenoterapia è stata svolta attenendosi al modello teorico di riferimento presente in letteratura e, dunque, seguendo le fasi proprie di questa tecnica.

Attraverso il cosiddetto «metodo delle interviste», è stato possibile, in primo luogo, individuare le attività che compongono il processo di erogazione del servizio di assistenza al paziente sottoposto ad ossigenoterapia domiciliare. Grazie all'aiuto del personale medico è stato possibile comprendere le modalità di svolgimento del lavoro all'interno dell'unità operativa e le risorse (umane, strumentali, tecnologiche) utilizzate. Individuare la sequenza cronologica di operazioni poste in essere durante un anno solare, a partire dal momento in cui al paziente viene prescritta la terapia, consente di ricostruire il processo, comprendere le relazioni tra le diverse attività e definire gli *Activity Cost pools*, ossia particolari costruzioni contabili che consentono di facilitare il processo di attribuzione dei costi, associati alle attività, alle diverse categorie di pazienti. A ciascun *Cost pool* corrisponde uno specifico *cost driver*, ossia un fattore-chiave da cui dipende l'insorgere e l'intensità del costo associato a ciascuna attività.

Il modello di ABC implementato in riferimento all'ossigenoterapia si configura, nel rispetto delle fasi previste dalla tecnica contabile, come illustrato in figura 1.

Figura 1 - Il modello ABC applicato all'ossigenoterapia



La prima fase consiste nell'individuare tutte le risorse necessarie all'erogazione del servizio (personale, materiale, tecnologia); in seguito ciascuna risorsa è stata collocata all'interno di uno specifico *cost pool* (equivalente ad una fase del processo: visita iniziale, visita di controllo, provvisione di ossigeno...). Si è quindi individuato il costo di ciascuna attività che compone il processo. A questo punto il costo complessivo dell'*output* si determina attribuendo al prodotto finale i costi relativi a ciascuna attività attraverso l'utilizzo di appropriati *cost driver* (i determinanti di costo di ogni fase del processo). In altre parole, individuare per ciascuna attività un determinante di costo significa riuscire a ricostruire il costo pieno del prodotto finale.

Per riuscire a quantificare il consumo di risorse da parte di ciascuna attività durante lo svolgimento del processo è necessario associare a ciascuna categoria di costo individuata un opportuno criterio di misurazione o ripartizione.

Ad esempio per il costo del personale si è utilizzato come criterio di riparto la tariffa al minuto, dal momento che le attività sono state misurate sulla base del tempo necessario per svolgerle. La tariffa viene ottenuta dividendo il costo totale annuale della categoria lavorativa, comprensivo dei costi per la mensa, per i giorni lavorativi effettivi (265). La tariffa giornaliera così ottenuta è stata divisa per i minuti lavorativi giornalieri (tenuto conto che le ore di lavoro settimanali sono 38, da contratto) in modo da riuscire ad avere il costo al minuto.

Per i costi comuni il criterio di allocazione è stato differente. Considerando, ad esempio, l'energia elettrica, è stata utilizzata come base di imputazione il numero di metri quadri. Il costo annuale totale dell'utenza viene diviso per il numero di metri quadri relativi all'azienda. Il costo al metro qua-

dro così individuato viene moltiplicato per il numero di metri quadri dell'ambulatorio e si individua il costo per l'energia elettrica relativo all'ambulatorio. Si divide tale costo per il numero complessivo di ore di utilizzo nell'intero arco dell'anno (tariffa oraria) e dividendo per 60 si ottiene la tariffa al minuto da moltiplicare per il numero di minuti complessivi di utilizzo dell'ambulatorio per il paziente di ciascuna categoria.

La tabella 2 sintetizza i dati relativi ai criteri di allocazione dei costi alle attività.

A questo punto dell'analisi è possibile determinare il costo pieno, riferito ad un arco di tempo annuale e ad una serie di attività poste in essere in se-

quenza, secondo una dimensione di processo, per ciascuna categoria di pazienti, in ordine crescente di gravità e con una ulteriore suddivisione al loro interno in pazienti autosufficienti (per i quali le visite di monitoraggio sono svolte presso le strutture ambulatoriali dell'Azienda ospedaliera) e non autosufficienti (per i quali i controlli sono previsti a domicilio) (18).

È necessario specificare come:

— i *Cost pool* relativi alla visita iniziale e ai controlli periodici sono comuni alle diverse categorie; le risorse assorbite da ciascun *Cost pool* sono identiche per le quattro categorie di pazienti, ma si differenziano in riferimento alla tipologia (autosufficiente o meno) di paziente;

**Tabella 2 - Criteri di allocazione dei costi alle attività**

Categorie di costo	Criterio di allocazione
<i>Costo del personale</i>	<i>Tariffa al minuto</i>
<i>Costo delle attrezzature d'ufficio</i>	<i>Costo di ammortamento al minuto</i>
<i>Costo degli strumenti tecnologici</i>	<i>Costo di ammortamento al minuto</i>
<i>Costo di manutenzione straordinaria</i>	<i>Incluso nel costo di ammortamento al minuto</i>
<i>Costo dell'ossigeno</i>	<i>Consumo annuo per categoria</i>
<i>Costo del materiale e dei presidi</i>	<i>Costo diretto</i>
<i>Costo per l'utilizzo struttura ambulatoriale</i>	<i>Costo di ammortamento al minuto (struttura fisica + arredamento + costo fisso di consumo materiali ordinari)</i>
<i>Costo dell'automezzo</i>	<i>Costo di ammortamento al minuto</i>

Costi comuni	Criterio di allocazione
<i>Energia elettrica</i>	<i>Costo per l'ambulatorio suddiviso per la durata delle visite di ciascuna categoria di pazienti</i>
<i>Riscaldamento</i>	<i>Costo per l'ambulatorio suddiviso per la durata delle visite di ciascuna categoria di pazienti</i>
<i>Acqua</i>	<i>Costo per l'ambulatorio suddiviso per la durata delle visite di ciascuna categoria di pazienti</i>
<i>Servizio di pulizia</i>	<i>Costo fisso per visita</i>

— il *Cost pool* relativo alla provvisione di ossigeno differenzia invece le quattro categorie, ma accomuna, all'interno di ognuna, le diverse tipologie.

I risultati ottenuti per ciascuna tipologia e categoria di pazienti sono sintetizzati nella tabella 3 e nel grafico 1, i quali mostrano, rispettivamente, che ciascuna categoria presenta, per le due diverse tipologie di pazienti, lo stesso costo relativamente al *cost pool 2* (provvisione di ossigeno) mentre ciascuna tipologia è accomunata, in tutte le categorie, dal costo relativo ai *cost pool 1, 3, 4, 5, 6* (visite iniziali e periodiche) e agli «altri costi»; inoltre, il paziente non autosufficiente, per ciascuna categoria, ha sempre un costo maggiore rispetto a quello autosufficiente e, al crescere della complicità della patologia, aumenta il costo relativo alla terapia.

### 5. 1. Analisi dei risultati

Osservando i risultati dell'analisi, è possibile trarre alcune considerazioni.

1) I costi aumentano con l'aumentare della gravità del paziente. È da notare come sia unicamente il costo della provvisione di ossigeno (*Cost pool 2*) a determinare un costo diverso per le quattro categorie. Il tipo di visita effettuata, infatti, varia solo in riferimento ai pazienti autosufficienti o meno, mentre rimane identico tra le diverse classi. D'altronde, il fatto che un paziente venga incluso in una determinata categoria è da ricondurre alla diversa prescrizione di ossigeno da parte del medico e, quindi, alla differente terapia. Sulla base di questa considerazione vi è l'incentivo, da parte del medico, a prevenire episodi di ospedalizzazione o di riacutizzazione che possano aumentare la gravità del paziente, e di conseguenza i costi sostenuti.

2) La diversità tra paziente autosufficiente e non autosufficiente, in ter-

mini di costo, non è significativa. L'unica differenza sensibile riguarda la parte relativa agli «altri costi». Il paziente non autosufficiente, durante le visite di controllo, viene sottoposto ad un minor numero di «esami» (il suo processo, quindi, include meno attività) rispetto al paziente autosufficiente. Questo perché è meno autonomo ed alcune tipologie complesse di indagini non possono essere effettuate al domicilio. Ciò significa che, nel complesso, il trattamento domiciliare del paziente è meno costoso di quello ambulatoriale. Considerando i *Cost pool* relativi alla visita iniziale e ai controlli periodici si ha che il paziente autosufficiente costa 261,98 € mentre quello non autosufficiente 230,03 €. La differenza, di 31,95 €, è quindi da imputare ad un minor numero di indagini eseguite. Tuttavia il costo complessivo del processo risulta, per qualsiasi categoria considerata, maggiore per il paziente domiciliare. Sono, infatti, i cosiddetti «altri costi», relativi all'utilizzo della struttura ambulatoriale per i pazienti autosufficienti e allo spostamento del medico presso il domicilio del paziente nel caso dei non autosufficienti, ad invertire la ten-

denza del dato relativo al costo. Si tratta di 24,16 € per la struttura ambulatoriale contro 184,20 € per le visite domiciliari. La differenza (di 160,04 €) compensa il minor costo relativo alle visite e rende il processo svolto nei confronti dei pazienti non autosufficienti più costoso.

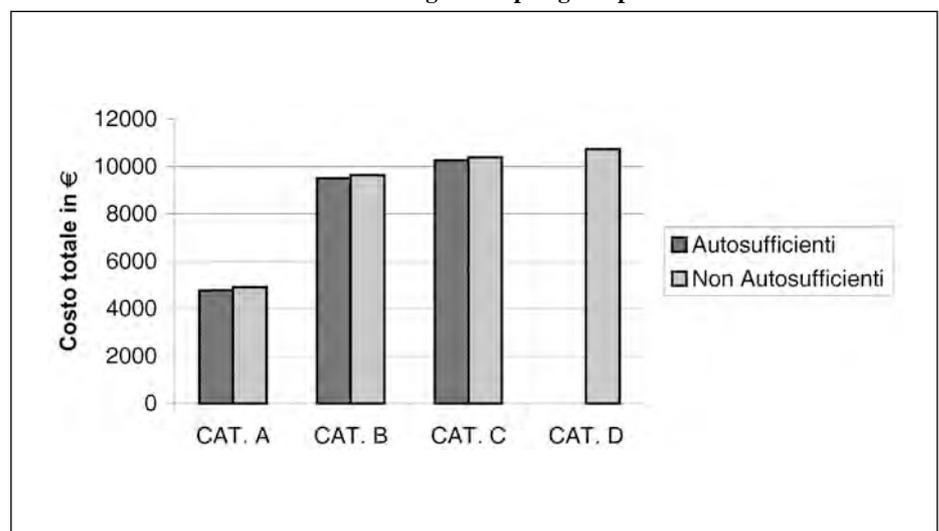
3) Il censimento dei pazienti prevede, per il distretto di Ferrara, una situazione del tipo descritto nella tabella 4.

