

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

Pubblicazione

- edita da **SIPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982 e al n. 80 del Registro degli operatori della comunicazione (R.o.c.)
- registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
- fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.
- stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, tel. 0774381700, fax 0774381700
- spedita in abbonamento postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma
- prezzo di una copia: € 50,00

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda che:

- è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;
- chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a:
 - 1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83;
 - 2) azioni civili da parte di autori ed editori;
 - 3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57;
- fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. 22 aprile 1941, n. 633, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Clai, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000.

Si ricorda in ogni caso che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

IN QUESTO FASCICOLO:

Editoriale

- 2 **La responsabilità sociale nel sistema di tutela della salute**
Elio Borgonovi

Sez. 1ª - Saggi e ricerche

- 7 **Autonomia professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale**
Carlo De Pietro
- 37 **Il carico di lavoro dei radiologi**
Franco Pesaresi, Lucio Baffoni, Ennio Gallo, Luigi Oncini
- 53 **Le relazioni tra pubblico, privato e non profit in ambito sanitario e socio-sanitario: una ricerca empirica nella Regione Lazio**
Manuela Samantha Macinati
- 67 **La valutazione economica dei percorsi assistenziali dei soggetti con Ictus e Frattura del femore in Toscana**
Fabrizio Tediosi, Simone Bartolacci, Lorenzo Roti, Eva Buiatti

Sez. 3ª - Esperienze innovative

- 85 **Progresso tecnologico nella diagnostica per immagini. Il mammografo «digitale»: costi e benefici**
Anna Micaela Ciarrapico, Elsa Cossu, Chiara Adriana Pistolese
- 97 **Attraverso gli occhi dei cittadini: una valutazione sull'assistenza sanitaria ai pazienti diabetici modenesi**
Monica Dotti, Viola Damen, Patrizia Guidetti, Giorgio Mazzi
- 107 **La riorganizzazione dell'area amministrativa e di staff dell'Asl 20 di Alessandria e Tortona**
Stefano Manfredi, Paolo Michelutti, Salvatore Nieddu, Bruno Vogliolo
- 119 **L'introduzione del Balanced scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina**
Danilo Spazzapan, Giovanni Pilati, Aldo Mariotto

Sez. 4ª - La sanità nel mondo

- 139 **Integrazione a valle, controllo dell'informazione e strategie competitive nell'industria farmaceutica americana**
Daniel Simonet

Sez. 6ª - Biblioteca

- 153 **Novità bibliografiche**

LA RESPONSABILITÀ SOCIALE NEL SISTEMA DI TUTELA DELLA SALUTE

Elio Borgonovi

Il tema della Responsabilità sociale è entrato prepotentemente nel dibattito sull'economia, sul ruolo e le funzioni delle imprese, sul funzionamento del mercato e dei vari organi, Autorities, Agenzie di vigilanza sul mercato, la Borsa, i mercati finanziari, i comportamenti manageriali e imprenditoriali. Il tema, identificato come Corporate Social Responsibility (d'ora in avanti CSR), ossia responsabilità delle «imprese», o come Social Commitment (obblighi verso la società, che è cosa assai diversa da impegni nel sociale), è considerato oggi un «nuovo e innovativo» approccio culturale, teorico e pratico. Esso si inserisce sulle strategie e sui criteri di scelta delle imprese che nascono per iniziative di soggetti privati in risposta a motivazioni individuali o comunque particolari, che rispondono ad interessi di specifici gruppi di soggetti e che sono governate da regole decisionali e da soggetti privati.

Per chi si occupa di servizi di interesse pubblico, anzi di tutela di diritti della persona, quale è stata definita la tutela della salute, e per chi si richiama ad un concetto di azienda come «istituto economico-sociale» o come «sistema dei processi economici strumentali al raggiungimento di fini di istituti sociali», questo approccio non è nuovo, né innovativo, ma rappresenta semmai un «ritorno alle radici», ovvero la «riscoperta» dell'essenza

del rapporto economia (che è una parte) e società (che è il tutto). Di nuovo, oltre all'enfasi e alla quantità-qualità di convegni, congressi, conferenze, tavole rotonde, tavoli di confronto, progetti, pubblicazioni, ci sono i metodi e gli strumenti operativi tramite cui si cerca di tradurre una filosofia, una logica, una concezione di impresa in sistemi di regole e in sistemi di verifiche di comportamenti reali, per distinguere quelli che sono coerenti nella sostanza con tale visione da quelli che la considerano come una «moda», la naturale reazione ad una stagione di scandali o di malpratica manageriali e imprenditoriali (come direbbero i medici) o, peggio ancora, come maquillage (di dichiarazione e di rapporti sociali) per coprire scelte contrarie ai valori sottostanti la CSR.

Le domande naturali che nascono per chi si occupa dei criteri di tutela della salute sono le seguenti:

a) ha senso applicare tale approccio a questo settore?

b) cosa concretamente ciò vuol dire?

c) quali sono le differenze, le peculiarità rispetto ad altri settori?

Alla prima domanda si può, e si deve, dare una risposta affermativa, pur articolando le motivazioni con riferimento alle differenti classi di aziende che costituiscono il sistema di offerta, quelle pubbliche (che oggi fanno capo alle Regioni o sono costituite in forma

di Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, che a loro volta stanno trasformandosi in Fondazioni a seguito della recente normativa), quelle private for profit, quelle private non profit sia religiose sia laiche, quelle «miste» pubblico-privato il cui numero sembra destinato ad aumentare nel prossimo futuro.

Le aziende pubbliche dovrebbero, e si sottolinea il condizionale, avere la funzione istituzionale di garantire la tutela della salute come diritto del cittadino e quindi dovrebbe essere contenuta nel loro cosiddetto DNA la logica della CSR, della attenzione all'interesse pubblico, inteso non solo come interesse (primario) dei pazienti, ma come complesso degli interessi della società riguardanti la tutela della salute. Tra tali interessi vanno elencati:

a) quelli di tutela della salute di ordine generale (quali la prevenzione di epidemie o la lotta alla loro diffusione);

b) quelli di tutela della salute dei singoli;

c) quelli delle persone che esprimono i loro valori, le loro motivazioni e le loro conoscenze, competenze e abilità come medici, infermieri, biologi, tecnici e altri cosiddetti «professionals»;

d) quelli di chi intende soddisfare la «curiosità intellettuale» applicandosi alla comprensione dei fattori che

influenzano lo stato di salute (ricercatori nel campo della medicina e dei settori collegati quali farmaceutica, biotecnologie, apparecchiature e attrezzature diagnostiche, per terapie, per riabilitazione, ecc.);

e) quelli dei fornitori di tecnologie sanitarie e/o altri beni di consumo.

Tuttavia, vi sono alcune teorie che considerano le istituzioni pubbliche come «sistemi nei quali domina non il principio della funzionalità (risposta ai fini espliciti) ma quello del potere» e nei quali si determinano distorsioni strutturali dei comportamenti. Peraltro, senza approfondire ulteriormente questa dimensione «filosofica» (sociologica, politica, amministrativa, giuridica, etica) sulla natura intrinseca delle istituzioni, si può rilevare dalla esperienza quotidiana che, comunque, vi sono molte aziende pubbliche nelle quali prevalgono, o sono molto diffusi, comportamenti, logiche, decisioni non orientati alla tutela della salute dei pazienti e al perseguimento degli altri interessi legittimi sopra richiamati, ma «strumentali» alla carriera politica, manageriale, professionale, scientifica di chi occupa le diverse posizioni di potere organizzativo, o a garantire vantaggi economici ai fornitori di beni di consumo e di tecnologie che «non servono» alla tutela della salute o che non sono nel concreto utilizzate per tale scopo, o a garantire una occupazione a qualcuno senza preoccuparsi della sua competenza e capacità professionale, ecc. Le aziende sanitarie pubbliche, con il grande «potere» che esse consentono di esercitare, in quanto le scelte che in esse si prendono possono influenzare la vita e la morte, la sofferenza o il benessere delle persone, vengono non di rado utilizzate come «terreno di scambio» tra interessi particolari. Quindi, non sono né superflui, né astratti l'applicazione e i richiami alla necessità di diffondere nelle aziende sanitarie

pubbliche i principi, i criteri, i codici, gli indicatori che ricordino l'esigenza di avere comportamenti «socialmente responsabili» e, soprattutto, che consentano di verificare se tale principio sia effettivamente realizzato nei risultati ottenuti dalle aziende in termini di qualità dell'assistenza, razionale utilizzo delle risorse, mantenimento della propria autonomia operativa, economica, organizzativa, decisionale.

Per le aziende private for profit che operano nel sistema di tutela della salute, il richiamo alla «responsabilità sociale» è essenziale e assume un preciso significato che può essere sintetizzato in questi termini: devono essere evitati quei comportamenti che consentono di ottenere l'obiettivo di aumentare la ricchezza economica di qualcuno (imprenditori, manager, azionisti, medici, ecc.) sfruttando o facendo leva sulla debolezza del potere contrattuale (sul piano economico) di chi ha un problema di salute. Infatti, chi ha un problema di salute rilevante, o percepito come tale (esempio pericolo di vita) attribuisce un basso valore alla ricchezza economica, come si dice in termini correnti «è disposto a pagare qualsiasi prezzo», per risolvere il proprio problema di salute.

Per le aziende private «responsabilità sociale» vuol dire che esse devono perseguire i loro obiettivi di aumento della ricchezza (del profitto) non scegliendo le soluzioni «semplici» (almeno nel breve periodo) dello sfruttamento della debolezza contrattuale dei pazienti, o almeno di una parte di essi, o dello sfruttamento delle inefficienze delle aziende pubbliche (peraltro a volte create artificiosamente), ma scegliendo le soluzioni «difficili» della qualità dell'assistenza, dell'alta specializzazione o della tempestività e sicurezza delle prestazioni, della continua ricerca, dell'aggiornamento del personale, soluzioni che «generano

valore aggiunto reale» (e non fittizio o solo di immagine) per la comunità.

Per le aziende non profit, la cui costituzione si richiama a valori religiosi, morali, etici di «servizio ai più deboli» (e tra questi vanno sicuramente incluse le persone che hanno un bisogno di salute), il richiamo alla «responsabilità sociale» significa ricordare che i valori religiosi, etici, morali, professionali (deontologia professionale) sono propri delle persone, ma richiedono di essere dimostrati e verificati sulla base di concreti risultati.

Del resto, ciò è riconosciuto anche da molte religioni: «chi invece ascolta e non mette in pratica, è simile a un uomo che ha costruito una casa sulla terra, senza fondamenta». Il richiamo ai principi, ai criteri, agli strumenti di verifica dei risultati che rispondano alle attese di diversi portatori di interessi servono a ridurre i rischi di autoreferenzialità, di scelte «personalistiche», di selezione dei pazienti su base ideologica o sulla base di «affinità» o «appartenenza» di vario tipo (religioso, economico, politico, ecc.).

Per le aziende «miste», che possono essere di tipo pubblico-privato for profit, pubblico-privato non profit, privato for profit-privato non profit, alle motivazioni sopra ricordate per ognuna delle tipologie, se ne aggiunge un'altra: la CSR deve garantire il rapporto sostanziale, e non solo formale o sul piano giuridico, di una equilibrata considerazione delle attese, del ruolo, del potere decisionale delle «parti che uniscono le proprie forze e le proprie energie». La CSR deve, in altri termini, aiutare a far prevalere scelte o comportamenti che privilegiano le sinergie «a vantaggio dell'insieme dei diversi interessi» e che evitano comportamenti in cui una delle parti delle «aziende miste» cerchi di prevalere sull'altra solo per perseguire alcuni degli interessi.

Alla seconda domanda, cosa vuole concretamente dire un approccio CSR nel sistema di tutela della salute, è possibile dare una risposta semplice e breve.

Vuol dire stabilire una chiara «gerarchia di rilevanza» degli interessi in gioco nella quale il paziente, la persona che deve recuperare, mantenere, migliorare il proprio stato di benessere fisico e psichico, viene al primo posto. Nelle teorie e nei modelli di CSR applicabili ad altri settori di attività, non importa se pubblici o privati, è accettabile una impostazione che consideri centrale «il bilanciamento, il contemperamento» di diversi interessi. Si parla di logiche di «ottimalità multicriteri» o di «razionalità multi-stakeholder» o si usano concetti analoghi. Nel campo della tutela della salute, pur accettando l'assunto teorico della necessità di rispondere in modo almeno soddisfacente a tutti gli interessi, occorre esplicitare con precisione che si è in presenza di un sistema «multistakeholder sbilanciato». Ciò vuol dire che, in presenza di situazioni nelle quali si manifestano contrasti tra i diversi interessi, nelle quali vi sono incertezze sui vantaggi conseguenti a determinate scelte, vanno privilegiati gli interessi dei pazienti.

Applicare un approccio CSR non vuol dire condividere questo assunto sul piano filosofico, astratto, delle dichiarazioni di principio (che tutti sono pronti a sottoscrivere), ma vuol dire adottare criteri decisionali e sistemi di misurazione tali da dare concreta attuazione a tale principio. Come nel diritto si applica il principio di «in dubio pro reo», l'approccio CSR nel sistema di tutela della salute si traduce nel principio di «in caso di incertezza o di contrasto di interessi, vanno privilegiate le esigenze del paziente». Ciò non vuol dire che le ragioni, le attese, i bisogni dei pazienti diventano a loro volta un criterio autoreferenziale

assoluto, in quanto anche essi debbono rispettare le condizioni di razionalità e i vincoli del mondo reale. Se, ad esempio, privilegiare le ragioni, le attese, i bisogni dei pazienti dovesse comportare il rischio di limitare le ricerche per il futuro, il rischio di demotivare i medici e gli altri professionisti oltre la soglia di accettabilità, di mettere in crisi la durabilità delle aziende che erogano servizi (pubbliche o private), occorrerebbe introdurre qualche limitazione concreta alla applicazione del concetto di «priorità del paziente».

Con ciò si introduce la risposta anche alla terza domanda, quale sono le peculiarità della logica CSR nel sistema di tutela della salute? Esse sono collegate alle caratteristiche specifiche di tale sistema riassumibili nei seguenti termini:

1) elevato contenuto «emozionale» nella percezione dei bisogni di salute: l'approccio CSR richiede di introdurre sistemi atti ad evitare «interventi inutili», «terapie non scientificamente dimostrate, finalizzate solo ad alimentare illusioni o inutili speranze», «alimentazione strumentale di speranze di trattamenti efficaci», «sovrastima dei risultati positivi di certi trattamenti», ecc.;

2) rapporto fiduciario medico (altro operatore)-paziente: l'approccio CSR impone di introdurre sistemi organizzativi e di rilevazione-misurazione delle prestazioni erogate volti ad evitare trattamenti inappropriati, domanda superflua, condizionamenti psicologici dei pazienti e limitazione della loro effettiva libertà di scelta;

3) intrinseca connessione tra attività assistenziale e attività di ricerca: l'approccio CSR richiede di applicare con il massimo rigore i principi deontologici di «consenso informato», di divieto a trattamenti nei quali prevale lo scopo di ricerca sull'efficacia e sul rispetto della persona (ri-

schio di uso dei pazienti come «cavie umane»);

4) autonomia professionale: l'approccio CSR richiede l'introduzione di efficaci strumenti idonei a rilevare casi di «autoreferenzialità» del professionista (che rifiuta le misurazioni di efficacia dei propri interventi), ad individuare e a sanzionare con il massimo rigore casi di malpractice, ma anche strumenti idonei a tutelare i medici o gli altri professionisti da un uso «strumentale» delle norme sulla responsabilità professionale (cause legali contro i medici finalizzate solo a trarre un vantaggio economico per i pazienti e per chi li assiste legalmente);

5) rapporto tra utilità percepita e utilità reale, che è diverso rispetto a quello riferibile a molti altri beni: l'approccio CSR richiede di usare in modo integrato indicatori e valutazioni di tipo economico e di efficacia-qualità dei risultati di salute ed indicatori di «razionalità» organizzativa ed economica.

In conclusione, si può proporre che l'approccio CSR nel sistema di tutela della salute sia fondato su una logica di «consapevole squilibrio della priorità dei diversi interessi» a favore, in primis, dei pazienti. Si tratta di una impostazione assai diversa da quella della «priorità del cliente», teorizzata e applicata per le imprese di produzione di altri beni e servizi, che è stata poi bilanciata dall'approccio «multi-stakeholder», ossia della equilibrata tutela di tutti i portatori di interesse. Soprattutto, si ritiene necessario sottolineare come la «centralità della persona», uno dei pilastri, se non il pilastro, dell'approccio CSR, assume nel sistema di tutela della salute una valenza etica, morale, filosofica, antropologica, sociale assai diversa rispetto a quella che assume nei settori legati a bisogni secondari, voluttuari, di status symbol.

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

È L'ORA DEL RINNOVO

OGGETTO: Rinnovo dell'abbonamento a **MECOSAN + MECOSAN CLICK**.

Egregio lettore,

MECOSAN, rivista di management ed economia sanitaria, è un laboratorio privilegiato per l'approfondimento delle nuove teorie alla base della managerialità che sta oggi guidando il modo di fare azienda in sanità.

Rivista trimestrale, edita sotto gli auspici del Ministero della salute, è un osservatorio attento su quanto di nuovo emerge nell'organizzazione e nella gestione del sistema sanitario ed è per questo uno strumento indispensabile per chi vuole gestire azien-
dalmente le strutture sanitarie.

In più, **MECOSAN** si è dotata del supporto informatico **MECOSAN click**, la copia esatta della rivista in CD-rom, in formato PDF, che Le permetterà una pratica consultazione della rivista anche sul Suo PC, con tutti i vantaggi che da ciò derivano.

Tali ragioni L'hanno convinta ad essere già abbonato a **MECOSAN** o La convinceranno a diventarlo sottoscrivendo subito l'abbonamento per il 2004 a **MECOSAN** per sé e per i suoi collaboratori.

Farlo subito, utilizzando la cedola sottostante, Le risulterà notevolmente vantaggioso e non interromperà l'invio dei fascicoli.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE EDITORIALE



Roma, dicembre 2003.

MECOSAN + MECOSAN CLICK

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 mettere in corso, alle condizioni che lo regolano:

- n. abbonamenti a **MECOSAN cartaceo** al prezzo di € 226,00;
- n. abbonamenti a **MECOSAN cartaceo + MECOSAN click** al prezzo complessivo di € 342,00;
- n. abbonamenti a **MECOSAN click** al prezzo di € 347,00 (per chi non intenda abbonarsi alla versione cartacea di **MECOSAN**).

● 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

..... li

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

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

AUTONOMIA PROFESSIONALE, PROFESSIONI SANITARIE CODIFICATE E GESTIONE DEL PERSONALE

Carlo De Pietro

CeRGAS - Università Bocconi, Milano

SOMMARIO: 1. Le caratteristiche distintive della gestione del personale delle aziende sanitarie italiane - 2. La gestione dei professionisti: autonomia professionale e logiche gerarchico-organizzative - 3. Il processo di professionalizzazione: logiche di fondo e situazione attuale - 4. L'impatto del sistema delle professioni sulla gestione del personale.

The human resource management (HRM) in the Italian health organisations is influenced by two main factors: the professional status of most of its employed staff, and the public employment regulation. The article discusses the first of those factors, with a focus on two dimensions: professional autonomy and the existence of the professions' system. Professional autonomy and high levels of formal education have deep effects on the HRM function: as organisations' complexity and constraints on economic resources get stronger, what is more and more asked to HRM is the «organisational management of a personal autonomy». The second dimension analysed in the article, refers to professions as pivotal actors in the health care system labour market. The article describes the process of professionalisation undertaken by many health professions in Italy in the very last decades, and discusses its main impacts on HRM. Careers paths, wage levels, individual tasks, all depend on the profession the staff belongs. Pro's and con's of this «professions' approach» to HRM are discussed.

1. Le caratteristiche distintive della gestione del personale delle aziende sanitarie italiane

Il presente articolo discute le conseguenze che l'alta professionalizzazione degli operatori attivi nel settore sanitario ha sulla gestione del personale delle aziende che in esso operano. Ciò a sua volta si sostanzia in due aspetti logicamente separati: 1) la rilevante autonomia professionale esercitata da gran parte degli operatori e 2) la presenza — in grado che non ha pari nell'intero mondo del lavoro — di professioni codificate e organizzate in ordini e collegi professionali. Il paragrafo che segue è dedicato al primo aspetto citato. Al sistema delle professioni codificate e ai suoi impatti sulla gestione del personale sono invece dedicati i paragrafi 3 e 4.

Prima di passare all'esame dei punti suddetti, è utile inquadrarli nell'am-

bito delle caratteristiche che rendono la gestione del personale nelle aziende sanitarie «speciale» e cioè diversa rispetto alla gestione del personale in altri settori economici o altre tipologie di aziende. Le caratteristiche rilevanti, in tal senso, sembrano essere fondamentalmente due. La prima è l'alta professionalizzazione dei lavoratori, che sarà discussa nelle pagine che seguono. La seconda caratteristica è data dallo statuto pubblico dei rapporti di lavoro all'interno della maggior parte delle aziende del sistema sanitario (Del Vecchio, De Pietro, 2002: 561-562). Elemento comune che sta alla base di entrambi gli aspetti sopra citati, è l'operare della regolamentazione pubblica.

Il sistema sanitario italiano — ma la stessa cosa avviene negli altri paesi, occidentali e no — è cioè oggetto di una normazione che ne definisce la

macro struttura di riferimento e gli assetti istituzionali e ne modella in profondità le modalità operative. La ragione di ciò è evidentemente da ricercare nella forte valenza e visibilità sociale, politica e simbolica dell'assistenza sanitaria, da sempre ambito di intervento pubblico e di auto-organizzazione da parte delle comunità politiche. Una seconda ragione che spinge a una forte regolamentazione pubblica è dato dalla difficoltà che i meccanismi di mercato incontrano nel regolamentare il sistema sanitario. La letteratura economica parla in tal senso di «fallimenti del mercato», i quali legittimano e anzi rendono necessarie forme di regolamentazione pubblica, basata su norme giuridiche, oppure rendono addirittura necessaria la produzione e l'erogazione diretta dei servizi sanitari da parte di organismi pubblici. In altre parole, le relazioni e la contrattazione

tra privati non bastano, le informazioni utili all'efficienza allocativa sono poche e mal distribuite: per cercare di ovviare a tali debolezze, i poteri pubblici sovraordinati intervengono a orientare, vincolare, proibire i comportamenti degli attori che operano sul mercato.

In tal senso, si può affermare che i servizi sanitari siano almeno in parte «servizi pubblici». In ogni caso, tutto il settore è profondamente influenzato dalla normativa «pubblicistica», cioè a tutela di interessi pubblici, i quali sono sovraordinati rispetto a quelli dei singoli. Tali assunti hanno effetti immediati sulla gestione del personale, la quale non si può quindi ricondurre semplicemente alle logiche valide per gran parte degli altri settori economici, dominati da meccanismi di regolazione di mercato, ma prevede una regolamentazione pubblicistica assai più estesa e importante (Borgonovi, 2000).

Come già detto, il presente articolo è dedicato a commentare l'alta professionalizzazione degli operatori attivi nel settore sanitario e le sue conseguenze sui sistemi operativi di gestione del personale. Tralascieremo di commentare invece logiche e conseguenze del pubblico impiego.

2. La gestione dei professionisti: autonomia professionale e logiche gerarchico-organizzative

2.1. Bisogni dell'utente e appartenenza disciplinare: i tensori di orientamento dell'azione dei professionisti

Gli operatori della sanità sono, in gran numero, professionisti. A prescindere dal riconoscimento formale di questa loro qualificazione, essi sono persone che, nell'ambito delle proprie attività lavorative, hanno un livello d'istruzione avanzato, accesso a conoscenze specialistiche, capacità

«creative» e, soprattutto, esercitano autonomia professionale. Esercitano cioè discrezionalità, in base alla propria conoscenza e alle proprie valutazioni, personalizzando le prestazioni per meglio gestire il singolo caso trattato.

In ambito sanitario, l'espressione spesso usata per esprimere tale situazione è quella di «autonomia clinica», riferita tipicamente ai medici ma riferibile anche agli altri professionisti sanitari (1).

L'autonomia professionale si riallaccia direttamente alla storia delle libere professioni e dei liberi professionisti. Questi ultimi hanno, quale principale tensore per orientare la propria azione, il fabbisogno e quindi la domanda dell'utente e agiscono in autonomia organizzativa, secondo le norme, i vincoli e gli usi propri del gruppo professionale di appartenenza. Tale autonomia organizzativa è evidente nel caso della cosiddetta «pratica individuale», e cioè ad esempio in tutte quelle situazioni nelle quali il professionista opera nel proprio studio privato, senza dovere ricorrere alla collaborazione di altre figure professionali, ma necessitando al massimo dell'aiuto di figure di supporto operativo (per le pulizie del locale, gli adempimenti amministrativi, le prenotazioni, ecc.). In questa situazione ideal tipica, l'orientamento è a soddisfare i bisogni dell'utente, data la «scienza» e le norme suggerite dal gruppo professionale di appartenenza.

La prestazione professionale individuale consiste cioè nella corretta applicazione della «scienza» (o dell'«arte», secondo alcuni) al caso concreto della malattia o del paziente. In ciò risiedono alcune caratteristiche tipicamente attribuite alle attività del professionista e, per tradizione e «vocazione», del medico in particolare:

— le attività del professionista sono supposte in buona parte slegate dalle

considerazioni economiche circa la profittabilità delle prestazioni, la capacità di pagare degli utenti, ecc.;

— l'applicazione della scienza al caso concreto richiede una personalizzazione delle prestazioni e proprio in tale personalizzazione risiede in buona parte l'autonomia clinica, e cioè l'esercizio di valutazioni professionali e complesse sulla base delle informazioni che si hanno a disposizione;

— l'obiettivo del professionista è, almeno in linea teorica, la massimizzazione del benessere dell'utente/paziente, indipendentemente dalle risorse impiegate per raggiungere tale risultato (indipendentemente cioè da considerazioni circa l'efficienza: «il problema delle risorse deve essere risolto da qualcun altro»);

— infine, l'obbligazione — e quindi la responsabilità — del professionista è a ben applicare il *corpus* di conoscenze della propria disciplina: è quindi, con terminologia giuridica, una «obbligazione di mezzi» e non una «obbligazione di risultati».

La traduzione più chiara di questi principi è nel cosiddetto «giuramento di Ippocrate», formula con la quale il medico tradizionalmente completava i suoi studi ed entrava a far parte, con una sorta di «rito di passaggio», della comunità professionale dei medici (box 1). In quella formula, e nelle varie versioni disponibili, il neo-professionista promette di agire secondo «scienza e coscienza», seguendo quindi i bisogni dei pazienti — e cioè quell'esigenza del paziente che, decodificata dal professionista stessa, si fa in «domanda» — e la «scienza» medica.

Volendo estremizzare, si può dire che agire secondo scienza e coscienza significa agire facendo riferimento a due tensori esterni all'organizzazione — cioè all'azienda — nella quale si presta il proprio lavoro: la scienza infatti si riferisce al gruppo e al *corpus* di conoscenze di riferimento della

propria professione; la coscienza si esprime in proprie autonome valutazioni, basate sui valori di cui ciascuno di noi è portatore. Con una battuta, potremmo sostenere che da un punto di vista aziendale e organizzativo l'espressione equivale a giurare, solennemente, di fare «di testa propria».

2.2. La crescente importanza dell'organizzazione

Riprendendo il giuramento d'Ippocrate, è evidente che esso si riferiva a una professione svolta in prima persona dal medico, senza l'aiuto sistematico o comunque determinante di una organizzazione. Il rapporto era di tipo *uno-a-uno* tra medico e paziente. Ma quanto è verosimile oggi pensare a prestazioni sanitarie che siano offerte da un solo professionista, che non implicino cioè una pluralità di attori chiamati a concorrervi? I servizi sanitari sono sempre più raramente prestazioni puntuali — cioè conclusi in un unico momento e in un unico luogo — e diventano invece sempre più di frequente veri e propri processi assistenziali, all'interno dei quali sono chiamati a operare numerosi professionisti, secondo le proprie competenze e specializzazioni (2). In breve, il contesto concreto tipico delle prestazioni sanitarie non è più quello della pratica individuale, ma è quello organizzativo:

— contesto organizzativo di azienda, se il percorso assistenziale si svolge interamente — o per gran parte — all'interno di un'unica organizzazione di erogazione di servizi sanitari: è il caso ad esempio di alcune prestazioni ospedaliere quali gli interventi di emergenza a seguito di incidenti;

— oppure contesto organizzativo «a rete» nel caso il percorso si svolga per elementi centrali e rilevanti tra attori che interagiscono ma che mantengono un'autonomia aziendale, econo-

mica, proprietaria: è questo il caso più frequente, con l'intervento ad esempio di Mmg (medici di medicina generale), laboratori di analisi, prestazioni ospedaliere, farmacia convenzionata, eventuale assistenza domiciliare o di riabilitazione, ecc.

Come risulta da quanto appena detto, l'accezione di organizzazione può essere anche molto diversa, ma l'esito complessivo è comunque quello di inserire la pratica professionale all'interno di un disegno organizzativo più complesso e articolato.

Alla base di tale evoluzione c'è il progresso scientifico della medicina e quindi la crescente specializzazione degli operatori, che quindi sono necessariamente chiamati ad agire in

modo integrato e — appunto — multidisciplinare sul singolo caso clinico.

Al progresso scientifico della conoscenza medica si accompagna poi quello tecnologico, che mette a disposizione strutture, strumenti e farmaci sempre nuovi ai servizi assistenziali. Tale progresso della tecnologia comporta però un aumento dei costi fissi necessari agli investimenti in attrezzature o comunque nei fattori di produzione, utili a svolgere attività in modo aggiornato. Ciò incentiva la ricerca di economie di scala e quindi, in ultima analisi, spinge ad abbandonare la pratica individuale, incapace di reggere i costi della tecnologia o comunque a sviluppare volumi sufficienti a ripagare i costi fissi delle attrezzature (Pan

Box 1 - Il giuramento di Ippocrate

Il giuramento d'Ippocrate è la formula rituale tradizionalmente pronunciata dai medici al termine dei propri studi. Ippocrate di Kos, ca. 480-390 a.C., rompe il legame tra medicina e religione (la *therapeia theon* degli asclepiadi; cfr. Cosmacini, 2000: 24) e affermò l'importanza centrale dell'osservazione empirica, «al letto del malato». La paternità ippocratica del giuramento è tutt'altro che certa, così come non univoche sono le versioni disponibili. In ogni caso, il giuramento è un riferimento frequente nel dibattito pubblico attorno alla professione medica, e le stesse università — anche italiane — hanno continuato a utilizzarlo di frequente e fino a tempi recenti (in alcune sedi il giuramento fa ancora parte del rituale della seduta di laurea). Una delle versioni più diffuse in italiano è qui sotto riportata.

«Giuro su Apollo medico e Asclepeio e Igiea e Panacea, e su tutti gli dei e tutte le dee, chiamati a testimoni, che porterò a compimento, secondo le mie possibilità e il mio giudizio, questo giuramento e questo impegno scritto: considererò quindi chi mi ha insegnato questa arte come mio genitore e avrò comunanza di vita (con lui) e nella necessità lo renderò partecipe del mio, e riterrò la sua discendenza alla pari di fratelli e insegnerò loro questa arte, se ne volessero essere istruiti, senza ricompensa e impegno scritto; dei precetti e delle lezioni e di tutto il resto dell'istruzione farò partecipi i miei figli e quelli di chi mi ha insegnato e gli studenti che si sono impegnati per iscritto e hanno giurato, secondo la consuetudine medica, ma nessun altro. Prescriverò le diete opportune per giovare ai pazienti, secondo le mie capacità e il mio giudizio; mi asterrò dal recare danno e ingiustizia.

Non somministrerò né un farmaco letale ad alcuno, sebbene richiesto, né proporrò un tale consiglio; né egualmente darò ad una donna un pessario abortivo. Pura e devota manterrò la mia vita e la mia arte. Non opererò neppure quelli che soffrono di calcoli; cederò il posto agli uomini che praticano questa arte. In qualsiasi casa dovessi entrare, vi giungerò per giovare ai pazienti, tenendomi lontano da ogni corruzione volontaria e rovinosa, in particolare da quella di atti sessuali su persone, sia donne sia uomini, sia libere sia schiave. Quello che durante la cura, od anche non durante la cura, o avrò visto o avrò sentito della vita degli uomini che non bisogna venga divulgato in nessun caso, lo tacerò, ritenendo che tali cose restino segrete. A me dunque, se avrò portato a compimento questo giuramento e non lo avrò violato, sia concesso di raccogliere i frutti della vita e dell'arte, stimato presso tutti gli uomini per sempre nel tempo. Invece, se (lo) avrò trasgredito e avrò commesso spergiuro, (mi accada) il contrario di ciò».

American Health Organization, 1994: 19). Anche in tal caso, l'associazione tra professionisti e, quindi, lo sviluppo di pratiche organizzate, risulta essere la risposta fisiologica a tali dinamiche.

Come vedremo meglio al paragrafo 3, l'autonomia professionale e la sua tutela (sociale e giuridica) sono condizioni che le società ritengono necessarie a garantire prestazioni di qualità elevata. D'altro canto, è ovvio che tale autonomia sia sottoposta a vincoli: certamente quelli propri della professione di appartenenza, ed è per questo che si parla di autonomia «professionale» (e non di «autonomia» *tout court*). Ma anche, e in modo crescente, di vincoli posti dall'appartenenza organizzativa. In tale passaggio riposa un salto nel ruolo e nelle responsabilità del sistema di offerta dei servizi professionali. È evidente infatti che l'azienda debba in qualche modo gestire tale autonomia. Allo stesso modo, è chiaro che la *gestione* organizzativa di un'autonomia individuale non può che essere, per definizione, la ricerca degli strumenti e delle condizioni che portino a un equilibrio possibile, accettabile ed efficace di quelle che rimangono inevitabilmente istanze contraddittorie.

In questo tentativo di rafforzare le logiche organizzative, le aziende possono agire su più meccanismi di coordinamento. Henry Mintzberg (1985: 39-46), un noto studioso di teoria e progettazione organizzativa, individua in generale cinque tipi di meccanismi di coordinamento: 1) l'adattamento reciproco, 2) la supervisione diretta, 3) la standardizzazione dei processi di lavoro, 4) la standardizzazione degli *output*, 5) la standardizzazione delle capacità dei lavoratori. Tipicamente, nelle organizzazioni professionali (3) i due meccanismi più efficaci risultano essere l'aggiustamento reciproco e la standardizzazione delle conoscenze: entrambi meccanismi che, finora,

hanno implicato investimenti assai ridotti da parte delle aziende sanitarie. Il primo è un tipo di coordinamento che si esplicita in modo per lo più informale, il quale quindi non richiede necessariamente interventi diretti tradizionali da parte dell'azienda, ma semmai richiede un atteggiamento di delega e «non intervento» e, come azioni concrete, un lavoro sullo sviluppo e il mantenimento di un'adeguata cultura aziendale e un buon clima organizzativo (4). D'altro canto, la standardizzazione delle conoscenze potrebbe essere un ambito d'intervento anche importante per le aziende (si considerino, in tal senso, le esperienze fatte da tante aziende — non sanitarie — nelle implementazioni di sistemi di gestione basati sulle competenze individuali): ciò detto, fino ad oggi in realtà le aziende sanitarie si sono mostrate assai prudenti, se non reticenti, nell'intervenire in modo diretto, e hanno preferito invece lasciare l'onere di tale standardizzazione esclusivamente (o quasi) ai percorsi formativi e al sistema delle professioni codificate (cfr. paragrafo 3).

Nonostante la necessità di lavorare sui meccanismi di coordinamento sopra citati, è però chiaro che qualunque azienda ha bisogno in ogni caso di una struttura organizzativa che si basi anche su logiche gerarchiche (ricongiungibili alla «supervisione» di Mintzberg). In tal senso, è bene distinguere tra decisioni di carattere clinico e organizzazione delle prestazioni lavorative. Le prime, infatti, in prima battuta non sono sottoposte a nessun superiore gerarchico ma, semmai, alla responsabilità individuale, rilevata dalle pratiche di gestione e governo del rischio clinico messe in atto dalle aziende sanitarie oppure dal sistema giudiziario (civile o penale). Le prestazioni lavorative e la loro organizzazione riguardano invece una sfera più ampia delle sole decisioni di carattere tecnico-professionio-

nale e sono certamente più coerenti con le logiche organizzative.

L'autonomia circa le scelte di carattere sanitario può però portare a pratiche cliniche anche molto differenziate, difficilmente compatibili con una funzionale organizzazione del lavoro all'interno dell'azienda. Ciò infatti può limitare la fungibilità dei professionisti tra le diverse *équipe*, che sono abituate a lavorare secondo procedure diverse; genera potenziale conflittualità infra-aziendale; non facilita la mobilità dei pazienti tra le varie fasi del percorso assistenziale; rende più complessa la programmazione dei tempi e degli spazi; può essere percepita in modo negativo dall'utenza potenziale; ecc. Al fine di limitare le conseguenze e i costi organizzativi di un'eccessiva variabilità nel *modus operandi* dei professionisti, le aziende incentivano la ricerca di pratiche comuni, definite autonomamente — ma in gruppo — dai professionisti che operano all'interno dell'azienda: pratiche comuni, percorsi assistenziali o diagnostico-terapeutici, sistemi di *audit* clinico interno che rendano omogenee le pratiche dei singoli professionisti, lì dove opportuno, e che costituiscano in ogni caso l'occasione per uno scambio, un confronto e quindi lo sviluppo professionale tra colleghi, senza per questo ricorrere a strutture gerarchiche, ma rifacendosi invece a un confronto e a giudizi tra «pari» (5).

In generale, quindi, l'autonomia professionale si esplicita all'interno di regole e vincoli, i principali dei quali sono costituiti: 1) dalla disponibilità di risorse fisiche, economiche e professionali; 2) dalle altre regole di comportamento organizzativo definite con la contrattazione collettiva integrativa o comunque dalla regolamentazione aziendale; 3) dagli impegni assunti dalle unità organizzative di appartenenza (6).

Evidentemente, sta all'azienda — e alla normativa generale — trovare un equilibrio accettabile ed efficace tra spazi di autonomia e vincoli all'interno dei quali essa può dispiegarsi: come afferma Zangrandi (2000: 40), «se da un lato le risorse, e dall'altro le norme di comportamento generale, i contratti e le politiche sanitarie, fossero considerati troppo restrittivi, cioè vincolanti l'autonomia clinica dei professionisti, verrebbe meno quel rapporto utente-medico che [...] è la base stessa dei servizi sanitari. Questo comporta almeno un livello di contrattazione che sia in grado di evidenziare, in modo esplicito e chiaro, lo spazio entro cui agire in termini di autonomia». In generale si può dire, sempre con Zangrandi, che ad emergere è un modello aziendale in cui:

— l'azienda si riserva le decisioni in termini di scelte strategiche di fondo e di allocazione delle risorse (in realtà, in quest'ultimo caso contrattando coi professionisti);

— ai professionisti sono invece riservate le scelte circa l'utilizzazione di tali risorse.