I dati ivi contenuti, relativi al numero dei fruitori del servizio di ossigenoterapia consentono di calcolare il costo complessivo di ciascuna categoria suddiviso per pazienti autosufficienti e non, ottenendo una stima dei costi complessivi del servizio per il primo anno di attivazione.

### 6. I vantaggi di un'analisi tramite ABC per l'ossigenoterapia

Alla luce dell'analisi svolta è possibile sviluppare alcune considerazioni sull'utilizzo della metodologia di *Activity Based Costing* per determinare il costo medio annuale di un paziente sottoposto ad ossigenoterapia per ciascuna delle quattro categorie consi-

Grafico 1 - Costo totale nelle diverse categorie e tipologie di pazienti



**Tabella 3 - Tabella riassuntiva. Il costo pieno di erogazione del servizio di ossigenoterapia, determinato tramite ABC, per categoria e tipologia di pazienti**

	Risultati							
	Cost Pool 1	Cost Pool 2	Cost Pool 3	Cost Pool 4	Cost Pool 5	Cost Pool 6	Altri costi	Totale
<i>Categoria A</i>								
Autosufficienti	71,69 €	4.491,60 €	33,64 €	58,29 €	33,64 €	68,72 €	24,16 €	<b>4.781,74 €</b>
Non autosufficienti	61,25 €	4.491,60 €	38,62 €	38,06 €	38,62 €	63,88 €	184,20 €	<b>4.916,23 €</b>
<i>Categoria B</i>								
Autosufficienti	71,69 €	9.205,51 €	33,64 €	58,29 €	33,64 €	68,72 €	24,16 €	<b>9.495,65 €</b>
Non autosufficienti	61,25 €	9.205,51 €	38,62 €	38,06 €	38,62 €	63,88 €	184,20 €	<b>9.630,14 €</b>
<i>Categoria C</i>								
Autosufficienti	71,69 €	9.957,90 €	33,64 €	58,29 €	33,64 €	68,72 €	24,16 €	<b>10.248,04 €</b>
Non autosufficienti	61,25 €	9.957,90 €	38,62 €	38,06 €	38,62 €	63,88 €	184,20 €	<b>10.382,53 €</b>
<i>Categoria D</i>								
Non autosufficienti	61,25 €	10.296,43 €	38,62 €	38,06 €	38,62 €	63,88 €	184,20 €	<b>10.721,06 €</b>

derate e per pazienti, di ogni classe, autosufficienti e non.

Il vantaggio di aver considerato tale metodologia per una valutazione preventiva dei costi, rispetto ad un sistema tradizionale di contabilità analitica per centri di costo, è riconducibile essenzialmente a diversi ordini di motivi.

1) L'ABC consente di calcolare il costo del processo. Ciò significa che, una volta ricostruita la sequenza di attività, è possibile analizzare il consumo effettivo di risorse durante tutto l'arco temporale considerato. È bene tenere presente come, per svolgere questa analisi, sia stato necessario fare riferimento ad alcune ipotesi che limitassero il *range* di variabilità dei costi e consentissero di prendere in considerazione un processo standardizzato. Si vuole però sottolineare come, a partire da un processo *standard*, sia possibile giungere ad un percorso «personalizzato» sommando al costo complessivo sostenuto per un determinato

paziente il costo di ogni visita aggiuntiva giudicata necessaria dal medico di medicina generale o dallo specialista. Questa analisi, quindi, vuole rappresentare soltanto un primo passo rispetto alla completezza dell'indagine, tuttavia permette di identificare i notevoli benefici apportati dall'utilizzo della metodologia ABC. Un'analisi per centro di costo non avrebbe consentito di identificare analiticamente il consumo di risorse da parte di ciascuna attività e la relativa determinante di costo. Soprattutto, però, non avrebbe con-

sentito di seguire l'intero svolgimento dell'*iter* diagnostico-terapeutico durante tutto il corso dell'anno. Questa metodologia appare particolarmente appropriata in un contesto di ossigenoterapia domiciliare a lungo termine dove il processo, in condizioni di stabilità e in assenza di episodi di riacutizzazione, è sempre ripetuto. Dopo la prescrizione, i controlli sono effettuati periodicamente a scadenza trimestrale. Una volta determinato il costo per categoria (A, B, C, D) e per tipologia (autosufficienti con controlli ambula-

**Tabella 4 - Censimento dei pazienti**

Categoria	Autosufficienti	Non autosufficienti	Totale
A	103	23	<b>126</b>
B	3	9	<b>12</b>
C	12	7	<b>19</b>
D	-	2	<b>2</b>
<b>Totale</b>	<b>118</b>	<b>41</b>	<b>159</b>

toriali e non autosufficienti con visite domiciliari) viene moltiplicato il dato per il numero di pazienti riferiti all'anno e si ottiene il costo complessivo riferito al «volume produttivo». Il dato di costo è valido poi per ogni anno di terapia da parte del paziente.

2) Utilizzare l'ABC consente, inoltre, di non rimanere vincolati ad un unico centro di costo/responsabilità. Il servizio relativo all'ossigenoterapia, infatti, coinvolge risorse che affluiscono da diversi centri di costo relativi all'Azienda ospedaliera ma anche risorse che provengono dall'Azienda sanitaria locale. Viene quindi superata la staticità di un'analisi dei costi per centro di costo e si coglie fattivamente la trasversalità dei processi.

3) L'ABC, tuttavia, non deve essere pensata esclusivamente come una tecnica di analisi dei costi alternativa rispetto a quella tradizionale. Soprattutto in un primo momento di introduzione della metodologia, le informazioni provenienti dal sistema di contabilità generale e analitica sono indispensabili per implementare la nuova tecnica.

4) Partendo da un'analisi relativa, inizialmente, al distretto di Ferrara, date le caratteristiche di standardizzazione e di massima accuratezza nella definizione dei costi associati alle attività del processo, riproducibile anno dopo anno, sarà possibile, successivamente, ampliare il campo di indagine fino, eventualmente, a costruire un progetto di *benchmarking* regionale.

## 7. Osservazioni conclusive

Alla luce delle considerazioni sopra esposte è possibile affermare che il maggior vantaggio apportato dalla metodologia di determinazione dei costi *Activity-Based* consiste nell'analisi dei processi interni e nella valutazione preventiva dei costi che l'erogazione del servizio di assistenza domi-

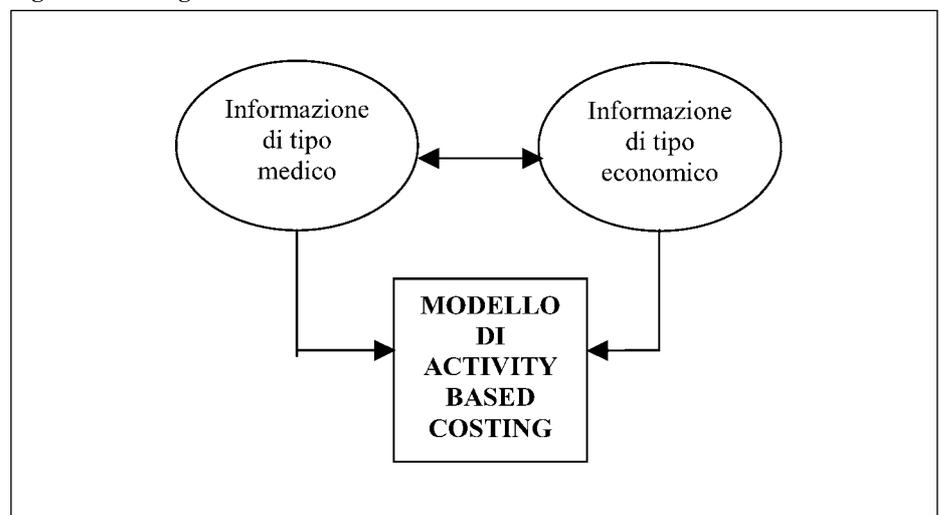
ciliare integrata per i pazienti sottoposti ad ossigenoterapia comporta. Il tipo di informazione prodotta può essere utilizzata per diverse finalità da soggetti che all'interno dell'azienda svolgono mansioni differenti fra loro. Considerando il caso analizzato, la Direzione aziendale utilizza i dati forniti dall'analisi per conoscere il costo del processo, per monitorare e razionalizzare il consumo di risorse da parte di ciascuna attività e anche, eventualmente, per assumere decisioni di *make or buy*. Ad esempio, avere calcolato, per ciascuna categoria, il consumo totale di ossigeno durante l'anno può consentire di valutare la convenienza o meno di pagare un forfait giornaliero all'azienda fornitrice piuttosto che il costo relativo al consumo effettivo.

Per quanto riguarda il personale medico, l'informazione prodotta può essere utilizzata soprattutto per cercare di identificare le attività su cui è possibile intervenire per razionalizzare l'intero processo (19). Nel caso preso in esame, trattandosi di un servizio in fase di attivazione, durante la fase di individuazione della sequenza di attività che compongono il processo, la

collaborazione con il personale medico ha consentito alla direzione di ripensarne alcune fasi in termini di risorse utilizzate, soprattutto umane, al fine di realizzare il miglior *mix* produttivo possibile. Tutti i *Cost pool* individuati, ad eccezione di quello relativo alla provvisione di ossigeno, si possono definire *time consuming*. Il tempo, risorsa intangibile e non rigenerabile, richiede un'ottimizzazione nell'utilizzo poiché costituisce una determinante di costo. L'analisi condotta risulta già, in un qualche modo, vantaggiosa in quanto, sottoponendo i primi risultati ottenuti al personale medico, sono state proposte modifiche circa i tempi degli interventi e il *mix* di risorse utilizzate in vista di una migliore efficienza del processo. Il caso analizzato risulta di interesse poiché il percorso sviluppato evidenzia come la pianificazione operativa delle attività sia stata condotta in parallelo alla valutazione economica delle stesse, e i flussi informativi siano stati integrati per consentire la creazione di un modello il più possibile aderente alla realtà.

Il fatto che il servizio fosse, per l'azienda, di nuova istituzione, ha com-

Figura 2 - L'integrazione dei flussi informativi



portato il vantaggio della concomitanza delle operazioni di valutazione tecnica ed economica, ma ha significato anche far fronte ad alcune criticità. In primo luogo, la mancanza di uno schema operativo del processo già consolidato non ha consentito di disporre di una serie storica di dati relativi sia al processo che ai costi. Di conseguenza, la fase di identificazione delle attività è stata abbastanza lunga: occorreva identificare una serie di attività che svolgessero un ruolo chiave all'interno del processo, ma che non fossero in un numero eccessivamente elevato. Il fatto però che l'intero processo considerato si articoli nell'arco di 365 giorni comporta necessariamente una particolare numerosità e complessità delle attività svolte. La difficoltà maggiore relativa alla creazione del modello, però, è da attribuirsi alla laboriosa standardizzazione del processo.