Il problema di tale «responsabilizzazione separata» è che essa innesca circoli viziosi: i professionisti continueranno ad avere come unico riferimento per la propria azione il caso trattato e forzeranno il sistema per un allentamento dei vincoli sull'allocazione; in parallelo e come conseguenza di tale atteggiamento, l'azienda sarà portata a irrigidire i controlli, a definire tetti sulla spesa e sulla capacità di offerta. Il rischio diventa allora quello di una dinamica divergente che, a un certo punto, si trasforma in circolo vizioso. I controlli infatti finiscono per diventare facilmente un intralcio alla flessibilità richiesta dalla pratica dei professionisti sanitari; le risorse assegnate finiscono per essere eccessivamente scarse; i professionisti di fatto sono nuovamente dere-

sponsabilizzati poiché non ritengono sostenibili e quindi credibili né i controlli né i volumi di risorse allocate. Il tutto rende sempre più difficile qualunque innovazione e finisce per irrigidire ulteriormente le pratiche operative.

Il recente passato del Servizio sanitario italiano (Ssn) evidenzia bene tale dinamica: il tentativo di delegare completamente le attività e le responsabilità amministrative e di gestione a un corpo specializzato, costituito dai servizi amministrativi delle aziende, ha portato a un progressivo scollamento valoriale, culturale e operativo rispetto al «nucleo operativo» aziendale, costituito dalle attività cliniche di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie.

Come affrontare tali problemi? La soluzione sembra passare per una nuova definizione delle responsabilità della direzione generale, dei servizi gestionali-amministrativi e della linea clinica, in modo che quest'ultima si riappropri di una responsabilità più ampia sui risultati complessivi e che i servizi gestionali (provveditorato, personale, ufficio tecnico, ecc.) operino a supporto della linea stessa, senza alcuna sovraordinazione gerarchica su di essa (Zangrandi, 2000: 43-45).

Questa riappropriazione (o responsabilizzazione) da parte dei professionisti sanitari implica però lo sviluppo di competenze individuali di tipo gestionale. Qui vogliamo citare soltanto due possibili modalità alternative perché tale sviluppo abbia luogo: la prima prevede che i professionisti sanitari acquisiscano competenze manageriali nuove, ulteriori e integrative rispetto a quelle acquisite nei tipici percorsi formativi universitari; la seconda possibilità è invece quella di affiancare i responsabili sanitari delle unità organizzative con persone dotate di competenze gestionali, riproducendo a livello di linea operativa quanto è

tipicamente previsto a livello di direzione aziendale: e cioè la presenza di un direttore sanitario e di un direttore amministrativo.

In Italia finora ha prevalso il primo modello: la responsabilità delle singole unità organizzative è affidata a un'unica persona, e cioè al professionista sanitario (il responsabile di struttura), opportunamente formato sulle tematiche di *management*, ed eventualmente supportato da risorse specializzate in campo gestionale, le quali però restano in posizione subordinata rispetto al responsabile sanitario (7). Altri paesi hanno invece adottato soluzioni ispirate al secondo modello citato, in cui cioè la responsabilità è doppia e su un piano di formale equivalenza gerarchica.

Il modello del professionista sanitario come responsabile unico poggia sulle seguenti assunzioni:

— esistono professionisti clinici disposti ad assumersi questa responsabilità complessiva (clinica e gestionale insieme);

— esistono scuole capaci di fornire programmi di formazione manageriale per i professionisti sanitari;

— la formazione integrativa risulta efficace nel dotare i professionisti delle competenze sufficienti a esercitare le nuove responsabilità manageriali;

— la responsabilità gestionale in capo al professionista clinico facilita la cooperazione e il supporto da parte degli altri professionisti sanitari che lavorano all'interno della struttura operativa, poiché attiva meccanismi d'integrazione, controllo e ricompensa propri dell'appartenenza professionale comune. Detto in altri termini, la gerarchia basata sulla sola autorità risulta inefficace poiché essa incentiverebbe un esercizio difensivo dell'autonomia professionale. È quindi necessario avere una gerarchia basata invece sull'autorevolezza, la quale però in un ambito fortemente professionaliz-

zato come quello delle aziende sanitarie abbisogna — quale condizione necessaria ma non sufficiente — di un'appartenenza professionale condivisa.

Questa nuova responsabilizzazione dei professionisti clinici ha conseguenze importanti sulle pratiche operative, sulla cultura e sulla stessa identità professionale dei singoli. Essa spesso si accompagna a situazioni di «stress di ruolo», legati alla difficoltà di conciliare le esigenze di essere un buon clinico e al contempo un buon gestore. Ciò sia per le difficoltà di essere competente su campi così diversi del sapere, sia per i diversi orientamenti impliciti nei due ruoli: il primo orientato a massimizzare il benessere dell'utente, «costi quel che costi», e ai contenuti professionali della prestazione; il secondo invece orientato al perseguimento delle condizioni di efficienza, efficacia ed economicità per l'azienda nella quale egli opera.

Nella realtà italiana (ma non solo), spesso ancora i professionisti alla guida delle unità organizzative eccellono nelle attività tecnico-specialistiche, ma non trovano la concentrazione sufficiente per dedicarsi ai compiti di gestione della loro struttura. Si rischia allora un sottoinvestimento sistematico sul piano dell'adeguamento delle tecniche di gestione (8).

2.3. Le principali difficoltà per la gestione del personale

Gestire dei professionisti non è facile. Può certamente essere stimolante, può dar luogo a soddisfazioni ben maggiori di quelle tipicamente ricavabili in assetti meno professionalizzati, ma richiede coscienza della sfida e capacità di governarla. Anche i modelli teorici di riferimento sono meno solidi, poiché la gestione del personale come *corpus* organico di conoscenze, tecniche e strumenti codificati, ha ri-

guardato in primo luogo e per molto tempo l'organizzazione del lavoro negli opifici, nelle imprese manifatturiere e solo negli ultimi decenni la letteratura e la teoria di organizzazione aziendale hanno rivolto un'attenzione crescente ai temi della conoscenza e quindi anche della gestione dei professionisti.

Gestire professionisti non è facile perché implica un confronto diretto con persone con elevato grado d'istruzione, coscienti del loro ruolo cruciale per la sopravvivenza stessa dell'organizzazione, dello *status* sociale conseguito, della loro fungibilità solo parziale, dell'autonomia di cui godono.

Per distinguere le aziende professionali dalle altre, spesso ci si rifà alla dicotomia *standard* della teoria economica classica, che distingueva le imprese (o i settori di attività economica) in «intensive in lavoro» o, al contrario, «intensive in capitale». Bene, tale tipologia sembra essere troppo limitativa per le aziende sanitarie e per altre organizzazioni professionali, ed è proprio per mettere in luce la centralità del fattore professionalità che per tali aziende la letteratura ha coniato l'espressione di «intensive in personalità» (*personality intensive*), o «in cervello» (*brain intensive*). È evidente quindi che in contesti di tal genere perde d'importanza anche la tradizionale distinzione tra variabili (o strumenti) «hard», legate al concetto di razionalità procedurale, e variabili (o strumenti) «soft» di gestione del personale, questi ultimi legati invece agli aspetti comportamentali, culturali, psicologici dei rapporti di lavoro. Il coinvolgimento della personalità dei professionisti, la necessità di ottenerne la collaborazione convinta, flessibile e costruttiva, rende necessario infatti lavorare tanto sulle variabili *hard* che su quelle *soft*, cercando di creare le condizioni di lavoro perché i professionisti stessi possano percepire tutta

l'autonomia di cui dispongono, supportati da sistemi aziendali che ne valorizzano le competenze. I soli vincoli che l'azienda deve imporre sono quelli minimi, strettamente necessari, dati dalle condizioni economiche e operative di contesto, nonché dalle scelte strategiche che essa decide di perseguire.

La cattiva gestione di tali leve farebbe al contrario emergere comportamenti di resistenza che, forti delle asimmetrie informative di cui godono i professionisti sanitari, riuscirebbero con tutta probabilità ad avere la meglio sui tentativi aziendali di gestione e controllo o comunque riuscirebbero a bloccare di fatto l'operatività dell'azienda.

Le asimmetrie informative a favore dei professionisti riguardano fondamentalmente: 1) i contenuti delle prestazioni sanitarie offerte; 2) la loro necessità (per il benessere dell'utente); 3) il loro valore (in termini di risorse assorbite); 4) le modalità di erogazione scelte. Tali asimmetrie informative vedono i professionisti sanitari avere informazioni migliori (cioè più complete, più facili da ottenere, più tempestive, ecc.) rispetto a quelle detenute o ottenibili da parte degli utenti reali o potenziali, dell'azienda di appartenenza, dell'eventuale terzo finanziatore.

A differenza dei contesti di mercato «normali», nel caso dei servizi sanitari la domanda è infatti definita dal professionista, che decodifica i bisogni espressi dal paziente/utente. Soltanto in alcuni casi specifici gli utenti sono capaci di esprimere direttamente la domanda: ciò avviene quando le prestazioni sono assai semplici e quindi intelligibili anche da parte dei pazienti, oppure quando questi abbiano sviluppato un'esperienza sufficiente, come nel caso di prestazioni non complesse legate a patologie croniche. Mutuando categorie di analisi sviluppate all'interno della teoria economi-

ca, si può dire che i servizi professionali in sanità si configurano spesso come *credence goods*, e cioè come servizi dei quali l'utente non riesce a valutare la qualità nemmeno *ex post*, poiché — a differenza che nel caso degli *experience goods* — il «consumo» del servizio non fornisce un ammontare sufficiente di informazioni al suo utente (Zamagni, 1999a: 15). Tale asimmetria informativa, associata allo stato di sofferenza del malato, diviene reale dipendenza passiva, anche psicologica, alla quale la professione medica in particolare pone rimedio dichiarando il dovere che il medico responsabilmente si dà per assicurare al paziente il diritto di essere adeguatamente curato, come esemplificato dal giuramento ippocratico (cfr. paragrafo 2.1).

Il fatto poi che lo stesso professionista che decodifica il bisogno e quindi definisce la domanda sia anche colui che eroga il servizio, confonde i ruoli e i momenti della domanda e dell'offerta, che in altri settori sono invece tipicamente separati, e cioè svolti da attori diversi. Ciò indebolisce il sistema di controllo implicito in quella separazione e apre la possibilità per comportamenti opportunistici da parte del professionista, primo tra tutti quello di indurre la domanda di prestazioni che, in condizioni di simmetria informativa, non sarebbero richieste (9).

In tal senso, solo poco più forte appare, tipicamente, la posizione dell'azienda, la quale non sempre sa qual è il reale bisogno dell'utenza, non sempre sa qual è il livello/il *mix* di domanda realmente necessaria, non sempre si accorge di eventuali visite ripetute, non sempre riesce infine a controllare completamente l'appropriatezza (10). Dicevamo posizione potenzialmente più forte rispetto a quella degli utenti, poiché quelle che per i pazienti sono prestazioni uniche, non ripetute, per l'azienda costituiscono invece presta-

zioni tipiche, sulle quali essa può accumulare informazioni, sviluppando quindi capacità di giudizi autonomi e di governo complessivo.

È chiaro che le asimmetrie si controllano con verifiche *ex post* e, soprattutto, sistemi di incentivi e di orientamento dei comportamenti che abbiano efficacia *ex ante*, definiti nelle modalità operative e contrattuali per i professionisti sanitari. In ogni caso, l'esigenza di tali controlli e il loro costo aumenta se il clima organizzativo e le relazioni tra azienda e professionisti non è improntato alla fiducia reciproca.

Un elemento che è prova di fiducia aziendale nei confronti dei propri professionisti è costituito dal grado di delega delle funzioni gestionali in capo a questi. E, tra i diversi sistemi operativi, certamente di quelli relativi alla gestione del personale. Questa delega è coerente con le osservazioni sopra fatte circa le asimmetrie informative, l'autonomia clinica e la necessità di decentrare le responsabilità di risultato e quindi di gestione delle risorse dal livello centrale aziendale alle sue articolazioni organizzative. Se l'autonomia e la responsabilità devono essere due facce della stessa medaglia, devono cioè andare di pari passo, è altrettanto evidente che in un contesto organizzativo l'autonomia si esercita potendo gestire le risorse utili a conseguire gli obiettivi che ci sono stati assegnati o che comunque ci si è prefissi.

2.3.1. Il decentramento della gestione del personale

Il decentramento della gestione del personale ha punti di forza e di debolezza. Fra i primi sono:

— la conoscenza diretta delle attività svolte dal personale dell'unità organizzativa;

— la possibilità di meglio apprezzare i comportamenti individuali;

— la probabile condivisione delle competenze professionali del personale;

— la possibilità quindi di una gestione più flessibile e «personalizzata»;

— la rapidità con cui si può rispondere all'insorgere di eventuali problemi.

Tra i punti di debolezza della gestione decentrata rispetto a quella accentrata, si possono invece ricordare:

— le minori competenze proprie di gestione del personale che è possibile ritrovare tra i professionisti impegnati sulla *line* clinica, rispetto a quelle (almeno potenzialmente) possedute da una funzione aziendale centrale specializzata in quelle attività: è ovvio che, nonostante eventuali attitudini personali e possibili interventi formativi, le competenze dei professionisti sanitari saranno comunque inferiori a quelle che possono essere sviluppate grazie a studi specialistici;

— la possibile scarsa attenzione prestata dai professionisti su temi che esulino dalle attività tecnico-professionali più tipiche: i professionisti spesso «non vogliono gestire», per cui dedicano poco tempo e poche risorse a tali attività. Oltre ai controlli e agli obblighi che l'azienda può mettere in campo per evitare gravi sottoinvestimenti in tal senso, la strada perseguita all'interno delle organizzazioni sanitarie sembra quella di privilegiare — giustamente — la crescente responsabilizzazione gestionale della linea operativa, la quale sarà quindi incentivata a recuperare efficienza gestionale, agendo anche sui meccanismi operativi propri della gestione del personale;

— la possibile eterogeneità nella gestione del personale, rispetto a quanto accadrebbe nel caso di una ge-

stione centralizzata a livello di azienda (11).

Nonostante le possibili debolezze del decentramento, è certo che nelle aziende sanitarie una gestione accentrata è incapace di gestire con efficacia l'intero organico aziendale (12). Nelle aziende pubbliche del Ssn, in particolare, il grado di decentramento della leva di gestione del personale può essere certamente considerata una delle più efficaci «cartine al tornasole» per giudicare il grado di sviluppo del processo di aziendalizzazione (Bandini, 2002; Longo, 2000: 119).

2.3.2. Imprenditorialità dei professionisti e unitarietà d'azienda

Un'altra difficoltà tipica della gestione del personale nelle aziende professionali, oltre a quelle legate all'autonomia clinica e alla necessità di decentrare i sistemi operativi di gestione, riguarda l'equilibrio tra imprenditorialità dei professionisti di maggiore o più qualificata esperienza e unitarietà d'azienda (Longo, 2000: 116).

La professionalità dei singoli può comportare infatti un alto potenziale imprenditoriale in termini di attrazione dei pazienti (capacità commerciale), definizione del pacchetto di prestazioni offerte (innovazioni di prodotto o di processo che si accompagnano a un ampliamento delle competenze professionali), capacità di attrarre risorse anche economiche (ad esempio grazie alle sperimentazioni farmaceutiche o attivando progetti finanziati da soggetti terzi). Se da un lato tale imprenditorialità costituisce un'importante opportunità per lo sviluppo delle attività dell'azienda, per l'innovazione e quindi per innescare comportamenti virtuosamente emulativi al suo interno, d'altro canto essa rappresenta una forza che è solo parzialmente sotto il controllo dell'organizzazione e che quindi potrebbe co-

stituire una spinta centrifuga, incoerente con la pianificazione aziendale più complessiva, e comunque contraria a una visione unitaria dell'azienda.

È chiaro quindi che, per avere dinamiche di sviluppo integrate e coerenti, l'azienda deve cercare di costruire le condizioni per un confronto continuo e aperto con i propri professionisti, specialmente con quelli che costituiscono i motori d'innovazione o commerciali, reali o anche solo potenziali.

2.3.3. Riconoscimenti interni e riconoscimenti esterni

Un altro punto problematico, simile per natura al precedente, è costituito dalla possibile incoerenza tra i riconoscimenti che gli stessi professionisti possono ottenere all'interno e all'esterno dell'organizzazione.

Una delle principali leve di motivazione e orientamento dei comportamenti individuali di cui dispone l'azienda è costituita dai riconoscimenti professionali interni. Con tale espressione si intendono, in senso lato, i riconoscimenti informali, gli attestati simbolici, i premi retributivi, lo sviluppo di carriera, ecc.: tutti strumenti assai efficaci per sviluppare l'identificazione aziendale dei professionisti.

Gli effetti di tali strumenti però possono essere «spiazzati» o comunque messi in discussione quando i riconoscimenti interni differiscono in modo rilevante da quelli esterni. I riconoscimenti che il professionista può ottenere nell'ambito delle società scientifiche di appartenenza, in termini di presenza e visibilità nei convegni, d'incarichi scientifici istituzionali, di pubblicazioni, di presenza sui mezzi di comunicazione di massa, di carriera universitaria, ecc., sono tutti elementi dei quali l'azienda deve avere coscienza, salvo poi decidere la propria condotta, per come ritiene più opportuno ed efficace (ad esempio, nel caso di forti in-

congruenze, decidere se confermare i propri giudizi, perseguendo la propria azione interna, oppure rivederli per non dover giustificare i propri giudizi e non dover gestire le tensioni organizzative che possono derivarne).

Un tipico ambito di possibili incongruenze riguarda quei professionisti capaci di alti redditi da libera professione intramuraria: è ovvio che in quei casi le eventuali penalizzazioni economiche interne — ad esempio la mancata corresponsione di premi per le prestazioni individuali, ritenute inferiori alle aspettative — potrebbero incidere assai poco sui comportamenti del professionista, il quale è più che ripagato dalle proprie attività libero professionali.

2.3.4. La gestione dei gruppi di lavoro multidisciplinari

Infine, la gestione del personale in aziende fortemente professionalizzate necessita di una particolare attenzione a gestire i gruppi multidisciplinari.

Le aziende sanitarie hanno finora basato il proprio sviluppo principalmente attorno alle discipline sanitarie di riferimento e, in particolare modo, attorno alle specializzazioni dei medici. Queste, ma anche farmacia, veterinaria, ecc., costituivano di fatto gli elementi sui quali si sviluppava la macro struttura organizzativa delle aziende. La gestione del personale — e in primo luogo di quello laureato — si poteva appoggiare quindi sia alle logiche tipiche della gerarchia organizzativa, sia a quelle della disciplina di appartenenza, che era comune e condivisa dai professionisti. Con il passare del tempo, però, l'attenzione all'uso efficiente delle risorse, la crescente responsabilità gestionale delle aziende e la forza del loro *management*, l'attenzione posta alla soddisfazione degli utenti e ai loro bisogni sanitari, hanno portato ad articolazioni organizzative

tipicamente multispecialistiche, come ad esempio sono per definizione i distretti territoriali delle Aziende sanitarie locali (lì dove abbiano concrete responsabilità di gestione) ma il più delle volte anche i dipartimenti ospedalieri. In tali ambiti, la gestione del personale — delle ricompense, degli incarichi, delle carriere interne ed eventualmente esterne, ecc. — dev'essere capace di prendere decisioni, di valorizzare e di motivare il personale, a prescindere dall'appartenenza disciplinare, che ha smesso di essere comune.

3. Il processo di professionalizzazione: logiche di fondo e situazione attuale

3.1. Il processo di professionalizzazione in sanità

In tutti i paesi occidentali il settore sanitario è caratterizzato da un'ampia regolamentazione che riguarda le figure professionali abilitate ad operarvi, col risultato che in sanità sono all'opera numerose «professioni». Possiamo anzi affermare che il settore sanitario sotto questo aspetto costituisce certamente l'eccezione di gran lunga più rilevante rispetto al sistema socio economico generale, il quale regola le singole professioni in un numero limitato di casi.

Il sistema delle professioni affonda le proprie radici nel sistema delle occupazioni medioevali: è di quel tempo infatti il fiorire, in Europa, di gilde, corporazioni, arti e mestieri. Poi, con l'età moderna e ancor più con lo sviluppo del capitalismo, il sistema delle occupazioni o dei mestieri medioevali si ritira, a favore di una nuova organizzazione del lavoro che non ambisce più a una gestione «sociale e politica» delle varie professioni, ma confina la propria «giurisdizione» ai luoghi di lavoro, siano essi la fabbrica o altro. In

tal senso, alle occupazioni si sostituiscono, con gradualità, le mansioni e il taylorismo, mentre all'interno delle organizzazioni i nuovi livelli gerarchici allungano e moltiplicano la gerarchia che prima era basata sulla linea capobottega-artigiano-apprendista. Il lavoro non è più mediato dall'appartenenza sociale a un gruppo occupazionale di riferimento, ma si gioca sul rapporto con l'imprenditore, eventualmente con la mediazione della tutela collettiva esercitata dalle organizzazioni sindacali. Anche i percorsi formativi si emancipano dai lunghi processi di socializzazione e di adozione all'interno del gruppo occupazionale, che nel passato erano spesso legati addirittura all'appartenenza familiare (intere famiglie facevano cioè parte di un determinato gruppo occupazionale, vivendo negli stessi quartieri, ecc.). Infine, le competenze professionali individuali si rendono sempre più autonome rispetto alla loro definizione e certificazione da parte del gruppo occupazionale e sociale.

Tale processo di profonda revisione delle appartenenze professionali ha avuto impatti ovviamente diversi sui settori di attività economica. In particolare, l'ambito delle cosiddette professioni liberali — soprattutto di quelle di più antiche origini: medici, avvocati, ecc. — ha mantenuto uno statuto di regolamentazione che le distingue dai normali meccanismi di funzionamento del mercato del lavoro: si può dire quindi che il vecchio sistema delle «occupazioni» si è rinnovato nel sistema — molto più limitato per estensione — delle «professioni». Ma si tratta, appunto, di professioni liberali, e cioè per lo più svolte in forma individuale e autonoma, al più — nelle forme organizzative tradizionali — col supporto di personale subordinato, con compiti meramente operativi e, soprattutto, senza responsabilità o vi-

sibilità dirette nei confronti degli interlocutori esterni allo *studium* (13).

È rispetto a tali dinamiche generali che il sistema sanitario mostra la sua unicità. In esso, infatti, a differenza di quanto avviene negli altri settori economici, la presenza dei professionisti è elemento centrale per tre ordini di motivi: 1) nel sistema sanitario operano molti professionisti; 2) tali professionisti fanno parte di numerose professioni (riconducibili, almeno in linea teorica, alle caratteristiche proprie delle professioni liberali sopra citate); 3) agendo sullo stesso settore, tali numerose professioni finiscono per costituire un vero e proprio sistema integrato. Negli altri settori le professioni rappresentano delle eccezioni all'interno di mercati del lavoro non regolamentati e, come tali, le proprie attività non «confinano» con quelle svolte da altre professioni (14). Nel sistema sanitario, al contrario, le professioni sono i mattoni che costituiscono l'ossatura del sistema di divisione del lavoro, con «incastrati» che sono frutto di negoziazioni e scontri tra i gruppi professionali. Le professioni cioè sono «costrette» a lavorare insieme, in contesti organizzati sotto forma di aziende.

Come osserva Tousijn (2000: 9) nel suo saggio dedicato al sistema delle occupazioni sanitarie, «il processo lavorativo sanitario è incomprensibile se non si tiene presente che in esso operano non soltanto ruoli organizzativi ma anche occupazioni organizzate, “professioni”, le quali costituiscono soggetti sociali collettivi, possiedono una loro identità professionale e perseguono una loro strategia professionale, sia pure in modo più o meno consapevole e con maggiore o minore determinazione. Un solo esempio può valere per tutti: il funzionamento di un qualsiasi reparto ospedaliero non può essere analizzato solamente in termini di ruoli direttivi e ruoli subordinati o

di contenuto delle singole mansioni, cioè come il risultato di una determinata logica organizzativa. In quel reparto si confrontano professioni organizzate; gli attori non sono soltanto detentori di ruoli organizzativi, ma sono membri di professioni organizzate; le logiche non sono soltanto quelle organizzative, ma sono logiche professionali» (15).

Evidentemente, il sistema delle professioni ha impatti importanti sulle condizioni del mercato del lavoro per gli operatori sanitari e, altrettanto importanti sui sistemi operativi di gestione del personale all'interno delle aziende. A tale ultimo tema sarà dedicato il paragrafo 4.

3.1.1. Gli elementi del processo di professionalizzazione

La sociologia ha ampiamente studiato i processi di professionalizzazione. Tra le teorie classiche, quella di Wilensky (1964) individua cinque fasi tipiche attraverso le quali un gruppo occupazionale si fa professione: 1) comparsa di una certa attività lavorativa come occupazione a tempo pieno; 2) istituzione di scuole di formazione specialistica; 3) nascita di associazioni professionali (in genere prima a livello locale e poi nazionale); 4) conquista del riconoscimento dello Stato a protezione dell'attività professionale (monopolio dell'attività o protezione del titolo occupazionale); 5) elaborazione di un codice etico formale.

Le teorie di sviluppo lineare, nelle quali cioè gli elementi del processo di professionalizzazione sono viste come fasi ordinate in ordine necessariamente sequenziale, sono state criticate e la sequenza proposta da Wilensky, in particolare, è considerata essere più vera per la professionalizzazione negli Stati Uniti d'America che per altri contesti culturali e normativi. Meglio allora rifarci nuovamente a Touisjn

(2000: 22 e segg.), che propone un processo di professionalizzazione basato su quattro ingredienti, i quali non implicano fasi temporali né tanto meno sequenziali:

— individuazione e rivendicazione di un *corpus di conoscenze*: rappresenta la «base cognitiva» sulla quale si sviluppa la professione. I successivi aggiustamenti faranno sì che essa non sia né troppo ampia (altrimenti finirebbe con essere vaga), né troppo ristretta (altrimenti potrebbe essere facilmente acquisibile da parte di altri gruppi professionali). In ogni caso dovrà essere:

a) specifica, cioè identificabile con la professione,

b) codificata (cioè standardizzabile e quindi trasmissibile) ma non completamente, pena il rischio di poter essere acquisita anche da esterni,

c) caratterizzata da un vocabolario scientifico non familiare capace di esprimere in modo rigoroso concetti e analisi, e al contempo elemento che ostacola l'accesso alla professione e il giudizio da parte di persone esterne,

d) rinnovata (anche per evitare l'acquisizione da parte di esterni) ma non troppo, poiché il processo di socializzazione degli aspiranti professionisti richiede del tempo,

e) capace di produrre risultati misurabili, così da legittimare la propria azione, ma non al punto da poter essere oggetto di giudizio completo da parte di persone esterne ad essa (gli eventuali giudizi esterni dovranno rifarsi sempre alle valutazioni espresse da periti o comunque da membri della professione);

— nascita e sviluppo di *scuole professionali*: è attraverso esse che le professioni saranno capaci di produrre e trasmettere la propria base cognitiva (16). Tanto meglio, per il prestigio del gruppo professionale e per le sue possibilità di successo, che le scuole

siano interne al mondo dell'università;

— nascita e sviluppo di *associazioni professionali*: sono le vere protagoniste della strategia di professionalizzazione, gli attori che si muovono nel contesto istituzionale e che negoziano gli spazi e i confini della professione, definendo e gestendo politiche di espansione o difesa degli stessi. In Italia il quadro è spesso complicato dalla contemporanea presenza di più forme associative, tipicamente riconducibili al sistema degli ordini/dei collegi; al mondo delle organizzazioni sindacali, spesso nate per difendere gli interessi di singole professioni; alle associazioni professionali (o società scientifiche) in senso stretto;

— riconoscimento e *protezione da parte dello Stato*: lo Stato interviene a riconoscere e tutelare il monopolio dell'esercizio di una professione ai soli possessori di un determinato titolo di studio. Inoltre, spesso lo Stato entra anche esplicitamente nel processo di abilitazione alla professione con un esame che chiude il percorso formativo, esame per questo detto «di Stato». La regolamentazione statale affida poi la responsabilità di gestire da un punto di vista amministrativo le professioni ad appositi Ordini o Collegi professionali, enti di diritto pubblico non economici, organi ausiliari dello Stato, generalmente organizzati per Provincia e poi in federazioni nazionali, i quali conservano appositi albi sui quali iscrivono i professionisti (17). Ordini e Collegi sono responsabili anche del controllo professionale e disciplinare degli iscritti, costituendo una sorta di «giurisdizione autonoma», tipica dei sistemi delle occupazioni fin dalle loro origini. Infine, lo Stato regola altri aspetti puntuali del mercato della professione, quali le modalità con cui i professionisti possono farsi pubblicità, la libertà negoziale/contrattuale degli iscritti nei confronti de-

gli utenti, la possibilità di associazione, le forme di pagamento che gli utenti possono usare, ecc.

3.2. Le professioni sanitarie in Italia

Analizzati l'inquadramento e gli elementi del processo di professionalizzazione per come proposti da Tousijn, guardiamo ora all'assetto delle professioni in Italia, con particolare riferimento alle professioni sanitarie.

Il Ministero della salute definisce professioni sanitarie «quelle che lo Stato italiano riconosce e che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione». Esso poi specifica che «alcune professioni sanitarie sono costituite in Ordini e Collegi, con sede in ciascuna delle province del territorio nazionale. Esistono attualmente: Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Ordini provinciali dei veterinari, Ordini provinciali dei farmacisti, Collegi provinciali delle ostetriche, Collegi provinciali degli infermieri professionali (Ipasvi) e Collegi provinciali dei Tecnici sanitari di radiologia medica (Tsrn)» (18).

Guardando in generale alla situazione delle professioni regolamentate in Italia (19) relativa al 1998, Vaccà (1999: 155) ne elenca ventisei organizzate in Ordini e Collegi, per un totale di circa un milione e mezzo di iscritti (tabella 1). Di quelle ventisei professioni, ben sette sono di ambito strettamente sanitario (20). La presenza del settore sanitario risulta ancora più importante quando non si consideri il numero delle professioni ma la numerosità dei loro iscritti: le professioni sanitarie rappresentano il 53% (pari a 770.305 persone) degli iscritti alle ventisei professioni elencate in tabella 1. In particolare, la professione dei medici e quella degli infermieri rappresentano di gran lunga le professioni col maggior numero di iscritti — ol-

tre trecentomila ciascuna — e risultano assai distanziate dalla terza professione per numerosità, quella degli ingegneri, con 121.625 iscritti. Infine, almeno un'altra professione — quella dei biologi, forte di circa quarantamila iscritti — è strettamente coinvolta nel sistema sanitario.

Ai numeri qui presentati si devono poi aggiungere almeno quelli relativi

alle altre «professioni sanitarie» normate dalla legge 42/1999 e successive modificazioni (cfr. paragrafo 3.3) (21). Delle ventidue professioni regolamentate da quella legge, solo Assistenti sanitari, infermieri, ostetriche, tecnici di radiologia medica hanno infatti Collegi e albi: le altre professioni rimanenti raccolgono oltre 150.000 persone, tutte di matrice strettamente sanitaria.

Tabella 1 - Liberi professionisti iscritti a ordini e collegi professionali in Italia, 1998

Professioni regolamentate	Totale iscritti	Incidenza sul totale dei professionisti
Agenti di cambio	104	0,0%
Agronomi e forestali	14.635	1,0%
Agrotecnici	15.967	1,1%
Architetti	70.763	4,9%
Attuari	637	0,0%
Avvocati e procuratori	71.040	4,9%
Biologi	40.138	2,8%
Chimici	9.223	0,6%
Dottori commercialisti	43.057	3,0%
Consulenti del lavoro	17.650	1,2%
Farmacisti	57.914	4,0%
Geologi	10.851	0,7%
Geometri	83.548	5,7%
Giornalisti e pubblicisti	73.928	5,1%
Infermieri	304.368	20,9%
Ingegneri	121.625	8,3%
Medici	318.650	21,8%
Notai	4.870	0,3%
Odontoiatri	33.843	2,3%
Ostetriche	15.483	1,1%
Periti agrari	23.639	1,6%
Periti industriali	47.525	3,3%
Ragionieri	36.775	2,5%
Spedizionieri doganali	2.280	0,2%
Tecnici sanitari di radiologia medica	21.570	1,5%
Veterinari	18.477	1,3%
Totale	1.458.560	100,0%

Fonte: Vaccà (1999: 155).

Un'osservazione ci sembra importante, anche alla luce di quanto appena detto. Essa prende spunto dai tecnici sanitari di radiologia medica che, rispetto alle altre professioni sanitarie dotate di albo, ci sembrano il gruppo più lontano dall'idealtipo della pratica professionale tradizionale e quindi individuale. Se ciò può valere in parte anche per gli altri gruppi professionali (tra quelli sanitari ciò è vero soprattutto per gli infermieri e per le ostetriche), è evidente che per i tecnici di radiologia, legati alla presenza di tecnologie complesse, è difficile ipotizzare una pratica individuale, fuori cioè da contesti lavorativi organizzati. Ciò sembra costituire un'ulteriore evidenza della specialità del sistema sanitario, che non usa il sistema delle professioni codificate come eccezioni, legate a professionisti che tipicamente lavorano come singoli, ma al contrario basa la propria divisione del lavoro su tale sistema, anche in contesti altamente organizzati.

A differenza che in altri ordinamenti (per lo più di matrice anglosassone), in Italia le «organizzazioni di rappresentanza sono uniche, in quanto lo Stato non prevede l'esistenza di più ordini [o Collegi] alternativi per una stessa professione e quindi non risultano in competizione fra loro [...]. Esse sono obbligatorie perché non è possibile esercitare la professione senza appartenervi» (Zuffada, 1997: 40). Ultimamente però tali due caratteristiche — unicità della rappresentanza e obbligatorietà dell'iscrizione — sono sempre più messe in crisi e costituiscono elementi di una richiesta, più generale, di profonda revisione del sistema delle professioni (sanitarie e no).

Finora il riconoscimento pubblico della professione, via istituzione degli Ordini o Collegi, ha certamente «pagato» in termini dei due principali obiettivi del processo di professiona-

lizzazione e cioè di 1) creazione e controllo del mercato e 2) mobilità sociale collettiva, ossia innalzamento collettivo dello *status* sociale dei membri del gruppo professionale. A confermare tale evidenza, c'è la recente rivendicazione degli Ordini da parte delle 17 professioni che, tra le 22 istituite dalla legge 42/1999, risultano prive di Collegi/Ordini (22): riuniti a Roma nel novembre del 2003, i rappresentanti di tali professioni hanno infatti richiesto con forza l'istituzione degli Ordini, considerandoli il «tassello che manca al processo di riforma avviato con la legge 42/1999» (Sole 24 Ore Sanità, 2003b: 7) (23). Rendendosi conto esse stesse delle difficoltà legate all'istituzione degli Ordini per tutte e 22 le professioni sanitarie ex legge 42/1999, le proposte da esse avanzate vanno in genere nel senso di creare un Ordine per ciascuna delle quattro «aree di laurea» (infermieristica e ostetrica, della riabilitazione, della prevenzione e tecnico-sanitaria), all'interno delle quali articolare poi albi per ciascuno dei singoli profili.

A ulteriore conferma di tali richieste, la tabella 2 riporta l'elenco delle numerose associazioni di rappresentanza di gruppi professionali operanti in sanità che, nel 1997, risultavano essere in attesa di riconoscimento giuridico e cioè della costituzione in Ordini o Collegi. Tra queste, diverse sono state poi riconosciute come «professioni sanitarie» dalla legge 42/1999 e successive modifiche. Come risulta evidente, nel 1997 le istanze di riconoscimento giuridico riguardavano una pluralità di gruppi professionali, con caratteristiche, tradizioni, numero di praticanti e incidenza della pratica individuale assai differenziati. Altrettanto differenziato era il grado di rappresentatività delle associazioni rispetto al gruppo professionale complessivo.

Il sistema delle professioni in Italia è però attualmente sotto accusa perché

esso ha mostrato scarsa efficacia nel certificare e controllare le competenze professionali degli iscritti — soprattutto col passare del tempo — e, problema forse ancora più sentito, nel costruire le condizioni perché l'esercizio delle attività professionali si basi effettivamente su un rapporto di fiducia tra professionista e utente. La mediazione che la professione regolamentata opera sullo scambio tra professionista e utente prevede infatti che, sottraendosi alle dinamiche di mercato ordinarie, ai professionisti sia garantito uno *status* elevato in cambio di comportamenti corretti nei confronti dell'utenza. Il tutto controllato dall'Ordine o dal Collegio, il quale può sanzionare il professionista che contravvenga i comportamenti prescritti, mettendo a rischio la fiducia del rapporto con gli utenti e quindi, in ultima analisi, la credibilità del gruppo professionale (24).

Accanto alla scarsa efficacia della certificazione delle competenze e alla ancora minore capacità di controllare — ed eventualmente sanzionare — i comportamenti dei propri iscritti, il sistema delle professioni in Italia è oggetto di critiche perché la limitazione della concorrenza che esso comporta non sarebbe compensata dai suoi benefici. Nel dibattito pubblico e giuridico sono quindi frequenti le posizioni che vorrebbero eliminare le condizioni di monopolio che il sistema delle professioni comporta, e ciò in un duplice senso:

— permettere la contemporanea presenza di più associazioni legalmente riconosciute per la rappresentanza della stessa professione, rompendo quindi il tradizionale monopolio rappresentativo riassumibile nell'espressione «un solo Ordine (o Collegio) per ciascuna professione». Secondo tale ragionamento, la concorrenza tra gruppi intra-professionale spingerebbe le associazioni a rafforza-

Tabella 2 - Le associazioni in attesa di riconoscimento in ambito sanitario al 1997

Associazione	Professione	N. iscritti	N. operatori	% lavoro autonomo
A.I.F.E.P - Bioterapeuti italiani	Bioterapeuta	500	500	100%
AIO - Associazione ottici italiani	Ottico-optometrista	500	8.000	85%
AIOR - Associazione italiana operatori della riabilitazione	Operatore della riabilitazione	253	60.000	80%
AIOraO - Associazione italiana ortottisti assistenti in oftalmologia	Ortottista	600	2.500	25%
AIP - Associazione italiana podologi	Podologo	300	500	100%
AISU - Associazione italiana shiatsuterapia umanistica	Operatore shiatsu	50	4.000	80%
AITA - Associazione italiana tecnici audiometristi	Audiometrista	300	350	10%
AITACC - Associazione italiana tecnici apparato cardiocircolatorio	Tecnico fisiopat. cardiocirc.	113		0%
AITIAL - Associazione italiana tecnici igiene amb. del lavoro	Tecnico d'igiene ambientale	100	500	100%
AITN - Associazione italiana tecnici di neurofisiopatologia	Tecnico di neurofisiopat.	515	3.500	10%
AITO - Associazione italiana terapia occupazionale	Terapista occupazionale	100	500	10%
AITR - Associazione italiana terapisti della riabilitazione	Terapista della riabilitaz.	6.000	40.000	10%
AITeC - Associazione italiana tecnici citologia diagnostica	Tecnico di citologia	200	1.200	5%
AITeLab - Associazione italiana tecnici di laboratorio biomedico	Tecnico di laboratorio	1.500	20.000	10%
ANAP - Associazione nazionale audioprotesista	Audio protesista	1.200	1.200	60%
ANDID - Associazione nazionale diplomati in dietologia	Dietista	1.200	2.300	5%
ANIP - Associazione nazionale italiana podologi	Podologo	250	1.000	80%
ANPSI - Associazione nazionale pranoterapisti sensitivi italiani	Pranoterapeuta	2.800	40.000	100%
A.N.T.E. - Associazione nazionale tecnici di emodialisi	Tecnico di emodialisi	82	700	2%
ANTeL - Associazione nazionale tecnici lavoro medico	Tecnico di laboratorio	4.000	25.000	100%
ANTLO - Associazione nazionale titolari laboratori odontotecnici	Odontotecnico	2.700	-	100%
ARCI - Yoga e oriente	Operatore shiatsu	6.000	-	100%
Associazione italiana informatori scientifici del farmaco	Inform. scient. del farmaco	12.000	20.000	10%
Associazione libera università italiana naturopatia applicata	Naturopata	850	1.000	60%
Federazione italiana operatori tecnica ortopedica	Tecnico ortopedico	800	2.000	70%
Federazione italiana shiatsu	Operatore shiatsu	400	4.000	90%
Federazione nazionale colleghi dei massofisioterapisti	Massofisioterapista	1.500	-	80%
Federerbe	Erborista	420	4.000	100%
Federottica - Federazione nazionale ottici optometristi	Ottico optometrista	8.000	8.500	70%
IFAO	Odontotecnico	300	150.000	-
ROI - Registro degli osteopati d'Italia	Osteopatia	-	50	100%
SNO/FIATS/CNA - Sindacato nazionale odontotecnici	Odontotecnico	4.800	12.555	100%
SNaP/FIATS/CNA - Sindacato nazionale podologi	Podologo	1.800	5.000	80%
Società italiana di pranoterapia	Pranoterapeuta	70	2.000	100%
Unione nazionalele chinesiologi	Chinesiologo	1.500	35.000	80%

Fonte: Zuffada (1997: 30-31).

re la propria credibilità e reputazione presso gli utenti, attraverso un controllo più efficace su competenze e comportamenti professionali degli iscritti;

— rendere facoltativa l'iscrizione all'albo per chi vuole esercitare la propria pratica professionale. Finora infatti l'appartenenza all'Ordine o Collegio di riferimento — e quindi all'albo da essi detenuto — è stata condizione necessaria per la pratica professionale. Nel caso d'iscrizione facoltativa, questa diverrebbe uno strumento a disposizione del professionista per veder certificate le proprie competenze professionali, anche nei confronti dei potenziali utenti (cfr. Bortolotti, 1999: 115).

A proposito dell'obbligatorietà o meno dell'iscrizione, essa sembra essere messa in dubbio da parte di alcuni recenti orientamenti giurisprudenziali della Corte di Cassazione che hanno ritenuto di escludere dall'obbligo d'iscrizione i dipendenti pubblici, sottolineando le incoerenze di fondo tra le logiche organizzative tipiche del lavoro d'azienda e la disciplina tradizionale del mondo degli Ordini e dei Collegi, pensata per attività tipicamente monoprofessionali e individuali (cfr. box 2) (25).

Per concludere questa rapida rassegna sul processo di professionalizzazione delle occupazioni sanitarie, possiamo provare a trarre le somme di quanto sta avvenendo in Italia, evidenziando cinque punti.

1. Nel corso degli ultimi anni diverse occupazioni sanitarie hanno proceduto nel processo di professionalizzazione, riuscendo ad ottenere riconoscimento e tutela pubblica (anche se in molti casi il processo non ha portato all'istituzione degli albi). In tale processo, esse hanno poi ribadito i contenuti di autonomia professionale, emancipandosi così da una posizione ausiliaria rispetto alle professioni medica e

odontoiatrica. Questo processo ha visto la sua principale espressione nella legge 42 del 1999, approvata alla fine di un iter legislativo assai combattuto, e non è detto che non continui nel prossimo futuro, col riconoscimento di nuove «professioni sanitarie».

2. In tal senso, la sanità conferma il suo carattere distintivo rispetto agli altri settori economico-produttivi. Tale «specialità» è anzi sottolineata proprio dalle ultime evoluzioni del sistema delle professioni non sanitarie. Nel caso delle attività libero professionali basate sulla pratica individuale, il sistema delle professioni sembra infatti perdere colpi come modalità di regolamentazione e rappresentanza degli

interessi, o quanto meno è oggetto di critiche crescenti e di un profondo ripensamento normativo. Tra gli osservatori è ormai ampiamente diffuso il convincimento secondo il quale le restrizioni alla concorrenza tra professionisti operata dal monopolio giuridico degli Ordini siano solo raramente giustificabili con esigenze di ordine generale (per tutti, Zamagni, 1999b). Al contrario, nel settore sanitario il sistema delle professioni rafforza il suo peso, pur se con la revisione di alcune modalità o condizioni operative tradizionalmente associate alla regolamentazione pubblica delle professioni (in primo luogo abbandona progressivamente l'idea di un nesso necessario tra

Box 2 - La sentenza n. 28306/2003 della sezione VI Penale della Corte di Cassazione

La sentenza ha assolto alcuni infermieri, dipendenti del Ssn ma non iscritti al Collegio, dall'accusa di esercizio abusivo della professione.

Come recitano le conclusioni della sentenza, «la competenza degli ordini non si estende genericamente alla "professionalità", intesa nel senso sostanziale di possesso del titolo di studio e delle attitudini richieste per accedere all'ordine professionale, bensì a coloro che esercitano la libera professione [...]. In particolare, esula dalle funzioni degli organi professionali il controllo dei pubblici impiegati che prestino, alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, attività di contenuto corrispondente a quello di una libera professione. [...] Risulta pertanto chiaro [...] che i pubblici dipendenti [...] non sono soggetti alla disciplina o ad altra podestà dell'ordine professionale, l'iscrizione al cui albo, anzi, è ammessa solo per attività estranee all'impiego. D'altra parte, è ovvio che il pubblico dipendente risponde, disciplinarmente, alla propria amministrazione e non certo a un ordine».

La sentenza, assai chiara nella sua argomentazione, ha suscitato grande interesse e non è condivisa da tutti gli osservatori, alcuni dei quali sottolineano tesi di orientamento opposto sostenute anche di recente da parte della giurisprudenza, in particolare dal Consiglio di Stato, ma anche del Ministero della salute (cfr. Benci, 2002a: 333-334). Tra gli altri, Fantigrossi (2003: 25) afferma che «la tesi della non obbligatorietà dell'iscrizione, cara a una parte delle rappresentanze sindacali ma avversata dai Collegi professionali, è stata adottata per l'occasione in quanto i fatti riguardavano un periodo anteriore alle più recenti disposizioni in materia di professione infermieristica [...]. Infatti l'articolo 1 della legge 42/1999 eliminando la qualificazione di ausiliarità per la professione infermieristica, ne definisce il "campo proprio di attività e di responsabilità" con riferimento: a) al profilo professionale [...]; b) agli ordinamenti didattici; c) al codice deontologico. Due di queste tre fonti di disciplina richiedono l'iscrizione all'Albo come elemento connaturato e inscindibilmente connesso allo *status* professionale. [...] Nessuna ragione sistematica impedisce che il professionista pubblico dipendente, in base alla doppia appartenenza, all'ente e all'Ordine o al Collegio, risponda della propria condotta sia al datore di lavoro sia all'organismo professionale. [...] Infine, la soluzione avanzata nella sentenza appare frutto di una visione "riduttiva" del ruolo degli infermieri nella sanità, perché certamente non si avrebbe neppure il coraggio di sostenere una soluzione dello stesso tipo, tanto meno in ambito sindacale, per altre professioni sanitarie, quale quella dei medici».

professione riconosciuta e presenza di un Ordine o di un Collegio, che risulta tanto meno importante quanto più le attività professionali sono svolte in contesti organizzativi d'azienda, come indicato anche dalla sentenza della Corte di Cassazione di cui al box 2).

3. I processi di professionalizzazione si accompagnano inevitabilmente alla ridefinizione dei rapporti tra le professioni, le quali possono mettere in atto strategie di vario tipo: di espansione delle proprie attività a scapito delle professioni vicine; di «ascesa» nello *status* professionale, mediante l'erosione di attività in precedenza svolte dalle professioni che avevano uno *status* più elevato; ecc. Tali frizioni e aggiustamenti reciproci non sono sempre facili o «indolori»; al contrario, spesso essi danno luogo a confronti accesi tra le professioni (26).

4. Il sistema delle professioni codificate si mostra assai dinamico nell'istituzione di nuove figure, ma molto più rigido nella revisione dinamica dei propri confini interni (cioè tra le diverse professioni). Ciò è particolarmente vero per i medici, riuniti in un'unica professione (cioè un unico Ordine per provincia) che mostra difficoltà crescenti nel gestire professionisti sempre più specializzati e quindi, inevitabilmente, differenziati (cfr. tabella 3) (27). In tal caso, le specialità rappresentano vettori lungo i quali si attivano spinte centrifughe, spesso più efficaci nella manutenzione e nella standardizzazione delle competenze professionali (28), ma anche nell'offrire identità e senso di appartenenza ai medici. La specializzazione crescente e quindi il divario tra specializzati e generalisti, insieme alla diffusione della medicina non ortodossa e alla crescente qualificazione delle professioni «paramediche» (prima fra tutte quella infermieristica) (29), costituiscono tutti elementi che mettono alla prova

la tenuta della professione medica come gruppo unitario e coeso.

5. Infine, è utile sottolineare ancora una volta come la regolamentazione che deriva dal processo di professionalizzazione riguarda tutti gli appartenenti a un determinato gruppo professionale. In particolare, nel caso dei dipendenti delle aziende sanita-

rie, essa riguarda sia chi lavora in aziende private, sia chi lavora per le aziende pubbliche del Ssn. Di nuovo, le dinamiche che negli ultimi anni hanno avuto per oggetto il personale delle aziende sanitarie italiane, tendono a distinguere queste ultime rispetto agli altri settori di attività economica, ma sono sempre meno legati

Tabella 3 - Consistenza numerica di medici specialisti in Italia, 2001

Specializzazione	N. medici	Incidenza %
Pediatria	19.030	8,7
Odontoiatria	15.230	7,0
Chirurgia generale	12.619	5,8
Cardiologia	12.607	5,8
Ginecologia e ostetricia	12.347	5,6
Igiene e medicina preventiva	11.049	5,1
Anestesia e rianimazione	8.982	4,1
Medicina interna	7.986	3,7
Radiodiagnostica	7.143	3,3
Ortopedia e traumatologia	6.817	3,1
Psichiatria	6.498	3,0
Malattie dell'apparato respiratorio	6.471	3,0
Gastroenterologia	6.147	2,8
Medicina del lavoro	6.099	2,8
Neurologia	6.028	2,8
Endocrinologia e malattie del ricambio	5.630	2,6
Oftalmologia	5.610	2,6
Otorinolaringoiatria	5.332	2,4
Medicina fisica e riabilitazione	4.418	2,0
Dermatologia e venerologia	4.326	2,0
Tossicologia medica	4.300	2,0
Ematologia	3.880	1,8
Medicina dello sport	3.807	1,7
Urologia	3.776	1,7
Geriatrica	3.705	1,7
Oncologia	3.519	1,6
Altre specializzazioni	25.242	11,5
Totale	218.598	100,0

Fonte: Carbonin (2002: 290).

al discrimine tra impiego pubblico e privato.

3.3. Professioni sanitarie, Ccnl e profili professionali nel Ssn

Il sistema delle professioni sanitarie influenza in modo importante la classificazione del personale delle aziende sanitarie. In generale, tali sistemi di classificazione si riferiscono a quattro possibili criteri:

- il Contratto collettivo nazionale di lavoro (Ccnl) di applicazione;
- il ruolo di appartenenza;
- le categorie di appartenenza (per il personale che non fa parte della cosiddetta «area dirigenziale»);
- il profilo professionale (per il personale che non fa parte della cosiddetta «area dirigenziale»).

L'argomento è reso complicato dalla storia del sistema sanitario e dalla sua evoluzione normativa, la quale ha permesso e anzi ha favorito lo sviluppo di categorie di analisi e di un gergo specialistici, specifici del settore sanitario (e, nel caso delle aziende pubbliche, intrecciati con la terminologia e le classificazioni altrettanto complesse introdotte per regolamentare il pubblico impiego). Complessità amplificate dalla frammentazione delle qualifiche degli operatori sanitari, a sua volta frutto della forte professionalizzazione delle attività di assistenza. Come risultato di tutto ciò, classificazioni rese obsolete dalle riforme normative, nonostante siano «scadute», continuano ad essere le più usate nella prassi operativa e gestionale delle aziende, i termini evocano spesso categorie o istituti giuridici specifici, la normazione legislativa si confonde con quella che deriva dai contratti collettivi nazionali e a volte dalla stessa contrattazione decentrata aziendale.

Per evitare di contribuire anche noi a tale confusione e per poter proseguire con l'analisi, qui di seguito s'illu-

strano le classificazioni attualmente in uso nel Ssn, tralasciando le — limitate — differenze rispetto ai dipendenti delle aziende private.

Ai dipendenti delle aziende sanitarie pubbliche (escluso il personale universitario, il quale formalmente dipende dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e quindi applica i Ccnl di quell'amministrazione) si applicano tre contratti collettivi nazionali di lavoro, due dei quali individuano le cosiddette «aree dirigenziali»:

- il Ccnl dell'«area relativa alla dirigenza medica e veterinaria del servizio sanitario nazionale»;
- il Ccnl dell'«area relativa alla dirigenza sanitaria professionale tecnica ed amministrativa del servizio sanitario nazionale»;
- il Ccnl del «personale del comparto Sanità», a cui ci si riferisce spesso col termine «comparto» e che si applica a tutto il rimanente personale (30).

Rispetto agli altri settori delle pubbliche amministrazioni, il Ssn è caratterizzato da un alto numero di dipendenti con qualifica dirigenziale sul totale: essi infatti sono pari al 19% del totale, rispetto a una media dell'1,6% negli altri settori pubblici «contrattualizzati» (31). Ciò è il frutto di una professionalizzazione media molto elevata e della presenza di professionisti — i medici in primo luogo — forti di una lunga tradizione di autonomia e riconoscimento professionale.

La seconda dimensione sulla base della quale è utile classificare il personale delle aziende sanitarie è quello dei «ruoli» di appartenenza. Essi sono quattro (32):

- ruolo sanitario: ne fanno parte i medici (che, insieme agli odontoiatri, rappresentano il 23% dei dipendenti iscritti al ruolo sanitario), i farmacisti, i veterinari, i biologi, i chimici, i fisici, gli psicologi nonché il personale infer-

mieristico e ostetrico (59% del ruolo sanitario), quello tecnico-sanitario, quello della riabilitazione e quello della prevenzione;

- ruolo professionale: ne fanno parte gli avvocati, gli ingegneri, gli architetti e i geologi, nonché il personale di assistenza religiosa;

— ruolo tecnico: ne fanno parte gli statistici, i sociologi, gli assistenti sociali, gli operatori sociosanitari, gli operatori e gli assistenti tecnici, i programmatori, gli Operatori tecnici addetti all'assistenza (Ota), ecc.;

- il ruolo amministrativo comprende dirigenti, collaboratori professionali, assistenti e coadiutori amministrativi.

Il terzo sistema di classificazione cui facciamo qui riferimento, valido per il personale non dirigente del Ssn, è quello che si basa sulle «categorie»: il personale è inquadrato in quattro macro-categorie A, B, C e D, in realtà articolate sui due ulteriori gradi Bs e Ds (rispettivamente «livello economico B super» e «livello economico D super», di fatto equiparabili a due altre categorie). Alle sei (4 + 2) categorie fanno riferimento, in prima approssimazione, i livelli retributivi, nonché le modalità e le qualificazioni per l'accesso.

Infine, la quarta classificazione del personale cui fare riferimento è quella più direttamente collegata al sistema delle «professioni» e che si basa sui «profili professionali». Tale classificazione professionale si può leggere con riferimento alle sole discipline sanitarie, o per classificare l'intero personale delle aziende sanitarie.

Per le discipline sanitarie, essa rappresenta il frutto della regolamentazione pubblica sviluppata per tutelare l'utenza e la qualità delle prestazioni. Per tale motivo, quella regolamentazione e, di conseguenza, quella classificazione si applicano nello stesso modo tanto al personale delle aziende

pubbliche quanto al personale delle aziende private.

Quando invece che alle sole discipline sanitarie si guarda all'intero personale dipendente delle aziende, comprendendo anche le funzioni amministrative, di manutenzione, ecc., allora quella classificazione non si applica più indistintamente sia per i dipendenti pubblici sia per quelli privati, ma trova invece classi e definizioni diverse, tipicamente coniate dai rispettivi Ccnl.

La tabella 4 presenta il sistema di classificazione per l'intero personale non dirigente del Ssn, indicando alla prima colonna la categoria di appartenenza, alla seconda colonna i singoli profili professionali, alla terza colonna le classi o famiglie professionali in cui sono aggregati i profili del ruolo sanitario e legate ai percorsi formativi universitari previsti dalle recenti riforme. Le quattro classi (o aree) delle lauree universitarie (triennali) e delle lauree specialistiche universitarie (biennali, dopo il conseguimento della laurea triennale) delle professioni sanitarie si riferiscono infatti a (33):

— professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica;

— professioni sanitarie della riabilitazione;

— professioni sanitarie tecniche (34);

— professioni sanitarie della prevenzione.

La descrizione delle responsabilità e delle attività del personale è affidata ai profili professionali, i quali dettagliano (ulteriormente rispetto a quanto fatto dalla classificazione delle «categorie») i requisiti formativi e professionali di accesso ai singoli profili. I 45 profili professionali (35) costituiscono quindi le unità di base per la classificazione del personale delle aziende sanitarie e, come commenteremo più avanti, costituiscono il siste-

ma classificatorio che aggancia la codifica propria del sistema delle professioni codificate ai sistemi aziendali di gestione del personale.

Per avere un primo riferimento circa la numerosità e la rilevanza prospettica delle figure professionali che operano nel sistema sanitario italiano — sia nel pubblico che nel privato — si possono considerare alcuni dati relativi alle 22 «professioni sanitarie» ex legge 42/1999 e successive modifiche le quali, insieme ai professionisti in possesso di laurea anche prima delle recenti riforme (e cioè medici, biologi, chimici, farmacisti, fisici, odontoiatri, psicologi e veterinari) costituiscono l'ossatura professionale del sistema sanitario. In particolare, la tabella 5 riporta la numerosità degli operatori attualmente in attività in Italia e i posti disponibili per i corsi di laurea triennali partiti nell'autunno del 2003 in 39 sedi universitarie diverse. Le professioni quantitativamente più rilevanti sono quella infermieristica (circa 300.000, pari al 58% dei professionisti — delle 22 professioni sanitarie ex legge 42/1999 — complessivamente in attività e ai quali è riservato il 55% dei posti resi disponibili per le matricole dell'anno accademico 2003-2004), seguita con molto distacco dai fisioterapisti (circa 40.000), dai tecnici di laboratori e da quelli di prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (30.000 operatori per ciascuna delle due professioni), dagli educatori professionali (25.000) e dai tecnici di radiologia (circa 21.000).

4. L'impatto del sistema delle professioni sulla gestione del personale

La «logica professionale» influenza in modo notevole la gestione del personale nelle aziende sanitarie italiane. Insieme ad essa, la gestione del personale in tali aziende è influenzata da al-

tre logiche: tipicamente quella giuridico-burocratica, quella aziendale e, in alcuni contesti, quella del mercato politico (De Pietro, Lega, Pinelli, 2003). La presenza di tutte e quattro le logiche è fisiologica nelle aziende sanitarie (con una maggiore rilevanza delle logiche burocratiche e politiche nelle aziende pubbliche) e ciascuna di essa presenta punti di forza e punti di debolezza.

Quanto si vuole qui sostenere è che, mentre negli ultimi anni la forza relativa della logica giuridico-burocratica è andata velocemente riducendosi e quella aziendale si è comunque rafforzata, la tenuta della logica professionale sembra essere assicurata dalle evoluzioni che abbiamo illustrato nei paragrafi precedenti. Essa, con la regolamentazione relativa a profili professionali e responsabilità ad essi attribuite, offre un buon livello di «certezza formale» dell'azione aziendale. Al contempo, la logica professionale permette un discreto grado di funzionalità rispetto alle finalità delle aziende sanitarie.

4.1. Punti di forza della logica professionale nella gestione del personale delle aziende sanitarie

Più in particolare, la logica professionale e il suo braccio operativo costituito dal sistema delle professioni e dai profili professionali, offrono almeno due vantaggi: 1) la possibilità di controllare l'offerta quantitativa dei professionisti e 2) la standardizzazione delle competenze professionali.

A livello di sistema sanitario complessivo, la logica professionale facilita la regolamentazione numerico-quantitativa dell'offerta di professionisti, intervenendo su più livelli del processo di formazione e accesso alla professione. Il primo obiettivo della pianificazione e del controllo dell'offerta è rappresentato dalla necessità di

Tabella 4 - Profili professionali e categorie d'inquadramento del personale del Ssn al 30 settembre 2003 (*)

Cat.	Profilo professionale	Classe di personale (e area di laurea)	Ruolo	Note
A	Ausiliario specializzato		Tecn.	
A	Commesso		Tecn.	
B	Coadiutore amministrativo		Amm.	
B	Operatore tecnico		Tecn.	
B	Operatore tecnico addetto all'assistenza		Tecn.	
Bs	Coadiutore amministrativo esperto		Amm.	
Bs	Infermiere generico			Ad esaurimento
Bs	Infermiere psichiatrico			Ad esaurimento
Bs	Massaggiatore			Ad esaurimento
Bs	Massofisioterapista			Ad esaurimento
Bs	Operatore tecnico specializzato		Tecn.	
Bs	Operatore sociosanitario			
Bs	Puericultrice			Ad esaurimento
C	Assistente amministrativo		Amm.	
C	Assistente tecnico		Tecn.	
C	Programmatore		Tecn.	
D	Infermiere (1)	Infermieristica e ostet.	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Infermiere pediatrico (1)	Infermieristica e ostet.	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Ostetrica/o (1)	Infermieristica e ostet.	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Assistente sanitario (1)	Della prevenzione (2)	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Tecnico della prevenz. nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (1)	Della prevenzione	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Educatore professionale (1)	Della riabilitazione	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Fisioterapista (1)	Della riabilitazione	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Logopedista (1)	Della riabilitazione	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Massaggiatore non vedente	Della riabilitazione	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Podologo (1)	Della riabilitazione	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Ortottista - Assistente di oftalmologia (1)	Della riabilitazione	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Tecnico della riabilitazione psichiatrica (1) (3)	Della riabilitazione	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (1)	Della riabilitazione	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Terapista occupazionale (1)	Della riabilitazione	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Dietista (1) (4)	Tecnico sanitario (2)	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Igienista dentale (1) (4)	Tecnico sanitario	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Odontotecnico	Tecnico sanitario	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Ottico	Tecnico sanitario	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Tecnico audiometrista (1) (5)	Tecnico sanitario (6)	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Tecnico audioprotesista (1) (4)	Tecnico sanitario	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Tecnico della fisiop. cardiocirc. e perfusione cardiovasc. (1) (4)	Tecnico sanitario	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Tecnico di neurofisiopatologia (1) (5)	Tecnico sanitario	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Tecnico ortopedico (1) (4)	Tecnico sanitario	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico (1) (5)	Tecnico sanitario	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Tecnico sanitario di radiologia medica (1) (5)	Tecnico sanitario	San.	Collaboratore sanitario prof.le
D	Assistente religioso			
D	Collaboratore amministrativo-professionale		Amm.	
D	Collaboratore professionale assistente sociale		Tecn.	
D	Collaboratore tecnico-professionale			
Ds	Collaboratore amministrativo-professionale esperto		Amm.	
Ds	Collaboratore professionale assistente sociale esperto		Tecn.	
Ds	Collaboratore professionale sanitario esperto		San.	
Ds	Collaboratore tecnico-professionale esperto			

(*) Tale classificazione è stata introdotta quale allegato del Ccnl 20 settembre 2001, «Contratto collettivo nazionale di lavoro integrativo del Ccnl del personale del Comparto sanità stipulato il 7 aprile 1999» e pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 248 del 24 ottobre 2001. Al momento del nuovo inquadramento, la categoria C degli «operatori professionali» ha accolto le figure prima appartenenti al VI livello, degli «operatori professionali collaboratori di prima categoria». La categoria D dei «collaboratori professionali» ha accolto le figure ricomprese nel VII livello degli «operatori professionali coordinatori». La «categoria» Ds dei «coordinatori professionali esperti» ha accolto le figure già di VIII livello, relativo agli «operatori professionali dirigenti».

Il Ccnl relativo al quadriennio 2002-2005 ha apportato ulteriori modifiche. Innanzi tutto, Regioni e aziende possono promuovere dalla categoria B alla categoria C i seguenti profili, istituiti con nuovo contratto: puericultrice esperta, operatore tecnico specializzato esperto, infermiere generico e psichiatrico con un anno di corso, massofisioterapista e massaggiatore, attualmente inquadrati nel livello economico super del ruolo sanitario. Una seconda novità riguarda gli ex caposala («personale con reali funzioni di coordinamento al 31 agosto del 2001»), che passano tutti in Ds (Il Sole 24 Ore Sanità 2003a: 6).

(1) Professione sanitaria, ex legge 42/1999 e successive modifiche.

(2) Già facente parte delle professioni infermieristiche.

(3) Il D.M. 57/1997 aveva istituito il profilo professionale del «tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale», poi abolito con D.M. 182/2001, che ha istituito il profilo professionale del «tecnico della riabilitazione psichiatrica». A coloro che avevano conseguito il diploma relativo al profilo soppresso è stata riconosciuta l'equipollenza con col titolo di «educatore professionale».

(4) Professioni tecnico-sanitarie di area tecnico-assistenziale.

(5) Professioni tecnico-sanitarie di area tecnico-diagnostica.

(6) Già facente parte delle professioni della riabilitazione.

Fonte: adattamento da Benci (2002b), Figorilli *et al.* (2002), www.ministerosalute.it.

garantire un certo «rifornimento» e ricambio di professionisti al sistema sanitario, il quale costituisce un pilastro dei sistemi di *welfare* sociali e politici dei paesi occidentali. Il secondo obiettivo è invece quello di evitare un'offerta in eccesso di professionisti in un settore caratterizzato da pesanti «fallimenti del mercato» (cioè le difficoltà che il mercato trova nel regolare in modo equo ed efficace gli scambi in campo sanitario) e dalla presenza di monopoli legali (primo fra tutti quello degli Ordini). Tali condizioni infatti rendono inefficace la selezione e il controllo operati dal mercato, lasciando spazio a comportamenti opportunistici e chiusure monopolistiche da parte dei professionisti, i quali riuscirebbero a tutelare i propri interessi (ad esempio inducendo domanda di prestazioni non funzionali alla salute del paziente, o comunque prestazioni che comportano benefici complessivi inferiori ai costi che esse implicano), a danno di quelli generali.

Gli strumenti con le quali le autorità pubbliche pongono sotto controllo l'offerta dei professionisti sanitari sono: l'attivazione dei corsi di laurea nelle singole sedi universitarie; i numeri programmati per l'ammissione ai vari corsi di laurea; il controllo degli esami di abilitazione o di Stato; le norme che regolamentano il riconoscimento dei titoli di studio esteri o quelle che regolamentano l'equipollenza dei profili; l'istituzione o la cessazione degli stessi profili. Il dubbio, semmai, è che la complessità del sistema — numerosità delle professioni e dei profili, evoluzione dei bisogni sanitari e della tecnologia, ecc. — renda difficile una programmazione integrata e razionale, finendo per far prevalere logiche incrementali che spesso perpetuano situazioni non giustificate da un punto meramente razionale. Esempi della difficoltà di una pianificazione efficace sono la sovra-dotazione di

medici che caratterizza il nostro paese rispetto agli altri paesi occidentali (nonostante l'introduzione del numero chiuso nelle facoltà di medicina e chirurgia già da molti anni) o la continua lamentata scarsità di personale infermieristico (problema peraltro comune a molti paesi occidentali) (36).

Il secondo effetto positivo della logica professionale è la standardizzazione delle competenze grazie ad appositi percorsi formativi, nonché la

certificazione delle competenze alla fine di quegli stessi percorsi. In breve, la logica professionale porta fisiologicamente a definire senza ambiguità (né terminologiche né di contenuti) le competenze professionali che caratterizzano i singoli gruppi professionali, quindi a standardizzarle e poi a renderle il collante minimo comune per gli appartenenti al gruppo, attraverso opportuni percorsi di formazione e interventi di aggiornamento.

Tabella 5 - Le 22 professioni sanitarie ex legge 42/1999: numero operatori e posti disponibili per l'anno accademico 2003-2004

Professioni	Operatori	Posti disponibili per matricole lauree triennali a.a. 2003-04
INFERMIERISTICHE-OSTETRICHE	327.000	13.260
Infermiere	301.000	12.046
Infermiere pediatrico	10.500	205
Ostetrica	15.500	1.009
RIABILITATIVE	82.700	4.827
Educatore professionale	25.000	773
Fisioterapista	40.000	2.356
Logopedista	8.000	456
Ortottista	3.000	217
Podologo	1.200	215
Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosoc.	3.000	353
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	1.500	282
Terapista occupazionale	1.000	175
TECNICHE SANITARIE	67.300	3.995
Dietista	3.000	479
Igienista dentale	2.200	421
Tecnico audiometrista	1.200	148
Tecnico audioprotesista	2.200	283
Tecnico della fisiopatologia cardiocirc. e perfusione cardiovasc.	3.000	166
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	30.000	1.082
Tecnico di neurofisiopatologia	1.500	192
Tecnico ortopedico	3.000	152
Tecnico sanitario di radiologia medica	21.200	1.072
TECNICHE DELLA PREVENZIONE	38.000	813
Assistente sanitario	8.000	188
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	30.000	625
Totale	515.000	22.895

Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità, 2003a.

Tale funzione di standardizzazione e certificazione costituisce un punto chiave per la gestione del personale nelle burocrazie professionali (cfr. paragrafo 2.2). Quando le dimensioni aziendali sono rilevanti e la struttura complessa, diviene infatti inevitabile darsi alcuni riferimenti normativi — o meccanismi di coordinamento — per orientare, controllare e coordinare i comportamenti dei singoli. L'esistenza di una normativa, di regole per organizzare le attività, fa parlare propriamente di *burocrazia*. Ma nel caso delle aziende sanitarie, la riconosciuta necessità di personalizzare i servizi in base alle condizioni e ai bisogni del singolo paziente o della singola situazione, porta a riconoscere forte autonomia professionale per le attività assistenziali di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Ciò a sua volta rende difficile prevedere la standardizzazione dei processi quale logica di base per l'orientamento delle attività. È per tale ragione che la normazione preventiva delle attività, tipica delle burocrazie giuridico-amministrative e del modello sociologico di burocrazia classica weberiana, nelle burocrazie professionali lascia il passo alla standardizzazione (cioè alla normazione preventiva) delle competenze professionali dei singoli.

La standardizzazione delle competenze operata dal sistema delle professioni codificate è unica per l'intero sistema e quindi costituisce una codificazione disponibile alle aziende che in esso operano, le quali in tal modo sono «liberate» dalla necessità di definire, controllare, aggiornare le competenze dei propri dipendenti. Inoltre la standardizzazione operata a livello di sistema permette una maggiore fungibilità e mobilità dei professionisti da un'azienda all'altra, aumentando le condizioni di flessibilità ed efficienza del settore sanitario.

4.2. Possibili punti di debolezza della logica professionale nella gestione del personale delle aziende sanitarie

Se quelli visti sopra costituiscono i principali vantaggi offerti dalla logica professionale di gestione del personale nelle aziende sanitarie, d'altro canto la stessa logica implica certamente degli svantaggi, alcuni ravvisabili a livello di sistema complessivo, altri che invece riguardano la gestione all'interno delle singole aziende.

Una prima debolezza del sistema delle professioni a livello «macro» è che esso si adegua con difficoltà e ritardi ai mutamenti nelle condizioni di contesto del settore sanitario. In particolare, lo sviluppo delle competenze scientifiche e della tecnologia disponibile, insieme alla ricerca di condizioni per una maggiore efficacia o efficienza dei servizi, portano a una continua evoluzione degli assetti organizzativi del sistema e delle aziende che ne fanno parte. Le modalità di lavoro vengono rinnovate, sorge la necessità di competenze nuove o di una maggiore integrazione multidisciplinare, ma i profili professionali e, a maggior ragione, le professioni codificate, si adeguano con estrema lentezza a tali cambiamenti e anzi con la loro regolamentazione degli spazi di responsabilità e delle attività svolte, possono costituire un ostacolo importante per gli stessi processi di rinnovamento.

Inoltre, nel corso dei processi di cambiamento tecnologico o degli assetti organizzativi, la presenza delle professioni è causa di conflitto e di negoziazione per rimodulare i confini interni del sistema delle professioni, con costi di coordinamento notevoli.

Ma soprattutto, a livello di sistema, il riconoscimento giuridico del proprio gruppo professionale continua a pagare in termini di controllo di mercato e *status* sociale. Ciò comporta

un'inevitabile pressione da parte dei gruppi professionali meno qualificati o comunque privi di riconoscimento autonomo, i quali vogliono intraprendere il processo di professionalizzazione in vista del riconoscimento formale. Ma tale pressione si accompagna a costi di negoziazione notevoli all'interno dei singoli gruppi professionali e tra questi e le autorità pubbliche di regolamentazione. Inoltre, tale processo porta a spostare sempre più in basso nella scala gerarchico organizzativa i limiti del sistema delle professioni che, partito dalla professione medica al vertice della organizzazione, via via ingloba una quota sempre crescente del personale che opera in sanità, sulla base dell'ovvia osservazione secondo cui i servizi sanitari sono personalizzati; quindi comportano autonomia professionale, imprenditorialità e flessibilità; quindi sono legittimati a vedersi riconosciuto lo *status* di professione.

Se passiamo ora a considerare gli effetti che il sistema delle professioni e le logiche professionali esercitano direttamente sulla gestione del personale messa in atto dalle aziende, possiamo mettere in luce almeno i seguenti punti:

— all'interno delle aziende si riproducono le difficoltà già commentate a livello di sistema generale: in particolare, la presenza di gruppi organizzati che si riconoscono per un'appartenenza professionale esterna all'azienda, può spesso comportare la difficoltà di coordinamento e dialogo tra persone che, pur lavorando all'interno di una stessa unità organizzativa, fanno però parte di professioni diverse. È il caso, ad esempio, dei laboratori di analisi, dove tipicamente lavorano tecnici, biologi, medici e dove, quindi, la definizione delle responsabilità di ciascuna figura professionale è, da un punto di vista operativo, tutt'altro che facile. Ciò rende difficile il coordinamento,

ne aumenta i costi, può deteriorare il clima organizzativo interno;

— la presenza di gruppi professionali di riferimento esterni alle aziende, nati per certificare le competenze e controllare le conoscenze e l'operato dei professionisti, rende difficile per le aziende avviare sistemi di valutazione che, autonomamente, vogliono giudicare e governare le competenze professionali e i comportamenti dei propri dipendenti. In tal caso, è come se si avesse una sorta di «giurisdizione concorrente», che deve trovare modalità d'integrazione con quella gestita dagli ordini e dai collegi, eventualmente servendosi delle competenze tecnico-professionali di questi ultimi;

— la difficoltà appena vista è ancora più rilevante per l'azienda, quando questa voglia gestire percorsi di carriera almeno in parte svincolati dalla struttura organizzativa (cioè dalle responsabilità gestionali; cfr. Del Vecchio, 2000: 228-235, che parla, a tale proposito, di gestione del personale quale «variabile sbloccata» a disposizione delle aziende), e voglia invece basarsi in buona parte sulle competenze sviluppate dai singoli e sui comportamenti messi in atto dagli stessi nel corso degli anni. In tal caso, evidentemente, non si tratta di una certificazione fatta esclusivamente al termine del percorso formativo previsto dalla professione (es. esame di Stato o di abilitazione), ma di un sistema operativo di gestione aziendale capace di orientare i comportamenti con verifiche e riconoscimenti delle competenze individuali cadenzati nel tempo;

— altri problemi sorgono tipicamente per le carriere orizzontali, intese come carriere che non necessariamente implicano un avanzamento nella gerarchia organizzativa o nella retribuzione, ma il cambio di funzione aziendale presso la quale si è impegnati. Il sistema delle professioni si basa sulla certificazione cristallizzata

nel passato (al termine del percorso formativo, col conseguimento del titolo di studio o con esame) e mai più messa in discussione delle competenze individuali. Esso quindi ha difficoltà a riconoscere non soltanto il perfezionamento o lo sviluppo delle proprie competenze (cioè la possibilità di carriere verticali), ma soprattutto il possesso di competenze non tipiche del proprio percorso formativo. Si pensi ai medici che, ad esempio, iniziano ad occuparsi di controllo di gestione oppure di sviluppo del personale;

— infine, il sistema delle professioni sanitarie ha dato luogo, almeno nel caso dei gruppi più tradizionali, più influenti o più numerosi, a una rappresentanza sindacale che si basa su quel sistema e si avvale quindi di sindacati professionali (il sindacato delle ostetriche, il sindacato dei veterinari, i sindacati — in quel caso con una rappresentanza non unitaria — per i medici, ecc.): ciò contribuisce a una frammentazione della rappresentanza che rende difficile, costosa e spesso inefficace la contrattazione e il confronto tra azienda e lavoratori.

Più in generale, la «sponda» offerta dal sistema delle professioni sanitarie non rappresenta una modalità efficace di rappresentazione e codificazione delle competenze individuali per le aziende sanitarie, se non in rari casi (cioè per poche professioni). Si tratta cioè di una rappresentazione rigida, caratterizzata da forti limiti:

— l'esperienza mostra come non sia vero che ciascun appartenente a una data professione abbia le competenze da essa previste (e ciò a causa dello sviluppo della base cognitiva delle stesse professioni e a causa della crescente specializzazione che ne consegue): non è vero cioè che tutti i medici sanno fare le iniezioni;

— il sistema delle professioni assume competenze «binarie», cioè che

sono dichiarate presenti/possedute o no, tutto o niente, senza riuscire ad apprezzare grado e qualità delle stesse;

— le competenze prese in considerazione sono quelle relative alle conoscenze tecniche; attenzione molto minore — se non nulla — è riservata invece alle competenze di tipo comportamentale e alla certificazione delle esperienze che si sono acquisite e accumulate nel tempo.

4.3. Alcune osservazioni per la gestione aziendale delle logiche professionali

Da quanto detto, risulta evidente lo spazio che si apre a un'azione aziendale più incisiva in questo campo. Azione che peraltro deve comunque considerare le possibilità e le convenienze dell'operare a livello di singola azienda oppure di gruppo/di sistema (si pensi al livello regionale nel Ssn). Costituiscono esperienze rilevanti in tal senso il programma di Educazione continua in medicina (Ecm) di aggiornamento e formazione reso obbligatorio dal Ministero della salute, nonché le analisi promosse di recente da alcune Regioni italiane per la certificazione e l'accreditamento dei professionisti sanitari.