Un altro aspetto da osservare riguarda il fatto che è stata necessaria una fase di dialogo iniziale per trovare un «terreno comune»; non sempre, infatti, vi era comunanza di obiettivi e priorità tra area clinica ed economica. La realizzazione di un progressivo monitoraggio dei costi relativi al servizio consentirà di ottenere vantaggi legati alla possibilità di creare una base di conoscenze utile per governare più efficacemente il comportamento dei costi da parte della direzione e degli operatori.

(1) Il D.L.vo 502/92 e successive modificazioni e il D.L.vo 229/99.

(2) «Attraverso gli strumenti del controllo economico si cerca di influenzare i comportamenti delle persone che operano all'interno di un'attività organizzata in azienda in modo tale che essi non siano influenzati solo dalle valutazioni individuali di convenienza, ma anche dalla necessità di realizzare un determinato equilibrio economico dell'azienda» (Borgonovi, 1990).

(3) Per un approfondimento su questi strumenti di programmazione e controllo e sulle

possibilità di un loro utilizzo in un contesto di tipo pubblico e sanitario cfr. Borgonovi E., Meneguzzo M. (1985); Farneti G., Silvi R. (1997); per ulteriori approfondimenti: Lega F. (1998); Shank J.K., Zoni L. (2000); Vagnoni E. (1996).

(4) Lo studio ha coinvolto Aziende Usl e Aziende ospedaliere (in tutto 65) dislocate su tutto il territorio italiano. Tali strutture hanno risposto, in forma anonima, ad un questionario il cui scopo era quello di valutare il grado di comunicazione presente all'interno delle aziende. Gli strumenti di analisi dei costi hanno lo scopo di migliorare il processo decisionale e, di conseguenza, anche la comunicazione.

(5) L'atto medico diagnostico-terapeutico si è trasformato lentamente in un processo produttivo diagnostico-terapeutico (Ruta, 1993, p. 12).

(6) «Accanto ai processi tecnico operativi "principali", direttamente rivolti ad agire sullo stato di salute, si sviluppano altri processi "di supporto" qualificati come ausiliari, amministrativi, servizi vari». Tutto ciò, è bene ricordare, contribuisce ulteriormente ad aumentare la complessità aziendale. Cfr. Borgonovi *et al.* (1988).

(7) Ciò significherebbe attribuire ai reparti di lungodegenza costi superiori a quelli effettivi e, allo stesso tempo, sottostimare i costi dei ricoveri a breve termine.

(8) Alcuni esempi possono essere: *comfort* del servizio alberghiero, disponibilità e sollecitudine del personale.

(9) Si tratta di:  
— definizione della mappa delle attività tramite il coinvolgimento degli operatori e del *management* interno all'organizzazione con la consulenza di esperti esterni. Il numero di attività da identificare ed il livello di dettaglio sono lasciati alla discrezionalità dei responsabili aziendali;

— calcolo del costo delle attività tramite i *cost driver*;

— calcolo del costo della prestazione finale. I *cost driver* vengono utilizzati come parametri di misurazione dell'*output* di ogni attività e come indicatori del grado di consumo delle stesse da parte dell'oggetto di valutazione (Lapsley, Llewellyn, Mitchell, 1994).

(10) Le regole di gestione del personale impongono la misurazione della capacità del singolo di far fronte alle responsabilità che gli sono state assegnate. Cfr. Del Vecchio M. (2000).

(11) Evitando le distorsioni proprie delle tradizionali metodologie di analisi dei costi (non corretta quantificazione dei costi comuni ed indiretti), si perviene alla definizione di un costo pieno del prodotto attraverso la ricostru-

zione, tramite una sequenza di attività, del processo erogativo. Cfr. Brusa L. (1995).

(12) L'adozione di una logica di processo con cui si ricostruisce la sequenza di attività poste in essere per arrivare al prodotto finale consente di identificare una causalità fra azioni e costi.

(13) Identificare i cost driver significa identificare le leve su cui agire per razionalizzare i costi sostenuti ma anche per migliorare i risultati sotto il profilo dell'efficacia e della qualità.

(14) Il che significa che la somministrazione di ossigeno perdura non meno di 16-18 ore giornaliere fino, ad un massimo di 24, per 365 giorni all'anno. Per una migliore comprensione delle caratteristiche del processo di erogazione dell'ossigenoterapia si leggano: Zielinski J. (1999) e Howard P. (1999).

(15) I vantaggi che si traggono dall'utilizzo di assistenza domiciliare (*home-care*) sono: riduzione del numero di ricoveri in ospedale; razionalizzazione dell'utilizzo dei posti letto ospedalieri; umanizzazione delle cure e migliore soddisfacimento dell'utente; disponibilità di un efficace sistema domiciliare che garantisca un'alternativa al ricovero.

(16) La rilevanza dell'ossigenoterapia è dovuta anche al fatto che la tipologia di pazienti che fanno ricorso a tale tipo di somministrazione è destinata a crescere in termini numerici, sia a causa di un progressivo invecchiamento della popolazione, sia per cause quali il fumo e l'inquinamento atmosferico. Vedi Michaud C.M., Murray C.J., Bloom B.R. (2001); Murray C.J., Lopez A.D., Jamison D. (1994); Murray C.J., Lopez A.D. (1997a); Murray C.J., Lopez A.D. (1997b); Murray C.J., Lopez A.D. (1999).

(17) Si tratta di pazienti affetti da insufficienza respiratoria e classificati in quattro categorie sulla base della gravità delle loro condizioni e sull'impegno di risorse previsto. Le quattro classi sono: ipossiemicici in trattamento con ossigeno liquido ad un flusso inferiore a 2 litri per minuto (A); ipossiemicici in trattamento con ossigeno liquido ad un flusso superiore a 2 litri per minuto (B); ipoventilanti in ventilazione meccanica non invasiva (C); tracheostomizzati in ventilazione meccanica e ossigeno (D). Ciascuna categoria di pazienti è stata ulteriormente suddivisa al suo interno in due classi: pazienti autosufficienti e non autosufficienti.

(18) I pazienti compresi nella categoria D vengono considerati solamente come non autosufficienti; è una semplificazione dovuta al fatto che nella realtà è possibile che un paziente di tale tipologia sia autosufficiente ma è un caso molto raro e pertanto, in relazione alla necessità di creare un modello di analisi il più

possibile standardizzato, si è deciso di trascurarlo.

(19) Si ricorda che la responsabilizzazione del medico in termini economici è uno dei principi introdotti dalle riforme degli anni '90 e, quindi, avere strumenti a disposizione che lo aiutino a gestire meglio le attività e le risorse stabilite a livello di *budget* per realizzarle, è sicuramente molto utile.

## BIBLIOGRAFIA

- ANCONA F., «Caratteristiche e configurazione dei costi nel settore sanitario: un modello logico di analisi a supporto delle decisioni», disponibile presso URL [www.renalgate.it/management\\_articoli.htm](http://www.renalgate.it/management_articoli.htm).
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W. (1999), *Management control in nonprofit organizations*, Sixth Edition, Irwin-McGraw Hill, Boston.
- ATKINSON A.A. ET AL. (1998), *Management Accounting*, (Second Edition), Prentice Hall, New York.
- BAKER J. (1998), *Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care*, Aspen Publishers.
- BASTIA P. (1997), «Metodologie e strumenti di Cost Management. Una revisione critica», in Farneti G., Silvi R. (a cura di) (1997), Giappichelli, Torino.
- BERGAMIN BARBATO M. (1997), «Sistema di controllo e Cost Management», in Farneti G., Silvi R. (a cura di) (1997), Giappichelli, Torino.
- BERGAMIN BARBATO M. (A CURA DI) (2000), *Il Cost Management*, Giuffrè, Milano.
- BORGONOV E. (A CURA DI) (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, EGEA, Milano.
- BORGONOV E. ET AL. (1988), *L'organizzazione dell'ospedale*, McGraw Hill, Milano.
- BORGONOV E., MENEGUZZO M. (1985), *Processi di cambiamento e di programmazione nelle unità sanitarie locali*, Giuffrè, Milano.
- BRIMSON J.A. (1991), *Activity Accounting. An Activity Based Costing Approach*, John Wiley & Sons Inc., New York: NY.
- BRUNI G. (1994), *Analisi del valore. Il contributo dell'Activity Based Management*, Giappichelli, Torino.
- BRUSA L. (1995), *Contabilità dei costi*, Giuffrè, Milano.
- BRUSA L. (1997), «L'Activity Based Costing come strumento di gestione dei costi», in Farneti G., Silvi R. (a cura di) (1997), Giappichelli, Torino.
- BRUSA L., ZAMPOGNA L. (1991), *Pianificazione e controllo di gestione*, Etas, Milano.
- CASATI G. (A CURA DI) (1999), *Il percorso del paziente. La gestione dei processi in sanità*, Egea, Milano.
- CESARONI F.M. (2000), *Strumenti per il controllo di gestione delle aziende ospedaliere*, Giappichelli, Torino.
- COLLINI P. (1997), «Cost Management e proprietà dei costi: l'efficienza lungo la catena del valore», in Farneti G., Silvi R. (a cura di) (1997), Giappichelli, Torino.
- COOPER R. (Spring 1990), «Implementing an Activity-Based Cost System», *Journal of Cost Management*, in Cooper R., Kaplan R.S. (1991), New York.
- COOPER R., KAPLAN R.S. (1991), *The Design of Cost Management Systems*, Prentice Hall, New York.
- DECRETO LEGISLATIVO 19 GIUGNO 1999, N. 229, «Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 4 novembre 1998, n. 412», *suppl. ord. Gazzetta Ufficiale*, 132, 16 luglio 1999.
- DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502, «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», *suppl. ord. Gazzetta Ufficiale*, 305, 30 dicembre 1992.
- DEL VECCHIO M. (2000), «Contabilità e controllo di gestione delle aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere», *Mecosan*, 36, pp. 91-95.
- FADDA L. (1997), «Cost accounting e esigenze conoscitive dell'impresa per una consapevole gestione dei costi», in Farneti G., Silvi R. (a cura di) (1997), Giappichelli, Torino.
- FARNETI F., VAGNONI E. (2002), «La Comunicazione nella Governance delle aziende sanitarie: strumenti e processi», in Aa.Vv., *L'evoluzione degli assetti di corporate governance*, a cura del Dipartimento di discipline economico-aziendali dell'Università di Bologna, CLUEB, Bologna.
- FARNETI G. (1995), *Introduzione all'economia dell'azienda pubblica- il sistema, i principi, i valori*, Giappichelli, Torino.
- FARNETI G. (1997), «Le prospettive di impiego di Cost Management nell'area pubblica», in Farneti G., Silvi R. (a cura di) (1997), Giappichelli, Torino.
- FARNETI G., SILVI R. (A CURA DI) (1997), *L'analisi e la determinazione dei costi nell'economia delle aziende*, Giappichelli, Torino.
- FERLIE E. ET AL. (1996), *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, Oxford.
- FERRARA G. (1997), «Cambiamenti istituzionali e riflessi sul Cost Management», in Farneti G., Silvi R. (a cura di) (1997), Giappichelli, Torino.
- FINKLER S. (1994), *Essential of Cost accounting for Health Care Organizations*, Aspen Publisher Inc.
- FRANCESCONI A. (1993), «L'Activity Based Costing nei servizi sanitari», *Economia & Management*, 1, pp. 9-17.
- GARATTINI L., TEDIOSI F. (2000), «L'ossigenoterapia domiciliare in cinque paesi europei: un'analisi comparativa», *Mecosan*, 35.
- HOWARD P. (1999), «Conventional indications for long-term oxygen therapy and mechanical ventilation», *Monaldi Archives of Chest Disease*, 54(1), pp. 55-7.
- IANNELLI G. (1997), «Activity Based Costing e Cost Management», in Farneti G., Silvi R. (a cura di) (1997), Giappichelli Torino.
- KING M. ET AL. (1994), *Activity Based Costing in hospitals: a case study investigation*, London, CIMA.
- LAPSLEY I., LLWELLYN S., MITCHELL F. (1994), *Cost Management in the Public Sector*, Longman.
- LEGA F. (1997), «Activity-Based Costing & Management nelle aziende sanitarie: la gestione integrata per attività dei processi produttivi sanitari», *Mecosan*, 22, pp. 23-39.
- LEGA F. (1998), «Il process re-engineering nelle aziende di servizi sanitari», *Organizzazione Sanitaria*, 4, pp. 36-48.
- LONGO M., MASELLA C. (2000), «Il processo di trasformazione delle aziende sanitarie e il ruolo del controllo di gestione», *Mecosan*, 35, pp. 25-35.
- MICHAUD C.M., MURRAY C.J., BLOOM B.R. (2001), «Burden of disease: implications for future research», *JAMA*, 285(5), pp. 535-9.
- MIOLO VITALI P. (1997), «Il Cost Management nell'area pubblica: possibilità e limiti», in Farneti G., Silvi R. (a cura di) (1997), Giappichelli, Torino.
- MISURACA D., ZAMBONIN E. (2001), «Il sistema di controllo interno e la valutazione dei dirigenti nelle aziende sanitarie», *Mecosan*, 37, pp. 71-76.
- MURRAY C.J., LOPEZ A.D. (1997a), «Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study», *Lancet*, 349(9064), pp. 1498-504.
- MURRAY C.J., LOPEZ A.D. (1997b), «Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study», *Lancet*, 349(9063), pp. 1436-42.
- MURRAY C.J., LOPEZ A.D. (1999), «On the comparable quantification of health risks: lessons from the global burden of disease study», *Epidemiology*, 10, pp. 594-605.