Il rischio è che le aziende italiane si «adagino», per gestire le competenze dei propri dipendenti, sulla certificazione che delle stesse è offerta dal sistema delle professioni. Con le ovvie, importanti e negative ripercussioni sulle capacità delle aziende stesse di selezionare, coordinare, motivare e trattenere i propri dipendenti. Percorsi di carriera ingabbiati dal sistema delle professioni, livelli retributivi basati in gran parte sull'appartenenza a un determinato profilo professionale, rappresentano limiti importanti all'azione aziendale, con ripercussioni spesso gravi sulla funzionalità organizzativa.

I limiti di efficienza che derivano da un sistema di qualifiche professionali spezzettate e la sua forte correlazione ai livelli retributivi sono problemi vecchi, se Foglietta (1986: 13-16) quasi venti anni fa notava come «dietaiste, ostetriche, assistenti sociali, sociologi, statistici, geologi, ecc. sono tutti profili professionali suddivisi come minimo in due posizioni [funzionali]. [...] La tendenza al rigonfiamento a meri fini di miglioramento economico e con lo spiacevole, contemporaneo risultato di rendere improbabile ogni confronto a fini equiparativi fra posizioni funzionali di profili diversi, appare fin troppo evidente. Ed è pure di immediata comprensione il fatto che l'elasticità di utilizzo del personale risulta essere tanto minore quanto maggiore diviene il numero delle gabbie classificatorie».

È chiaro che una struttura organizzativa che si basa sulla divisione del lavoro regolamentata dal sistema delle professioni mal si concilia con una logica aziendale di valorizzazione delle risorse umane a partire da — e non «limitatamente a» — le qualificazioni certificate dal sistema delle professioni stesso. La complessità organizzativa delle aziende sanitarie e le caratteristiche tipiche dei servizi assistenziali sembrano infatti chiedere la definizione di classi assai più ampie di operatori rispetto a quanto fatto dall'attuale quadro normativo; classi all'interno delle quali prevedere flessibilità nelle possibilità di gestione, di carriera, di retribuzione, ecc. (37).

I profili professionali di appartenenza costituiscono un riferimento e un'informazione utile per le aziende, ma non possono né devono essere aggancciate biunivocamente — e «per sempre» — ai diritti dei singoli né alle reali attività da questi svolte. Le aziende, a tal fine, devono utilizzare l'autonomia di cui dispongono con l'obiettivo di perseguire una sistematica opera

di «cesura» tra il sistema dei profili e l'inquadramento, la retribuzione, le possibilità di carriera dei singoli e le attività svolte dai singoli. Tale operazione di cesura deve essere resa credibile da una comunicazione adeguata e da una gestione dei sistemi operativi del personale esplicitamente sganciata da quella classificazione.

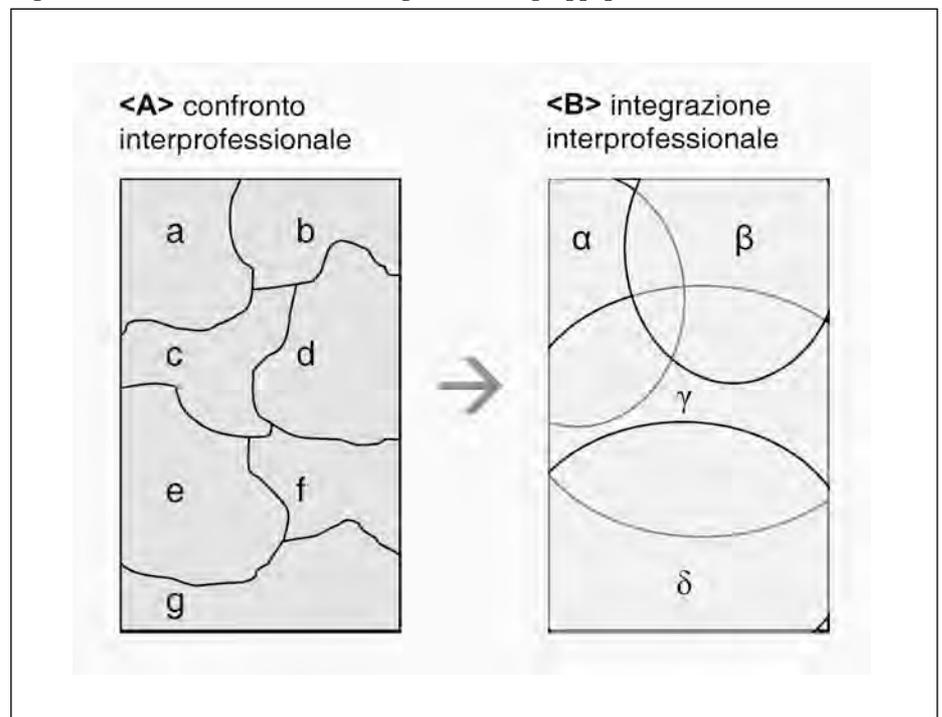
Ancora di più, i percorsi assistenziali chiedono una sempre maggiore integrazione tra operatori appartenenti a più discipline e professioni, così da costituire gruppi multidisciplinari. A tal fine, è utile che le pratiche gestionali dichiarino esplicitamente l'inefficienza di sistemi di divisione del lavoro che si pretendono «a tenuta stagna» e procedano invece a una gestione che, pur riconoscendo le competenze distintive dei singoli gruppi professionali, definiscano classi più ampie di personale e comunque rendano esplicita la necessità di un'integrazione reale, su aree d'intersezione e sovrappo-

sizione riconosciute come tali da tutti i gruppi professionali che vi operano, apportando le proprie capacità, in vista di obiettivi comuni.

In termini grafici, ciò è rappresentato in figura 1, dove i campi di attività/di competenza rappresentati dai due rettangoli verticali corrispondono, rispettivamente, a un modello <A> che non prevede integrazione ma anzi che vede i singoli gruppi professionali (aree a, b, c, d, ...) difendere i propri spazi di competenza e a un modello che invece, pur riconoscendo le competenze distintive delle singole professioni α , β , γ , ecc., riconosce però anche le aree di sovrapposizione, riconosce la necessità di un'integrazione interprofessionale (38).

Perché il modello di «confronto interprofessionale» funzioni, è necessario che il disegno dei confini tra le professioni non lasci aree scoperte e, d'altro canto, è necessario che le persone concretamente presenti in azienda rie-

Figura 1 - Modalità di confronto e integrazione tra gruppi professionali



scano a presidiare completamente le attività e le competenze previste per il proprio gruppo professionale di appartenenza: condizioni difficili da ottenere nella realtà, ma la cui necessità viene meno quando si passi al modello d'«integrazione interprofessionale» . È questa, ci sembra, l'azione cui sono chiamate le aziende che vogliono agire con responsabilità l'autonomia di cui esse godono.

4.4. *Le professioni all'interno delle organizzazioni: alcune evoluzioni recenti*

Quest'ultimo paragrafo è dedicato all'esame di alcune recenti evoluzioni normative e organizzative connesse alle logiche professionali di gestione del personale. In particolare, ci soffermeremo brevemente sulle ultime vicende del processo di professionalizzazione degli infermieri (escluderemo dall'analisi gli infermieri generici) (39) e sullo sviluppo dei cosiddetti servizi infermieristici (questi ultimi sono normativamente previsti per le aziende pubbliche del Ssn ma costituiscono un tema «caldo» anche per numerose aziende sanitarie private).

Gli infermieri costituiscono una figura centrale dell'assistenza sanitaria e in particolare di quella ospedaliera. Occupazione assai popolosa (circa 300.000 persone attive in Italia), essa nel nostro paese ha intrapreso con successo un percorso di forte professionalizzazione che, partito alla metà del secolo XX, ha avuto un'accelerazione negli ultimi anni e si è sostanzialmente completato con la legge 42/1999 «Disposizioni in materia di professioni sanitarie», che inquadra gli infermieri come professione sanitaria, non più «ausiliaria» di quella medica, e con la legge 251/2000 «Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della pro-

fessione ostetrica», che istituisce la dirigenza infermieristica e la laurea specialistica.

Il profilo professionale dell'infermiere è stato emanato con D.M. 739/1994. Gli infermieri (già infermieri professionali) non hanno un ordine o collegio ad esso riservato, ma condividono i Collegi con altre due figure professionali: assistenti sanitari (nel frattempo uscita dal novero delle «professioni infermieristiche» per entrare in quello delle «professioni della riabilitazione») e vigilatrici d'infanzia (nel frattempo confluite nella professione degli infermieri pediatrici) (40): da cui il nome di Collegi Ipasvi (cioè degli infermieri professionali, degli assistenti sanitari e delle vigilatrici d'infanzia), istituiti nel 1954.

L'attribuzione delle responsabilità e le attività svolte dagli infermieri erano stabilite dal cosiddetto mansionario, recepito con D.P.R. 225/1974, il quale aveva l'intenzione di dettagliare in modo esaustivo le funzioni degli infermieri. Il mansionario viene eliminato con la legge 42/1999: la regolamentazione è demandata ai requisiti in termini di titoli di studio e d'iscrizione all'albo detenuto dal Collegio; al codice deontologico emanato dalla federazione nazionale dei Collegi Ipasvi e, aspetto assai più dibattuto nella teoria, nella pratica e nelle aule giudiziarie, dalle competenze previste per i medici e per le altre professioni sanitarie. Infine, come già anticipato, le attività e le responsabilità dell'infermiere sono disciplinate dal relativo profilo professionale, riportato in box 3.

La trasformazione dei diplomi universitari in corsi di laurea specifici per gli infermieri è stabilita dall'art. 5 della legge 251/2000. Condizioni e caratteristiche della formazione universitaria sono poi ulteriormente dettagliati da due decreti ministeriali del 2 aprile 2001, relativi alla laurea triennale e alla laurea specialistica (41).

Infine, sempre la legge 251/2000 stabilisce che, nell'ambito del Ssn, «le aziende sanitarie [pubbliche] possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio. Fino alla data del compimento dei corsi universitari [...] l'incarico, di natura triennale, è regolato da contratti a tempo determinato, da stipulare, nel limite numerico stabilito dall'articolo 15-septies, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, [...] dal direttore generale con un appartenente alle professioni» sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica (art. 7, c. 1).

Col possibile riconoscimento dello status dirigenziale all'interno del Ssn, gli infermieri sembrano aver completato il percorso di professionalizzazione. L'istituzione del servizio dell'assistenza infermieristica e ostetrica (qui, per comodità, servizio infermieristico) rappresenta però un passaggio ulteriore, con la creazione di un servizio che, basato sulla stessa appartenenza professionale, taglia trasversalmente la struttura dell'azienda e assume il ruolo di offerente interno di competenze professionali specialistiche. Emerge allora una struttura matriciale nella quale le dimensioni rilevanti per la gestione del personale infermieristico sono, da una parte, le unità organizzative di appartenenza (reparti, servizi, dipartimenti, distretti, ecc.), dall'altra parte il servizio infermieristico, oltre evidentemente ai servizi amministrativi che presidiano la funzione (ufficio del personale, ufficio della formazione, ecc.) (42).

Se le aziende vorranno perseguire tale strada, è però opportuno che esse considerino i seguenti aspetti:

— il servizio infermieristico ha responsabilità su la tutela, la valorizzazione, lo sviluppo, la valutazione delle competenze professionali del personale infermieristico: ha la responsabi-

Box 3 - Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, D.M. 739/1994 e successive modifiche

1. È individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.
2. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.
3. L'infermiere:
 - a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
 - b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
 - c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
 - d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
 - e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
 - f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
 - g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.
4. L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.
5. La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di erogare specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:
 - a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
 - b) pediatria: infermiere pediatrico;
 - c) salute mentale-psichiatrica: infermiere psichiatrico;
 - d) geriatria: infermiere geriatrico;
 - e) area critica: infermiere di area critica.
6. In relazione a motivate esigenze del Servizio sanitario nazionale, potranno essere individuate, con decreto del Ministero della sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica.
7. Il percorso formativo viene definito con decreto del Ministero della sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.

lità cioè che le competenze di quel personale si mantengano aggiornate e quindi appetibili per il mercato del lavoro interno all'azienda;

— per far ciò, esso agisce principalmente su tre leve: l'orientamento dei nuovi assunti, l'aggiornamento professionale e la gestione della mobilità interna (43). Nel primo caso, si tratta di una formazione aziendale che fa da ponte tra i percorsi specialistici universitari e il contesto organizzativo

aziendale. A proposito dell'aggiornamento professionale, le unità organizzative alle quali il personale è assegnato devono impegnarsi affinché, nel corso di ogni anno (o su orizzonti pluriennali più flessibili), tale personale possa essere sollevato dalle attività ordinarie così da seguire iniziative di aggiornamento tecnico-professionale specifico per la professione di appartenenza o comune per le cosiddette professioni sanitarie ex legge

42/1999. Infine, il Servizio infermieristico è coinvolto in prima persona nei processi di mobilità interni finalizzati all'aggiornamento e allo sviluppo professionale, a evitare situazioni di disagio grave (*burn out*), ad assecondare aspirazioni o necessità dei singoli;

— come regola generale, la responsabilità gestionale del personale infermieristico dovrebbe in ogni caso restare in capo alle strutture organizzative presso le quali esso presta servizio. Ciò significa che l'organizzazione delle attività e dei turni, la valutazione dei risultati gestionali e dei comportamenti organizzativi dovrebbero essere gestiti dalle persone che, all'interno della struttura, hanno responsabilità dei risultati di gestione (in primo luogo il responsabile di struttura e il coordinatore del personale infermieristico);

— ciò sembra tanto più utile nell'attuale fase del Ssn, con le aziende che da circa un decennio sono impegnate nel rafforzamento delle responsabilità gestionali della linea operativa, attraverso sistemi di programmazione e controllo e strumenti quali il *budget*, e nell'adeguamento delle competenze gestionali dei professionisti incaricati di quelle responsabilità (44);

— occorre evitare che il servizio infermieristico si ponga in un ruolo parallelo e, quindi, almeno in parte antagonista a quello svolto dalla Direzione sanitaria, la quale rimane uno dei motori centrali e d'integrazione per la gestione delle aziende sanitarie e dunque anche del personale. Eventualmente, in alcuni casi sembra necessario rafforzare la capacità della Direzione sanitaria, in modo che essa

a) si emancipi dal tradizionale ruolo di mera «amministrazione sanitaria» delle strutture e dei servizi resi e

b) sia capace di gestire le varie famiglie professionali sanitarie che operano in azienda, rinunciando a una

tutela troppo concentrata sugli interessi dei soli medici.

A conclusione di quanto visto, si può quindi affermare che la numerosità e la frammentazione dei profili professionali e in generale la pervasività delle logiche professionali nell'organizzazione del lavoro in sanità, insieme alla tradizione burocratico-giuridica delle aziende del Ssn, suggeriscono grande prudenza nell'introdurre servizi trasversali agganciati al sistema delle professioni sanitarie. Queste, infatti, da un punto di vista formale si equivalgono tutte, a prescindere dalla loro rilevanza concreta (per numeri di affiliati o rilevanza aziendale delle attività svolte) (45). Ciò, in un contesto che vede prevalere le logiche professionali e quelle giuridico-burocratiche rispetto a quelle aziendali, può dar luogo a pressioni perché vengano istituiti appositi servizi per ogni singola professione, col rischio — assai verosimile — di un aumento dei costi di coordinamento e con la possibile ricerca, da parte di tali servizi, di guadagni economici e organizzativi a scapito della funzionalità aziendale complessiva (46).

Il coinvolgimento e la responsabilizzazione gestionale delle diverse famiglie professionali che operano in azienda dovrebbe allora esercitarsi in altro modo, diverso dalla «riproduzione in serie» del modello tradizionalmente fornito dalla Direzione sanitaria. L'approccio da adottare, più che basato su dipendenze gerarchiche plurime, sembra essere quello di un graduale ma deciso coinvolgimento delle professioni nella vita istituzionale delle aziende, mettendo in discussione il monopolio di un'unica professione — quella medica — lì dove ciò risulti utile e opportuno. Cartina al tornasole di tale atteggiamento è l'aver responsabili di struttura non sempre e solo medici, e una presenza delle professioni — basata sulla loro reale rilevanza in

azienda ma senza alcun meccanicismo — nelle decisioni che riguardano lo sviluppo e la gestione strategica dell'azienda.

(1) Peraltro l'autonomia professionale non è limitata all'azione dei medici e degli altri professionisti sanitari, ma si applica a numerosi altri campi di attività. Un esempio rilevante e a tutti chiaro di autonomia professionale è l'«autonomia didattica», elemento centrale del principio della libertà d'insegnamento di cui all'articolo 33 comma 1 della Costituzione repubblicana.

(2) Qui, come nel resto del presente scritto salvo diversa specificazione, col termine «competenza» ci riferiamo alle conoscenze, alle capacità e alle esperienze dei singoli o dell'organizzazione. Non intendiamo quindi riferirci a un'accezione di competenza come sinonimo di responsabilità, organizzativa o giuridica che sia.

(3) O «burocrazie professionali», nella terminologia proposta da Mintzberg.

(4) In realtà anche in tal caso l'azienda può mettere a disposizione strumenti che supportano e facilitano l'aggiustamento reciproco: si pensi, in particolare, ai sistemi di *knowledge sharing/knowledge management*, nel senso illustrato, tra gli altri, da Fattore, Tozzi (2003).

(5) La letteratura sui percorsi assistenziali e le altre modalità di coordinamento e raccordo tra professionisti è assai ampia (cfr., ad esempio, Tozzi, 2003). In numerosi casi, tali percorsi non si limitano a coordinare le attività interne alle singole aziende sanitarie ma coinvolgono anche altri prestatori di servizi: è tipico ad esempio il caso di percorsi che integrano i servizi delle Aziende sanitarie locali con quelli dei medici di medicina generale.

(6) L'espressione «unità organizzativa» è qui utilizzata in senso ampio, così da ricomprendere quelle più specifiche di unità operativa, servizio, ufficio, dipartimento, distretto, ecc.

(7) Tale approccio è stato di recente «formalizzato» anche da alcune disposizioni legislative che richiedono la frequenza obbligatoria a dei corsi di *management* per tutti quei professionisti che siano incaricati della responsabilità di strutture complesse (cioè di ruoli gestionali) all'interno delle aziende pubbliche del Ssn.

(8) Per l'analisi di problemi assai simili in un settore di attività diverso da quello sanitario — e cioè del settore dei servizi professionali alle imprese — cfr. Pennarola (1992).

(9) I motivi per i quali i professionisti possono essere incentivati a indurre domanda sono numerosi. Il più ovvio, anche se poco rilevante nel caso di professionisti che sono dipendenti e quindi stipendiati, è quello di tipo economico-reddituale: nel caso di sistemi di retribuzione a prestazione, il professionista potrebbe, infatti, essere spinto ad aumentare il numero di prestazioni anche oltre l'utile. Altri tipici incentivi possono riguardare: il prestigio e la reputazione della propria unità organizzativa (più lavoro significa più visibilità sul mercato e nei confronti della direzione aziendale, ecc.); la difesa della stessa unità organizzativa dai tentativi di eventuali ristrutturazioni, razionalizzazioni o accorpamenti proposti dalla direzione aziendale (ad esempio nel caso in cui la direzione voglia ridurre il numero dei letti di degenza ordinaria); logiche professionali extra aziendali (ad esempio legate alle carriere accademiche o ad altre cariche istituzionali all'interno delle organizzazioni di matrice professionale cui i singoli appartengono, quali le società scientifiche, le associazioni di volontariato, gli ordini).

(10) La necessità dei controlli sulla domanda si fa più stringente per gli assicuratori/finanziatori e per chi ha responsabilità sui risultati complessivi di salute della popolazione residente, come nel caso delle Aziende sanitarie locali. Queste ultime sono chiamate a definire la domanda e rappresentarne — almeno parzialmente — l'offerta: ciò le responsabilizza a contenere il numero di prestazioni erogate: l'obiettivo infatti non è quello di produrre di più — come è per gli ospedali senza tetti generali sui volumi di prestazioni o sui rimborsi — ma quello di produrre di meno, a parità di condizioni di salute della popolazione residente e di livello di soddisfazione della stessa popolazione. In tal caso si parla propriamente di «governo della domanda».

(11) L'eterogeneità è frutto di più fattori: stili di direzione (verticali o orizzontali, rigidi o flessibili, ecc.); capacità di chi ha responsabilità di gestione; ecc. Un tipico esempio di eterogeneità riguarda gli esiti dei processi di valutazione del personale: nelle aziende in cui tale valutazione sia attivata ma che non prevedono regole o controlli aziendali (ad esempio, distribuzioni forzate per gli esiti delle valutazioni), si potranno avere unità organizzative con valutazioni sistematicamente più «generose» (cioè più alte) che in altre.

(12) In tal senso anche Zangrandi (2000: 37): «l'organizzazione del lavoro deve realizzarsi nell'ambito di un ampio decentramento decisionale e operativo su prassi di lavoro e modalità d'intervento».

(13) È ancora questo, in buona parte, il ruolo del personale di supporto negli studi degli avvocati, dei notai o negli ambulatori privati dei medici.

(14) Il ragionamento risulta chiaro quando dal sistema sanitario si passi a considerare altri contesti. Il mondo delle professioni liberali è fatto, per gran parte, di studi monodisciplinari e individuali. Si pensi ad esempio al settore dei servizi legali. Avvocati, notai, commercialisti, consulenti del lavoro, ecc. possono erogare servizi collegati l'uno a l'altro (potrebbe essere il caso di un cliente che chiede delle consulenze con l'obiettivo di costituire una nuova società di capitali). Però nella pratica i servizi offerti da quei professionisti non hanno tradizionalmente dato luogo a pratiche organizzative integrate. L'intera disciplina delle professioni infatti ha sempre disincentivato — o vietato — la pratica collettiva (cioè gli studi associati) e ancor più gli studi interprofessionali. In ogni caso, poi, la normativa chiede che risulti sempre chiaro qual è il professionista — singolo — responsabile dei servizi resi a un dato utente.

(15) In tal senso anche Catanati (2000: 337-338): «Accanto alla storiche e tradizionali professioni del medico e dell'infermiere, altre reclamano spazi e fanno sentire la loro voce: biologi, chimici, fisici, psicologi, sociologi, ingegneri, architetti, fisioterapisti, tecnici di laboratorio, di radiologia, economisti, bioetica, ecc. E [...] in molti pretendono maggiori riconoscimenti per la loro "professionalità" con conseguenti richieste di più ampia autonomia operativa. [...] Tra le diverse categorie dei "professionisti" esistono inoltre conflittualità mai del tutto sopite».

(16) La sola trasmissione della base cognitiva non è sufficiente per lo sviluppo di una professione: questa, in quanto tale, deve essere capace di fare ricerca, di produrre autonomamente nuove conoscenze e nuove esperienze. In tal senso, il controllo delle scuole infermieristiche da parte dei medici ha rappresentato per lungo tempo un ostacolo al pieno sviluppo della professione infermieristica. D'altro canto, a proposito delle recenti riforme della professione infermieristica, ecco cosa commenta — senza polemiche — un medico: «note sono poi le resistenze che la classe medica sta sviluppando verso le maggiori autonomie degli infermieri professionali. E la cosa è assai singolare, perché fu proprio la classe medica, nella sua rappresentanza accademica, che spinse per la chiusura delle scuole professionali e per la realizzazione dei diplomi universitari. Il vantaggio immediato di poter ricondurre nell'alveo dell'università la formazione degli infermieri, con il potere di distribuire incarichi di insegnamento tra i docenti delle facoltà di medicina,

fece forse sottovalutare le conseguenze» (Catanati, 2000: 338).

(17) In origine gli Ordini generalmente riguardavano le professioni legate al possesso di un diploma di laurea, mentre i Collegi riguardavano professioni legate al possesso al diploma di scuola secondaria superiore. Tale distinzione è venuta meno nel tempo, ma il sistema italiano ha mantenuto entrambi i termini.

(18) Presente su www.ministerosalute.it/professioni, 2 dicembre 2003.

(19) Il codice civile italiano disciplina le cosiddette «professioni riconosciute» nel capo II, titolo III, libro IV, agli articoli 2229 e seguenti.

(20) Ordinando per numero di iscritti, si tratta di medici (anno di riconoscimento con legge da parte dello Stato italiano: 1910; cfr. Zuffada, 1997: 30), infermieri (anno di riconoscimento: 1954), farmacisti (1910), odontoiatri (dal 1981 separati dai medici), tecnici sanitari di radiologia medica (1965), veterinari (1910), ostetriche (1946).

(21) Fino alla legge 42/1999, la struttura giuridica di fondo dei gruppi professionali operanti in sanità in Italia era data dal regio decreto 1265/1934, il quale distingueva tra professioni sanitarie cosiddette «principali» e professioni sanitarie «ausiliare». Le prime comprendevano i medici, i veterinari, i farmacisti e, dagli anni ottanta, gli odontoiatri. Le professioni sanitarie «ausiliarie» comprendevano invece le levatrici (oggi ostetriche), le assistenti sanitarie visitatrici (oggi assistenti sanitari), le infermiere diplomate (oggi infermieri) nonché, fino al 1999, tutte le altre professioni che avevano avuto la pubblicazione di un profilo professionale. La progressiva emancipazione dalle funzioni «ausiliarie» rispetto a quelle delle professioni sanitarie principali è avvenuto in Italia in coerenza con lo sviluppo scientifico e professionale di quelle figure, seguendo un processo in linea con quanto è avvenuto anche in altri paesi. Nel Regno Unito, ad esempio, nel 1984 quelle che prima erano «Professions supplementary to medicine» sono diventate «Professions allied to medicine».

(22) Quelle dotate di Collegi sono, come già detto, gli infermieri, gli assistenti sanitari, gli infermieri pediatrici (riuniti nella Federazione Ipasvi), le ostetriche (riunite nella Fnc - Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche), i tecnici di radiologia medica (riuniti nella Fct-srm - Federazione dei collegi dei tecnici sanitari di radiologia medica).

(23) Nella stessa occasione, le professioni hanno dichiarato «il loro impegno [a] mettere in campo tutte le "armi" a disposizione, da quelle della persuasione e della collaborazione

fino, nel caso, a quelle estreme delle agitazioni» (Il Sole 24 Ore Sanità, 2003b: 7).

(24) Gli strumenti di sanzione previsti dal nostro ordinamento sono l'avvertimento, la censura, la sospensione e, nei casi più gravi, la radiazione dall'albo.

(25) Passando a considerare tutt'altra professione, è interessante notare come il Collegio nazionale dei periti industriali abbia recentemente disposto la cancellazione d'ufficio dai propri albi di quei periti industriali che risultino assunti dal Ssn, poiché ciò darebbe luogo a «incompatibilità con la libera professione e, quindi, con la tutela affidata al Collegio» (Testuzza, 2002). Questo, nonostante la normativa relativa ai concorsi del Ssn preveda, tra i requisiti specifici di ammissione al concorso pubblico per la posizione funzionale di «assistente tecnico», l'iscrizione al relativo albo professionale per i geometri e per i periti industriali. Evidentemente, nel caso dei periti industriali la professione ha assunto una posizione opposta rispetto a quella assunta dagli infermieri dei collegi Ipasvi, i quali invece difendono la tesi dell'iscrizione obbligatoria.

(26) Un esempio recente di tali dinamiche è offerto, tra i numerosi possibili, dagli odontoiatri i quali, attraverso l'Andi (Associazione nazionale dentisti italiani), hanno svolto un'attenta azione di difesa delle proprie prerogative nei confronti del processo di professionalizzazione degli odontotecnici negli ultimi anni. Contrari a ogni previsione di intervento diagnostico e terapeutico da assegnare a questi ultimi, i dentisti italiani si sono poi espressi in modo decisamente negativo circa l'istituzione dei corsi di laurea per gli odontotecnici. A tale proposito, nel 2001 il presidente dell'Andi affermava: «Rimaniamo profondamente contrari nei confronti dell'introduzione di un corso di laurea breve, che cancella l'iter formativo seguito fino a ora. Di una formazione universitaria per gli odontotecnici, per quanto esplicitamente prevista dal D.L.vo 502/1992, a nostro avviso non si avvertiva alcun bisogno» (Gobbi, 2001).

(27) L'unica revisione rilevante della professione medica è stata, in tal senso, l'«uscita» degli odontoiatri, che hanno istituito un corso di laurea e ordini autonomi. Quella revisione però non è stata frutto di un'elaborazione interna alla professione italiana, bensì di un'esplicita richiesta da parte dell'Unione europea, volta a omogeneizzare la regolamentazione della professione odontoiatrica a livello comunitario.

(28) Un esempio del ruolo giocato da Ordini e società scientifiche (queste ultime legate alle specializzazioni) si è avuto in occasione della progettazione dei corsi di formazione per

medici all'interno del programma Educazione continua in medicina (Ecm): il Ministero della salute in un primo momento ha coinvolto la Federazione nazionale ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (Fnomceo), suscitando così le critiche immediate di numerose società scientifiche, che si sentivano le sole legittimate a poter giudicare delle competenze specialistiche relative alle proprie discipline.

(29) A proposito della decisa professionalizzazione degli infermieri Catanati (2000: 347) osserva: «non si tratta, almeno per ora, di "libertà di ricetta" [...]. I medici concordano sull'opportunità del superamento del vecchio mansionario ma a patto che non invadano il campo della professionalità medica; un campo lo diciamo per inciso che in certi Paesi del Nord Europa (dove il numero dei medici è nettamente minore rispetto all'Italia ed in rapporto alla popolazione assistita) è più ristretto e alle altre professioni sanitarie sono consentite tecniche e manovre assistenziali intensive che in Italia desterebbero scalpore».

(30) Il termine «comparto» dà luogo a più di un'ambiguità. Esso infatti, in senso proprio, indica una partizione di pubbliche amministrazioni: si parla in tal senso del comparto scuola, del comparto sanità, ecc. Di conseguenza, non si potrebbe allora parlare di un unico Ccnl del «comparto sanità». Meglio allora parlare di «personale del comparto», se col termine *personale* s'intende escluso il personale dirigenziale. In ogni caso, il termine «comparto» ha acquisito un'accezione che da parte di alcuni è percepita come sminuente, per cui s'impiegano alternativamente le espressioni «Ccnl dei livelli» (riferendosi però a un sistema di classificazione abrogato) o «Ccnl del personale delle categorie» o anche «Ccnl del personale non dirigente» (ma anche in tale ultimo caso non sono fuggite tutte le ambiguità semantiche: ad esempio il decreto del Presidente della Repubblica (D.P.R.) 761/1979 sullo «stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri» parlava di «personale dirigente e di funzione didattica delle scuole per infermieri [...]» e nuovamente il D.P.R. 761/1979 sullo «stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali» e il D.P.R. 821/1984 sulle «attribuzioni del personale non medico addetto ai presidi, servizi e uffici delle unità sanitarie locali» confermavano l'inquadramento del personale con funzioni didattico-organizzative come «operatori professionali dirigenti», distinguendoli dagli «operatori professionali coordinatori» e dagli «operatori professionali collaboratori»). Nonostante tali ambiguità, nel seguito noi utilizzeremo indifferentemente le espressioni «comparto» o personale «non dirigente» o «personale delle categorie».

(31) Per «contrattualizzati» s'intendono i settori delle amministrazioni pubbliche i cui dipendenti sono stati oggetto del decreto legislativo 29/1993 di riforma del pubblico impiego. In totale, si tratta di circa tre milioni di dipendenti pubblici.

(32) Il comma 2 dell'art. 1, D.P.R. 761/1979, recita: «appartengono al ruolo sanitario i dipendenti iscritti ai rispettivi ordini professionali, ove esistano, che esplicano in modo diretto attività inerenti alla tutela della salute; appartengono al ruolo professionale i dipendenti non compresi nel ruolo sanitario i quali, nell'esercizio della loro attività, assumono a norma di legge responsabilità di natura professionale e che per svolgere l'attività stessa devono essere iscritti in albi professionali; appartengono al ruolo tecnico i dipendenti che esplicano funzioni inerenti ai servizi tecnici di vigilanza e di controllo, generali o di assistenza sociale; appartengono al ruolo amministrativo i dipendenti che esplicano funzioni inerenti ai servizi organizzativi, patrimoniali e contabili».

(33) Decreto ministeriale 2 aprile 2001.

(34) Si tratta di una famiglia professionale assai eterogenea e quindi distinta in due aree: l'area tecnico-diagnostica e l'area tecnico-assistenziale. La prima include i profili professionali di tecnico audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico di neurofisiopatologia. L'area tecnico-assistenziale include invece i profili professionali di tecnico ortopedico, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, igienista dentale, dietista.

(35) Escludendo quelli ad esaurimento (cfr. tabella 4).

(36) Il caso dei medici in Italia è particolarmente istruttivo circa le condizioni, le dinamiche e gli esiti della programmazione del personale a livello di sistema sanitario complessivo. Esso infatti mostra come, nonostante lo «spettro disoccupazione» sventolato per decenni a proposito della professione medica nel nostro Paese («chi si iscrive a medicina sarà non troverà lavoro»), nella realtà il tasso di disoccupazione dei laureati in medicina e chirurgia è minore di quello medio dei laureati in altre discipline e di quello complessivo per la popolazione italiana. Inoltre, le occupazioni dei laureati in medicina risultano da più indagini essere quasi sempre in linea con gli studi svolti, le condizioni contrattuali e quelle retributive risultano mediamente buone (a ragione soprattutto della qualifica dirigenziale per i dipendenti del Ssn). In un'indagine svolta dal consorzio universitario AlmaLaurea riferita al 2002, la laurea in medicina e chirurgia risulta essere la più «efficace» quando si combini la

valutazione degli intervistati circa la richiesta per l'esercizio dell'attività lavorativa e il livello di utilizzazione delle competenze apprese con gli studi universitari. «Una condizione "ottimale" che sembra confermata anche dai guadagni: a tre anni dal titolo di laurea chi lavora a fa il medico guadagna in media 1.468 euro netti al mese (compensi base), contro i 1.401 degli ingegneri» che costituiscono la seconda laurea per guadagni conseguiti (Il Sole 24 Ore Sanità, 2003: 4)

Evidentemente tale risultato è il frutto composto di più fenomeni: le percezioni distorte da parte del pubblico circa le prospettive del mercato del lavoro e del settore sanitario; la difesa da parte della professione medica delle attività svolte, che non sono state delegate alle altre professioni sanitarie; la capacità, verosimilmente, di governare (se non «indurre») la domanda in modo da mantenere alta la richiesta di prestazioni erogate dal personale medico.

(37) Con particolare riguardo al pubblico impiego, la normativa relativa alla gestione del personale è da tempo caratterizzata da una dinamica che a fasi di progressivo spezzettamento corporativo dei sistemi di classificazione e inquadramento fa poi seguire tentativi di razionalizzazione. Tale situazione è ben rappresentata dagli anni Settanta, che avevano progressivamente dato luogo a una situazione ben descritta dall'espressione «giungla retributiva». A quella situazione, che trovava una delle sue principali determinanti in una frammentazione sindacale da tutti ritenuta insostenibile, il legislatore ha più volte cercato di rimediare, in particolare con la legge quadro del pubblico impiego n. 93 del 1980 che cercava di correggere le crescenti sperequazioni che caratterizzavano il sistema, nel tentativo di una maggiore omogeneità dei trattamenti attraverso una regolazione «centrale» dello stato giuridico ed economico delle diverse categorie dei dipendenti. A tal fine la legge introdusse le «qualifiche funzionali», ampie fasce longitudinali (rispetto alle diverse amministrazioni) che volevano rappresentare in modo omogeneo le attività lavorative.

(38) Un ragionamento simile, ma centrato sulle competenze dei singoli invece che dei gruppi professionali, è in Rushmer e Pallis (2003).

(39) Gli infermieri generici costituiscono una cosiddetta «arte ausiliaria a esaurimento» e le loro attività sono ancora normate dal mansionario del 1974.

(40) Queste poche note danno un'idea della puntigliosa e complessa regolamentazione, incessantemente rinnovata, di cui spesso francamente non si capisce appieno quale sia la reale

utilità in termini di funzionalità del sistema sanitario e quindi di benessere collettivo.

(41) A tale proposito, è interessante notare (Tousijn, 2002: 734) l'apparire della denominazione «scienze infermieristiche» la quale dà dignità di scienza al *corpus* di conoscenze proprie degli infermieri.

(42) Per una rassegna di come Regioni e aziende sanitarie pubbliche hanno inteso tale servizio al momento del suo emergere, cfr. Filannino e Barbieri (2002).

(43) Le attività di ricerca e selezione del personale dovrebbero essere invece svolte in modo congiunto dall'azienda, dal servizio infermieristico e dalle unità organizzative alle quali è verosimile vengano poi assegnati i neoassunti. Questo coinvolgimento limitato del servizio infermieristico sembra possibile e opportuno, a ragione della standardizzazione delle conoscenze operata dal sistema delle professioni, soprattutto nel caso di selezione di personale con limitata esperienza di lavoro.

(44) In altre parole, l'attuale grado di sviluppo dei processi di aziendalizzazione in gran parte delle aziende pubbliche del Ssn sembra rendere opportuno continuare a investire sul rafforzamento delle responsabilità di tipo gestionale. Quando queste fossero oramai solide, si potrebbe allora valutare un eventuale rafforzamento delle responsabilità più esplicitamente professionali.

(45) Una vicenda simile riguarda il passaggio dalla categoria C alla categoria D del personale infermieristico. Tale passaggio, deciso nel 2001, voleva cercar di porre rimedio alla cosiddetta «crisi infermieristica» e cioè alla lamentata carenza di personale infermieristico, nonché all'alto numero di infermieri che abbandonavano le aziende del Ssn. La speranza era quella che condizioni economiche migliori avrebbero trattenuto gli infermieri all'interno del Ssn e, al contempo, avrebbero costituito condizioni di richiamo per i giovani in procinto di iscriversi ai corsi universitari. In realtà, appena dopo tale decisione, tutte le altre professioni sanitarie ex legge 42/1999 — attraverso le proprie rappresentanze — hanno fatto sentire la propria voce, forti dell'equivalenza formale rispetto agli infermieri e, nonostante le condizioni del mercato del lavoro fossero almeno per alcune professioni assai diverse (grande forza contrattuale degli infermieri, di cui c'è grande scarsità; condizioni assai più normali per gran parte delle altre professioni), esse si sono viste tutte riconoscere il passaggio alla categoria D.

(46) Per chiarire il punto basti considerare quanto previsto dal Piano sanitario regionale 2002-2004 dell'Umbria. In quel documento la Regione prevede che le Aziende ospedaliere e

Usl del Servizio sanitario regionale istituiscano il «Servizio infermieristico, tecnico sanitario, riabilitativo ed ostetrico (SITRO)» e specifica che «secondo quanto previsto dall'art. 7 della legge 251/00, è necessario assegnare la dirigenza delle singole aree professionali» (Regione Umbria, 2003: 207), dove queste ultime sono però indicate come quella infermieristica, quella tecnica, quella riabilitativa e quella ostetrica. Con una tassonomia cioè difforme rispetto a quella delle «classi di laurea» per le 22 nuove professioni sanitarie che, da un lato, considerano insieme gli infermieri, gli infermieri pediatrici e le ostetriche e, dall'altro, prevedono la classe delle professioni tecniche della prevenzione, accanto a quelle delle professioni infermieristiche-ostetriche, delle professioni riabilitative, delle professioni tecniche (quest'ultima tassonomia è peraltro quella sulla base delle quali le 19 professioni sprovviste di albi o collegi vorrebbero costituirli).

BIBLIOGRAFIA

- BANDINI F. (2002), «I ruoli e gli organi coinvolti nel processo di valutazione del personale nelle aziende sanitarie: l'approccio teorico e l'evidenza empirica attraverso l'analisi delle aziende lombarde», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.
- BENCI L. (2002a), *Aspetti giuridici della professione infermieristica. Elementi di legislazione sanitaria*, terza edizione, McGraw-Hill, Milano.
- BENCI L. (2002b), *Le professioni sanitarie (non mediche). Aspetti giuridici, deontologici e medico-legali*, McGraw-Hill, Milano.
- BORGONOVÌ E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BORTOLOTTI B. (1999), «La competizione regolata nel mercato dei servizi professionali», in Zamagni S. (a cura di), *Le professioni intellettuali tra liberalizzazione e nuova regolazione*, Egea, Milano.
- CARBONIN P.U. (2002), «L'evoluzione delle professioni e la formazione al servizio del cittadino», in Falcitelli N. et al. (a cura di), *Rapporto sanità 2002*, il Mulino, Bologna.
- CATANATI C. (2000), «Le professioni e l'ospedale», in Falcitelli N. et al. (a cura di), *Rapporto sanità 2000. L'ospedale del futuro*, il Mulino, Bologna.
- COSMACINI G. (2000), *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, Raffaello Cortina, Milano.
- DE PIETRO C., LEGA F., PINELLI N. (2003), «L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione: organizzazione e personale», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M., DE PIETRO C. (2002), «La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- FANTIGROSSI U. (2003), «Infermieri Asl, non serve l'Albo. La Cassazione limita l'ambito dei Collegi», *Il Sole 24 Ore*, 22 luglio.
- FATTORE G., TOZZI V. (2003), «Innovazione di processo, knowledge practice e performance assistenziali: il caso dell'Ospedale degli Infermi di Biella», *paper presentato al Convegno Aidea*, Udine, 14-15 novembre.
- FIGORILLI L. ET AL. (2002), *Codice del personale della sanità pubblica*, Il Sole 24 Ore libri, Milano.
- FILANNINO C., BARBIERI M. (2002), «Il servizio dell'assistenza infermieristica e ostetrica e il ruolo del dirigente secondo l'atto aziendale: prime considerazioni», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- FOGLIETTA F. (1986), *Organizzazione dell'Unità sanitaria locale e politiche del personale*, Maggioli, Rimini.
- GOBBI B. (2001), «Odontotecnici: pronto il "profilo"», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 20-26 novembre.
- LONGO F. (2000), «Organizzazione e gestione del personale», in Bergamaschi M. (a cura di), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- MINTZBERG H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, il Mulino, Bologna.
- PENNAROLA F. (1992), «La gestione dei professionali: esempi dalle aziende del terziario avanzato», in Costa G. (a cura di), *Manuale di gestione del personale*, volume 3, Utet, Torino.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (1994), *Developing and Strengthening of Local Health Systems*, PAHO, Washington DC.
- REGIONE UMBRIA (2003), *Piano sanitario regionale 2003-2005*, supplemento ordinario

- al Bollettino Ufficiale della Regione dell'Umbria, serie generale, n. 36 del 27 agosto.
- RUSHMER R., PALLIS G. (2003), «Inter-Professional Working: The Wisdom of Integrated Working and the Disaster of Blurred Boundaries», *Public Money and Management*, 23(1), pp. 59-66.
- SOLE 24 ORE SANITÀ (IL) (2003a), «Personale, sprint del contratto verso il traguardo», 11-17 settembre, pp. 6-7.
- SOLE 24 ORE SANITÀ (IL) (2003b) «Professioni all'attacco: "Vogliamo gli Ordini". I rappresentanti dei 22 profili sollecitano l'intervento legislativo», 11-17 novembre 2003, p. 7.
- SOLE 24 ORE SANITÀ (IL) (2003c), «Il fascino del camice bianco. I "dottori" guadagnano in media più degli altri. E vogliono la specialità», 3-9 giugno 2003, p. 4.
- TESTUZZA C.A. (2002), «Cancellati dall'Albo i periti delle Asl. Decisione shock del Collegio», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 12-18 novembre.
- TOUSIJN W. (2002), «Medical dominance in Italy: a partial decline», *Social Science and Medicine*, 55, pp. 733-741.
- TOUSIJN W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, il Mulino, Bologna.
- TOZZI V. (2003), «Il percorso assistenziale: uno strumento innovativo di gestione», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- VACCÀ C. (1999), «L'esercizio delle attività professionali fra schemi tradizionali e modelli imprenditoriali», in Zamagni S. (a cura di), *Le professioni intellettuali tra liberalizzazione e nuova regolazione*, Egea, Milano.
- Wilensky H.L. (1964), «The professionalization of everyone?», *American Journal of Sociology*, 70, pp. 137-158.
- ZAMAGNI S. (1999a), «Prefazione», in Zamagni S. (a cura di), *Le professioni intellettuali tra liberalizzazione e nuova regolazione*, Egea, Milano.
- ZAMAGNI S. (a cura di) (1999b), *Le professioni intellettuali tra liberalizzazione e nuova regolazione*, Egea, Milano.
- 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*, McGraw-Hill, Milano.
- ZUFFADA E. (1997), «Ripensare il ruolo e il funzionamento degli ordini e delle associazioni professionali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale», *Mecosan*, 24, pp. 29-47.

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 salute

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.

IL CARICO DI LAVORO DEI RADIOLOGI

Franco Pesaresi¹, Lucio Baffoni², Ennio Gallo³, Luigi Oncini⁴

¹ Servizi sociali e sanitari, comune di Ancona

² U.o. diagnostica per immagini Asl Fermo (AP)

³ U.o. diagnostica per immagini Asl Modena

⁴ U.o. diagnostica per immagini Asl Macerata

SOMMARIO: Premessa - 1. Gli esami per radiologo - 2. Il *Foresterhill* - 3. Il *Management information system* (MIS) - 4. Il *College Points* - 5. Il numero dei pazienti per radiologo - 6. Le *Körner Units* - 7. Il *Relative Value Scale* (RVS) - 8. Valutazioni.

Evaluating radiologist' workload and productivity is not an easy task. In this paper an analysis has been conducted on the different systems used in the world. The aim of the analysis is to get useful guidelines for determining the evaluation model that best fits to the Italian case. Our conclusion is that the most appropriate model for Italy is the one of weight/time to be assigned to the procedures - a system that starts from College Points experience but that also takes into account the average time the radiologists spend for clinical governance and management tasks.

Premessa

Il carico di lavoro dei radiologi e quindi anche la loro produttività (in termini di prestazioni radiologiche effettuate) è un parametro difficile da misurare e comparare. Eppure questo è un terreno obbligato su cui lavorare dato che la radiologia è una disciplina che, più di altre, si presta alla standardizzazione delle procedure ed anche perché il carico di lavoro dei medici radiologi è aumentato in modo evidente durante il corso degli anni. Avere a disposizione uno strumento per misurare il carico di lavoro all'interno di un servizio di diagnostica per immagini è importantissimo sia per valutarne l'attività sia per distribuire in modo equilibrato il lavoro fra i vari medici. I radiologi hanno un carico di lavoro formato da prestazioni assai diverse che vanno dall'eseguire radiografie di un ferito, alle procedure di posizionamento di *stent* arteriosi, dall'angioplastica ad altre procedure interventistiche che richiedono tempi ed impegni diversi di esecuzione che

vanno considerati nella loro variabilità e complessità.

Per definire il *carico di lavoro per radiologo* occorre disporre di informazioni corrette e complete sia sulle unità di personale in attività che sulle prestazioni ripartite per tipologie. Negli ultimi anni sono state sperimentate, in Europa e nel Nord-America, diverse metodologie relative alla determinazione del carico di lavoro. I principali sistemi, che di seguito vengono analizzati, sono:

- 1) il numero di esami eseguiti per radiologo;
- 2) il *Foresterhill*;
- 3) i *College Points*;
- 4) il *Management information systems* (MIS);
- 5) il numero dei pazienti trattati per radiologo;
- 6) le *Körner Units*;
- 7) la *Relative Value Scale* (RVS).

1. Gli esami per radiologo

Il metodo più semplice e più usato misura il numero totale di esami ese-

guito in un anno e lo divide per il numero dei radiologi che li hanno realizzati. Il parametro delle procedure per radiologo per anno, sebbene ampiamente pubblicato, è soggetto a notevoli limitazioni ed errori soprattutto se viene utilizzato per valutare la produttività di un servizio radiologico o di un gruppo di operatori dato che non tiene conto del *case-mix* delle procedure eseguite. Infatti la valutazione del solo numero di esami significa ottenere degli indicatori che:

— sono eccessivamente influenzati dalle metodiche tradizionali, poco costose e meno impegnative;

— non tengono conto dei contenuti tecnologici, economici e professionali delle prestazioni nonché del diverso tempo necessario per la loro esecuzione.

Nel 1993 il *Royal College of Radiologists* (RCR, 1993), in un rapporto sulla produttività indicò che un carico di lavoro accettabile per un gruppo di radiologi che eseguono un *mix* normale di casi sarebbe stato di 12.500 esami per radiologo per anno. Questo dato

venne poi fortemente contestato dal mondo accademico perché non aveva una giustificazione scientifica basata sull'evidenza e perché ritenuto troppo elevato per poter permettere al radiologo universitario di offrire una buona qualità clinica e l'esecuzione degli impegni non-clinici essenziali all'interno del tempo contrattuale (BFCR-RCCR, 2002). Nonostante le critiche, il RCR ha raccomandato, anche per il 1999, un carico di lavoro che è approssimativamente simile a quello del 1993, con la sola variante che è costituita dal generico richiamo alla necessaria considerazione al *mix* delle prestazioni (RANCZ, 2001).

Nel 1997 la sezione neozelandese dell'Associazione dei radiologi australiani e neozelandesi (RANCZ) ha raccomandato un carico di lavoro per un radiologo a tempo pieno di 7.500/15.000 procedure per anno; il parametro più elevato ricorre in presenza di un una bassa complessità del *mix* di lavoro, mentre l'indice più basso ricorre in presenza di un operatore universitario o di un'attività radiologica di alta complessità. Questo significa, assumendo 250 giorni lavorativi per anno, una attività per radiologo di 30-60 procedure al giorno o di circa 35-70 al giorno assumendo 220 giorni lavorativi per anno (RANCZ, 2001).

In Italia è stato addirittura un organo interministeriale, il CIPE (Comitato interministeriale per la programmazione economica), che nel 1984 ha indicato il carico di lavoro dei radiologi come pari a 8.500/9.000 esami/anno per radiologo (media ponderata) ed anche quello dei tecnici di radiologia nella misura di 4.000 esami/anno per figura professionale. Per i radiologi universitari veniva invece previsto un carico di lavoro mediamente più basso del 40% circa, presumibilmente per permettere l'attività di didattica e di ricerca. Successivamente, nel 1992, la Conferenza Stato-Regioni nel tentati-

vo di definire i livelli uniformi di assistenza, poi fallito perché l'atto non è mai stato approvato, confermava nel documento istruttorio i due ultimi parametri.

Rileviamo dunque che solo in tre paesi sono stati stabiliti, soprattutto dalle società scientifiche, dei carichi di lavoro di riferimento che presentano peraltro significative disomogeneità. Trasferire questi parametri anche negli altri paesi appare non corretto dato che la produttività ottimale è strettamente correlata al *mix* delle tipologie di prestazioni eseguite che varia molto da un paese all'altro (Pesaresi *et al.*, in corso di pubblicazione).

Per l'Italia inoltre si pone anche il problema di aggiornare un parametro che, essendo stato elaborato ben 18 anni fa, non riflette più le profonde trasformazioni tecnologiche ed organizzative che hanno attraversato la diagnostica per immagini in questi anni.

Recentemente, una ricerca del Ministero della salute italiano ha calcolato il carico di lavoro effettivo del personale ospedaliero di radiologia attraverso una ricerca che ha valutato l'attività di 1.017 ospedali pubblici e privati su 1.419 (Ministero della salute, 2002a). Dal punto di vista della disponibilità dei dati si tratta della ricerca più importante mai realizzata in Italia sull'attività delle radiologie, che ha però il difetto di utilizzare, non avendone altre a disposizione, l'inadeguata metodologia di ripartire in modo indifferenziato le prestazioni fra il personale dipendente.

La ricerca ha evidenziato che negli ospedali italiani il carico di lavoro medio è pari a 5.723 prestazioni annue per medico. La variabilità fra le regioni è molto ampia vedendo, da un lato, la Sardegna con un carico di lavoro per medico pari a 3.689 prestazioni radiologiche annue e, dall'altro lato, la provincia autonoma di Bolzano i cui

medici realizzano 10.809 prestazioni l'anno (tabella 1). Occorre notare che una differenza di 1 a 3 non appare in alcun modo giustificata dalle differenti organizzazioni ospedaliere o da una diversa composizione interna delle prestazioni, a meno che non sia motivata da un qualche problema nella rilevazione dei dati. La ricerca del Ministero ha calcolato anche il carico di lavoro dei tecnici di radiologia in 2.823 prestazioni medie annue per singolo tecnico. Nel calcolo non sono computate le ecografie che sono effettuate dal personale medico.

Ma, se quella appena indicata è la produttività media dei medici radiologi ospedalieri, più elevata sembra essere quella di tutti i radiologi italiani ospedalieri ed extraospedalieri. Infatti, se dividiamo tutte le prestazioni di radiologia realizzate nel 2001, che sono pari a 50.615.863 (Ministero della salute, 2002b) per il numero di medici radiologi (ultimo dato disponibile del 1998), possiamo stimare una produttività media per medico pari a 7.086 prestazioni annue. Questi dati dovrebbero farci presumere, se i dati a disposizione sono corretti, che la produttività dei medici radiologi extraospedalieri, per la diversa organizzazione del lavoro, è notevolmente superiore a quella dei medici ospedalieri. In realtà sappiamo che questi dati sono fortemente influenzati dal diverso *case-mix* delle prestazioni che possono richiedere tempi di esecuzione assai diversi.

Il *Workforce advisory board* della RANZCR e la *AMWAC radiology working party* stimano che la media annuale del carico di lavoro dei radiologi australiani è nell'ordine di 13.500-14.000 procedure (considerando sia i radiologi a tempo pieno che quelli part-time). Questo indice è stato ottenuto dai dati del *MBS-HIC* che indicano il numero delle procedure per radiologo fornitore-*Medicare* per an-

no (circa 9.000 per il 1999-2000), a cui è stato applicato un fattore correttivo che prende in considerazione il fatto che *Medicare (MBS)* rappresenta solo una frazione del volume totale delle prestazioni radiologiche realizzate in Australia (questa frazione è stimata al 65%, sebbene non ci siano dati completi che sostanzino questa stima). La produttività del radiologo australiano a tempo pieno potrebbe essere più grande delle 13.500-14.000 procedure annue già calcolate, ma questo maggior numero di prestazioni dipende dalla definizione di *full-time*. Il tempo pieno comporta approssimati-

vamente 55 procedure per 250 giorni lavorativi all'anno, o approssimativamente 63 procedure per 220 giorni lavorativi. Un rapporto su un ampio gruppo di radiologi privati indica una produttività corrente di 70-75 pazienti al giorno per radiologo o, approssimativamente, 85-90 procedure al giorno (assumendo il rapporto procedure/pazienti come pari a 1,2), o approssimativamente 19.000 procedure per anno (assumendo 220 giorni lavorativi per anno).

Il RANZCR e l'AMWAC credono che il carico di lavoro medio stimato annuo per radiologo, come riportato

nel rapporto 2000 del *RANZCR workforce survey*, pari a circa 18.000 procedure per radiologo, molto probabilmente rappresenti una sovrastima (tabella 2) (RANZCR, 2001).

Nel 1995-1996, negli *Stati Uniti*, il carico di lavoro medio per radiologo a tempo pieno (FTE) era di 11.600 procedure radiologiche per anno, con un apparente (ma non scientificamente validato) incremento del 5% rispetto al dato del 1991-92. Il numero medio di procedure per anno varia sostanzialmente in relazione alla dimensione/tipologia del *team* di appartenenza dei radiologi. Per esempio, le proce-

Tabella 1 - Italia. Carico di lavoro del personale ospedaliero operante dei servizi di diagnostica per immagini. Anno 2000

Regione	Prestazioni per unità di personale di personale (compresi amministrativi)	Prestazioni (escluse ecografie) per tecnico di radiologia	Prestazioni per medico
Piemonte	1.362	2.648	5.800
Valle d'Aosta	811	1.391	6.085
Lombardia	1.568	3.355	6.917
Provincia autonoma di Bolzano	2.162	3.525	10.809
Provincia autonoma di Trento	1.728	3.205	8.435
Veneto	1.801	3.823	8.640
Friuli-Venezia Giulia	1.332	2.649	6.412
Liguria	1.376	2.632	6.110
Emilia-Romagna	1.156	2.218	4.905
Toscana	1.258	2.450	4.984
Umbria	1.384	2.644	5.067
Marche	1.456	2.655	6.131
Lazio	1.280	2.590	4.772
Abruzzo	1.609	3.136	6.243
Molise	1.443	2.332	6.232
Campania	1.415	2.516	5.085
Puglia	1.647	3.114	6.219
Basilicata	2.058	3.493	8.009
Calabria	1.505	3.104	5.563
Sicilia	1.273	2.717	3.957
Sardegna	1.186	2.331	3.689
Italia	1.423	2.823	5.723

Fonte: Ministero della salute (2002).

ture per anno sono 13.200 per i radiologi che appartengono a *team* di 2-4 radiologi, mentre è di 10.300 nei gruppi di 11 o più radiologi. La variazione era invece ancora più grande tra i radiologi accademici che avevano una media di 8.000 (9.700-6.200) proce-

ture annue. Data la larga variabilità del numero annuale di procedure all'interno e attraverso le varie tipologie dei *team*, le medie calcolate possono rappresentare soltanto delle indicazioni che confermano comunque come il carico di lavoro sia aumentato rispetto

ai precedenti 4 anni (Sunshine *et al.*, 1998).

Pochi anni dopo, nel 1998-1999, il numero medio delle procedure radiologiche realizzate annualmente dai radiologi statunitensi era diventato 12.800 (+ 3,4% annuo). Dentro questa

Tabella 2 - Numero annuale di procedure radiologiche per radiologo

Nazione	Numero annuo di procedure per radiologo	Anno	Fonte
Manitoba, Canada	18.500	1993	McEwan D.W. (1994)
Australia	18.014 (15.385 le donne e 18.628 i radiologi uomini)	2000	RANZCR workforce survey (2000)
Regno Unito	17.000-18.500		Weir J. (1998), (1999)
Francia	16.500	1989	Nostra elaborazione su dati contenuti in Pesaresi <i>et al.</i> (2004a) e (2004b) in corso di pubblicazione
Canada	16.405	1993	Nostra elaborazione su dati contenuti in Pesaresi <i>et al.</i> (2004a) e (2004b) in corso di pubblicazione
Regno Unito	15.200 (10.000-22.500 per ospedali non d'insegnamento e 4.000-12.000 per ospedali di insegnamento)		Dyson R. (1996)
Nuova Zelanda	10.100-17.500		Medlicott J. (1997)
Australia	13.500-14.000	2000	RANZCR Workforce advisory board e la AMWAC radiology working party
USA	12.800	1998-1999	Bhargavan M., Sunshine J.H. (2002)
Svizzera	9.075	1998	Nostra elaborazione su dati contenuti in Pesaresi <i>et al.</i> (2004a) e (2004b) in corso di pubblicazione
Portogallo	8.555	1991	Nostra elaborazione su dati contenuti in Pesaresi <i>et al.</i> (2004a) e (2004b) in corso di pubblicazione
Italia	7.086	2001	Pesaresi <i>et al.</i> (2004a) in corso di pubblicazione; Ministero della salute (2002b)
Svezia	5.535 (*)	1997	Nostra elaborazione su dati contenuti in Pesaresi <i>et al.</i> (2004a) e (2004b) in corso di pubblicazione

(*) Escluse mammografie.

media ci sono dati assai differenziati, visto che il 25% dei radiologi realizzava mediamente 9.100 esami l'anno, mentre un altro 25% ne realizzava 15.600. Rilevanti differenze permangono anche fra il personale medico accademico che realizzava 9.400 procedure l'anno ed il personale non accademico privato che realizzava 13.600 esami l'anno (Bhargavan, Sunshine, 2002).

I dati disponibili sul carico di lavoro calcolato con le procedure/radiologo/anno presentano, nel mondo, dati di grandissima difformità (cfr. tabella 2). Si passa dalle 5.535 procedure all'anno della Svezia alle 18.500 della provincia canadese del Manitoba (la media dei paesi studiati nella tabella 2, per quanto possa essere poco significativa, è di 13.500 procedure). In questo quadro l'Italia sembra registrare un carico di lavoro tra i più bassi, anche se occorre ripetere che questi ultimi dati relativi all'Italia, così come quelli degli altri Paesi non sono immediatamente comparabili, riflettendo un'attività radiologica realizzata in anni diversi e con una diversa composizione (per tipologia di prestazione) nei vari Paesi.

Per contro, tali dati non vanno neanche sottovalutati perché, rappresentando i contenuti della letteratura internazionale, sono comunque in grado di evidenziare differenze e tendenze che meritano una presa d'atto, una valutazione e i necessari approfondimenti. Da questo punto di vista occorre cercare di comprendere se il carico di lavoro che la tabella 2 assegna ai radiologi italiani è rappresentativo della effettiva realtà, se esso si avvicina o meno ad un carico di lavoro ottimale ed infine quali sono le cause che sembrerebbero collocare l'Italia tra le nazioni con il più basso carico di lavoro dei propri radiologi.

In questi anni, in molti paesi come l'Australia (cfr. tabella 3), il Canada,

il Regno Unito e gli USA, il volume del carico di lavoro dei radiologi è cresciuto superando la produttività degli anni '80 ed inoltre questa crescita è stata accompagnata anche da un aumento della complessità del lavoro (RANZCR, 2001).

In conclusione, si può dire che il parametro delle procedure per radiologo per anno utilizzato per evidenziare il carico di lavoro degli operatori, seppur molto utilizzato in letteratura, rappresenta un indicatore grezzo ed inappropriato per calcolare la produttività, perché considera allo stesso modo procedure che richiedono tempi ed impegno del radiologo assai diversi. Ciononostante, i dati a disposizione sono in grado di evidenziare un carico di lavoro crescente e una grande diversità nel carico di lavoro dei radiologi dei vari paesi che richiede ulteriori approfondimenti per verificarne le cause.

2. Il Foresterhill

Il sistema *Foresterhill* è stato sviluppato in Aberdeen ed usato in Scozia per la stima del carico di lavoro fino agli anni novanta. Il sistema è basato sul calcolo del tempo di coinvolgi-

mento dei radiologi nelle singole procedure. Queste sono state ripartite in cinque classi ad ognuna delle quali è stato assegnato un numero di unità che variano da 7 a 90 secondo l'ammontare medio del tempo necessario per la procedura. Il numero totale di procedure per classe è registrato, valutato e convertito in unità totali e questo dato offre il carico di lavoro quotidiano o mensile. Il sistema permette di definire il carico di lavoro radiologico totale del reparto realizzato durante l'orario di lavoro normale, tenendo conto dei turni, delle chiamate di emergenza e degli eventuali spostamenti tra ospedali che possono essere richiesti agli operatori. Per il referto di una radiografia del torace è stato stabilito un tempo di 3 minuti per cui sono stati indicati approssimativamente in 75 i referti per una sessione di 3,5 ore (1 NHD) del medico radiologo. Altre categorie di refertazione come le ecografie, gli esami con il bario, le TAC, gli esami con la RMN, le procedure di interventistica e le altre indagini sono state introdotte successivamente per mezzo di ulteriori pesi temporali basati sull'unità di tempo dell'RX del torace. I gruppi così formati hanno permesso la definizione di un numero

Tabella 3 - Produttività dei radiologi australiani. Anni 1996-1998

	Radiologo maschio	Radiologo femmina	Totale
Procedure settimanali realizzate per radiologo. Media 1996	320	321	320
Procedure settimanali realizzate per radiologo. Media 1998	412	373	404
Procedure settimanali realizzate per radiologo. Mediana 1996	305	307	305
Procedure settimanali realizzate per radiologo. Mediana 1998	357	355	357

Fonte: nostra elaborazione su dati RANZCR, 1999.

standard di esami per unità di tempo. Gli ultimi dati raccolti nei primi anni '90 hanno evidenziato che i radiologi scozzesi realizzavano, in media, circa il 30-50% di esami in più rispetto al carico di lavoro *standard*. L'extrapolazione di questi dati proponeva una media 48 ore di lavoro teorico per settimana per ogni radiologo.

3. Il Management information systems (MIS)

Recentemente il Canada ha approvato ed ora sta implementando un sistema informativo per la gestione del Servizio sanitario denominato MIS (*Management information systems*) che ha lo scopo di misurare e comparare l'uso delle risorse in relazione alle attività attraverso l'integrazione dei dati finanziari, di attività e clinici. Fra le varie funzioni del sistema vi è anche quella della misurazione del carico di lavoro degli operatori sanitari. Il sistema di misurazione dei carichi di lavoro considera il tempo necessario agli operatori riguardo all'adempimento delle funzioni della loro unità operativa. L'unità di misura utilizzata è quella dei minuti che riflette il tempo che è stato utilizzato per mettere in atto le svariate attività dell'unità operativa a cui si riferisce. I dati del carico di lavoro possono essere utilizzati per:

- la valutazione della prestazione della unità operativa;
- avere uno strumento informativo su cui fondare l'utilizzo del personale;
- supportare i processi di pianificazione e bilancio;
- condurre analisi comparative dentro e tra i servizi sanitari.

Il MIS è costruito per moduli relativi alle singole discipline sanitarie. Il sistema per la rilevazione del carico di lavoro in radiologia è operativo dal 1° aprile 2002. Secondo le linee guida del MIS, il principio base da ricordare quando si sviluppa un tempo *standard*

è che c'è da determinare quanti minuti in media si utilizzano per eseguire una particolare attività. Il tempo calcolato deve essere il tempo medio che il fornitore del servizio medio impiega per compiere l'attività in circostanze medie per il destinatario medio del servizio.

Per condurre uno studio sul tempo *standard* per le attività ogni unità operativa/fornitore:

— designa un membro dello *staff* esperto dell'attività che sia responsabile di cronometrare l'attività preparando una documentazione relativa, etc.;

— determina i compiti compresi dentro ogni attività includendo la preparazione, l'intervento, la pulizia e il tempo di refertazione;

— cronometra il differente personale che esegue tutti i compiti relativi ad una attività in differenti giorni della settimana e in differenti orari. Include solo il tempo produttivo escludendo il tempo di attesa o altri tempi improduttivi;

— cronometra tutte le fasi con tanti tempi quanti richiesti (il numero delle misurazioni dipenderà dalla variabilità di tempo di ogni fase). Se i tempi variano marcatamente, esegue ulteriori misurazioni. Se una attività è eseguita raramente, è accettabile completare e documentare la misurazione una volta sola;

— fa la media dei valori di tempo per determinare il tempo *standard* per l'attività;

— archivia tutta la documentazione relativa allo studio dei tempi per una futura consultazione;

— riconduce lo studio nel tempo per confermare la validità degli *standard* determinati. Questo deve essere fatto quando anche quando il personale ritiene che lo *standard* non riflette più la pratica corrente, quando l'unità operativa inizia a fornire servizi di differente tipo, quando sono implemen-

tati nuovi dati sui carichi di lavoro, etc.

Queste procedure si realizzano utilizzando un programma elaborato e reso disponibile da una agenzia governativa, il *Canadian institute for health information* (CIHI). L'esperienza è così recente che non ci sono ancora dati per valutare l'efficacia e la sensibilità del sistema adottato, ma ciò che va rilevato, e che caratterizza l'originale esperienza canadese, è che esso si basa:

— su una iniziativa promossa dal governo ed accettata dalle province canadesi e che, quindi, si sta diffondendo su tutto il territorio nazionale;

— calcola il carico di lavoro di tutte le unità operative tenendo conto, per ognuna, delle specificità delle singole discipline;

— si basa su una metodologia e su un *software* uguali in tutto il territorio nazionale;

— mette a disposizione uno strumento predisposto per un utilizzo flessibile e diversificato nelle varie realtà.

4. Il College Points

Il *Royal College of Radiologists* (RCR), nel tentativo di valutare il tempo speso dai radiologi per le varie tipologie di esami, ha introdotto un sistema denominato dei *College Points*. Questi individuano il lavoro necessario per i diversi esami di radiologia attraverso la definizione di una serie di pesi. I tempi vanno da meno di 4 minuti (un punto) a più di 80 minuti (25 punti). Il sistema non riferisce né la complessità dell'investigazione né l'esperienza necessaria del radiologo, ma solamente il tempo direttamente associato con la procedura radiologica. Sulla base dei *College Points*, lo stesso RCR ha proposto il carico di lavoro ottimale per ogni radiologo che, utilizzando i punti (ognuno dei quali vale 4 minuti), prevede il raggiungi-

mento di 50 punti per ogni sessione di lavoro/NHD e di 350 punti per ogni settimana di lavoro per ogni radiologo. Ogni sessione ha una durata di 3 ore e mezzo. In questo modo si può assegnare un carico di lavoro e poi valutarne l'esecuzione indipendentemente dal tipo di *mix* di prestazioni eseguite da ogni singolo radiologo. Il limite principale del sistema è che esso è stato elaborato utilizzando unità di radiologia non reclutate su base nazionale e senza validare i dati in un grande studio multicentrico.

I dati di carico di lavoro proposti sono basati sui tempi di esecuzione delle procedure radiologiche, inclusa la refertazione e il suo controllo. Essi non comprendono, invece, le interruzioni telefoniche, le discussioni con medici e le altre attività cliniche o amministrative che possono avere un effetto significativo sulla produttività di una sessione di lavoro/NHD. Inoltre, i dati non riflettono l'impatto che l'insegnamento al personale più giovane può avere sulla produttività con effetto negativo sul numero di procedure realizzate in una sessione/NHD.

Secondo il *Royal College of Radiologists* questo metodo (che considera il tempo per esame per radiologo) dovrebbe essere usato nella pianificazione del lavoro di ogni radiologo anche per ripartire in modo equo i carichi di lavoro all'interno di ogni servizio. Pertanto, la somma dei piani di lavoro dei singoli radiologi:

— fornisce un'indicazione realistica del carico di lavoro di tutta l'unità operativa di diagnostica per immagini;

— è in grado di dare indicazioni sulle necessità di personale medico per far fronte alle prestazioni richieste.

Il carico di lavoro proposto dal RCR per uno specialista radiologo è indicato nella tabella 4 in relazione alle specifiche prestazioni radiologiche.

Occorre però ricordare che i pesi del *College Points* non tengono in alcun conto le interruzioni, le consultazioni con gli altri colleghi o le telefonate con i medici di base, attività queste che possono essere frequenti e che incidono sulla produttività degli specialisti. Tali attività di collaborazione e di relazione con gli altri medici sono però una parte importante ed inscindibile del lavoro e della responsabilità del radiologo che, proprio con essa, contribuisce alla gestione dei problemi clinici e diagnostici e alla continuità di cura del paziente. Occorrerebbe pertanto considerare anche questo tempo di lavoro e di conseguenza modificare i carichi di lavoro *standard*.

Il carico di lavoro annuale per ogni specialista può essere identificato con i parametri indicati dalla tabella 4 e varierà dipendendo dal numero di sessioni/NHDs e dal tipo di prestazioni eseguite. Le differenze quantitative possono anche essere rilevanti a parità di carico di lavoro. Per esempio, un radiologo che fa principalmente *routine*, con una quota di ecografie ed una serie di fluoroscopie, potrebbe fare 13.948 esami in sette sessioni/NHDs, mentre un radiologo interventista, con solamente una sessione/NHD di refertazione generale e due sessioni di RMN/TAC o ultrasuoni, potrebbe ese-

guire solamente 4.576 esami circa nello stesso anno. Per queste valutazioni si è considerato un anno lavorativo composto da 44 settimane di lavoro effettivo tenendo conto delle ferie, dei permessi di studio, ecc. degli operatori inglesi. È interessante rilevare che una attività radiologica più equilibrata nella tipologia di prestazioni da eseguire e che include sessioni di refertazione, ecografie, TAC e fluoroscopia sviluppate in sette sessioni di lavoro, produrrebbe un carico di lavoro simile alla raccomandazione del 1993 del RCR pari a 12.500 esami per anno.

Secondo il *Royal College of Radiologists* il confronto fra il numero delle prestazioni effettivamente eseguite dai radiologi e il numero di quelle proposte nelle raccomandazioni dello stesso RCR evidenziano un eccessivo carico di lavoro dei radiologi inglesi non realizzabile all'interno delle 10 sessioni/NHD previste dal contratto di lavoro per i medici a tempo pieno. Questo restringe significativamente la possibilità dei radiologi di contribuire agli altri aspetti della professione come la consulenza e la collaborazione con gli altri medici, la continuità della cura, lo sviluppo professionale e le altre attività per migliorare il servizio fornito dal reparto ai pazienti.

Tabella 4 - Carichi di lavoro suggeriti dal RCR per un radiologo

Esami	Esami per sessione-NHD	Minuti per prestazione
Radiologia generale	70	3
Ecografie	14	15
Fluoroscopia bario (pasto opaco o boccone di bario)	12	17,5
Fluoroscopia bario (clisma opaco)	6	35
TAC	9	23,3
RMN	8	26,2
Procedure interventistiche vascolari	3	70

Fonte: ns. elaborazione su dati BFCR-RCR, 1999.

Il RCR raccomanda che i parametri individuati vengano utilizzati in modo tale da assicurare un appropriato equilibrio tra carico di lavoro e operatori a disposizione. A questo proposito:

— la metodologia che utilizza il tempo/esame dei radiologi dovrebbe essere usata nello sviluppo del programma di lavoro dei singoli radiologi;

— il carico di lavoro generale dovrebbe essere diviso fra tutti i radiologi dell'unità operativa, dando un appropriato riconoscimento alle sub-specialità organizzate all'interno delle unità di Diagnostica per immagini;

— tutti i piani di lavoro dovrebbero essere rivisti annualmente;

— sessioni/NHDs dedicate dovrebbero essere previste per la radiologia generale (convenzionale) nel piano di lavoro;

— il tempo utilizzato per le consulenze e le collaborazioni con gli specialisti di altre discipline deve essere considerato come parte dello *standard* del carico di lavoro di sessione;

— il numero di sessioni/NHDs per reperibilità deve riflettere l'impegno richiesto e l'intensità di lavoro;

— il carico di lavoro dell'unità operativa di radiologia deve essere previsto all'interno delle sessioni/NHDs previste dal contratto. Il dipartimento di diagnostica per immagini dovrebbe identificare le sessioni aggiuntive necessarie per realizzare il completamento del lavoro e garantire queste ultime previo un nuovo accordo economico con l'Azienda sanitaria;

— una formula matematica dovrebbe essere sviluppata e perfezionata per calcolare l'incidenza dello sviluppo di altre specialità sul lavoro della radiologia medica (BFCR, RCR, 1999).

Nella stessa direzione del lavoro del RCR va, probabilmente, anche la recente relazione della «Commissione

per lo studio delle problematiche dei servizi di diagnostica per immagini», istituita dal Ministero della sanità, che ha proposto dei carichi di lavoro, illustrati nella tabella 5, definendo, per ciascun tipo di apparecchiatura, il numero minimo di esami attesi per turno di lavoro e le unità di personale (medico, tecnico e infermieristico) necessarie al funzionamento delle apparecchiature, tenuto conto anche dei turni di ferie del personale. Al personale non va computata la trascrizione del referto e le attività amministrative per le quali deve essere previsto un personale *ad hoc* (Ministero della sanità, 2001).

La stessa Commissione ministeriale non ha però illustrato il percorso, le fonti o le ricerche effettuate per arrivare alla citata determinazione, né le modalità di utilizzo della tabella stessa.

Abbiamo dunque registrato almeno quattro sistemi di determinazione del

carico di lavoro che tengono conto esclusivamente del tempo di lavoro di ogni tipologia di prestazione: il *Foresterhill*, il *MIS*, il *College Points* e la tabella della Commissione del Ministero della sanità italiano. Di questi però il *Foresterhill* è già stato abbandonato, il *MIS* canadese è partito da pochissimi mesi, mentre la tabella ministeriale non è stata ancora applicata, per cui l'unico sistema abbastanza sperimentato appare essere il *College Points* proposto dal *Royal College of Radiologists*, anche se anche questo sistema presenta un grande limite. Esso infatti non tiene conto del tempo extra-esame del radiologo, che pure impegna lo specialista in incarichi gestionali, nel lavoro di consulenza e collaborazione con gli altri medici ai fini diagnostici e terapeutici nonché nel contatto reiterato con i pazienti anche ai fini della continuità assistenziale.

Tabella 5 - Scheda bozza carichi di lavoro e personale

Apparecchiatura	N. medio esami per turno di lavoro	Medico specialista	TSRM	Infermiere
Rx tradizionale	50	0,5	1	0,2
Rx digitale	60	0,5	1	0,2
Ortopantomografia	60	0,5	1	
Mammografia	24	1	1,3	0,1
Ecografia	24	1		0,3
TAC convenzionale	12	1	1,3	0,2
TAC spirale	21	1,5	1,3	
Risonanza	12	1	1,3	0,1
Angio-interventistica	3	2	1,3	0,3
Emodinamica	3	2	1,3	0,5
Med. nucleare sc. planare	15	0,7	1,3	0,2
Med. nucleare <i>whole body</i>	12	0,7	1,3	0,3
Medicina nucleare SPECT	12	0,7	1,3	0,3
Medicina nucleare PET	10	0,7	1,3	0,5

Fonte: Ministero della sanità (2001).

5. Il numero dei pazienti per radiologo

In Italia, la ricerca di un sistema per la determinazione del carico di lavoro ha portato all'elaborazione del modello SNR-SAGO-SIRM per la misurazione dell'attività del radiologo, che utilizza l'indicatore peso/paziente combinando il contributo di tempo e di professionalità individuali necessarie per ogni singolo paziente in relazione alla procedura radiologica prescritta.

Nel 1994 è stato pubblicato il nomenclatore SIRM-SNR, che espone analiticamente in 716 voci tutte le prestazioni erogabili in ambiente radiologico, sia per la diagnostica che per l'interventistica. Per ogni voce vengono riportati:

- i tempi necessari per il personale medico e paramedico e, quindi, i relativi costi riferiti al valore del salario del tempo;

- il costo dell'ammortamento macchine più le spese generali;

- il costo dei materiali di consumo.

Per superare la relatività temporale dei prezzi veniva introdotto il concetto di peso adimensionale, ottenuto dividendo il costo relativo della singola prestazione per il valore arbitrario di lire 20.000. Per esempio il peso del personale medico per una data prestazione per la quale sono necessari 20 minuti veniva così ottenuto:

- tempo necessario 20' x 1.200 lire minuto = 24.000 lire;

- peso adimensionale = 1,2 (24.000 : 20.000).

In questo caso era stato elaborato un tempario analitico per tutte le singole prestazioni, riferito a radiologi, tecnici, personale infermieristico e amministrativo. Si trattava, però, di tempi non sperimentati sul campo e non validati su un grande numero di servizi e, nel caso di prestazioni multiple, si ot-

tenevano tempi *standard* molto lunghi. Inoltre, il nomenclatore era gestibile con difficoltà a causa dell'alto numero di voci (Il Radiologo, 3/1994).