- MURRAY C.J., LOPEZ A.D., JAMISON D. (1994), «The Global Burden of Disease in 1990: Summary results, sensitivity analysis and future directions», *Bullettin of WHO*, 72(3) pp. 429-445.
- OLLA G. ET AL. (2000), *Il management nell'azienda sanitaria*, Giuffrè, Milano.
- PESSINA E.A., CANTÙ E. (2000), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Rapporto OASI 2000, EGEA, Milano.
- RUTA C. (1993), *Sanità e management*, Etas, Milano.
- SHANK J.K., GOVINDARAJAN V. (1991), *L'analisi dei costi per la gestione strategica*, Guerini, Milano.
- SHANK J.K., ZONI L. (2000), «Lo studio del Cost Containment nell'ambito sanitario: applicazione della prospettiva dello Strategic Cost Management», in Bergamin Barbato M. (a cura di) (2000), *Il Cost Management*, Giuffrè, Milano.
- SILVI R. (1997), «Cost Management: obiettivi, logiche e modelli di analisi», in Farneti G., Silvi R. (a cura di) (1997), Giappichelli, Torino.
- TOSCANO G. (1997), «Activity-based management accounting: l'anello di congiunzione tra activity-based management e business process reengineering nel cost and value management», in Farneti G., Silvi R. (a cura di) (1997), Giappichelli, Torino.
- VAGNONI E. (1996), «La misurazione della qualità nelle aziende sanitarie», *Economia & Management*, 4.
- VAGNONI E. (1997), «L'analisi dei processi nella gestione dei costi di un'azienda ospedaliera», in Farneti G., Silvi R. (a cura di) (1997), Giappichelli, Torino.
- VAGNONI E. (1998), *Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie: un'indagine sugli strumenti, il processo e l'organizzazione considerati nell'evoluzione della normativa*, Pitagora, Bologna.
- WEBSTER C., HOQUE Z. (2001), «Use and users of cost accounting data in a Government hospital: new public management, institutionalism, power and conflicts», *Collected Papers of APIRA Conference, Adelaide*.
- YOUNG D.W., O'BRIEN P. (1991), «Massachusetts Eye and Ear Infirmary», in Cooper R., Kaplan R., (1991), *The Design of Cost Management Systems*, Prentice Hall, New York.
- ZIELINSKI J. (1999), «Indications for long-term oxygen therapy: a reappraisal», *Monaldi Archives of Chest Disease*, 54(2), pp. 178-82.

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 devono essere originali e avere contenuto innovativo. 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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

### Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

### 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: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO 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 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>

Management ed economia sanitaria  
**MECOSAN**

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

Gentile lettore,

al passo con i tempi, la SIPIS soc. ed. a r.l., Le mette a disposizione un CD-rom con l'archivio completo in data base per la ricerca, per autore e per argomento, di tutti gli articoli pubblicati in **Mecosan** dal 1992 ad oggi.

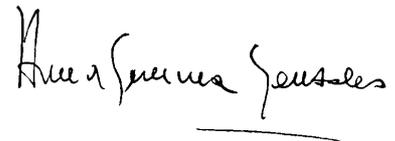
Con un semplice e rapido click, Ella sarà in grado di consultare il repertorio di **Mecosan**, con l'aggiornamento fino all'ultimo fascicolo pubblicato nel 2002.

La ricerca potrà articolarsi o sulla base dell'autore dell'articolo oggetto di studio, o per argomento, con la ricerca per «parola o frase» nei titoli e nei sommari di tutti gli articoli pubblicati in **Mecosan**.

L'offerta di **Mecosan bit**, la banca dati completa (1992-2002) sulla Sua scrivania, Le consente, alle condizioni indicate nella sottostante cedola, di venire in possesso del CD-rom contenente il repertorio di **Mecosan** che, senza appesantire il Suo hard-disk, costituirà un utile strumento di ricerca e di aggiornamento per una consultazione più spedita della rivista cartacea.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE EDITORIALE



Roma, novembre 2003

**OFFERTA PROMOZIONALE VALIDA FINO AL 31 GENNAIO 2004**  
**COSTO DEL CD-ROM: € 100,00 ANZICHÉ € 105,00**

Programma abbonamento 2004

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

Spett. **SIPIS** s.r.l., Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

- Vi prego voler inoltrare con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco) ed alle condizioni che ne regolano l'uso, n. .... CD-rom contenente

**MECOSAN BIT<sup>11</sup>**

Il repertorio computerizzato  
di **Mecosan** 1992-2002

- 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

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

C.a.p. .... Località ..... Prov. ....

..... li .....

Codice Fiscale .....  
Partita IVA .....

FIRMA E TIMBRO .....  
(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

## RECENSIONI

### **L'aziendalizzazione della sanità in Italia Rapporto OASI 2003**

Eugenio Anessi Pessina  
e Elena Cantù (a cura di)

EGEA  
Milano, 2003  
pagg. 548, € 45,00

(a cura  
di Massimo Sargiacomo)

In un periodo storico in cui la c.d. «aziendalizzazione della sanità» è in parte ormai acquisita (chi contesta più il fatto che le strutture sanitarie debbano essere «efficaci ed efficienti?»), ma in parte sotto accusa, il Rapporto OASI presenta come l'«aziendalizzazione della sanità» viene vista dagli «aziendalismi». Partendo quindi dall'assunzione del processo di aziendalizzazione come un dato di sistema, i ricercatori del CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria) della Bocconi si concentrano sulla qualità delle applicazioni degli strumenti aziendali e sulla loro capacità di incidere sulle scelte e sui comportamenti degli operatori. L'idea di fondo è che la funzionalità complessiva del sistema possa essere migliorata solo modificando le modalità di funzionamento delle singole aziende e mettendole in grado di migliorare i propri risultati, nel rispetto delle proprie caratteristiche organizzative, gestionali e di ambiente.

Nello specifico, il Rapporto OASI 2003, che è composto di cinque sezioni-chiave, si apre con la descrizione del quadro di riferimento proprio del Servizio sanitario nazionale, vale a dire:

— la struttura del Ssn italiano (delineata attraverso l'elaborazione di dati ministeriali e di dati raccolti mediante schede inviate a tutte le regioni), la struttura dei sistemi sanitari regionali, le risorse utilizzate dalle aziende sanitarie (es. personale) e gli *output* prodotti (es. numero di prestazioni);

— la composizione ed evoluzione della spesa sanitaria italiana a livello nazionale, regionale e di confronto internazionale.

Nella seconda parte si analizzano, poi, le caratteristiche dei sistemi sanitari regionali e, nel dettaglio:

— le peculiarità dei sistemi di programmazione e controllo «di gruppo», attraverso l'analisi dei modelli e degli strumenti adottati in sei regioni;

— i sistemi di finanziamento e di controllo della spesa delle aziende sanitarie in cinque regioni;

— le caratteristiche e l'evoluzione della normativa relativa all'informativa esterna di bilancio nelle aziende sanitarie pubbliche;

— le scelte per il governo della medicina generale e gli accordi regionali con le organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale in quattro regioni;

— l'analisi sistematica delle iniziative di governo dell'assistenza farmaceutica, con riferimento particolare a quella erogata dalle farmacie territoriali.

La terza sezione si compone di una serie di contributi volti a delineare i tratti degli assetti istituzionali in ambito sanitario: le traiettorie evolutive alla luce dell'impostazione economico-aziendale; la mobilità dei Direttori generali analizzata dal punto di vista delle aziende (e delle relative regioni) e da quello degli individui che ricoprono la carica in questione; la diffusione e le caratteristiche del collegio di direzione, del nucleo di valutazione e dell'at-

to aziendale; l'introduzione del *voucher* socio-sanitario e la sperimentazione in atto nei servizi di assistenza domiciliare integrata in Lombardia.

La quarta e la quinta parte, infine, sono rispettivamente dedicate ad organizzazione e rilevazione. Nello specifico, la prima presenta:

— i risultati di un'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione che approfondisce la diffusione di dipartimenti e distretti, le caratteristiche dei sistemi di gestione del personale e lo sviluppo di funzioni gestionali innovative;

— le esperienze di introduzione dei percorsi assistenziali, analizzate in termini di finalità perseguite, strumenti utilizzati per integrare professionisti e ambiti di cura, processo di cambiamento;

— il monitoraggio e l'approfondimento delle prime esperienze di sviluppo della funzione *marketing* in alcuni contesti regionali e aziendali all'avanguardia;

— una prima analisi qualitativa e quantitativa in due aziende dei livelli retributivi complessivi e delle loro determinanti nella sanità pubblica;

— l'individuazione e la discussione delle condizioni che possono favorire l'innovazione nell'ospedale moderno (aspetti strategici, organizzativi e gestionali).

La parte dedicata alla rilevazione, da ultimo, si articola in una serie di capitoli relativi alla diffusione e alle caratteristiche dei sistemi di programmazione e controllo e di contabilità generale e analitica, allo stato delle dotazioni informatiche (*hardware* e *software*) aziendali e alle linee di evoluzione strategica di tali dotazioni e della funzione aziendale preposta alla gestione dell'*Information Technology*.

Il Rapporto ha il pregio di denunciare sia le numerose accezioni improprie del concetto di aziendalizzazione (negazione dell'autonomia professionale o della centralità del paziente, minimizzazione dei costi, o addirittura massimizzazione dei «profitti»), sia i forti limiti che il processo di aziendalizzazione tuttora presenta (in particolare, la frequente introduzione solo «mimetica» e formale degli strumenti manageriali, senza un reale impatto sui processi decisionali e sui risultati aziendali), sia il rischio che ancora una volta prevalga la tentazione di rifocalizzarsi sulle «riforme di sistema», sugli interventi di «ingegneria istituzionale», trascurando così l'influenza che il sistema politico, ma soprattutto i meccanismi di gestione, esercitano sui comportamenti e i risultati delle strutture pubbliche.

Degna di nota è poi la capacità di conciliare le esigenze di completezza (vengono trattate tutte le principali variabili d'azienda e di ambiente) con quelle di approfondimento. Questo a maggior ragione se il Rapporto viene visto non solo in se stesso, ma anche all'interno della collana di Rapporti Annuali, giunta ormai al quarto volume.

Per il futuro, si possono suggerire quattro aree di sviluppo: il mondo della sanità privata, che nel Rapporto viene trattato solo marginalmente; la correlazione tra strumenti, comportamenti e risultati aziendali, per indagare più a fondo l'effettivo contributo degli strumenti manageriali al conseguimento delle finalità aziendali; i processi di innovazione gestionale, con particolare attenzione a innovazioni anche limitate, ma di diretto impatto sulla soddisfazione del paziente e di agevole riproducibilità da parte di altre strutture; i sistemi di gestione del personale, che già hanno trovato spazio nei Rapporti OASI, ma che rappresentano la variabile più critica per un effettivo miglioramento di funzionalità delle aziende sanitarie.

## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

MASSIMO SARGIACOMO

**Comportamento manageriale  
e best-practices  
nell'Azienda Usl**Giappichelli  
Torino, 2003  
pagg. 299, € 25,00

*L'obiettivo principale del lavoro è fotografare lo status quo del comportamento manageriale nelle aziende Usl italiane, nonché fornire i tratti dell'innovazione scaturita dalla ricerca delle best-practices al loro interno. Lo studio si è posto l'obiettivo di misurare il comportamento di un campione di direttori generali nonché l'allocazione del tempo lavorativo in base alle loro attività, agli scopi perseguiti, al luogo nel quale vengono svolte e alla tipologia e al numero dei collaboratori. Le informazioni ottenute sono anche analizzate in ottica comparativa con altri studi internazionali condotti su manager di livello medio-alto, per cogliere correlazioni ed uniformità nei diversi modelli di comportamento, o rappresentare scostamenti e diversità. In seguito l'analisi si sposta a delineare i tratti caratteristici degli stili di leadership, della comunicazione e della team-work.*

**INDICE:** 1. IL COMPORTAMENTO MANAGERIALE DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE USL - 2. LE FONDAMENTALI COMPETENZE PER IL PERSEGUIMENTO DELL'INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA - 3. L'INNOVAZIONE DEL MANAGEMENT: IL BENCHMARKING NELL'AZIENDA USL - 4. LA RICERCA INTERNA ED ESTERNA DELLE BEST-PRACTICES: ESPERIENZE NAZIONALI E INTERNAZIONALI.

*Nel corso degli ultimi anni le medicine non convenzionali hanno conosciuto uno sviluppo e una diffusione crescente in tutto il mondo occidentale. Una fascia sempre più ampia di popolazione sembra disponibile a prendere in considerazione modalità di cura differenti da quelle garantite dalla medicina scientifica ortodossa. I punti di forza delle «altre» medicine sembrano connessi alla capacità di dare senso all'esperienza della malattia, soprattutto quando si tratta di prendersi cura dei piccoli mali quotidiani o delle malattie croniche e degenerative a cui la biomedicina occidentale sembra disinteressata o incapace di fornire risposte; mentre i punti di debolezza sembrano legati alla scarsa formalizzazione delle conoscenze e dei percorsi formativi dei terapeuti. Questo volume ricostruisce quali critiche queste diverse forme di cura avanzano nei confronti delle pratiche e dei principi che fondano la medicina scientifica, nonché quali modelli specifici di interpretazione della salute, della malattia e della relazione terapeuta-paziente propongono.*

**INDICE:** 1. TRASFORMAZIONI SOCIALI E NUOVI MODI DI PENSARE LA SALUTE E LA MALATTIA (ENZO COLOMBO) - 2. ORIGINI E CONTENUTI DELL'UNIVERSO DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI (PAOLA REBUGHINI) - 3. MERCATO, ISTITUZIONI E DINAMICHE DI SVILUPPO DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI (PAOLA REBUGHINI) - 4. LO SPAZIO SOCIALE DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI: UN'ANALISI DELLE NARRAZIONI DEI TERAPEUTI (ENZO COLOMBO) - 5. DIVERSI MA SEPARATI. STRATEGIE DI RICONOSCIMENTO E DI PROFESSIONALIZZAZIONE (ENZO COLOMBO) - 6. LA NATUROPATIA TRA MEDICINA E BENESSERE. L'ISTITUTO LANZA DI LUSERNA Ss. GIOVANNI (TO) (LUCIANO PACCAGNELLA) - 7. IL CENTRO AMBULATORIALE DI MEDICINA PSICOSOMATICA (ILENYA CAMOZZI) - 8. LE MEDICINE NON CONVENZIONALI NELL'AZIENDA OSPEDALIERA LUIGI SACCO (LUCIA CANDELISE) - 9. LE MEDICINE NON CONVENZIONALI TRA INNOVAZIONE E RICERCA DEL CONSENSO. ANALISI CONCLUSIVE E PROBLEMI (PAOLA REBUGHINI).

ENZO COLOMBO  
PAOLA REBUGHINI  
(a cura di)**La medicina che cambia  
Le terapie non convenzionali  
in Italia**Il Mulino  
Bologna, 2003  
pagg. 359, € 25,50

CORRADO CUCCURULLO

**Il management strategico  
nelle aziende sanitarie pubbliche**

McGraw-Hill  
Milano, 2003  
pagg. 216, € 23,00

*Le aziende sanitarie pubbliche si avviano ad adottare logiche strategiche più consistenti per definire il proprio posizionamento nei confronti di altri soggetti erogatori pubblici e privati, per ridisegnare i rapporti tra aziende e interlocutori istituzionali e per determinare le proprie scelte. Il management strategico è il framework logico in cui si definiscono tali scelte in modo sistematico. Il lavoro si caratterizza per trattare il tema del management strategico focalizzandosi sui metodi e sugli strumenti di gestione strategica nel settore sanitario, che può diventare interessante laboratorio di elaborazione concettuale e sperimentazione di metodologie e logiche utili per le imprese.*

**INDICE:** INTRODUZIONE - 1. LE STRATEGIE NEL SETTORE SANITARIO - 2. IL PROCESSO STRATEGICO: METODI E STRUMENTI - 3. ALLEGATO A: I METODI PER LA REDAZIONE DI UN PIANO STRATEGICO DI UNA AZIENDA SANITARIA PUBBLICA - 4. ALLEGATO B: GLI STRUMENTI DI ELABORAZIONE DEL PIANO STRATEGICO DI UNA AZIENDA SANITARIA PUBBLICA - 5. L'ELABORAZIONE DELLE STRATEGIE: ESPERIENZE ITALIANE E INTERNAZIONALI - 6. REALTÀ E PROSPETTIVE DEL MANAGEMENT STRATEGICO NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE.