Nel 1995 veniva presentato un nuovo progetto SNR-SIRM che prevedeva la semplificazione, con recupero dei dati in macroaggregati omogenei ed il calcolo, in via sperimentale, dei carichi di lavoro riferiti a tali macroaggregati, su tutto il territorio nazionale. Veniva costituita una commissione di esperti SNR-SIRM e veniva coinvolta, per l'assistenza tecnica e statistica, la Sago (società di ricerca per la organizzazione sanitaria). La ricerca si sviluppò in due fasi. La prima fase si svolse tra il 1996 ed il 1997 e consentì di identificare:

- una classificazione di sintesi delle prestazioni radiologiche, ottenuta dall'aggregazione di prestazioni omogenee, prendendo a riferimento il nomenclatore del 1994, in 8 voci;

- i punti/prestazione, intesi come i tempi medi in minuti del radiologo per le prestazioni accorpate come da rilevazione sperimentale (la maggior parte delle prestazioni di radiologia tradizionale registrava un tempo/radiologo di 10 minuti e solo per poche tipologie veniva previsto un tempo maggiore per cui il tempo medio risultava 10,7);

- il rapporto prestazioni/paziente, inteso come il numero medio di prestazioni effettuate per ogni paziente. Esso permette di evitare le disomogeneità nel conteggio degli esami che sono consentite dal nomenclatore del 1994, ma anche dal nomenclatore ministeriale;

- i punti/paziente, intesi come il prodotto dei due precedenti fattori e che rappresentano i minuti di impegno del radiologo per quella tipologia di paziente, considerando però che le prestazioni successive alla prima (effettuate nella stessa sessione diagnostica) richiedono mediamente un im-

pegno del radiologo pari al 50% della prestazione singola;

- i punti/paziente (relativo), corrispondente ai minuti precedentemente calcolati divisi per 10 e quindi trasformati in peso dimensionale (Panorama della Sanità, 33/1996).

Nella tabella 6 è riportata la classificazione di sintesi delle prestazioni ed i corrispondenti sistemi di punteggi (punti prestazione e punti paziente) ottenuti dalla ricerca. Il *case-mix* utilizzato si riferisce all'attività di un mese (novembre 1995) svolta nei servizi radiologici di 34 ospedali che hanno utilizzato il citato nomenclatore della SIRM. Nel campione erano presenti anche i servizi di neuroradiologia.

Nella seconda fase dello studio (condotta nel periodo maggio-ottobre 1997) veniva poi determinata la produttività effettiva in un nuovo campione di 27 centri italiani, tra i quali venivano ricompresi molti dei precedenti 34, che mettevano a disposizione i dati dell'anno 1996 per un totale di dati relativi ad oltre 1.234.000 pazienti. Considerando tutta l'attività radiologica programmabile, con esclusione dell'attività di pronto soccorso radiologico in guardia attiva, secondo questa ricerca la produttività annua effettiva media ottenuta a livello complessivo risultava pari a:

- 8,7 punti medi per ora di lavoro medico (nell'ipotesi della detrazione delle 4 ore settimanali per l'aggiornamento: totale 1.350 ore annuali);

- 7,7 punti medi per ora di lavoro medico (nell'ipotesi senza detrazione delle 4 ore settimanali per l'aggiornamento: totale 1.558 ore annuali).

Ogni punto corrisponde ad un impegno medio di circa 7-8 minuti. La variabilità degli indici di produttività oscilla di circa il 30% in più e in meno attorno al valore medio (SNR, SAGO, SIRM, 1998). I dati raccolti denotano uno scostamento rilevante rispetto al

comportamento medio effettivo dei servizi radiologici.

L'idea di realizzare un sistema di misurazione delle prestazioni che prende in considerazione i pazienti invece delle singole prestazioni è innovativa nel panorama internazionale, anche se non c'è evidenza che esso possa rispondere meglio di altre impostazioni alle domande del settore. Peraltro, non essendo i nomenclatori (utilizzati) univoci in tutta Italia, la sola entità misurabile senza equivoci è il paziente (nel 1996, in alcune regioni, l'adozione del tariffario regionale ha modificato significativamente il numero delle prestazioni a parità di numero dei pazienti). Inoltre tale sistema è in grado di disincentivare naturalmente gli esami radiologici inutili, ma ha un punto debole laddove assegna un «peso» predeterminato alle prestazioni plurime nel singolo paziente risultante dalla media del campione, ma che potrebbe differire notevolmente nei vari centri.

Questo sistema non si è molto diffuso nelle unità di radiologia perché non corrisponde al tariffario del Ssn, non è

utilizzabile (senza transcodifica) ai fini contabili per il pagamento delle prestazioni, richiede un *software* specifico per un utilizzo che interessa l'unità operativa ma non l'azienda sanitaria. I dati calcolati mantengono un *range* troppo elevato di approssimazione pari al 30% in più o in meno. Tutti questi elementi richiedono l'elaborazione di un sistema che sappia diffondersi in tutte le realtà italiane fornendo l'adeguato supporto al *management* radiologico.

6. Le Körner Units

Le *Körner Units* vennero introdotte in Inghilterra e nel Galles per offrire un metodo di calcolo del carico di lavoro che tenesse conto del *case-mix* delle prestazioni radiologiche. Il sistema venne progettato per valutare la complessità degli esami raggruppando gli stessi in sei categorie in base al costo, mentre il contributo del radiologo veniva misurato su una base *standard* del 20% senza tener conto della complessità e del tempo necessa-

ri allo specialista per l'esame stesso (cfr. tabella 7).

Le *Körner Units*, per un certo periodo, sono state utilizzate a livello ospedaliero come guida per la determinazione del carico di lavoro, poi la loro importanza si è notevolmente ridotta, soprattutto con l'avvento delle procedure con immagini computerizzate e con tecniche interventistiche. Le *Körner Units*, infatti, non riflettono accuratamente i costi delle prestazioni e la durata del coinvolgimento dei radiologi in queste prestazioni che tanto peso hanno invece nel lavoro attuale delle radiologie. Lo stesso Servizio sanitario inglese (NHS) non raccoglie più i dati ad esse relative anche se alcuni reparti continuano ad usarle. Inoltre, continuano ad essere usate in alcune ricerche per misurare e comparare la produttività e i costi delle prestazioni radiologiche. Recentemente la *Audit Commission* ha potuto verificare un costo medio per *Körner Units* del 14% più bassa nei grandi ospedali rispetto a quelli piccoli. Questo potrebbe voler dire che nelle grandi strutture si riesce meglio ad ammortiz-

Tabella 6 - Classificazione di sintesi delle prestazioni radiologiche e sistemi di punteggi elaborato dalla SNR-SAGO-SIRM

Classificazione	Prestazioni rilevate	Punti-prestazione	Rapporto prestazioni/pazienti	Punti-paziente	Punti-paziente (relativo)
1. Radiologia tradizionale	91.669	10,7	1,4	12,8	1,3
2. Digerenti	2.859	47,5	1,0	47,5	4,8
3. Urubiligrafie	2.978	56,7	1,3	65,2	6,5
4. Mammografie	6.516	29,2	1,0	29,2	2,9
5. Ecografie	30.763	32,3	1,6	42,0	4,2
6. TC	15.239	47,8	1,2	52,6	5,3
7. RM	2.182	64,7	1,2	71,2	7,1
8. Angiografie/interventistica	2.567	97,4	2,1	158,8	15,9
Varie (biopsie eco-te)					5,3
Totale	154.773	23,6	1,4	29,0	2,9

Fonte: SNR, SAGO, SIRM (1998).

Tabella 7 - Categorie, prestazioni e pesi delle *Körner Units*

Categorie <i>Körner Units</i>	Prestazioni ricomprese nella categoria	Peso delle <i>Körner Units</i>
A	Refertazione esame radiologico (esclusi esami in corsia e discussioni)	1
B	Esami in corsia Ecografia generale Ecografia ginecologica Ecografia ostetrica	2,5
C	Discussione esami radiologici TAC Digerente Clisma opaco	6
D	Procedure diagnostiche eco-guidate (incluse tutte le biopsie e gli agoaspirati) Procedure diagnostiche <i>imaging</i> -guidate (incluse tutte le biopsie e gli agoaspirati)	12
E	Esami radiologici in scopia (incluse cistografia, cavernosografia, flebografia) Mammografia escluso lo <i>screening</i>	30
F	RMN Arteriografia diagnostica Procedure interventistiche vascolari (terapeutiche) Procedure interventistiche non-vascolari (terapeutiche)	60

Fonte: Audit Commission, 2002.

zare gli alti costi fissi delle apparecchiature e si realizza un livello più elevato di efficienza (Audit Commission, 2002).

7. Il *Relative Value Scale* (RVS)

Negli Stati Uniti si utilizza, dal 1992, un nuovo meccanismo di pagamento di tutte le prestazioni mediche, la «scala di valori relativi basata sulle risorse utilizzate» (*Resource Based Relative Values Scale* - RBRVS), che è un meccanismo di pagamento prospettico dei medici simile al Drg, ma che è volto a riflettere il valore delle ri-

sorse richieste per fornire la prestazione. Il sistema è particolarmente interessante perché interviene sia sulle prestazioni ambulatoriali che su quelle mediche ospedaliere.

Il meccanismo precedente, in vigore fino al 1991, lasciava ampia autonomia ai medici nella definizione delle tariffe relative alle loro prestazioni, che, anche in ospedale, sono di tipo libero-professionale. Questo aveva portato ad un aumento delle spese mediche (crescita doppia rispetto al PIL nei 20 anni precedenti) e ad uno scarso controllo, sia sulla quantità che sulla qualità/intensità delle prestazioni rim-

borsate dal programma *Medicare*. Il nuovo sistema RBRVS, avviato nel 1992, è invece un indice relativo delle risorse assorbite per erogare le 7.500 prestazioni che sono state catalogate e che comprendono quasi tutte le attività mediche e chirurgiche. I «costi medi» di queste prestazioni tengono conto:

- del lavoro impiegato per fornire ogni singola prestazione;
- dei costi generali relativi all'esercizio della professione medica;
- dei costi relativi al periodo di addestramento del medico.

La scala non viene definita con dei valori monetari ma con degli indici. Spetta al Congresso USA, annualmente, stabilire il valore delle tariffe attraverso l'approvazione di un fattore di conversione degli indici. I valori relativi sono poi aggiustati in base ad un indice di costo geografico, per tenere conto dei diversi costi per l'esercizio della professione medica nelle diverse parti degli USA.

Questo sistema, nella sua prima fase, ha incontrato opposizioni fortissime che hanno portato il Congresso ad una sua applicazione graduale. Le critiche sono dovute al fatto che il nuovo sistema ha radicalmente mutato il sistema tariffario, penalizzando notevolmente le prestazioni ad alto contenuto tecnologico ed alcune prestazioni chirurgiche, mentre ha valorizzato quelle di medicina di base e le visite ambulatoriali.

Ciononostante la «scala di valori relativi basata sulle risorse utilizzate» ha rappresentato, al momento della sua introduzione nei primi anni novanta, un passo avanti perché finalmente ha messo a disposizione un sistema tariffario unico basato anche sull'impegno di lavoro. Il sistema RBRVS è oggi utilizzato per la remunerazione delle prestazioni erogate per conto del programma *Medicare*, ma la classificazione è ancora poco equilibrata nei

«pesi» assegnati alle singole prestazioni ed è inadeguata nella parte relativa alla qualità delle prestazioni.

All'interno di questo sistema valido per tutte le discipline si sono invece approvate delle regole particolari per tre settori che sono l'anestesia, il laboratorio d'analisi e la radiologia, affinché si tenesse conto delle loro specificità. Per la radiologia tutto questo ha significato approvare un proprio specifico sistema denominato *Relative Value Scale* (RVS).

Nella professione radiologica, la RVS è stata sviluppata nel corso di diversi anni. Nel 1965 l'*American College of Radiologists* (ACR) ha deciso di sostituire lo schema precedente basato sui valori relativi con dei valori basati sul tempo e sull'impegno dedicati dal radiologo per ogni singola prestazione (Moorefield, 1993). Nel 1988 l'ACR ha sviluppato una Scala di valore relativo per le procedure radiologiche anche per rispondere alle pressioni del Governo federale sul contenimento dei costi. La scala rifletteva il lavoro medico e i costi di esecuzione di ogni singola procedura. La RVS risultante è stata poi accettata dal programma *Medicare* che, con qualche aggiustamento e correzione, ne ha fatto il sistema di pagamento delle prestazioni radiologiche.

Successivamente l'ACR ha scelto di utilizzare tre indagini per raccogliere i dati utili per una valutazione della validità della Scala di valore relativo. La prima indagine ha misurato la complessità di una procedura in termini di tempo, impegno mentale, abilità tecnica, controllo di qualità ed assicurazione e danno potenziale della procedura al paziente. Una metodologia di comparazione è stata scelta invece per definire il livello di complessità di 45 procedure, mentre una altra ricerca è stata portata a termine per stabilire il costo delle 740 procedure radiologiche, coinvolgendo 400 unità operative

di radiologia. Per valutare i dati venne costituito un *Panel* di consenso che comprendeva un comitato di coordinamento (16 radiologi) e sette *panels* specializzati. Questi ultimi vennero incaricati di verificare, sulla base dei dati pervenuti, le discrepanze principali fra il vecchio sistema RVS basato sul valore e il nuovo RVS basato sul tempo e l'impegno del radiologo. In generale poche discrepanze sono state identificate; tuttavia le inadeguatezze più rilevanti sono state rilevate per le procedure più complesse. Ciò era dovuto al fatto che quando i valori sono stati stabiliti molte nuove procedure «high-tech» si stavano usando da poco e i radiologi non avevano ancora una adeguata conoscenza di queste. Con il tempo, queste procedure sono diventate più ordinarie e, quindi, diversamente dal passato, diventava più facile effettuare una corretta valutazione di grandezza delle prestazioni stesse. Inoltre i *panels* hanno rilevato che è difficile valutare la differenza nell'impegno fra una procedura molto semplice e una molto difficile. Anche se una comparazione delle procedure è stata utilizzata, i processi di valutazione di grandezza tendono a comprimere la differenza fra le procedure semplici e quelle complesse, con il risultato che le prime ne escono sopravvalutate e le seconde sottostimate. Sulla base dei dati raccolti e delle valutazioni del comitato di coordinamento e dei *panel* specializzati, vennero comunque apportate delle modifiche allo schema di RVS che venne completato definitivamente nel 1988. La *Relative Value Scale* risultante contiene oggi tre insiemi di RVS: la RVU (*relative value unit*) globale, la RVU professionale e la RVU tecnica. La prima è la somma delle altre due.

Nel 1992, la RVS formulata dall'*American College of Radiologists* venne incorporata nel sistema statale di pagamento delle prestazio-

ni *Medicare*. L'agenzia governativa *Health Care Financing Administration* (HCFA), che provvede al pagamento delle prestazioni, ha diviso la componente professionale della RVS in tre parti: lavoro, spese di esecuzione e spese per il rischio di errore medico (*malpractice*), sulla base delle percentuali storiche di costo di esecuzione per radiologi che non possiedono la loro propria apparecchiatura (BFCR, RCR, 1999).

La componente professionale della RVS (PCWRVU) viene usata solitamente come lo strumento base per misurare il prodotto del lavoro dei radiologi statunitensi attraverso l'elaborazione di una serie di indici specifici come l'indice di produttività/rendimento, l'indice di disponibilità e l'indicatore di intensità illustrati nella tabella 8.

Le formule per il calcolo degli indici sono destinate a stabilire una metodologia per misurare la *performance* della pratica e a valutare la sua efficienza relativamente alla produzione del lavoro. Per stabilire una base su cui confrontare pratiche diverse e rendere possibile una comparazione nel tempo e con un *mix* di procedure diverse, si è scelto di usare la componente professionale del lavoro della RVU (PCWRVU) come lo *standard* di misura. La RVU offre un piano comune su cui basare tutte le procedure dove la quantità di lavoro richiesto per realizzare ogni indagine è confrontata con il lavoro richiesto per leggere un esame del torace (dove la componente professionale del lavoro RVU è uguale a 0,19).

L'indice di rendimento (cfr. tabella 8) è derivato tabulando tutte le procedure effettuate moltiplicando il codice di ogni procedura per il relativo peso in termini di fattore lavoro che per l'appunto si chiama PCWRVU (cfr. tabella 9).

Quando i PCWRVU totali per tutte le procedure sono stabiliti, quel numero viene diviso per le ore fornite disponibili totali (TASH). TASH è il totale del tempo che i radiologi mettono a disposizione per il lavoro con esclusione delle ferie, delle ore di chiamata non sul luogo, delle ore per l'ECM, delle riunioni del personale, delle conferenze, ecc. Non è sempre necessario comparare l'indice di rendimento con altre unità operative o con altre realtà. Se, per esempio, ci poniamo la domanda se sia necessario aggiungere un altro radiologo al personale, si può comparare l'indice di rendimento attuale con quello degli anni precedenti. Questo potrebbe dimostrare se c'è stato un aumento del carico di lavoro. Il vantaggio dell'uso di *standard* sviluppati all'interno della pratica è che essi confrontano più direttamente il diverso modo di funzionare delle diverse unità operative. Naturalmente il confronto può portare a situazioni imbarazzanti per chi deve prendere decisioni, dato che ci sono unità che possono aver deciso di avere un passo veloce ed altre

Tabella 9 - Definizioni *standard* utilizzate per misurare il rendimento dei radiologi statunitensi

Termini tecnici	Definizione
PCWRVU's totali	Rappresenta il numero delle procedure radiologiche effettuate moltiplicate per la componente professionale (PCWRVU) della RVS relativa ad ogni procedura. I valori della RVU sono pubblicati nel registro federale del 25/11/1991 e successive modificazioni
<i>Total available staffed hours</i> (TASH) = ore fornite disponibili totali	Rappresenta il totale di tutte le ore che un radiologo è disponibile per leggere pellicole e svolgere le indagini e gli studi. Non sono quindi comprese le ore relative alle ferie, alle chiamate non sul luogo, all'ECM, alle riunioni del personale, alle conferenze, alle giornate fuori sede, ecc.
<i>Full time equivalent</i> (FTE) = personale medico a tempo pieno equivalente	Rappresenta il numero minimo di ore lavorate per essere considerato a tempo pieno. Per esempio, un medico che lavora un terzo delle ore di un medico a tempo pieno viene considerato 0,33 FTE. Un radiologo che ha cominciato a lavorare il 1° aprile (e cioè 9 mesi in un anno) viene considerato 0,75 FTE
Procedure totali effettuate	Rappresenta la somma totale di tutte le procedure radiologiche realizzate

Fonte: Radiology business management association, sito web.

Tabella 8 - Indici ed indicatori usati per misurare il lavoro dei radiologi statunitensi

Indici ed indicatori	Formula di calcolo	Definizione
Indice di rendimento	PCWRVU totali diviso le ore fornite disponibili totali (TASH)	Rappresenta la media della componente professionale della RVU per ora fornita disponibile
Indice di disponibilità	Ore fornite disponibili totali (TASH) per anno (che è pari a 2080 ore = 40 ore per 52 settimane) diviso il totale dei radiologi a tempo pieno equivalente (FTE) per anno	Rappresenta la misura del tempo disponibile espresso in ore lavorative annue per radiologo FTE
Indicatore di intensità	PCWRVU totali diviso le procedure totali effettuate	Rappresenta una misura del grado di difficoltà delle procedure realizzate in pratica. Il risultato del calcolo fornirà il numero medio della componente professionale della RVU per procedura. Più alto sarà il numero e più grande sarà il grado di difficoltà della procedura media effettuata

Fonte: Radiology business management association, sito web.

che possono aver deciso di averlo meno serrato.

L'indice di disponibilità si calcola dividendo il TASH per il numero di medici a tempo pieno equivalente (FTE) e rivela un valore che può essere confrontato con altre unità operative per determinare il tempo utilizzato nella pratica radiologica.

L'indicatore di intensità è usato per stabilire la quantità media di unità di lavoro derivate dalla pratica per procedura. Questo contribuirà a determinare il carattere del lavoro, dato che, se il numero è molto elevato, una ampia quantità di elevati PCWRVU è stata realizzata, come per esempio gli esami di RMN. Se il numero è molto basso, vorrà dire invece che tantissime piccole procedure di PCWRVU sono state realizzate, come per esempio gli esami del torace. Nella maggior parte dei casi si ottengono dei numeri intermedi che rivelano una miscela media di procedure di alto e di basso valore (RBMA, sito web).

Con l'introduzione di questo sistema la letteratura statunitense si è conquistata il ruolo di referente principale per la misurazione della produttività del radiologo con la misura del «lavoro medico della RVU per radiologo per anno» (BFCR, RCR, 1999).

Pertanto degli studi sulla produttività dei radiologi americani si trovano con una relativa facilità per cui è stato verificato, per esempio, che il carico di lavoro, nel 1992, non è differito sostanzialmente dalle medie calcolate per il 1989 o il 1986. La media delle procedure di radiologia diagnostica aveva un valore relativo (RVU) di 2,45, mentre l'unità di valore relativo per radiologo a tempo pieno era mediamente di 27.000 unità (RVU/FTE) (BFCR, RCR, 1999). Successivamente, invece, il carico di lavoro dei radiologi americani, calcolato con il sistema RBRVU, è aumentato mediamente del 4% annuo, soprattutto per l'au-

mento degli esami più impegnativi come quelli di TAC, RMN ed interventistici (Conoley, 2000; Bhargavan, Sunshine, 2002).

8. Valutazioni

La produttività dei radiologi varia moltissimo fra un Paese e l'altro ma anche all'interno di uno stesso Paese. L'*Audit Commission* inglese ha verificato, nel 2002, un rendimento assai diverso fra i vari dipartimenti di radiologia, fra radiologi, fra tecnici di radiologia e fra ospedali. L'indagine ha evidenziato anche che i radiologi *consultant* che lavorano negli ospedali di insegnamento sono i più produttivi ma questo è probabilmente dovuto all'ampio utilizzo dei medici in formazione che non viene contabilizzato (Audit Commission, 2002). La stessa cosa avviene in Italia dato che, nel solo anno accademico 2001-2002, gli iscritti alla scuola di specializzazione in Radiologia sono stati 406 (in assoluto al primo posto tra le varie Scuole). I medici specializzandi segnalano di «lavorare negli ospedali universitari anche più di 50 ore a settimana». (A.M.S.C.E. - Associazione medici specialisti della Comunità europea e specialisti in formazione). In sostanza, i medici che frequentano i corsi di specializzazione in radiologia, lavorando a tempo pieno nelle strutture sanitarie per 4 anni, dovrebbero essere inquadrati diversamente, meglio distribuiti tra strutture universitarie e del Servizio sanitario regionale e, fatte salve le specifiche esigenze di apprendimento, considerate una risorsa di cui tener conto. Ad esempio il loro contributo alla produttività, tolto l'anno iniziale, potrebbe essere valutato (in dieci ore settimanali).

Le differenti produttività sono causate da diversi fattori. Ci sono fattori, per esempio, che limitano la precisione della misura della produttività, co-

me la corretta attribuzione del peso assegnato al *case-mix* delle prestazioni che deve riflettere l'intensità delle risorse utilizzate per ogni esame. Tuttavia l'ampia variazione nella produttività dei vari tipi di ospedali richiede delle ulteriori indagini, quanto meno per comprendere come mai e per quali accorgimenti organizzativi taluni dipartimenti di radiologia hanno una elevata produttività (Audit Commission, 2002).

Non è facile valutare il carico di lavoro ovvero la produttività dei radiologi nonostante che da vari anni e in varie parti del mondo si stiano sperimentando vari sistemi di valutazione. La ricerca di un sistema che possa andare bene è stata resa fino ad oggi impraticabile dalla diversità delle singole esperienze nazionali. Pensiamo per esempio al diverso sistema di remunerazione dei radiologi nel mondo o al loro orario di lavoro. Ebbene, per limitarci a questo ultimo aspetto, i radiologi generalmente lavorano per un numero di ore superiore rispetto a quanto previsto nel contratto di lavoro. Questo è stato dimostrato in una ricerca che ha evidenziato che il tempo di lavoro medio per settimana dei radiologi inglesi era 48 ore contro una previsione contrattuale di 10 sessioni (NHDs) di 3,5 ore per un medico a tempo pieno (BFCR-RCR, 2002). I radiologi australiani lavorano mediamente 48,6 ore per settimana. I maschi 49,9 ore mentre le femmine 42,2 ore per settimana. Le ore di lavoro settimanali sono più elevate nella fascia di età 35-54 anni (RANZCR, 2001). Su questi dati influisce anche la presenza femminile dato che è quella che più frequentemente utilizza il *part-time*. Infatti, il 28% circa delle radiologhe australiane sono in *part-time*, per cui, in genere, lavorano meno di 35 ore settimanali. Le radiologhe sono comunque in crescita (tra gli specializzandi rappresentano in genere tra il 30% e il 41% degli

iscritti totali) mentre oggi rappresentano tra il 13% come in Belgio e il 27% come nel Regno Unito del totale dei radiologi. La media nei paesi industrializzati è invece del 20% (RANZCR, 1999).

I dati in nostro possesso inducono infine a richiedere un ulteriore approfondimento sulla produttività dei radiologi italiani. I dati grezzi elaborati a questo proposito indicherebbero un basso carico di lavoro dei radiologi italiani rispetto ai colleghi delle altre nazioni; indicazione questa che va verificata ed eventualmente indagata nelle sue cause.

Anche per questo oggi è assolutamente indispensabile disporre di uno sperimentato e rigoroso sistema di valutazione del lavoro in radiologia sia per le aziende sanitarie che per gli operatori stessi. La carrellata sui vari sistemi di valutazione ha evidenziato l'assenza di un modello che possa soddisfare tutte le esigenze. Probabilmente vale la pena di abbandonare l'idea di trovare un modello universale già bello e pronto. L'inventario dei vari sistemi serve invece a darci utili indicazioni sul modello di valutazione che serve in Italia. Da questo punto di vista alcune indicazioni sorgono spontanee. Innanzitutto il modello americano delle RVS essendo basato soprattutto sul costo delle prestazioni non è utilizzabile in Italia dove i medici non sono pagati a prestazione. Così come non si può utilizzare il sistema del numero di prestazioni per medico radiologo perché non tiene conto dell'impegno che richiedono prestazioni assai diverse. Il modello più appropriato in Italia appare dunque essere quello del peso/tempo da assegnare alle prestazioni. Un sistema, per intenderci, che parta dall'esperienza dei *College Points* ma che consideri nel tempo delle prestazioni anche il tempo medio che i medici utilizzano per la *clinical governance* e per i compiti gestionali.

Uno strumento rigoroso e validato che possa essere utilizzato facilmente in tutte le diagnostiche per immagini italiane e che pertanto abbia anche le seguenti caratteristiche:

- semplicità di uso;
- uniformità di applicazione in tutto il territorio nazionale;
- basso costo di gestione;
- totale integrazione nel sistema informativo dell'azienda sanitaria.

Questo significa che lo strumento per il calcolo del carico di lavoro dei radiologi deve fondarsi sul sistema informativo delle aziende sanitarie e da queste deve essere gestito in modo automatico nel momento stesso in cui vengono registrate le singole prestazioni. Ciò comporta che il sistema di valutazione del carico di lavoro deve essere agganciato al nomenclatore nazionale e valutare le singole prestazioni e non il carico di lavoro per singolo paziente. Naturalmente a questa impostazione di carattere generale potranno essere apportati dei correttivi (semplici ed automatici) nei casi in cui si erogano più prestazioni per lo stesso paziente, dato che i tempi di esecuzione si riducono notevolmente (per esempio, la seconda prestazione effettuata sullo stesso paziente potrebbe «pesare» la metà della prestazione intera).

Questo potrebbe essere lo *standard* base a cui si deve poi aggiungere una quota percentuale di lavoro per impegni non legati all'esecuzione della prestazione radiologica. Essa può variare in relazione al ruolo del medico. Il peso del lavoro manageriale sarà per esempio più ampio per un direttore di unità o di dipartimento e meno per gli altri medici. Tale percentuale potrebbe essere indifferenziata a livello nazionale o (meglio ancora in questa fase iniziale) stabilita a livello aziendale, previa trattativa tra radiologi e direzione generale per tener conto delle realtà locali aziendali e degli impegni

di cui devono farsi carico i singoli radiologi.

BIBLIOGRAFIA

- AIHW (2000), *Medical labour force 1998*, AIHW, Canberra.
- AMWAC AUSTRALIAN MEDICAL WORKFORCE ADVISORY COMMITTEE (2001), *The specialist radiology workforce in Australia*, AMWAC report, Sydney.
- ASSOCIATION CANADIENNE DES RADIOLOGISTES - CAR (2001), *L'accès à des soins de santé de qualité*, CAR, Ottawa.
- AUDIT COMMISSION (2002), *Radiology*, Audit Commission, Wetherby.
- BANSAL S., SUNSHINE H.J. (1995), «Hospital activities of radiology groups in the United States. Result of a 1992 ACR survey», *AJR*, 165, pp. 453-465.
- BHARGAVAN M., SUNSHINE J.H. (2002), «Workload of radiologists in the United States in 1998-1999 and trends since 1995-1996», *AJR*, 179, pp. 1123-1128.
- BIBBOLINO C. ET AL. (2001), «Esperienza di confronto tra indicatori per misurare i volumi di attività in radiologia», *Radiologia Medica*, 102, pp. 391-396.
- BOARD OF THE FACULTY OF CLINICAL RADIOLOGY (BFCR) THE ROYAL COLLEGE OF RADIOLOGISTS (RCR) (2002), *Workload and manpower in clinical radiology*, Royal College of Radiologists, London.
- BOARD OF THE FACULTY OF CLINICAL RADIOLOGY (BFCR) The Royal college of Radiologists (RCR) (2002), *Clinical radiology: a workforce in crisis*, Royal College of Radiologists, London.
- CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION (2001), *CMA Masterfile*.
- CENTRO STUDI MINISTERO DELLA SANITÀ (2001), *Relazione della Commissione per lo studio delle problematiche dei servizi di diagnostica per immagini*, ASI n. 28: 6-16.
- CIHI - Canadian institute for health information, Management information systems (MIS). Sto web: file://A:\carico%20lavoroCanada.htm
- CONFERENZA STATO-REGIONI. DOCUMENTO DI LAVORO (1992), *Soggetti assistiti, livelli uniformi di assistenza sanitaria e standard di organizzazione e di attività del SSN*, Versione del 9/1/1992.
- CONOLEY P.M. (2000), «Productivity of radiologists in 1997: estimated based on analysis of resource-based relative value units», *American journal of roentgenology*, vol. 175, n. 3: 591-595.

- DARTMOUTH MEDICAL SCHOOL (1996), *The Dartmouth atlas of health care*, The Trustees of Dartmouth College.
- DELIBERAZIONE CIPE 20 DICEMBRE 1984: «Ripartizione del fondo sanitario 1985 - parte corrente».
- DYSON R. (1996), *Quality, workload ad effectiveness in radiology*, RCR.
- MEDLICOTT J. (1997), *Radiology workload*, RANZCR (NZ branch) Newsletter.
- MACÉWAN D.W., DYCK D.R., GREENBERG I.D. ET AL. (1994), «Diagnostic imaging management in Manitoba: 1995-2000», *Radiographics*, 14:1109-1118.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, DREES (2001), «Les Médecins, estimations de 1984 à 2000», *série statistiques*, n. 22.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2002a), *Indagine sui servizi di diagnostica per immagini presenti nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate*, Roma.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2002b), *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere, anno 2001*, Roma.
- MOOREFIELD J.M., MACÉWAN D.W., SUNSHINE J.H. (1993), *The radiology relative value scale: its development and implications*, *Radiology*, 187: 317-326.
- NEW ZEALAND HEALTH INFORMATION SERVICE (NZHIS) (2001), *New Zealand workforce statistics 2000*, NZHIS.
- NICOLAS G., DURET M. (1998), *Rapport sur l'adequation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthesie-reanimation, gynecologie-obstetrique, psychiatrie, et radiologie*, Rapport pour le Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris.
- O'DONNELL C., STUCKEY J. (1995), «The 1994 Australian radiology workforce committee report», *Australasian radiology*, 39, pp. 322-328.
- PESARESI F., BAFFONI L., GALLO E., ONCINI L. (2004a), *Le prestazioni di diagnostica per immagini: trends e tipologia*, in corso di pubblicazione su *Tendenze Nuove*, Il Mulino Editore.
- PESARESI F., BAFFONI L., GALLO E., ONCINI L. (2004b), «Il numero dei radiologi: trends e prospettive», in corso di pubblicazione su *Il Sole 24 Ore, Sanità, management*.
- PESAVENTO P. (2001), «A turn-of-the-Century Census», *Decisions in imaging economics*, 14 (1), pp. 22-34.
- RADIOLOGY BUSINESS MANAGEMENT ASSOCIATION RBMA, *Radiologist productivity measurement*, Sito Web: www.rbma.org/products/definitions_2.htm
- ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF RADIOLOGISTS (RANZCR) (1999), *1998 Australian radiology Workforce report*, RANZCR.
- ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF RADIOLOGISTS (RANZCR) (2001), *2000 Australian radiology Workforce report*, RANZCR.
- ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF RADIOLOGISTS (RANZCR) (1999), *Workforce report 1998 - New Zealand*, RANZCR.
- ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF RADIOLOGISTS (RANZCR) (2001), *Workforce survey diagnostic radiologists report 2000 - New Zealand*, RANZCR.
- ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF RADIOLOGISTS (RANZCR) (1999), *Workforce report 1998 - New Zealand*, RANZCR.
- RCR, ROYAL COLLEGE OF RADIOLOGISTS (1993), *Medical staffing and workload in clinical radiology in United Kingdom National Health Service*, London, RCR.
- SIBBALD B. (1999), «Staffing crisis looms, radiologists warn», *CMAJ*, 161 (11).
- SMETS D., SOMER A., VAN OUYTSEL A., DERCO J.P. (1999), *Material and tool of reflections on a medical planning by branch*, Ministry of Social Affairs.
- SUNSHINE J.H., BUSHEE G.R., MALLICK R. (1998), «US radiologists' workload in 1995-1996 and trends since 1991-1992», *Radiology*, 208, pp.19-24.
- SUNSHINE J.H., CYPEL Y.S., SCHEPPS B. (2002), «Diagnostic radiologists in 2000», *American Journal of Roentgenology*, 178, pp. 291-301.
- SNR, SAGO, SIRM (1998), «Modelli di riferimento per la determinazione della produttività dei servizi radiologici», *Il Radiologo*, 3/1998.
- UNSCEAR (2000), *UNSCEAR 2000 report, sources and effects of ionising radiation*, UNSCEAR.

LE RELAZIONI TRA PUBBLICO, PRIVATO E NON PROFIT IN AMBITO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO: UNA RICERCA EMPIRICA NELLA REGIONE LAZIO

Manuela Samantha Macinati

Facoltà di Economia - Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma

SOMMARIO: Introduzione - 1. Le relazioni tra pubblico e privato nella dottrina economico-aziendale - 2. Le relazioni di collaborazione tra pubblico e privato in sanità nell'evoluzione del contesto istituzionale di riferimento - 3. Obiettivi e schema analitico della ricerca - 4. Metodologia della ricerca - 5. Risultati - 6. Discussione e conclusioni.

This paper aims to investigate the collaborative relationships among public, private and non-profit actors within the health sector. The underpinning assumption of this paper is that interorganizational relationships are developed in order to pursue strategic goals, mostly in the single firm's perspective. Accordingly, this paper examines different kinds of collaborative relationships created by providers (hospitals, academic centers, etc.) in the Regional Health Service of Lazio Region (Italy). Evidence show that those relationships could/may assume various forms, although the number of actual managerial experimentation is still narrow (ref. «sperimentazioni gestionali, ex art. 9 bis D.L.vo 502/92»).

Introduzione

L'evoluzione del contesto istituzionale nel quale operano gli istituti titolari di funzioni pubbliche in ambito sanitario ha permesso alle aziende del settore di ridisegnare i propri confini rispetto all'ambiente di riferimento. Il sistema di obiettivi e vincoli attribuiti all'azienda sanitaria e la relativa autonomia della quale gode il *management* sanitario in ordine alle scelte di estensione spaziale, verticale e orizzontale delle combinazioni economiche hanno favorito lo sviluppo di rapporti interaziendali nuovi per tipologia e intensità con una pluralità di attori economici e sociali. Dalla prevalenza di relazioni interaziendali impostate secondo la logica transazionale con il settore privato si è giunti allo sviluppo di rapporti basati sulla logica relazionale con l'attivazione di forme di collaborazione di carattere duraturo in grado di incidere sugli assetti e sul governo delle aziende sanitarie

interessate. I legami di tipo «forte», in cui la relazione tra le aziende si struttura fino a configurare la nascita di *network* formali o di nuovi soggetti giuridici, si stanno progressivamente affiancando ai tradizionali legami di tipo «debole», quali i rapporti di scambio. Anche le relazioni di tipo diadico, che pur mantengono il loro peso, sembrano assumere un significato e un potenziale strettamente connesso alla rete di relazioni in cui gli attori sono inseriti (Anderson *et al.*, 1994).

La stretta correlazione esistente tra obiettivi aziendali e relazioni interaziendali instaurate e l'importanza assunta dalla collaborazione tra pubblico, privato e *non profit* nella creazione di valore economico-relazionale suggerisce di approfondire l'analisi del complesso tessuto di relazioni di collaborazione sviluppate dalle aziende sanitarie per il perseguimento degli obiettivi prefissati.

1. Le relazioni tra pubblico e privato nella dottrina economico-aziendale

Il tema delle relazioni tra le diverse classi di aziende è stato studiato da numerose discipline con finalità e approcci diversi. Partendo dal presupposto che le relazioni interaziendali contribuiscono a generare valore per l'azienda (Doz e Hamel, 1998), i diversi contributi tendono a riflettere la pluralità di motivazioni e obiettivi alla base del loro sviluppo. Le diverse spiegazioni sono state ricondotte ad alcuni paradigmi teorici fondamentali: la teoria dei costi di transazione (Williamson, 1975, 1985, 1991), la teoria della dipendenza delle risorse (Pfeffer e Salancik, 1978; Scott, 1987), la *strategic choice theory* (Jarillo, 1989; Kogut, 1988) la teoria degli *stakeholder* (Jensen e Meckling, 1976; Axelrod *et al.*, 1995; Freeman, 1984, 1994) la teoria dell'apprendimento organizzativo (Hamel, 1991;

Kogut, 1988; Mowery *et al.*, 1996) e la teoria istituzionale (Di Maggio e Powell, 1983; Baum e Oliver, 1991).