*Si parla ormai sempre più spesso di customing satisfaction anche nel campo della salute, grazie allo sforzo di introdurre elementi di aziendalizzazione nella gestione degli interventi e nell'organizzazione della «macchina» sanitaria, ma grazie anche all'attenzione costante per il paziente oltre che per i bilanci. Tuttavia non bisogna trascurare due fatti. Il primo è che la salute costituisce uno straordinario propulsore di domanda inelastica: infatti più il cittadino ottiene servizi e ancora maggiore domanda esprime, in una sorta di circuito a crescere senza fine. Il secondo fatto è che oggi l'intervento pubblico trova evidenti limiti di spesa e «chiama» il contributo di responsabilità diretta del cittadino, in termini di comportamenti e di risorse.*

**INDICE:** 1. LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ DI SISTEMA - 2. UNA VALUTAZIONE «INCROCIATA» DEI SERVIZI SANITARI - PARTE PRIMA. INDAGINE SULLA POPOLAZIONE - 1. L'UTILIZZO DELLE STRUTTURE SANITARIE - 2. LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA - 3. LA CONOSCENZA DELLA SANITÀ TRENTEINA - 4. LA CULTURA E GLI ORIENTAMENTI DELLA POPOLAZIONE SUI TEMI SANITARI - PARTE SECONDA. INDAGINE SUI MEDICI OSPEDALIERI - 1. L'ACCESSO SOTTOVALUTATO AI SERVIZI - 2. PIÙ CRITICI DELLA POPOLAZIONE - 3. UN TRENTEINO ASSISTITO DI PIÙ, MA INFORTUNATO DI MENO - 4. UNA VALUTAZIONE DI SISTEMA SOSTANZIALMENTE CONDIVISA - 5. LE TENSIONI ORGANIZZATIVE - 6. IL POSIZIONAMENTO PROFESSIONALE - 7. I RAPPORTI TRA OPERATORI - 8. L'IDENTITÀ PROFESSIONALE IN TRASFORMAZIONE - PARTE TERZA. INDAGINE SUGLI INFERMIERI OSPEDALIERI - 1. UNA PERCEZIONE IMPROPRIA DELL'ACCESSO AI SERVIZI - 2. UNA SOTTOSTIMA DELLE VALUTAZIONI DEI CITTADINI - 3. UN TRENTEINO BEN ASSISTITO MA DA INFORMARE ULTERIORMENTE - 4. UN SISTEMA MATURO COME PERCEZIONE CONDIVISA - 5. LE TENSIONI ORGANIZZATIVE - 6. IL POSIZIONAMENTO PROFESSIONALE - 7. I RAPPORTI TRA OPERATORI - 8. L'IDENTITÀ PROFESSIONALE IN TRASFORMAZIONE.

NADIO DELAI,  
ALBERTO FRANCI,  
MARIO CORSI  
(a cura di)

**Qualità & salute  
Utenti, medici e infermieri  
giudicano il sistema  
sanitario locale**

FrancoAngeli  
Milano, 2003  
pagg. 392, € 25,00

NICOLA FALCITELLI,  
MARCO TRABUCCHI,  
FRANCESCA VANARA  
(a cura di)

**RAPPORTO SANITÀ 2003**  
**Il governo dei sistemi sanitari**  
**tra programmazione, devolution**  
**e valorizzazione delle autonomie**

Il Mulino  
Bologna, 2003  
pagg. 590, € 46,00

*Il faticoso abbandono del centralismo in sanità non ha ancora permesso di costruire un sistema alternativo caratterizzato da un buon livello di consenso culturale e politico e che abbia la concreta possibilità di raggiungere migliori risultati rispetto al passato sia sul piano degli output (la qualità organizzativa del sistema) sia su quello degli outcome (i risultati di salute, pur con tutta la difficoltà di rilevare questo dato in maniera da poterlo correlare con i servizi prestati). Il volume si propone di offrire un contributo «forte» alla discussione, evitando banalizzazioni o fughe in avanti. La crisi attraverso i sistemi sanitari organizzati in tutto in mondo, schiacciati tra l'aumento dei costi, le incertezze culturali e la mancanza di adeguati modelli organizzativi: non vi è quindi nulla di particolarmente negativo nello scenario italiano, ma anzi dall'attuale vivace dibattito si può costruire una rilettura serena delle competenze europee e di quelle decentrate a livello regionale e degli enti locali.*

**INDICE: PARTE PRIMA: LA SITUAZIONE A LIVELLO INTERNAZIONALE** - 1. LA POLITICA SANITARIA NELL'UNIONE EUROPEA: VERSO UN COORDINAMENTO «LEGGE»? (FRANCA MAINO) - 2. ASSETTI FEDERALI IN SANITÀ: COSA POSSIAMO IMPARARE DA CANADA E STATI UNITI? (GIOVANNI FATTORE) - 3. FEDERALISMO E SISTEMA SANITARIO SVIZZERO (LUCA CRIVELLI, MASSIMO FILIPPINI) - **PARTE SECONDA: IL QUADRO ITALIANO DEL DECENTRAMENTO ISTITUZIONALE** - 4. IL DIRITTO ALLA TUTELA DELLA SALUTE NELLO SCENARIO EUROPEO E FEDERALISTICO (MARIA CARLA CLAUDI) - 5. LA TUTELA DELLA SALUTE NEGLI ORDINAMENTI FEDERALI (ALFONSO CELOTTO) - 6. DALLA PROGRAMMAZIONE GEOMETRICA ALLA CONTRATTUALISTICA RESPONSABILE (ROCCO MANGIA) - 7. DEVOLUZIONE POLITICA E STANDARD SANITARI NAZIONALI (GEORGE FRANCE) - 8. LEA, APPROPRIATEZZA E GARANZIE PER IL CITTADINO (LAURA PELLEGRINI) - 9. AUTONOMIE LOCALI NEL RAPPORTO TRA SPESA E RISPOSTA ASSISTENZIALE (ANNA CANCHERO) - 10. ENTI LOCALI E SANITÀ: NON SOLO ARCHITETTURA DEI SERVIZI MA GOVERNO DEI PROCESSI (PIER NATALE MENGOZZI) - **PARTE TERZA: IL FEDERALISMO FISCALE E LA REGIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO** - 11. LA DEVOLUZIONE IN SANITÀ TRA NOVITÀ COSTITUZIONALI E ORGANIZZATIVE (ALESSANDRO PETRETTO, STEFANIA LORENZINI, NICOLA SCICLONE) - 12. OBIETTIVI DELL'INTERVENTO PUBBLICO E LIVELLO VERTICALE DELLE DECISIONI COLLETTIVE: IL FEDERALISMO SANITARIO TRA QUESTIONI ALLOCATIVE E DISTRIBUTIVE (GIANLUCA FIORENTINI) - 13. I SISTEMI DI FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE IN CINQUE REGIONI ITALIANE (ELENA CANTÙ, CLAUDIO JOMMI) - 14. GLI IRCCS NELL'EPOCA DELLA DEVOLUZIONE (TOMMASO LANGIANO, LAURA ARCANGELI) - 15. IL FINANZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI: STRATEGIE A CONFRONTO (CRISTIANO GORI) - **PARTE QUARTA: GARANZIE PER I CITTADINI** - 16. REGIONI DEL CORPO, REGIONI DELLO STATO (LEO NAHON) - 17. FRAGILITÀ E DEVOLUTION: APPUNTI SULLA PROTEZIONE DEI DEBOLI IN UN SISTEMA SANITARIO REGIONALIZZATO E OLTRE (MARCO TRABUCCHI) - 18. FEDERALISMO: AVANTI CON GIUDIZIO (CESARE CATANANTI) - 19. LE ASPETTATIVE DEGLI UTENTI RISPETTO ALLA DEVOLUZIONE (CARLA COLLICELLI) - **PARTE QUINTA: ALCUNI INTERVENTI AL XXIV SEMINARIO DEI LAGHI** - 20. PER UNA NUOVA GOVERNANCE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE: LA VISIONE E LE SFIDE (MARCO CAMPARI) - 21. PROGRAMMARE E GESTIRE L'AZIENDA SANITARIA NELL'ERA DELLA DEVOLUTION (ENRICO BRIZIOLI) - 22. L'ASSISTENZA ALL'ACUTO: OSPEDALI DI ECCELLENZA E DEVOLUTION (SANDRO ALBINI) - 23. MEDICI E WELFARE COMMUNITY (ALDO PAGNI) - 24. LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI NELLA NUOVA LOGICA A FAVORE DEI CITTADINI (GIOVANNI RENGÀ).

*Nato nel 1988, come Premio per la Qualità per le aziende private, il modello EFQM si è posto l'obiettivo di introdurre l'applicazione sostanziale, e non solo formale, dei principi del Total Quality Management: è ormai evidente che il Miglioramento di qualità avviene attraverso una crescita culturale di tutta l'organizzazione, a partire dalla sua leadership, e riguarda la globalità della sua gestione. Nel settore sanitario sia hanno numerose le esperienze della sua applicazione: nel Regno Unito, in Olanda, Germania, Scandinavia, Paesi Baschi e, recentemente, in alcune nazioni dell'Europa dell'Est. Anche in Italia si sta costituendo una rete di aziende sanitarie e ospedaliere che hanno effettuato o hanno in programma l'applicazione del modello, con momenti di scambio e di confronto, specie su autovalutazione e best practices. Il valore aggiunto rappresentato dal modello EFQM è costituito dalla sua estrema chiarezza concettuale, che ne fa un modello mentale condiviso da manager, professionisti della sanità, pazienti e cittadini.*

**INDICE:** 1. INTRODUZIONE - 2. IL MODELLO EFQM PER L'ECCELLENZA - 3. APPROCCI RICONOSCIUTI DI IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO EFQM PER L'ECCELLENZA - 4. IMPLEMENTAZIONE IL MODELLO EFQM PER L'ECCELLENZA IN SANITÀ - 5. BENEFICI ASSOCIATI ALL'UTILIZZO DEL MODELLO EFQM PER L'ECCELLENZA IN SANITÀ - 6. METTERE IN PRATICA.

SUE JACKSON  
(edizione italiana  
a cura di Sandra Vernerò)

**Il modello EFQM in sanità**  
**Guida a un'applicazione**  
**di successo**

Centro Scientifico Editore  
Torino, 2003  
pagg. 167, € 28,50

GUIDO GIARELLI

**Il malessere della medicina  
Un confronto internazionale**

FrancoAngeli  
Milano, 2003  
pagg. 504, € 24,00

*Questo testo propone un modello di analisi correlazionale dei processi di «riforma» dei sistemi sanitari occidentali più comprensivo degli approcci di natura prevalentemente economica sin qui dominanti. Il quadro di riferimento storico e teorico adottato consente infatti di leggere le riforme sullo sfondo della più generale evoluzione del rapporto tra biomedicina e società industriali moderne dalla dominanza medica di gran parte del '900 sino alla crisi del «contratto sociale» idealmente stipulato a conclusione del percorso di professionalizzazione della biomedicina avvenuto nel corso dell'800. Il problema diviene allora valutare fino a che punto le strategie di «riforma» abbiano costituito una risposta adeguata: a tal fine, vengono presi dettagliatamente in esame cinque casi nazionali considerati come esemplari, Stati Uniti, Gran Bretagna, Svezia, Germania e Francia, prima singolarmente e diacronicamente e poi sincronicamente e in chiave comparata. I nuovi scenari che sembrano così emergere appaiono caratterizzati non tanto da un'ipotesi di convergenza tecnocratica quanto da un'ambivalenza di fondo le cui conseguenze producono una serie di dilemmi e paradossi che nell'attuale malessere della medicina trovano già loro espressione.*

**INDICE: PARTE PRIMA. IL QUADRO DI RIFERIMENTO STORICO E TEORICO - 1. BIOMEDICINA E SISTEMI SANITARI NELLE SOCIETÀ INDUSTRIALI - 2. LE GRANDI SFIDE DELLE «RIFORME» - 3. OLTRE LA DOMINANZA MEDICA? - PARTE SECONDA. CINQUE CASE STUDY NAZIONALI - 4. IL CASO STATUNITENSE: DALL'ASSICURAZIONE SANITARIA ALL'INSICUREZZA SOCIALE - 5. IL CASO BRITANNICO: DAL «MERCATO INTERNO» ALLA CLINICAL GOVERNANCE - 6. IL CASO SVEDESE: COMPETIZIONE PUBBLICA E DECENTRAMENTO - 7. IL CASO TEDESCO: LE DIFFICILI GEOMETRIE DEGLI EQUILIBRI CORPORATIVI - 8. IL CASO FRANCESE: L'IMPOSSIBILE RIFORMA DELLA MEDICINE LIBERALE - PARTE TERZA. PER UN'ANALISI COMPARATA DELLE «RIFORME SANITARIE» - 9. UN PARADIGMA TECNOCRATICO EMERGENTE? - 10. A LIVELLO MICRO-CLINICO: MANAGERIALIZZAZIONE DELLA MEDICINA O PARTNERSHIP TERAPEUTICA? - 11. A LIVELLO MESO-ORGANIZZATIVO: VERSO UNA NUOVA DIVISIONE DEL LAVORO SANITARIO? - 12. A LIVELLO MACRO-STRUTTURALE: DOMINANZA COMPETITIVA O EQUILIBRI BILANCIATI? - CONCLUSIONI. DILEMMI E PARADOSSI DELLE «RIFORME»: QUATTRO SCENARI EMERGENTI.**

*Il cittadino che oggi accede alle cure sanitarie e ai sistemi assistenziali del welfare state non è più un soggetto passivo, sottomesso al potere del medico e alle regole imposte del sistema sanitario pubblico. Ha sviluppato ampie capacità riflessive e ha una coscienza del proprio corpo, dei propri bisogni di salute e dei propri diritti. Ma questa accresciuta consapevolezza non è sufficiente a garantirgli migliori condizioni di accesso ai servizi sanitari ostacolato dall'impatto con un sistema sanitario pubblico sempre più complesso. Nella disperata ricerca di un nuovo e più vantaggioso rapporto con il mondo medico, e di nuove garanzie di salute per sé e per la propria famiglia, il cittadino incontra la Rete e l'e-sanità. Un incontro originale fra la sofferenza individuale di chi ha bisogno di cure e di sicurezza e la sanità di Internet che diventa e-Care («presa in carico» elettronica permanente del cittadino e della sua famiglia). Si forma così una nuova triangolazione fra un cittadino più esigente, la vecchia sanità e la tecnologia, destinata a trasformare il nostro sistema sanitario e il rapporto con il mondo medico che fino ad ora abbiamo conosciuto.*

**INDICE: 1. TRE MONDI - 2. INNOVAZIONE - 3. TECNOLOGIA - 4. COMUNICAZIONE - 5. RETE - 6. ORGANIZZAZIONE - 7. EMPOWERMENT, EFFICIENZA ED EFFICACIA - 8. OSPEDALE E TERRITORIO - 9. CITTADINI E NUOVE CLASSI MEDIE DEL WELFARE - 10. E-SANITÀ - 11. COMUNICARE CON L'E-CARE - 12. GOVERNARE LE INNOVAZIONI - 13. MODELLI DI RETE - 14. GESTIONE PLURALE DELLA COMUNICAZIONE ELETTRONICA - 15. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE - 16. OSPEDALE A DOMICILIO - 17. IL CASO BOLOGNESE - 18. E-WELFARE DELLA FINE DEGLI ANNI '90 - 19. INTERNET DELLA FAMIGLIA - 20. PRESA IN CARICO ELETTRONICA - 21. AREE DELL'E-CARE - 22. TELEMEDICINA, E-SERVICES - 23. TARGET E RISPARMI - 24. CONCLUSIONI.**

MAURO MORUZZI

**E-CARE  
Sanità, cittadini e tecnologia  
al tempo della comunicazione  
elettronica**

FrancoAngeli  
Milano, 2003  
pagg. 143, € 12,00

G. BARAGHINI,  
R. MOLINARI, L. ROLI,  
B. TREVISANI

**Un ufficio qualità  
in ogni ospedale  
Obiettivi, strategie,  
competenze, risorse,  
errori da evitare**

FrancoAngeli  
Milano, 2003  
pagg. 173, € 16,00

*Il cambiamento del sistema sanitario passa attraverso riforme, idee ma soprattutto attraverso gli uomini. In questi ultimi dieci anni molti uomini si sono avventurati nel tentativo di migliorare la qualità del servizio sanitario inventando un nuovo mestiere, quello della qualità, e pur avendo come riferimento modelli differenti (ISO, accreditamento ...) tutti hanno avuto l'esigenza di istituire gruppi di lavoro e uffici dedicati. Di fatto è nato un nuovo mestiere di cui è difficile definire il contesto, i limiti, le relazioni senza dimenticare che, in una struttura complessa, un nuovo ruolo porta via spazi ad altri e quindi può creare conflitti in cui si scontrano interessi contrastanti. Gli autori, consapevoli dell'importanza di questo processo e della necessità di portarlo avanti, hanno voluto rappresentare, attraverso una lettura della loro esperienza sviluppata presso il Policlinico di Modena, cosa dovrebbe caratterizzare un ufficio qualità. Un testo di riflessione e una guida operativa per gli addetti ai lavori e per chi deve rapportarsi con gli uffici qualità, con un obiettivo più ambizioso: creare le basi per un confronto di tutte le esperienze, che è l'unico modo per far crescere una cultura a livello nazionale.*

**INDICE:** INTRODUZIONE - 1. LA STRATEGIA - 2. LA POLITICA PER LA QUALITÀ DELL'AZIENDA - 3. LA RAGION D'ESSERE UN UFFICIO QUALITÀ: DALLE RESPONSABILITÀ ALLE COMPETENZE - 4. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI UN UFFICIO QUALITÀ - 5. I PROCESSI DELL'UFFICIO QUALITÀ - 6. MISURARE PER MIGLIORARE, INFORMARE E GARANTIRE - 7. LA VERIFICA DEI RISULTATI DELL'UFFICIO QUALITÀ - 8. UN UFFICIO QUALITÀ IN OGNI STRUTTURA SANITARIA: RISORSA O SPRECO? - 9. LE PROSPETTIVE DI UN UFFICIO QUALITÀ.

## SPOGLIO RIVISTE

### Meccanismi di mercato

JAMES C. ROBINSON

*Market the politics of managed competition: public abuse of the private interest*

Journal of politics, policy and law, n. 2-3, Part 2, 2003, pp. 341-354

GRANT REEHER

*Reform and remembrance: the place of the private sector in the future of health care policy*

Journal of politics, policy and law, n. 2-3, Part 2, 2003, pp. 249-258

SUZANNE RICHARDS, JOANNA COAST

*Interventions to improve access to health and social care after discharge from hospital: a systematic review*

Health Services Research & Policy, vol. 8, No 3, jul 2003, pp. 171-179

INGRID MUR-VEEMAN, BRIAN HARDY, MARIJKE STEENBERGEN, GERALD WISTOW

*Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries*

Health policy, vol. 65, No 3, 2003, pp. 227-242

R.D. SMITH

*Construction of the contingent valuation market in health care: a critical assessment*

Health economics, vol. 12, No 8, aug 2003, pp. 609-628

E. DELATTRE, B. DORMONT

*Fixed fees and physician-induced demand: a panel data study on French physicians*

Health economics, vol. 12, No 9, sept 2003, pp. 741-754

M. HOEL, E.M. SAETHER

*Public health care with waiting time: the role of supplementary private health care*

Journal of health economics, vol. 22, No 4, 2003, pp. 599-616

R.C. LINDROOTH, A.T. LO SASSO, G.J. BAZZOLI

*The effect of urban hospital closure on markets*

Journal of health economics, vol. 22, No 5, 2003, pp. 691-712

### Sistemi di finanziamento

VIKKI ENTWISTLE, MÀIRE O'DONNELL

*Research funding organisations and consumer involvement*

Health Services Research & Policy, vol. 8, No 3, jul 2003, pp. 129-130

LISBETH SERDÉN, RIKARD LINDQVIST, MANS ROSÉN

*Have Drg- based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data?*

Health policy, vol. 65, No 2, 2003, pp. 101-108

S. GUPTA, M. VERHOEVEN AND E. TIONGSON

*Public spending on health care and the poor*

Health economics, vol. 12, No 8, aug 2003, pp. 685-696

D.M. NEEDHAM, G. DOBBIE, R. WARREN, D. BRAUNHOLTZ, R. BOADEN

*The province-wide study of the association between hospital resource allocation and length of stay*

Health services management research, vol. 16, No 3, aug 2003, pp. 155-166

B.G. MARINOSO, I. JEVOLAC

*GPs' payment contracts and their referral practice*

Journal of health economics, vol. 22, No 4, 2003, pp. 617-636

R. OSTERKAMP

*Public health insurance. Pareto-efficient allocative improvements through differentiated copayment rates*

The European journal of health economics, 2003, pp. 79-84

GILBERTO TURATI

*L'evoluzione della spesa, del finanziamento, dei disavanzi, e degli interventi di ripiano nelle gestioni della sanità regionale italiana*

Politiche sanitarie, vol. 4, No 2, apr-giu 2003, pp. 617-636

**Economia del farmaco**

CASTELLBLANCH R.