La dottrina aziendalistica italiana, nel tentativo di spiegare i rapporti dell'istituto con l'ambiente, ha trattato con particolare attenzione il tema delle relazioni fondamentali che collegano tra loro le varie aziende. Tradizionalmente, tuttavia, tale studio si è concentrato sull'analisi delle relazioni di scambio, in particolare quelle di scambio monetario di carattere competitivo, attuato dalle aziende di produzione. Partendo dal modello sociologico dell'interdipendenza strutturale, la dottrina aziendalistica classica individua nello scambio lo strumento per la realizzazione della complementarità tra tutte le classi di azienda (1) in virtù dell'assunto in base al quale «i costi, i ricavi e i redditi e i patrimoni delle aziende di ogni ordine siano misurati univocamente partendo da valori monetari corrispondenti a tali scambi» (Airoldi *et al.*, 1994). Nonostante la focalizzazione sulle relazioni di scambio di carattere competitivo, anche la dottrina classica sottolinea la rilevanza di altre tipologie di rapporti interaziendali e, in particolare, delle relazioni di collaborazione poiché come scrive Ferrero (1968) «in virtù di tali relazioni economiche interaziendali — relazioni intese in senso lato, al di là dei limiti segnati dagli scambi di mercato — possono aversi aziende oggettivamente interdipendenti». Il tema della collaborazione tra le diverse classi di aziende «quale strumento per un dialettico rapporto tra impresa e ambiente» (Azzini, 1974) viene tuttavia trattato dall'economia aziendale classica allo scopo di enucleare le possibili forme di relazioni che trovano nelle aziende di produzione (2) il proprio punto di riferimento.

Notevole impulso allo studio delle relazioni di collaborazione da parte della dottrina aziendalistica italiana

derivano dallo sviluppo della teoria degli *stakeholder*. Solo in tempi relativamente recenti rispetto a quanto accaduto a livello internazionale, la letteratura economico-aziendale italiana ha iniziato dunque a studiare le relazioni non competitive di cooperazione in maniera autonoma come fenomeno dal quale discendono implicazioni di carattere strategico e organizzativo di preminente rilievo.

A partire dagli anni '80, si è assistito al passaggio dalla logica dimensionale (la grande azienda che sottomette alla sua gerarchia tutte le fasi del ciclo produttivo integrale) a quella relazionale, basata sulla sistematica collaborazione nella catena del valore, alla quale possono riconnettersi benefici in termini di efficienza e di creazione del valore (Cavaliere, 1999). Nelle relazioni di cooperazione, infatti, non si effettua un «gioco a somma zero» dove l'aumento di risorse ottenute da un *partner* si traduce in una riduzione delle risorse disponibili per l'altro. L'obiettivo cui si tende è quello di accrescere il valore prodotto, sfruttando le «potenzialità realizzabili solo mediante l'integrazione delle attività e delle risorse controllate da ognuno» (Ferrero e Cherubini, 1999). Le relazioni non competitive tra le aziende si sostanziano in una pluralità di forme di aggregazione che la dottrina ha variamente classificato a seconda degli scopi perseguiti. Tuttavia è possibile individuare alcuni tratti caratteristici dei rapporti di collaborazione. Essi, fondati su una convergenza di interessi e finalizzati al conseguimento di congiunti obiettivi, presuppongono un significativo coinvolgimento dei *partner* in termini di apporto e scambio di risorse umane, competenze distintive, risorse finanziarie e tecnologiche, capacità manageriali e imprenditoriali (Zuffada, 2000).

Nel contesto delle relazioni non competitive si collocano anche le rela-

zioni di collaborazione tra soggetti pubblici e tra queste e le aziende private. Secondo Rondo Broveto (1996), «la collaborazione tra imprese e amministrazioni pubbliche implica una relazione attraverso la quale ciascuna delle due parti trovi più agevole il raggiungimento dei propri fini [...] e, per quanto i fini di ciascuna azienda siano eterogenei, gli interessi sono convergenti o addirittura comuni». La collaborazione, dunque, consente sia alle amministrazioni pubbliche che alle aziende private di perseguire le proprie finalità. Tale eventualità si verifica, a ben vedere, anche nei rapporti di scambio. Tuttavia, mentre in quest'ultimo caso gli specifici interessi sono divergenti e contrapposti, il presupposto per lo sviluppo di relazioni di collaborazione è il perseguimento di obiettivi comuni che non potrebbero essere realizzati in modo altrettanto efficiente se non attraverso la collaborazione. Altri presupposti per lo sviluppo di relazioni di collaborazione tra aziende pubbliche e private sono relativi all'esistenza di condizioni ambientali tali affinché la convergenza di interessi si consolidi e alla capacità di gestione della relazione da parte dei soggetti coinvolti (Rondo Broveto, 1996).

2. Le relazioni di collaborazione tra pubblico e privato in sanità nell'evoluzione del contesto istituzionale di riferimento

Ispirandosi al movimento del *New Public Management* e facendo proprio l'approccio economico-aziendale alla Pubblica amministrazione, i decreti di riforma del Servizio sanitario nazionale (Ssn) (D.L.vo 502/92 e 517/93) hanno esaltato la dimensione aziendale degli erogatori sanitari quale mezzo per il perseguimento delle finalità generali di istituto. Lo spazio economico occupato dalle aziende sanitarie, la

cui ampiezza dipende dall'intensità (quantità e qualità) delle relazioni che le aziende sono sollecitate ad attivare (Cavalieri, 1999), si è progressivamente ampliato in funzione dell'evoluzione degli obiettivi e dei vincoli attribuiti alle stesse dal contesto istituzionale di riferimento e dei rinnovati spazi di autonomia concessi al management sanitario per la gestione delle combinazioni economiche.

Il passaggio da logiche di integrazione orizzontale e verticale, tipiche del periodo che va dagli anni '80 agli anni '90, a quelle di deintegrazione, delineate dai decreti di riforma del Ssn (D.L.vo 502/92 e D.L.vo 517/93), ha indotto le aziende sanitarie a perseguire prioritariamente i vantaggi derivanti dalla specializzazione istituzionale e gestionale-organizzativa (Del Vecchio, 2003). La tendenza verso la specializzazione, limitando l'autonomia delle aziende sanitarie neo-costituite, ha creato le condizioni per un intenso sviluppo di relazioni interaziendali con altri soggetti pubblici, privati e *non profit*. In questo contesto, la possibilità da parte del *management* sanitario di effettuare delle scelte autonome rispetto all'estensione verticale delle combinazioni economiche, ha dato notevole impulso alle relazioni instaurate con soggetti privati per l'esternalizzazione di alcune funzioni e, in particolare, quelle ancillari (lavanderia, mensa, pulizie ecc.) (Gasparri e Macinati, 2003) che permettessero il contenimento dei componenti negativi di reddito e la sostituzione dei costi fissi con costi variabili. Si tratta, tuttavia, di relazioni ancora informate a una logica transazionale basata, in massima parte, sulla sostituibilità della controparte e sulla reciproca autonomia. Differente è il tipo di rapporto instaurato per l'esternalizzazione di servizi di maggior rilievo ai fini del conseguimento delle finalità istituzionali e dell'efficienza gestionale. Nel-

l'esternalizzazione di servizi quali quelli informativi e informatici o infermieristici è possibile scorgere i tratti caratteristici dell'*outsourcing* collaborativo contraddistinto da una notevole interazione tra le parti, fiducia e condivisione del *know-how* (Suarez-Villa, 1998). In questi casi, la logica che guida lo sviluppo delle relazioni interaziendali non è più di tipo puramente transazionale; ad essa si affianca, o addirittura si sostituisce, un'ottica di tipo relazionale.

Un significativo impulso allo sviluppo di relazioni interaziendali più «evolute» rispetto a quelle di puro scambio è offerto dalla recente progressiva introduzione di logiche di *governance* nell'esercizio delle funzioni e dei poteri pubblici. Il superamento dell'ottica intra-istituzionale, tendente al conseguimento dell'efficienza dell'organizzazione, e il passaggio a quella inter-istituzionale, tendente al conseguimento della *policy effectiveness* (Newmann, 2002; Kickert, 1997), richiede lo sviluppo di una serie di relazioni cooperative con altri soggetti pubblici e privati che possono contribuire alla creazione di valore per la collettività. In questo quadro di più ampio respiro, viene a delinearsi una ulteriore fase di evoluzione del Ssn dominata dalla ricerca di sinergie e razionalità a livello di sistema (Del Vecchio, 2003). Simile impostazione, accolta dal legislatore in diversi provvedimenti normativi, nasce dalla constatazione delle interdipendenze esistenti tra i soggetti direttamente o indirettamente impegnati nel processo assistenziale e costituisce il presupposto per la costruzione di un sistema capace di conseguire obiettivi di salute univoci e convergenti. In questa fase, il problema prioritario diviene il governo della rete di relazioni che si instaurano tra soggetti diversi per finalità specifiche e cultura aziendale.

Il tema della collaborazione tra pubblico e privato nel Ssn è stato per la prima volta affrontato dalla L. 412/91 attraverso l'introduzione dell'istituto della sperimentazione gestionale. Senza fornirne una precisa definizione, l'articolo 4 di detta legge si riferisce in termini generici alla possibilità di attuare forme di collaborazione tra pubblico e privato, anche in deroga alla normativa vigente, finalizzate all'acquisizione di risorse finanziarie, di conoscenza e di esperienza. Questa norma sembra riflettere la logica di deintegrazione che ha caratterizzato il settore sanitario negli anni '90. Attraverso la previsione di uno specifico istituto giuridico, la sperimentazione gestionale, il legislatore accoglie l'idea che alla specializzazione non possa non corrispondere un aumento del grado di interdipendenza tra l'azienda sanitaria e altri soggetti pubblici e privati. Sebbene sottoposto a diverse limitazioni, l'istituto della sperimentazione gestionale è stato ripreso sia dal D.L.vo 502/92 (art. 9 *bis*) che dal successivo D.L.vo 229/99 (art. 10). La legge 405 del 2001 interviene successivamente a modificare l'articolo 9 *bis* del D.L.vo 502/92 sottraendo le sperimentazioni gestionali all'autorizzazione della Conferenza Stato-Regioni e rimettendole alla sola volontà regionale. La Regione Lazio, contesto nel quale il lavoro di ricerca si sviluppa, non ha ancora emanato specifiche norme in tal senso.

L'esaltazione della dimensione aziendale degli organismi sanitari e la necessità di sviluppare relazioni interaziendali con soggetti privati si rinvencono altresì nella Legge finanziaria 2002. L'articolo 29 prevede la possibilità per le pubbliche amministrazioni di acquistare sul mercato servizi originariamente prodotti al proprio interno, a condizione di ottenere economie di gestione, attraverso la costituzione di soggetti di diritto privato cui

affidare lo svolgimento di tali attività o attraverso l'attribuzione di tali servizi, attraverso gara pubblica, a soggetti di diritto privato già esistenti.

Il tema delle relazioni di collaborazione tra i soggetti del Ssn è altresì auspicata dal Piano sanitario nazionale 2003-2005 che, per la gestione di particolari categorie di pazienti, prevede la creazione di sistemi reticolari tra organizzazioni sanitarie pubbliche, soggetti privati e terzo settore (obiettivo 2). Dalla lettura della norma sembra emergere la tendenza verso il superamento della fase di deintegrazione e l'avvicinamento a un sistema sanitario integrato «virtualmente» che tenta di sfruttare le sinergie che naturalmente intercorrono tra soggetti impegnati, direttamente o indirettamente, nel processo assistenziale. In questa prospettiva, le relazioni di collaborazione contribuiscono non solo al conseguimento degli obiettivi istituzionali del Ssn, ma anche all'integrazione di interessi e finalità divergenti dei quali sono portatori le istituzioni, le forze sociali, il mondo imprenditoriale e finanziario.

L'interesse per lo sviluppo di forme di collaborazione tra settore pubblico e privato in campo socio-sanitario è testimoniato anche dal crescente numero di iniziative in tal senso. Per quanto riguarda le sperimentazioni gestionali, nel quadriennio 1993-1997 furono approvati nove progetti sperimentali, tra i quali la *partnership* tra il dipartimento interaziendale Civico-Cervello di Palermo e il Medical Center di Pittsburgh per la realizzazione di un dipartimento di trapianti d'organo a Palermo attraverso la costituzione di una società mista a responsabilità limitata. Spunti di riflessione interessanti emergono da una recente ricerca dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr) che nel 2002 ha effettuato una ricognizione sistematica dello stato di attuazione dei rapporti di

collaborazione rientranti nella disciplina dell'articolo 9 *bis* del D.L.vo 502/92 in tema di sperimentazioni e innovazioni gestionali e delle iniziative di collaborazione riconducibili all'autonoma iniziativa delle aziende sanitarie. Delle 135 iniziative censite, il 29% si sostanziano nella costituzione di nuovi soggetti giuridici, realizzati prevalentemente attraverso la società mista pubblico/privato, aventi come oggetto lo svolgimento di attività sanitaria. Assumono un rilievo significativo anche le collaborazioni che prevedono l'adozione di strumenti innovativi, tra le quali si registrano nove casi di *project financing*, spesso connessi alle concessioni di costruzione e gestione, e otto esperienze di *global service*.

Il crescente interesse per lo sviluppo di relazioni di collaborazione con soggetti privati in ambito sanitario non è un fenomeno esclusivamente italiano. Esperienze analoghe si registrano ad esempio in Gran Bretagna, dove si è avuta un'intensa proliferazione di nuove forme di collaborazione tra pubblico e privato nella gestione della sanità e degli enti locali. Nel *National Health Service* (NHS) inglese le forme di collaborazione — definite nel linguaggio internazionale *Public - Private Partnerships* (PPPs) — hanno assunto, a partire dal 1992, soprattutto la forma della *Private Finance Initiative* (PFI), che prevede l'impiego di capitali privati per la realizzazione di infrastrutture e la fornitura di servizi collettivi agli organismi pubblici. Nonostante i pareri contrastanti circa l'efficienza delle PFI (3), esse rappresentano a tutt'oggi il mezzo principale di finanziamento dei maggiori investimenti nel NHS inglese. Il superamento della tradizionale dicotomia tra pubblico e privato è evidente anche in sistemi sanitari di altri Paesi quali la Spagna e la Svezia, che presentano un assetto istituzionale,

modalità di finanziamento e sistemi di programmazione simili a quelli adottati nel Ssn. In questi Paesi, i meccanismi di concorrenza tra erogatori pubblici e privati sono stati sostituiti da forme di collaborazione, o sperimentazioni gestionali, che assumono forme variegata. Tra le più significative è possibile ricordare il caso delle Fondazioni pubbliche sanitarie (FPS) in Galizia (Spagna) e quello dell'accordo di gestione di un ospedale pubblico da parte di una impresa privata quotata in borsa in Svezia.

3. Obiettivi e schema analitico della ricerca

La rilevanza assunta dal fenomeno della collaborazione tra istituti diversi per finalità istituzionale e la carenza di studi sistematici relativi al settore suggerisce di approfondire l'analisi delle relazioni di collaborazione sviluppate tra le aziende sanitarie e l'ambiente di riferimento.

Partendo dall'assunto dell'esistenza di un vincolo di causalità tra obiettivi aziendali e relazioni interaziendali instaurate, il presente lavoro si propone di individuare e analizzare le relazioni di collaborazioni sviluppate dalle aziende sanitarie pubbliche ed equiparate con altri soggetti pubblici, privati e *non profit* nella Regione Lazio. L'autonomia gestionale e imprenditoriale concessa al direttore generale dai decreti di riforma consente di definire, attraverso l'atto aziendale di diritto privato (ex art. 3 D.L.vo 229/99), l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda per il perseguimento dei propri fini istituzionali. Inoltre, attraverso il piano strategico aziendale, vengono definiti gli obiettivi strategici di carattere economico-finanziario, organizzativo e istituzionale. Gli accordi interaziendali stipulati dovrebbero riflettere la tensione dell'organizzazione verso il conseguimento degli obiettivi

prefissati che, da enunciazioni di principio, si traducono in comportamenti (Buschor e Schelder, 1992).

L'indagine, pur contemplando una parte generale circa i rapporti di collaborazione ritenuti significativi per il conseguimento dei risultati aziendali, si sofferma anche sulle eventuali relazioni di collaborazione realizzate a titolo di sperimentazione gestionale (ex art. 9 *bis* D.L.vo 502/92 e successive modifiche) e di progetti di integrazione socio-sanitaria.

La ricerca esplorativa intende dunque rispondere a quattro domande.

1) Quali sono gli obiettivi strategici perseguiti dalle aziende sanitarie pubbliche o equiparate (Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Policlinici e Aziende universitarie) presenti nel territorio laziale?

2) Quali sono le tipologie di rapporti di collaborazione realizzati dalle aziende sanitarie nel contesto regionale considerato?

3) Quali sono le aree di sviluppo dei rapporti di collaborazione? (Quali aree aziendali sono interessate? Quali attività formano oggetto di rapporto di collaborazione?).

4) Quali sono state le modalità seguite per la progettazione e la realizzazione della relazione di collaborazione?

All'indagine di carattere esplorativo il presente lavoro affianca uno studio di tipo descrittivo. Assumendo come punto di vista privilegiato quello di uno specifico attore istituzionale, il Direttore generale di azienda sanitaria, l'indagine descrittiva si propone di verificare le motivazioni alla base dello sviluppo della relazione di collaborazione. Tuttavia, un comportamento coerente con gli obiettivi aziendali per intensità e direzione dello sforzo potrebbe non produrre risultati soddisfacenti per l'esistenza di ostacoli interni ed esterni all'azienda con-

siderata. Le ipotesi di ricerca e le variabili impiegate si propongono anche di verificare le difficoltà incontrate nella successiva fase di gestione del rapporto. Inoltre, in considerazione della tesi avanzata dalla letteratura internazionale in tema di eccessivo ottimismo relativo ai benefici attesi dalla relazione interaziendale (Doz e Hamel, 1998; Hatfield e Pearce, 1994), la ricerca descrittiva si propone di confrontare i risultati attesi con i risultati effettivamente conseguiti.

4. Metodologia della ricerca

Gli obiettivi di ricerca sono stati perseguiti attraverso la predisposizione e l'invio di un questionario ai Direttori generali delle Aziende ospedaliere (Ao), delle Aziende sanitarie locali (Asl), dei Policlinici/Aziende universitarie/e e degli Istituti di ricovero e cura di carattere scientifico (Irccs) con sede legale nel territorio laziale. Il questionario si articola in quattro diverse aree di indagine: gli obiettivi strategici aziendali, le relazioni di collaborazione ritenute significative al fine del raggiungimento degli obiettivi aziendali, le relazioni di collaborazione avviate a titolo di sperimentazione gestionale (ex art. 9 *bis* D.L.vo 502/92) e le relazioni di collaborazio-

ne realizzate con il Comune ai fini dell'integrazione socio-sanitaria.

Gli accordi interaziendali di collaborazione sono stati indagati non solo verificando la quantità e la tipologia di rapporti instaurati da ciascuna azienda nelle aree prima indicate, ma anche approfondendo l'analisi dei tre momenti fondamentali di una relazione collaborativa (Zuffada, 2000):

— la progettazione, con riferimento alla definizione degli attori coinvolti, degli obiettivi generali, dei contenuti specifici e delle modalità di regolazione del rapporto;

— la gestione, con riferimento allo svolgimento dell'attività prevista da parte dei diversi attori e l'adozione da parte di questi ultimi dei comportamenti attesi;

— l'eventuale cessazione dell'accordo interaziendale e/o riposizionamento dello stesso.

Per l'analisi delle relazioni di collaborazione ritenute significative ai fini del raggiungimento degli obiettivi aziendali e per le sperimentazioni gestionali, il questionario è stato strutturato in modo da indagare alcune variabili di carattere quali-quantitativo ritenute significative sia per l'analisi di tipo esplorativo che per quella di tipo descrittivo. Tali variabili impiegate sono sintetizzate in tabella 1.

Tabella 1 - Le variabili indagate nelle relazioni di collaborazione e nelle sperimentazioni gestionali

Soggetti coinvolti
Modello giuridico adottato
Area aziendale interessata
Motivazioni
Obiettivi
Caratteristiche del <i>partner</i>
Modalità di progettazione e controllo dell'iniziativa
Problematiche attuative
Risultati conseguiti

Le relazioni di collaborazione realizzate con il Comune in ambito socio-sanitario sono state indagate soprattutto allo scopo di evidenziare le difficoltà che si frappongono alla reale integrazione (indagine descrittiva). Ciò nonostante, sono stati formulati diversi quesiti volti alla rilevazione di dati quantitativi e qualitativi relativi alle caratteristiche delle iniziative (indagine esplorativa).

Il questionario conteneva domande aperte, domande a scelta multipla (alle quali era possibile fornire più risposte) e domande alle quali il rispondente è stato chiamato fornire il proprio grado di accordo attraverso una scala Likert 1-5. La pluralità di formule impiegate, sebbene possa aver «appesantito» la fruibilità del questionario, è apparsa indispensabile per il conseguimento degli obiettivi di ricerca.

Il questionario, dopo una fase pilota, è stato inviato alla totalità delle strutture sanitarie pubbliche ed equiparate con sede legale nel territorio laziale. Il tasso di ritorno è stato del 65,4%; dei 17 rispondenti, tre sono Ao, due sono Policlinici universitari, cinque sono Irccs e sette sono Asl (tabella 2).

5. Risultati

La quantità e la qualità dei dati raccolti grazie alla somministrazione del questionario (dati al giugno 2003) si è prestata allo sviluppo di analisi quantitative e valutazioni qualitative coerenti con gli obiettivi perseguiti dal presente lavoro.

In virtù dell'assunto dell'esistenza di una relazione causale tra obiettivi e relazioni di collaborazione instaurate, la prima sezione del questionario è stata dedicata all'individuazione degli obiettivi perseguiti dalla specifica azienda. I rispondenti sono stati chiamati a indicare i propri obiettivi strategici attraverso una scala Likert 1-5. In

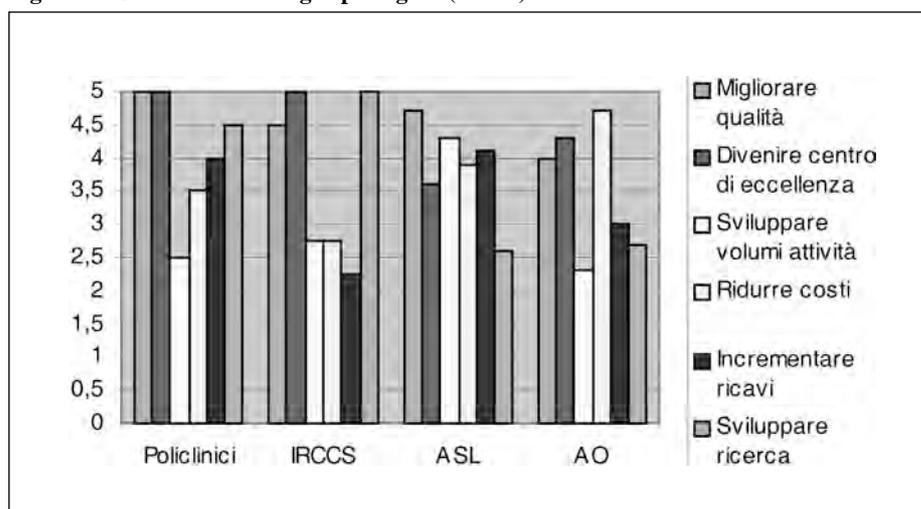
figura 1 sono riportate le medie degli obiettivi dichiarati dai rispondenti distinti per tipologia di azienda considerata. Il miglioramento del livello qualitativo della prestazione offerta è un obiettivo particolarmente sentito da tutte le aziende rispondenti. Tuttavia esso risulta prioritario per i policlinici (media: 5) e per le Asl (media: 4.7). Gli stessi Policlinici e gli Irccs considerano prioritario il divenire centro di eccellenza nel trattamento di talune patologie (media: 5 per entrambe le aziende) mentre l'incremento dei volumi di attività è un obiettivo strategico delle sole Asl (media: 4.3). Per

quanto riguarda il vincolo del pareggio di bilancio, l'esigenza del contenimento dei costi è sentita dalle Ao (media: 4.7) e in misura nettamente inferiore dalle altre aziende; l'incremento dei ricavi è significativo esclusivamente per le Asl (media: 4.1) e per i policlinici (media: 4). Per le Asl questa risposta è coerente con l'obiettivo dell'innalzamento dei volumi di attività, mentre per i Policlinici, che non considerano quest'ultimo un obiettivo prioritario, essa potrebbe essere ricondotta all'obiettivo di divenire un centro di eccellenza nel trattamento di patologie maggiormente remunerative.

Tabella 2 - I rispondenti

Tipologia di azienda	Totale Lazio	Rispondenti	
	Valore assoluto	Valore assoluto	Valori %
AO	4	3	75,0%
Policlinici universitari/aziende universitarie	4	2	50,0%
IRCCS	6	5	83,3%
ASL	12	7	58,3%
Totale	26	17	65,4%

Figura 1 - Gli obiettivi strategici perseguiti (media)



Coerentemente con le finalità assegnate dall'assetto istituzionale, lo sviluppo della ricerca è dichiarato un obiettivo strategico prioritario dagli Irccs (media: 5) e dai Policlinici universitari (media: 4,5).

La seconda sezione del questionario si proponeva di indagare i rapporti di collaborazione ritenuti rilevanti al fine del raggiungimento degli obiettivi prefissati. A tale proposito, due rispondenti, e in particolare due Irccs, hanno dichiarato di non ritenere particolarmente significativa, al momento della risposta al questionario, alcuna relazione di collaborazione. Una delle due aziende ha tuttavia sottolineato che alcuni rapporti di collaborazione funzionali al perseguimento degli obiettivi strategici erano in quel periodo in via di definizione. Tali aziende sono state escluse dalle elaborazioni che seguono.

Dal punto di vista dei *partner* scelti dalle aziende sanitarie per lo sviluppo di relazioni di collaborazione, i risultati sono mostrati in figura 2. Non sussistono, da questo punto di vista, differenze significative tra le diverse tipologie di aziende. La scelta del *partner*, inoltre, si è rivelata difficoltosa solo per una delle aziende rispondenti.

Per quanto riguarda il contributo atteso dal *partner*, un'azienda non ha fornito indicazioni in tal senso. Il 100% delle rimanenti ha indicato di aver scelto un determinato *partner* in funzione dell'apporto di competenze specialistico-professionali. In quattro casi l'apporto atteso è anche di tipo gestionale mentre in uno il contributo desiderato è anche di tipo finanziario.

I modelli contrattuali adottati per lo sviluppo delle relazioni di collaborazione sono indicati in figura 3. Nel 35% dei casi segnalati, il modello contrattuale adottato è quello della convenzione con soggetti privati di particolare rilevanza nell'area sanitaria. Significativo è anche il ricorso a contrat-

ti per l'esternalizzazione di alcune funzioni. Da segnalare l'esperienza di un Irccs di diritto privato che ha partecipato alla costituzione di un nuovo soggetto giuridico, una fondazione, per il perseguimento delle proprie finalità di ricerca.

In tabella 3 sono riportati i modelli adottati per tipologia aziendale. Le Asl sono state le aziende che hanno adottato la gamma più vasta di modelli per la formalizzazione delle relazioni di collaborazione.

Le aree aziendali interessate dai rapporti di collaborazione risultano

numerose. In figura 4 è indicato il numero di aziende che hanno dichiarato di aver attivato rapporti di collaborazione nelle diverse aree aziendali (area dei servizi sanitari a pagamento, area dei servizi socio-sanitari, area dei servizi ausiliari generali ecc.). Le Asl, seguite dalle Aziende ospedaliere, risultano essere gli istituti che hanno coinvolto il numero maggiore di aree nello sviluppo di relazioni di collaborazione. Da notare, inoltre, che solo le Asl hanno attivato relazioni di collaborazione nell'area dei servizi diagnostici. La voce «Altro», indicata da un

Figura 2 - I *partner* nelle relazioni di collaborazione

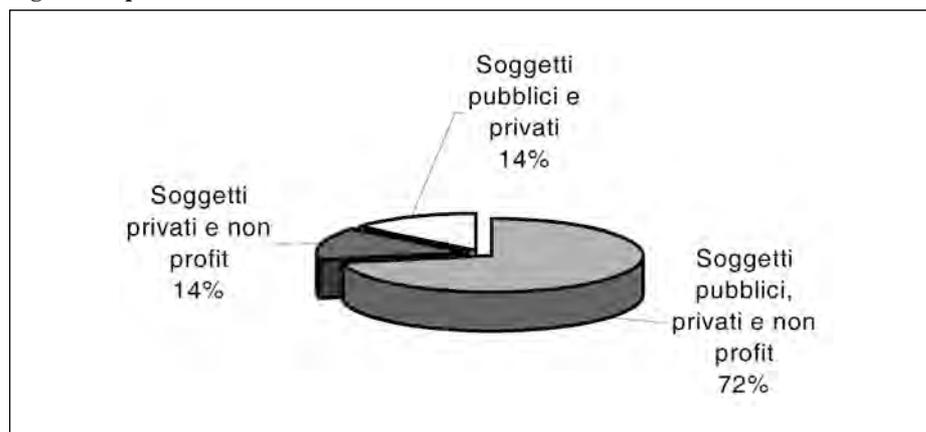
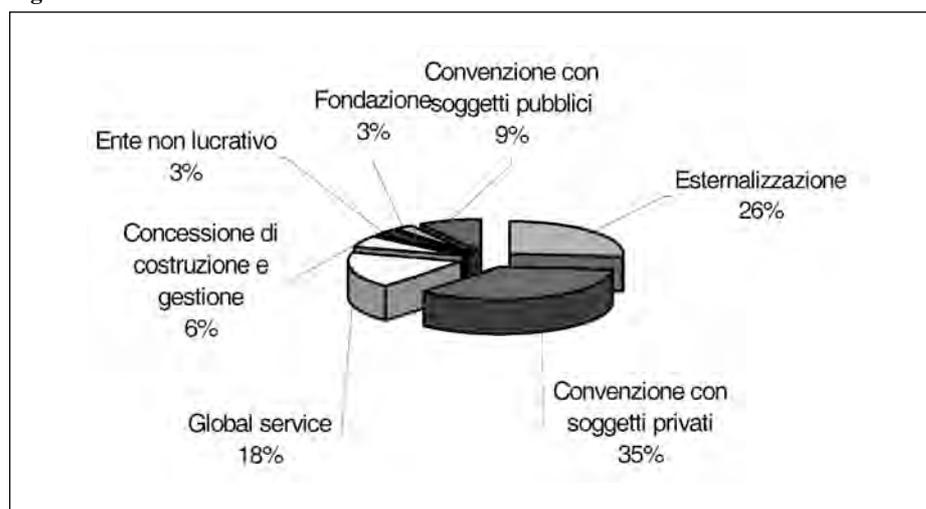


Figura 3 - I modelli adottati



Irccs, è relativa a relazioni di collaborazione sviluppate nell'area della ricerca scientifica.

In tabella 4 sono riportati i modelli adottati per area aziendale.

È stato chiesto alle aziende di indicare le motivazioni alla base dello sviluppo di relazioni di collaborazione attraverso una domanda a scelta multipla che contemplava quattro diverse possibilità: «Esigenze economico-finanziarie», «Esigenze strutturali», «Esigenze connesse alla gestione delle risorse umane» e «Altro». In figura 5 sono indicati i risultati. La voce «Altro» è relativa a motivazioni connesse all'attività di ricerca scientifica. Il 71,5% delle Asl ha indicato che le relazioni di collaborazione instaurate sono state dettate da tutte le motivazioni proposte nella domanda a scelta multipla. Il restante 28,5% ha indicato esclusivamente esigenze strutturali. Non sussistono differenze significative tra le altre tipologie di aziende in termini di motivazioni che hanno ispirato lo sviluppo di rapporti di collaborazione.

Per quanto riguarda i risultati attesi dalla realizzazione delle relazioni di collaborazione, coerentemente con gli obiettivi strategici dichiarati, l'85% dei rispondenti ha indicato il miglioramento della qualità dell'assistenza. Seguono, a «pari merito», la riduzione dei costi e il miglioramento dell'efficienza (71%). Questi risultati sono attesi sia dalle aziende che hanno dichiarato tra i propri obiettivi strategici prioritari il contenimento dei costi, sia da aziende che avevano indicato altri obiettivi aziendali. Solo una delle aziende rispondenti ha dichiarato di perseguire obiettivi di incremento dei ricavi. Tre aziende hanno indicato nella voce «Altro» rispettivamente obiettivi di flessibilità aziendale, di sviluppo dell'attività di ricerca e l'offerta di prestazioni altrimenti non erogabili a

Tabella 3 - I modelli adottati per tipologia aziendale

	Concessione di costruzione e gestione	Ente non lucrativo	Fondazione	Esternalizzazione	Global service	Convenzione	Altro
Ao				×		×	
Policlinici				×	×	×	
Irccs			×			×	×
Asl	×	×		×	×	×	×

Figura 4 - Le aree aziendali interessate dai rapporti di collaborazione

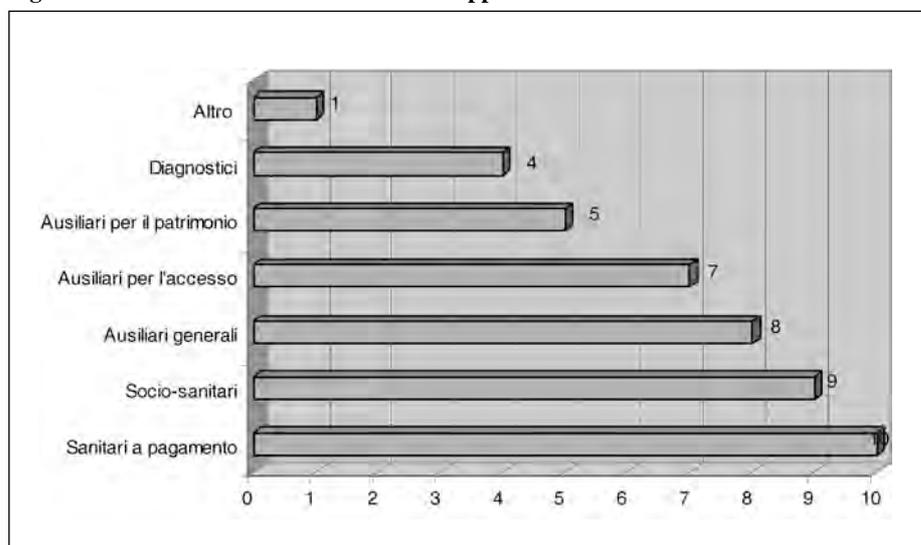


Tabella 4 - I modelli adottati per area aziendale

	Ausiliari generali	Ausiliari per l'accesso	Ausiliari connessi al patrimonio	Diagnostici	Sanitari a pagamento	Socio-sanitari	Altro
Concessione di costruzione e gestione			2				
Ente non lucrativo						1	
Fondazione							1
Esternalizzazione	6	1	1	1	1	2	
Global service	2	2	2				
Convenzione privati		4			9	1	
Altro				3		5	

causa di problematiche di carattere strutturale.

Le relazioni di collaborazione sono state indagate anche dal punto di vista delle metodiche di progettazione e controllo dell'iniziativa. Quattro aziende non hanno fornito alcuna risposta in tal senso. Solo un'azienda ha indicato di non aver predisposto il piano economico-finanziario annuale e pluriennale dell'iniziativa mentre tutti i rispondenti hanno dichiarato di aver predisposto degli indicatori di valutazione e monitoraggio della relazione.

Per quanto riguarda le problematiche riscontrate in sede di attuazione dell'iniziativa di collaborazione, il questionario è stato predisposto in modo da rilevare sia le difficoltà di natura giuridica, sia quelle di carattere organizzativo interno. Dal primo punto di vista, solo tre delle aziende rispondenti hanno indicato problematiche connesse al diritto societario, al diritto amministrativo e al diritto del lavoro. Confrontando queste risposte con quella relativa al modello adottato per disciplinare la relazione di collaborazione, è stato agevole verificare che le problematiche giuridiche sono state riscontrate proprio da quelle aziende che hanno sperimentato for-

mule di collaborazione diverse da quelle più consuete (ad esempio le convenzioni) come enti non lucrativi e concessione di costruzione e gestione. Per quanto riguarda le difficoltà riconducibili ad aspetti interni all'azienda considerata, i risultati sono evidenziati in figura 6. Le aziende che hanno riscontrato le maggiori difficoltà sono state le Asl, le quali, in particolare lamentano rigidità amministrativo-burocratiche. Queste ultime non sono in-

vece percepite dalle Ao che sottolineano, quale criticità di maggior rilievo, la preoccupazione presunta o accertata, di monitorare i risultati qualitativi delle relazioni di collaborazione instaurate.

I risultati conseguiti dalle aziende grazie allo sviluppo di relazioni di collaborazione in termini di «Riduzione dei costi», «Incremento dei ricavi», «Miglioramento della qualità dei servizi offerti», «Miglioramento dell'ef-

Figura 5 - Le motivazioni all'origine delle relazioni di collaborazione

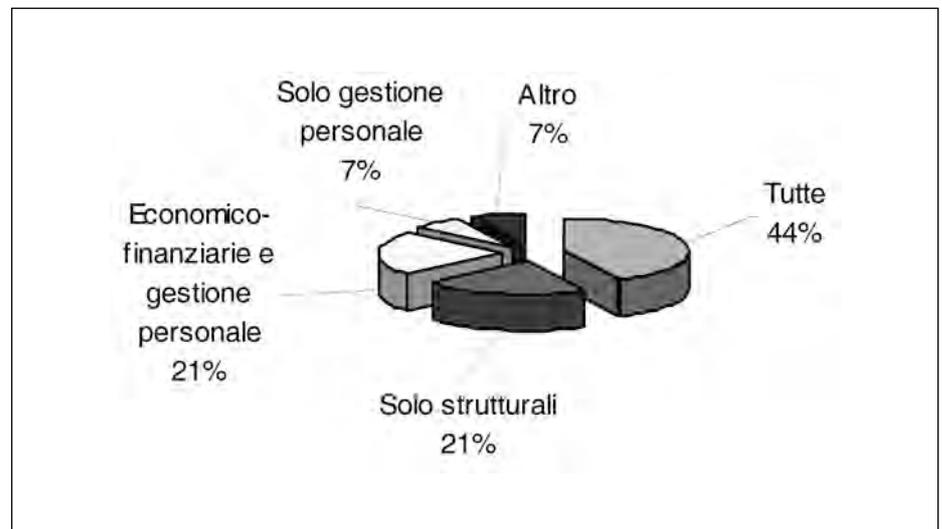
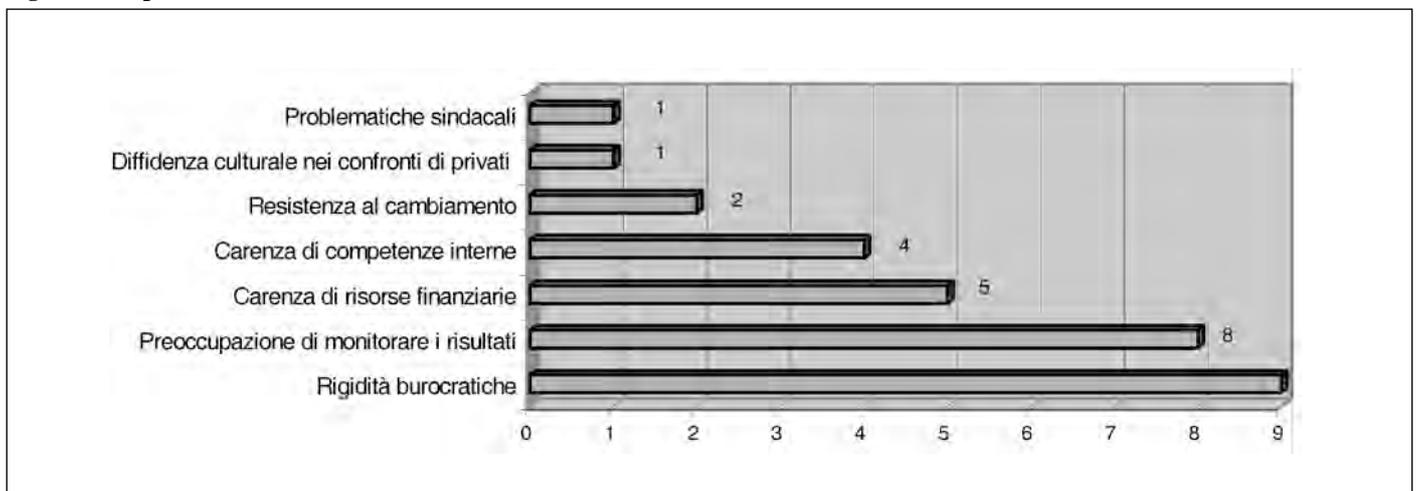


Figura 6 - Le problematiche attuative riscontrate



ficacia» e «Altro» sono stati oggetto uno specifico quesito al quale le aziende sono state chiamate a rispondere attraverso l'ausilio di una scala Likert (1-5). Quattro aziende non hanno risposto alla specifica domanda (due Ao, un Policlinico, una Asl). Due di esse hanno sottolineato di non avere parametri di confronto trattandosi di servizi/attività di nuova istituzione. In figura 7 è riportata la media dei risultati indicati dai rispondenti. Dai dati emerge come il miglioramento della qualità, risultato atteso dallo sviluppo delle relazioni di collaborazione da circa l'85% dei rispondenti, sia stato conseguito dalle Ao, dai Policlinici e dalle Asl. Non risulta particolarmente significativo per gli Irccs (media: 3). Il contenimento dei costi, risultato atteso dallo sviluppo della relazione di collaborazione da oltre il 70% delle aziende, non sembra essere stato conseguito se non dai Policlinici.