*Challenging pharmaceutical industry power in Maine and Vermont*

Journal of health politics, policy and law, n. 1, vol. 28, 2003, pp. 109-132

JESSICA JITTA, SUSAN REYNOLDS WHYTE, NATHAN NSHAKIRA

*The availability of drugs: what does it mean in Ugandan primary care*

Health policy, vol. 65, No 2, 2003, pp. 167-181

MICHAEL A. FISCHER, JERRY AVORN

*Economics consequences of underuse of generic drugs: evidence from medicaid and implications for prescription drug benefit plan*

Health services research, vol. 38, n. 4, aug 2003, pp. 1051-1064

L.M. LAMERS, R.C.J.A. WLIET

*Health-based risk adjustment. Improving the pharmacy-based cost group model to reduce gaming possibilities*

The European journal of health economics, 2003, pp. 107-114

TEODORA MAROCCO

*La promozione dei farmaci e dispositivi medici: recenti modifiche normative*

Sanità pubblica e privata, No 5, 2003, pp. 543-550

F. SMITH

*Drug use in sub-Saharan Africa: quality in process- safety in use*  
Quality and safety in health care, vol. 12, No 3, jun 2003, pp. 164

S. RUTHS, J. STRAAND, H.A. NYGAARD

*Multidisciplinary medication review in nursing home residents: what are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study*

Quality and safety in health care, vol. 12, No 3, jun 2003, pp. 176-180

S.R. EARNSHAW, S.L. DENNETT

*Integer/linear mathematical programming models: a tool for allocating healthcare resources*

PharmacoEconomics, vol. 21, No 12, 2003, pp. 839-851

**Valutazione economica dell'attività sanitaria**

JOHN WRIGHT, ERICA WARREN, JAYNE REEVES, JOHN BIBBY, STEPHEN HARRISON, GEORGE DOWSWELL, IAN RUSSELL, DAPHNE RUSSELL

*Effectiveness of multifaced implementation of guideline in primary care*

Health Services Research &amp; Policy, vol. 8 N 3, jul 2003, pp. 142-148

R. JACOBS AND D. DAWSON

*Hospital efficiency targets*

Health economics, vol. 12, No 8, aug 2003, pp. 669-684

PHILIP JACOBS, TERESA LONGOBARDI, KAMRAN GOLMOHAMMADI

*Lifetime costs for medical services: a methodological review*

International Journal of Technology assessment in health care, vol. 19, No 2, 2003, pp. 278-286

SHELBY D. REED, ARI GNANASAKTHY, JOËLLE Y. FRIEDMAN, KEVIN A. SHULMAN

*Comparison of Hospital costing methods in an economic evaluation of a multinational clinical trial*

International Journal of Technology assessment in health care, vol. 19, No 2, 2003, pp. 396-406

TAGHREED ADAM, MARC A. KOOPMANSCHAP

*Cost-effectiveness analysis: can we reduce variability in costing methods?*

International Journal of Technology assessment in health care, vol. 19, No 2, 2003, pp. 407-420

CHALOUPKA F.J.

*Does quality of care lead to better financial performance? The case of the nursing home industry*

HCM review, vol. 28, No 3, 2003, pp. 201-216

J. LACHAINE, C. LAURIER, A.-PP. CONTANDRIOPOULOS

*Defining monetary values for quality of life improvements : an exploratory study*

PharmacoEconomics, vol. 21, No 12, 2003, pp. 865-874

**Analisi dei sistemi sanitari**

J.L. GILLESPIE, L.F. ROSSITER

*Medicaid disease management program: findings from three leading US State programs?*

Disease management &amp; health Outcomes, vol. 11, No 6, 2003, pp. 345-361

CAROLYN HUGHES TUOHY

*Agency, contract, and governance: shifting shapes of accountability in the health care arena*

Journal of politics, policy and law, n. 2-3, Part 1, 2003, pp. 195-216

MICHAEL S. SPARER

*Leading the health policy orchestra; or, why the federal government is most likely to lead on insurance access issues*

Journal of politics, policy and law, n. 2-3, Part 1, 2003, pp. 245-270

RICHARD FREEMAN, THEODORE MARMOR

*Making sense of Health services politics through cross-national comparison*

Health Services Research & Policy, vol. 8, No 3, jul 2003, pp. 180-182

CAROLINE GLENDINNING

*Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England*

Health policy, vol. 65, No 2, 2003, pp. 139-153

JORGE GARCÉS, FRANCISCO RODENAS, VINCENT SANJOSÉ

*Towards a new welfare state: the social sustainability principle and health care strategies*

Health policy, vol. 65, No 3, 2003, pp. 201-216

J. WILDMAN

*Modelling health, income and income inequality: the impact of income inequality on health and health inequality*

Journal of health economics, vol. 22, No 4, 2003, pp. 521-538

JEFFREY A. ALEXANDER, SHOU-YIH D. LEE, GLORIA J. BAZZOLI

*Governance form in Health System and Health Networks*

HCM review, vol. 28, No 3, 2003, pp. 228-242

VIVIANA MOLASCHI

*Sulla «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni»: riflessioni sulla vis espansiva di una «materia»*

Sanità pubblica e privata, No 5, 2003, pp. 523-542

ELENA GRANAGLIA

*Quali insegnamenti trarre dalle esperienze internazionali di federalismo in sanità?*

Politiche sanitarie, vol. 4, No 2, apr-giu 2003, pp. 51-53

### **Programmazione e organizzazione del lavoro**

N. CLAIBORNE, H. VANDENBURGH

*How can social workers improve outcomes and costs in disease management?*

Disease management & health Outcomes, vol. 11, No 7, 2003, pp. 407-413

SIMON N. WHITNEY, M.D., J.D.

*A new model of medical decisions: exploring the limits of shared decision making*

Medical decision making, vol. 23, No 4, Jul-Aug 2003, pp. 275-280

MIRIAM J. LAUGESSEN AND THOMAS RICE

*Is the doctor in? The evolving role of organized medicine in health policy*

Journal of politics, policy and law, n. 2-3, Part 2, 2003, pp. 289-316

DAVID M. FRANKFORD

*Unchanging new leadership*

Journal of politics, policy and law, n. 2-3, Part 4, 2003, pp. 509-516

ELLE STEKELENBURG, SINDELE SIMASIKU KYANAMINA, IVAN WOLFFERS

*Poor performance of community health workers in Kalabo District, Zambia*

Health policy, vol. 65, No 2, 2003, pp. 108-118

L. NARINE, D.D. PERSAUD

*Gaining and maintaining commitment to large-scale change in healthcare organisations*

Health services management research, vol. 16, No 3, aug 2003, pp. 179-187

KATHRYN H. DANSKY, ROBERT WEECH-MALDONADO, GITA DE SOUZA, JANICE L. DREACHSLIN

*Organisational strategy and diversity management: diversity-sensitive orientation as a moderating influence*

HCM review, vol. 28, No 3, 2003, pp. 243-253

BENJAMIN F. CRABTREE

*Primary care practices are full of surprises!*

HCM review, vol. 28, No 3, 2003, pp. 279-2832

A. HUTCHINSON, PP. BARACH

*What is the role of healthcare managers in delivering safe care*

Quality and safety in health care, vol. 12, No 3, jun 2003, pp. 161

R. FOY, PP. WARNER

*About time: diagnostic guidelines that help clinicians*

Quality and safety in health care, vol. 12, No 3, jun 2003, pp. 201-204

A.W. WU, S. FOLKMAN, S.J. MCPHEE, B. LO

*Do house officers learn from their mistakes?*

Quality and safety in health care, vol. 12, No 3, jun 2003, pp. 221-226

**Controllo di gestione e sistemi informativi**

Y. ZHAO, A.S. ASH, J. HAUGHTON, B. McMILLAN  
*Identifying Future High-Cost Cases Through Predictive Modelling*  
Disease management & health Outcomes, vol. 11, No 6, 2003, pp. 389-397

FRANK A. SONNENBERG, M.D.  
*Electronic submission for medical decision making*  
Medical decision making, vol. 23, No 4, Jul-Aug 2003, pp. 351

JOHN LAVIS, SUZANNE ROSS, CHRISTOPHER McLEOD, ALINA GILDINER  
*Measuring the impact of health research*  
Health Services Research & Policy, vol. 8, No 3, jul 2003, pp. 165-170

JOAN HIGGINS  
*The patient information. Advisory group and the use of patient identifiable data*  
Health Services Research & Policy, vol. 8 Suppl 1, jul 2003, pp. 8-11

PHIL BOYD  
*Health research and the Data Protection Act 1998*  
Health Services Research & Policy, vol. 8 Suppl 1, jul 2003, pp. 24-27

F. CARMICHAEL, S. CHARLES  
*The opportunity costs of informal care: does gender matter?*  
Journal of health economics, vol. 22, No 5, 2003, pp. 781-804

M.J.C. NUIJTEN, J. KOSA, PP. ENGELFRIET  
*Modelling the cost-effectiveness and budgetary impact for subpopulation*  
The European journal of health economics, 2003, pp. 70-78

ENRICO BUGLIONE  
*La sanità nei bilanci delle regioni per il 2001*  
Politiche sanitarie, vol. 4, No 2, apr-giu 2003, pp. 617-636

BARBARA CONNER-SPADY, MARIA E. SUAREZ-ALMAZOR  
*Variation in the estimation of Quality-adjusted Life-Years by different preference-based instruments*  
Medical care, vol. 41, No 7, jul 2003, pp. 791-801

**Innovazione tecnologica**

DONALD W. LIGHT, RAMON CASTELLBLANCH, PABLO ARREDONDO, AND DEBORAH SOCOLAR  
*No exit and the organisation of voice in biotechnology and pharmaceuticals*  
Journal of politics, policy and law, n. 2-3, 2003, pp. 473-508

MARK LEYS

*Health care policy: qualitative evidence and health technology assessment*  
Health policy, vol. 65, No 3, 2003, pp. 217-226

MITA GIACOMINI, GEORGE BROWMAN, FIONA MILLER  
*Confronting the «grey zones» of technology assessment: evaluating genetic testing services for public insurance coverage in Canada*  
International Journal of Technology assessment in health care, vol. 19, No 2, 2003, pp. 301-316

MARK LEYS

*Health technology assessment: the contribution of qualitative research*  
International Journal of Technology assessment in health care, vol. 19, No 2, 2003, pp. 317-329

**Altro**

HUW CHARLES-JONES, CARL MAY, JOANNA LATIMER, MARTIN ROLAND.  
*Telephone triage by nurses in primary care: what is it for and what are the consequences likely to be?*  
Health Services Research & Policy, vol. 8, No 3, jul 2003, pp. 154-159

ANDREW WILSON, HILDA PARKER, ALISON WYNN, NICKY SPIERS  
*Performance of hospital at home after a randomise controlled trial*  
Health services research & policy, vol. 8, No 3, jul 2003, pp. 160-164

C. HJORTSBERG

*Why do the sick not utilise health care? The case of Zambia*  
Health economics, vol. 12, No 9, sept 2003, pp. 755-770

S. WU

*Sickness and preventive medical behaviour*  
Journal of health economics, vol. 22, No 1, 2003, pp. 675-690

M.C. FARRELLY, T.F. PECHACEK, F.J. CHALOUKKA

*The impact of tobacco control program expenditures on aggregate cigarette sales*  
Journal of health economics, vol. 22, No 5, 2003, pp. 843-860

FEDERICO LEGA

*Il marketing in sanità: una questione di prospettive*  
Sanità pubblica e privata, No 4, 2003, pp. 449-458

J.F.PP. BRIDGES, PP. HAYWOOD

*Theory verses empiricism in health economics. An analysis of the past 20 years*

The European journal of health economics, 2003, pp. 90-95

PAOLA CANDUCCI

*Servizi sociali ed enti non profit: vizi e virtù dei diversi strumenti di relazione pubblico-privato sociale*

Sanità pubblica e privata, No 6, 2003, pp. 645-674