È stato inoltre chiesto alle aziende sanitarie di indicare quale aspetti delle relazioni di collaborazione potevano essere ritenuti maggiormente significativi al fine del raggiungimento degli obiettivi. Il 66,6% dei rispondenti ha ritenuto rilevante l'apporto di competenze da parte del *partner* mentre il 55,5% degli stessi considera importanti gli aspetti connessi alla riduzione di vincoli relativi alla gestione del personale. Quest'ultimo aspetto è indicato dalla totalità delle Ao rispondenti. Solo il 22% dei rispondenti giudica rilevante l'aspetto relativo alla riduzione dei vincoli alla gestione degli acquisti.

Per comprendere se le relazioni di collaborazione con altri soggetti pubblici o privati venissero considerate dalle aziende sanitarie come un mezzo per superare vincoli istituzionali o organizzativi oppure come un'opportunità in più per conseguire i propri obiettivi strategici è stata posta una specifica domanda. A tale domanda

una Asl non ha fornito risposta. Il 69% dei rispondenti dichiara di considerare le relazioni di collaborazione un'opportunità; il restante 31% le ritiene una condizione necessaria per il conseguimento dei propri obiettivi strategici.

La terza sezione del questionario è stata dedicata alle relazioni di collaborazione instaurate ai sensi dell'art. 9 bis del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni. Ad essa hanno risposto, indicando le sperimentazioni in atto o in fase di sviluppo, la Asl Roma D, la Asl di Viterbo. Nel caso della Asl Roma D, la ricerca di nuovi modelli gestionali si è concretizzata nella costituzione di una società mista pubblico/privato — una Società per azioni — per l'erogazione di servizi sanitari essenziali. La Asl di Viterbo ha indicato tra i progetti di sperimentazione gestionale avviati la costituzione di una società mista, una concessione di costruzione e gestione e un'iniziativa di *project financing*. Sono state interessate da tali iniziative l'area dei servizi diagnostici, l'area dei servizi sanitari connessi alle prestazioni a paga-

mento e quella dei servizi socio-sanitari.

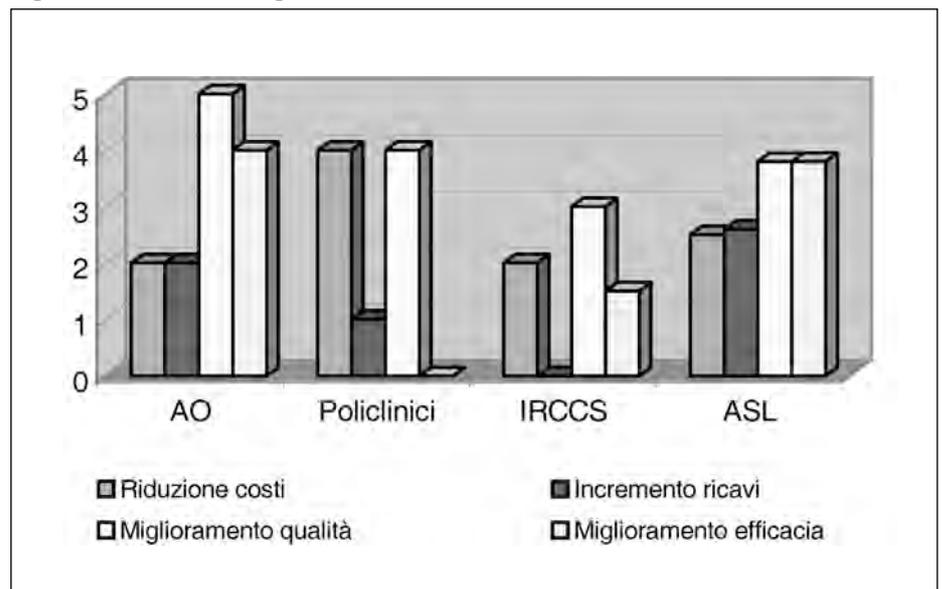
Le motivazioni che hanno indotto le aziende a ricorrere alle sperimentazioni gestionali sono riconducibili a esigenze connesse alla gestione delle risorse umane e a esigenze strutturali. In tutti i casi si è trattato di far fronte all'esigenza di superare i vincoli di carattere normativo e/o rigidità gestionali conseguenti all'assetto istituzionale dell'azienda.

Gli obiettivi perseguiti attraverso lo sviluppo di sperimentazioni gestionali sono stati, in tutti i casi, il miglioramento della qualità dell'assistenza e il raggiungimento di più elevati livelli di efficienza; in un caso è stato indicato anche il contenimento dei costi.

L'apporto atteso dal *partner* è evidenziato in figura 8 dalla quale emerge che nella maggior parte dei casi la sperimentazione è finalizzata all'ottenimento di competenze specialistiche professionali.

L'ultima sezione del questionario è stata dedicata ai rapporti di collaborazione instaurati con il Comune nell'ambito dell'integrazione socio-sani-

Figura 7 - I risultati conseguiti (media)



taria. I dati rilevati attraverso il questionario sono stati successivamente integrati con una ricerca sui siti Internet delle aziende considerate e dei Comuni interessati al fine di completare le informazioni disponibili. I progetti di integrazione socio-sanitaria che prevedono l'attivazione di forme di collaborazione tra le Asl e il Comune (o i Municipi del Comune di Roma) sono sviluppati in base ad appositi accordi di programma e protocolli di intesa. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (D.P.C.M. 14 febbraio 2001) di competenza dell'Ente locale in collaborazione con le Asl sono evidenziate nei Piani di zona (L. 328/2000). Le aree di intervento nell'ambito dei progetti integrati Municipio-Asl sono indicate in figura 9. Nella voce «Altro» sono inclusi i progetti realizzati a favore dei minori e delle popolazioni nomadi.

Inoltre nel 50% dei casi, risultano coinvolti nell'erogazione dei servizi sia i titolari di funzioni pubbliche in ambito sanitario e sociale, sia i soggetti *non profit*. Marginale è il contributo delle imprese private.

Gli ostacoli alla piena integrazione tra servizi sociali comunali e Ssn e allo sviluppo di relazioni di collaborazione con i soggetti privati e *non profit* sono indicati in figura 10 dalla quale emerge come la criticità maggiormente sentita sia la carenza di risorse finanziarie da parte della Asl. Segue, nel 25% dei casi, la constatazione di rigidità di carattere burocratico.

Sebbene i progetti di collaborazione tra Ente locale e Ssn trovino il loro ambito di realizzazione elettivo nel distretto della Asl, significativi sono tuttavia i progetti «speciali», normalmente avviati su iniziativa del Comune, che prevedono rapporti di collaborazione tra le altre strutture del Ssn, l'Ente locale, i soggetti privati e *non profit*. Tra questi è stato segnalato il progetto «Roma città del cuore». Tale

Figura 8 - L'apporto atteso dal partner

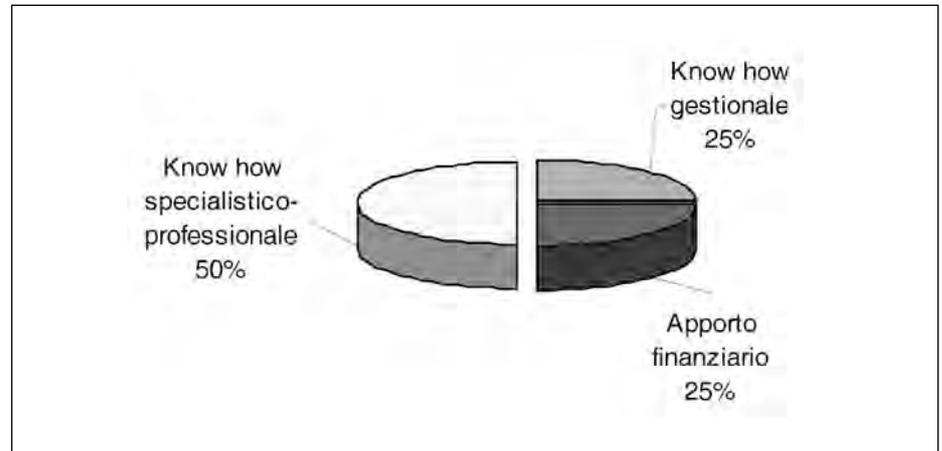


Figura 9 - Le aree di intervento nei progetti integrati

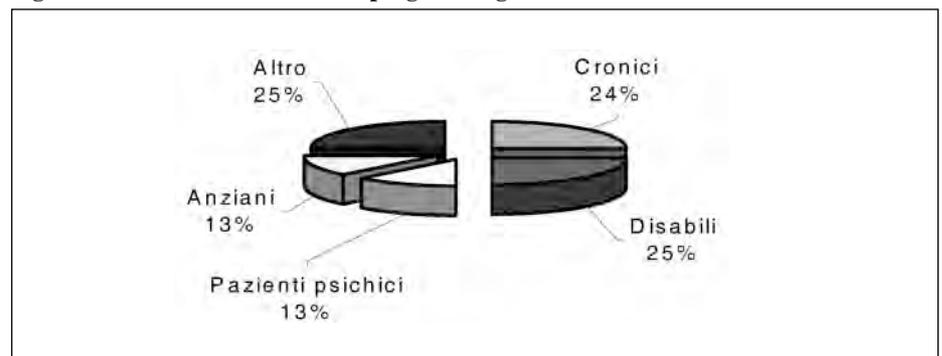
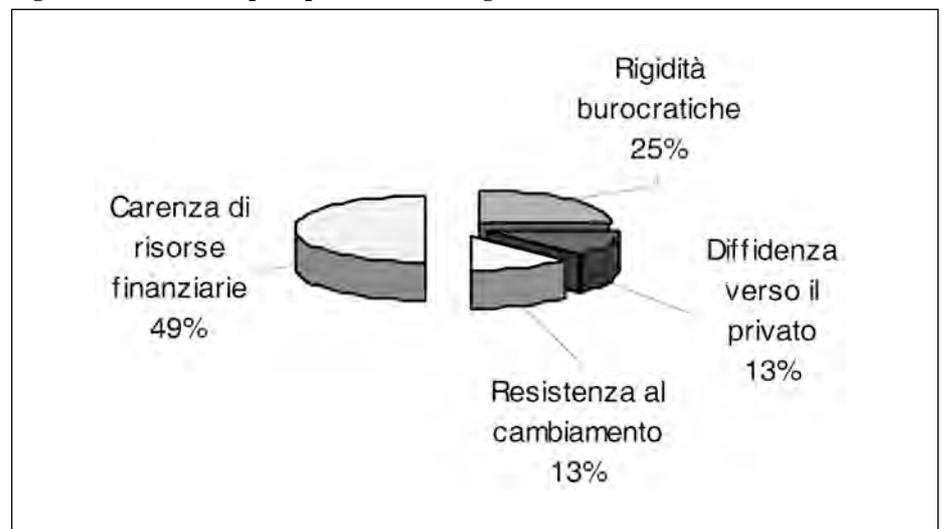


Figura 10 - Gli ostacoli percepiti alla reale integrazione



iniziativa, che si propone di migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da patologie cardiache e a razionalizzare l'impiego delle risorse impegnate nell'assistenza sanitaria grazie al potenziale offerto dalla telemedicina, prevede la collaborazione tra l'Università La Sapienza, l'Università Tor Vergata, le Aziende ospedaliere San Giovanni dell'Addolorata e San Filippo Neri, il Comune di Roma e un'azienda impegnata nella fornitura del *software* e dell'*hardware* necessario per la realizzazione del servizio. Altro progetto interessante dal punto di vista della creazione di una rete tra pubblico, privato e *non profit* è il centro «Rari ma non soli» avviato dall'Irccs Bambino Gesù e dal Comune di Roma quale completamento socio-assistenziale dell'attività diagnostico-terapeutica dal noto ospedale pediatrico nell'area delle malattie rare.

6. Discussione e conclusioni

I risultati della ricerca mostrano un panorama vario e vasto di rapporti di collaborazione instaurati dagli istituti titolari di funzioni pubbliche nel contesto sanitario laziale per il conseguimento dei propri obiettivi strategici. Gli obiettivi strategici tendono a riflettere le specifiche finalità attribuite ai diversi istituti del Ssn. Interessante è notare la forte attenzione da parte di tutti i rispondenti al miglioramento della qualità della prestazione sanitaria rispetto a problematiche connesse al contenimento dei costi. Se con l'avvento dei decreti di riforma l'esigenza di gestire le combinazioni economiche nel rispetto del principio dell'economicità veniva spesso interpretata come mero contenimento dei costi, i dati rilevati dal presente lavoro potrebbero essere valutati come un segnale della maggiore attenzione da parte del *management* alla necessità di coniugare le esigenze di carattere eco-

nomico con quelle di creazione di valore.

Per quanto riguarda i rapporti di collaborazione ritenuti funzionali al raggiungimento degli obiettivi aziendali, è il caso di ricordare che due Irccs pubblici abbiano dichiarato di non aver attivato relazioni particolarmente significative in tal senso. Questo si contrappone alla «vitalità» degli Irccs di diritto privato, uno dei quali impegnato nella costituzione di una fondazione. Novità in tal senso per gli Irccs pubblici potrebbero provenire dall'applicazione delle norme contenute nel D.L.vo 288/03, che prevede la possibilità di trasformazione in fondazioni di rilievo nazionale aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati. Coerentemente con gli obiettivi strategici perseguiti, tutte le altre aziende conducono gli obiettivi dei rapporti di collaborazione instaurati al miglioramento della qualità della prestazione. Tuttavia non trascurabile è la percentuale di aziende mosse anche da obiettivi di contenimento dei costi. Quest'ultima indicazione, apparentemente in contrasto con gli obiettivi strategici dichiarati, potrebbe essere ricondotta alla razionalità economica che guida l'agire del *management* aziendale il quale, nello stabilire il risultato atteso dallo sviluppo del rapporto di collaborazione, non trascura considerazioni connesse al rispetto del vincolo di bilancio.

Il modello giuridico prevalentemente adottato per la formalizzazione della relazione di collaborazione è la convenzione. La creazione di nuovi soggetti giuridici e le concessioni di costruzione e gestione rivestono, dal punto di vista numerico, un ruolo del tutto marginale. Sembra dunque affiorare una certa resistenza all'adozione di soluzioni giuridiche che darebbero luogo a forme di governo dell'attività economica intermedie rispetto a quel-

le tradizionali date dalla gerarchia e dal mercato.

Per quanto riguarda le modalità di progettazione della relazione di collaborazione, i risultati della ricerca indicano una forte attenzione da parte del *management* alla predisposizione di piani economico-finanziari dell'iniziativa e di indicatori di controllo della relazione. Questa risposta potrebbe essere interpretata come avvicinamento ad uno stile di direzione razionale e anticipatorio che ai processi decisionali basati sulla logica dell'incrementalismo privilegia il metodo della programmazione allo scopo di assicurare contemporaneamente la coerenza tra la dinamica dei bisogni e le risorse a disposizione e la coerenza interna tra gli obiettivi perseguiti e i programmi di attività.

Dall'analisi delle problematiche connesse allo sviluppo di rapporti di collaborazione emergono delle interessanti differenze tra i rispondenti in relazione al modello giuridico nel quale si è sostanziata la relazione di collaborazione e all'assetto istituzionale proprio della specifica azienda. Dal primo punto di vista, i risultati mostrano che le difficoltà di carattere giuridico sono state percepite solo dalle aziende che hanno sperimentato formule di collaborazione innovative rispetto a quelle tradizionalmente adottate nel settore pubblico. Questo potrebbe in parte spiegare i risultati precedentemente discussi, relativi alla scarsa adozione di modelli di collaborazione che prevedono la costituzione di nuovi soggetti giuridici. Interessante è la risposta relativa agli ostacoli interni allo sviluppo di relazioni di collaborazione. La rilevanza attribuita dalle Asl alle rigidità burocratiche sembra delineare una situazione nella quale, nonostante gli sforzi tendenti alla diffusione di una cultura aziendale nell'amministrazione pubblica, lo spazio decisionale del *management*

aziendale è ancora fortemente gravato dal retaggio dell'applicazione impropria della logica burocratica. Questo dato induce a riflettere circa la possibilità da parte del Direttore generale di esercitare pienamente l'autonomia imprenditoriale concessagli dal D.L.vo 229/99 e di completare efficacemente in tempi rapidi il processo di aziendalizzazione. Tuttavia la presenza di vincoli burocratici non sembra essere rilevante per le Ao, le quali appaiono piuttosto preoccupate dalle presunte difficoltà di monitorare i risultati quali-quantitativi conseguiti con lo sviluppo della relazione. Contrariamente alle indicazioni provenienti dalla letteratura internazionale (Cuplan, 1993; Speckman *et al.*, 1998), ciò non sembrerebbe essere imputabile alla diffidenza culturale nei confronti dei soggetti privati e *non profit* quanto piuttosto a problematiche interne.

Estremamente interessante è notare come i risultati conseguiti con lo sviluppo delle relazioni di collaborazione siano al di sotto dei risultati attesi. Questo dato, particolarmente evidente nel caso in cui l'obiettivo perseguito era il contenimento dei costi, sembra avvalorare la tesi avanzata dalla letteratura internazionale in tema di eccessivo ottimismo relativo ai benefici attesi dalle aziende dal ricorso alle relazioni interaziendali (Doz e Hamel, 1998; Hatfield e Pearce, 1994).

Alla significativa diffusione di relazioni di collaborazione che esulano dalla disciplina dell'articolo 9 *bis* del D.L.vo 502/92 e successive modifiche, si contrappone la limitata diffusione delle sperimentazioni gestionali. Questo fenomeno potrebbe essere spiegato alla luce della rigidità procedurale che è necessario rispettare per poter essere ammessi alla sperimentazione nonostante la competenza autorizzativa, prima attribuita alla Conferenza Stato-Regioni, sia stata succes-

sivamente assegnata alle Regioni. In ogni caso, si rileva una scarsa diffusione delle sperimentazioni adottate nella Regione Lazio rispetto alle altre Regioni (dati Assr). Interessante è notare come la disciplina del 502/92 sia stata impiegata, in molti casi, per dar vita a forme giuridiche (società miste, *project financing*, *global service*) che esulano dai modelli comunemente adottati per formalizzare le relazioni di collaborazione. Inoltre, rispetto alle relazioni di collaborazione autonomamente sviluppate dalla generalità delle aziende sanitarie, le sperimentazioni gestionali sono state realizzate solo dalle Asl e si concentrano nelle aree aziendali più significative per il perseguimento delle proprie finalità istituzionali (ad esempio servizi diagnostici o servizi sanitari essenziali). Ciò avvalorare l'ipotesi che il ricorso alla sperimentazione gestionale sia limitato a iniziative particolarmente «complesse», per le quali i soggetti coinvolti sono disposti ad accettare un maggior grado di complessità procedurale. Significativo in tal senso che le aziende rispondenti abbiano dichiarato essersi avvicinate alla sperimentazione gestionale per far fronte ai vincoli di carattere normativo e/o gestionale insiti nel proprio assetto istituzionale.

Nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, le comuni finalità istituzionali perseguite dall'Ente locale e dalle aziende sanitarie in termini di miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento, suggerirebbe un intenso ricorso alla collaborazione tra le diverse istituzioni. Tuttavia, i risultati della ricerca mostrano come lo sviluppo di relazioni di collaborazione da parte delle aziende sanitarie siano ostacolate principalmente dalla carenza di risorse finanziarie da dedicare alla realizzazione di progetti comuni e condivisi con l'Ente locale.

Nonostante i limiti derivanti dall'osservazione di una realtà circoscrit-

ta, e l'impiego dello strumento del questionario che può dar luogo a risposte «falsate», l'attitudine alla collaborazione tra soggetti pubblici, privati e *non profit* da parte dei rispondenti potrebbe essere ricondotta a un consolidamento delle logiche di *governance* nell'esercizio delle funzioni pubbliche e a un concreto passaggio concezione funzionalista nel soddisfacimento degli interessi pubblici. Tuttavia lo scarso ricorso all'istituto della sperimentazione gestionale e gli ostacoli riscontrati allo sviluppo di relazioni di collaborazione anche in ambito socio-sanitario inducono a riflettere sulla necessità di interventi che, al di là delle enunciazioni di principio, creino un ambiente normativo favorevole allo sviluppo della collaborazione interistituzionale.

(1) Secondo Ferrero (1968) «le aziende — sebbene tali per l'autonomia economica che le caratterizza — sono tutte interdipendenti in virtù dei rapporti di scambio che esse istituiscono e continuamente rinnovano».

(2) A tale proposito, si vedano, tra gli altri: Ponzanelli G. (1956, p. 56); Ripabelli A. (1961, p. 1710).

(3) Per una sintesi si veda Sussex J. (2001).

BIBLIOGRAFIA

- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (1994), *Economia aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- ANDERSON J.C., HAKANSSON H., JOHANSON J. (1994), «Dyadic business relationships within a business network context», *Journal of marketing*, 58 (4), pp. 1-15.
- AXELROD R. ET AL. (1995), «Coalition formation in standard setting alliances», *Management science*, 41, pp. 1493-1513.
- AZZINI L. (1974), *Autonomia e collaborazione tra le aziende*, Giuffrè, Milano.
- BARNARD C. (1938), *The function of the executive*, Harvard University Press, Boston.
- BAUM J.A., OLIVER C. (1991), «Institutional linkage and organizational mortality», *Administrative science quarterly*, 36, pp. 187-218.

- BUSCHOR E., SCHELDER K. (1992), *Perspectives on performance measurement and public sector accounting*, Berne, Stuttgart, Vienna.
- CAVALIERI E. (1999), *Strutture e dinamiche delle relazioni interaziendali*. Atti del XXII Congresso AIDEA «Relazioni aziendali e dinamica competitiva», Parma, 28, 29, 30 ottobre 1999.
- CUPLAN R. (1993), «Multinational competition and cooperation: theory and practice», in R. Cuplan (Ed.), *Multinational strategic alliance*, Haworth Press, New York.
- DEL VECCHIO M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», *Mecosan*, 46, pp. 9-24.
- DI MAGGIO P., POWELL W. (1983), «The iron cage revisited : institutional isomorphism and collective rationality in organization fields», *American sociological review*, 48, pp. 147-160.
- DOZ Y., HAMEL G. (1998), *Alliance Advantage*, Harvard Business School Press, Boston.
- FERRERO G. (1968), *Istituzioni di economia aziendale*, Giuffrè, Milano.
- FERRERO G., CHERUBINI S. (1999), *Dalle transazioni, alle relazioni, ai network: il caso del settore dello sport*. Atti del XXII Congresso AIDEA «Relazioni aziendali e dinamica competitiva», Parma, 28, 29, 30 ottobre 1999.
- FREEMAN R.E. (1984), *Strategic management: a stakeholders approach*, Pitman, Boston.
- FREEMAN R.E. (1994), *Ethical theory and business*. Prentice Hall, Englewood Cliff, New Jersey.
- GASPARRI C., MACINATI M.S. (2003), «Risultati aziendali e strumenti manageriali: un'indagine riferita al settore sanitario», *Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale*, 7-8, pp. 351-365.
- HAMEL G. (1991), «Competition for competence and inter-partner learning within international strategic alliances», *Strategic management journal*, 12, pp. 83-103.
- HATFIELD L., PEARCE J.A. (1994), «Goal achievement and satisfaction of joint venture partners», *Journal of business venturing*, 9, pp. 423-449.
- JARILLO J.C. (1989), «On strategic networks», *Strategic management journal*, 9, pp. 31-41.
- JENSEN M., MECKLING W. (1976), «Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure», *Journal of financial economics*, 3, pp. 305-360.
- KICKERT W. (1997), «Public management in the United States and Europe», in Kickert W. (ed.), *Public management and administrative reform in Western Europe*, Edward Elgar, Cheltenham.
- KOGUT B. (1988), «Joint ventures: theoretical and empirical perspectives», *Strategic management journal*, 9, pp. 310-332.
- KOGUT B. (1988), «The stability of joint venture: reciprocity and competitive rivalry», *Journal of industrial economics*, 9, pp. 310-332.
- LANDO A.A., BOYD N.G., HANLON S.C. (1997), «Competition, cooperation and the search of economic rents: a syncretic model», *Accademy management review*, 22, pp. 110-141.
- MOWERY D.C., OXLEY J.E., SILVERMAN B.S. (1996), «Strategic alliances and interfirm knowledge transfer», *Strategic management journal*, 17, pp. 77-91.
- PFEFFER J., SALANCIK G.R. (1978), *The external control of organization*, Harper & Row, New York.
- PONZANELLI G. (1956), *Breve introduzione allo studio dell'economia aziendale. Delineazione dei problemi dell'azienda contemporanea*, Firenze.
- RIPABELLI A. (1961), «Alcune considerazioni sulle correlazioni e interdipendenze fra imprese e aziende di erogazione», in Aa.Vv., *Saggi di economia aziendale e sociale in memoria di Gino Zappa*, Giuffrè, Milano.
- SCOTT J. (1987), *Organization*, Simon and Schuster, Englewoods Cliffs, New York.
- SPECKMAN R.E. ET AL. (1998), «Alliance management: a view from the past and a look to the future», *Journal of management studies*, 35(6), pp. 252-265.
- SUAREZ-VILLA L. (1998), «The structures of cooperation: downscaling, outsourcing and the networked alliance», *Small Business Economics*, 10, pp. 5-16.
- SUSSEX J. (2001), *The economics of the Private Financing Initiative in the NHS*, Office of Health Economics, London.
- WILLIAMSON O.E. (1975), *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implication*, Free Press, New York.
- WILLIAMSON O.E. (1985), *The economic institution of capitalism*, Free Press, New York.
- WILLIAMSON O.E. (1991), «Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives», *Administrative science quarterly*, 36, pp. 269-296.
- ZUFFADA E. (2000), *Amministrazioni pubbliche e aziende private. Le relazioni di collaborazione*, Egea, Milano.

LA VALUTAZIONE ECONOMICA DEI PERCORSI ASSISTENZIALI DEI SOGGETTI CON ICTUS E FRATTURA DEL FEMORE IN TOSCANA

Fabrizio Tediosi¹, Simone Bartolacci², Lorenzo Roti³, Eva Buiatti³

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

¹ Osservatorio di Economia Sanitaria

² Servizio centrale di Statistica

³ Osservatorio di Epidemiologia

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Le patologie - 3. Metodologia - 4. Risultati della fase pilota - 5. Discussione.

This study aims at carrying out an economic evaluation of clinical pathways of patients with stroke and hip fractures, aged over 69, residents in two areas of Tuscany - Firenze's municipality and the province of Arezzo - using administrative databases of: a) hospital discharge abstracts; b) outpatient rehabilitation care; c) outpatient specialist care; d) death abstracts database of causes of deaths. The subjects are followed up for six months after hospital discharge to appraise clinical pathways of patients in the two areas and health care utilisation adjusted by care consumption in the six months antecedent the acute episode. The results show that clinical pathways of patients in the two areas are different. In Firenze there is a greater use of hospital even for rehabilitation than in the area of Arezzo where there is higher outpatient care consumption, while mortality rates are similar. These differences have important economic implications, since the economic value of clinical pathways in Firenze is between 2.5 and 3.4 higher than in Arezzo for stroke and between 4.5 and 10.8 for hip fracture, according to the type of care included.

1. Introduzione

Il Sistema sanitario toscano (Sst) sta cercando di individuare soluzioni organizzative idonee a soddisfare i nuovi bisogni di assistenza della popolazione dovuti ai mutamenti demografici. Infatti, l'invecchiamento della popolazione ha portato ad un aumento delle patologie cronico degenerative, spesso associate alla disabilità, che richiedono una assistenza continuativa in una rete di servizi sanitari e sociali.

Di conseguenza, una assistenza focalizzata a risolvere interamente un problema sanitario, non può più prescindere da un forte collegamento fra i vari livelli di assistenza sanitaria e sociale e dalla individuazione di percorsi assistenziali integrati.

Il Piano sanitario regionale (Psr) 2002-2004 ha definito un'azione mirata allo sviluppo ed alla razionalizzazione dell'offerta di servizi, avviando

un processo di analisi sui bisogni assistenziali, di ridefinizione dell'assetto complessivo della rete di servizi e di conseguente valutazione delle risorse necessarie.

I risultati di un'analisi preliminare sulle modalità di dimissione ospedaliera degli anziani non autosufficienti in tutte le Aziende Usl della Toscana hanno evidenziato l'esistenza di una ampia variabilità nei percorsi assistenziali di tali pazienti, a seconda dell'area di residenza. Infatti, l'assistenza post acuta può essere erogata con modalità differenti da strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate, da strutture territoriali, a domicilio, negli Ospedali di comunità, nelle Rsa e, spesso, da un *mix* di tutte queste modalità.

La variabilità nei percorsi assistenziali risulta essere elevata anche per quelle patologie, prevalenti nella po-

polazione anziana, come ad esempio l'Ictus e la Frattura del femore, che richiedono un periodo riabilitativo o assistenziale post-acuto finalizzato al recupero funzionale del paziente, per le quali la continuità assistenziale assume particolare rilevanza.

Conseguentemente, l'Agenzia regionale di sanità della Toscana ha avviato un progetto di ricerca volto ad effettuare una valutazione dell'attuale stato dell'assistenza post acuta (cosiddette cure intermedie) nelle Aziende Usl toscane.

Il progetto si articola in due parti, la prima è finalizzata a verificare quali dei percorsi assistenziali per gli anziani non autosufficienti sono attivati nella diverse aree della Toscana, considerando come popolazione di riferimento tutti i soggetti anziani che presentano un bisogno di assistenza post acuta, riabilitativa e socio-sanitaria.

L'obiettivo di questa prima parte consiste nell'effettuare un'analisi dell'attuale offerta di strutture o attività di cure intermedie, valutando le diverse modalità organizzative e funzionali. Oltre alle caratteristiche dell'offerta assistenziale e dell'attività effettivamente svolta dalle singole strutture, si cerca di determinare la ripartizione dei costi economici dell'assistenza fra gli attori del sistema, il Sst, il comparto dell'assistenza sociale ed il settore privato.

Questa parte del progetto si configura come una analisi di tipo macro, necessaria per fornire un quadro sintetico dei percorsi della continuità assistenziale attualmente presenti in Toscana e per evidenziarne i punti di forza e di debolezza a livello di sistema. Tuttavia, per informare le decisioni di politica sanitaria sono necessarie anche analisi di tipo microeconomico, con valutazioni comparative di efficienza dei percorsi assistenziali di soggetti con un livello di bisogno sanitario/socio-sanitario omogeneo. Di conseguenza, la seconda parte del progetto è focalizzata sull'analisi comparativa dei percorsi assistenziali di gruppi di soggetti affetti da determinate patologie.

Nell'ambito di questa fase del progetto, si è deciso di concentrarsi su uno studio di valutazione economica dei percorsi assistenziali realmente attivati in Toscana per l'Ictus e la Frattura del femore; vista la complessità dello studio, si è avviata una fase pilota su due aree, quella della Zona socio-sanitaria Fiorentina, comprendente tutto il Comune di Firenze, e l'area dell'Azienda Usl 8 di Arezzo. La scelta di queste due aree è dovuta al fatto che sono simili per dimensione della popolazione (nel 2001 il Comune di Firenze aveva 374.501 abitanti e l'Azienda Usl di Arezzo 323.365) e per struttura per età (a Firenze la popolazione di età maggiore o uguale a 85

anni è il 25%, nell'Azienda Usl di Arezzo il 22%), ma presentano una struttura dell'offerta notevolmente diversa.

In questo articolo si presentano i risultati della fase pilota del progetto e le considerazioni da essi derivanti per la realizzazione di analisi di valutazione economica dei percorsi assistenziali. L'obiettivo di questa fase del progetto è di verificare, attraverso l'approfondimento delle realtà del Comune di Firenze e dell'Azienda Usl di Arezzo, l'utilizzabilità dei flussi correnti regionali disponibili per effettuare valutazioni economiche dei percorsi assistenziali, nonché individuare i punti di forza e di debolezza di questo approccio per arrivare a valutazioni accurate.

L'analisi dei percorsi assistenziali, attraverso i flussi correnti, attivati realmente nelle diverse Zone delle Aziende sanitarie toscane, dovrebbe consentire di avviare una attività di *benchmarking* fra le scelte aziendali in grado di fornire al *management* delle aziende il supporto necessario per i processi di valutazione interni. Peraltro, la variabilità nelle scelte aziendali è intrinseca alla natura particolare di ogni singola Azienda e di ciascuna realtà territoriale, nonché inevitabile conseguenza dell'autonomia aziendale. Tuttavia, una conoscenza più approfondita dei percorsi attivati realmente a livello locale è necessaria per esplicitare le scelte, ricercare le motivazioni ed individuare, eventualmente, le alternative potenzialmente più efficienti.

2. Le patologie

2.1. Ictus

L'Ictus rappresenta una delle patologie a maggior impatto sulla popolazione anziana sia in termini di salute sia di bisogno di assistenza. L'inci-

denza dell'Ictus aumenta progressivamente con l'età e negli anziani di 80 anni ed oltre l'incidenza annuale è pari a 24,2‰ (Di Carlo *et al.*, 2003). Nella popolazione anziana italiana, secondo i risultati dello studio ILSA, la prevalenza è pari a 6,5%.

Circa il 30% dei soggetti colpiti da ictus muore entro il primo mese (ma la mortalità si concentra nei primi 10 giorni) e, tra i sopravvissuti, il 35% presenta disabilità significative ed un bisogno rilevante di assistenza nelle attività quotidiane (dati ILSA). Esso rappresenta la maggiore causa di disabilità grave e la terza causa di morte in assoluto.

Per questa patologia sono quindi impiegate ingenti risorse assistenziali sanitarie e sociali, sia nella fase di cure immediate sia continuative.

In Toscana, nell'anno 2001, i ricoveri che avevano come diagnosi di dimissione una delle patologie causa di Ictus, effettuati da soggetti di età maggiore o uguale a settant'anni, sono stati più di 8.000 (circa il 3,4% del totale dei ricoveri), per un valore tariffario di oltre 24 milioni di euro.

2.2. Frattura del femore

La Frattura del femore è una delle cause maggiori di morbosità nella popolazione anziana (colpisce soprattutto le donne anziane) e il suo impatto è rilevante sia per l'individuo sia per la società; rappresenta un importante problema di sanità pubblica per l'elevata mortalità (nel primo anno, si registra un eccesso di mortalità del 15-20%), per conseguenze altamente invalidanti (oltre il 50% dei pazienti non recupera le capacità funzionali pre-esistenti alla frattura) e poiché i soggetti con Frattura del femore, in genere, necessitano di una degenza lunga, un intervento chirurgico costoso, una riabilitazione che si può protrarre anche per tutta la vita e un alto

grado di invalidità permanente, con costi onerosi sia per il sistema sanitario sia per le famiglie. Inoltre, è una patologia in costante crescita in tutto il mondo, particolarmente nei paesi industrializzati.

In Toscana, nell'anno 2001, i ricoveri (ordinari e in *day-hospital*) di soggetti di età maggiore o uguale a settant'anni che avevano come diagnosi principale di dimissione la Frattura del femore sono stati oltre 6.300 (circa il 2,7% del totale dei ricoveri), per un valore tariffario di oltre 38 milioni di euro (circa il 5,6% del valore totale dei ricoveri).

3. Metodologia

La fase pilota del progetto è effettuata utilizzando i flussi informativi correnti attualmente disponibili in Toscana che presentano, come identificativo dei soggetti, il codice fiscale di qualità elevata.

Per individuare i percorsi reali dei soggetti con Ictus e con Frattura del femore sono stati utilizzati i seguenti flussi informativi correnti:

— l'archivio delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) dei residenti in Toscana;

— l'archivio delle prestazioni di riabilitazione extraospedaliera della Toscana (ex art. 26 L. 883/78, Spr);

— l'archivio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (Spa);

— il registro di mortalità della Regione Toscana dell'anno 2001.

I soggetti inclusi nello studio sono tutti i residenti nella Zona fiorentina dell'Azienda Usl di Firenze e nell'area dell'Azienda Usl di Arezzo di età maggiore o uguale a 70 anni che, nei primi sei mesi dell'anno 2001, hanno effettuato un ricovero ospedaliero con una diagnosi principale di dimissione di Ictus o Frattura del femore. I codici ICD IX della diagnosi di dimissione usati per selezionare i soggetti sono:

per l'Ictus il 430, 431, 432, 433, 434 e per la Frattura del femore il 820 e 821. La tabella 1 mostra la descrizione dei codici e la figura 1 mostra il processo di selezione dei soggetti.

Nell'individuare i ricoveri dovuti ad Ictus e Frattura del femore sono stati considerati ricoveri ripetuti tutti quelli effettuati entro 28 giorni dal ricovero «indice» (il primo ricovero effettuato dal soggetto nel 2001 con diagnosi di dimissione di Ictus o Frattura del femore) con la stessa diagnosi (intesa come una diagnosi rientrante nel gruppo di quelle utilizzate per selezionare i soggetti affetti dalle patologie in analisi), mentre i ricoveri avvenuti oltre i 28 giorni sono stati considerati come nuovi eventi.

I ricoveri così selezionati sono analizzati considerando la durata della degenza, il valore economico, in base alle tariffe Drg effettivamente applicate in Toscana, e le modalità di dimissione.

I soggetti selezionati sono seguiti per i sei mesi successivi al ricovero, al fine di ricostruire il percorso assistenziale realmente seguito e stimare il consumo di assistenza post acuta, at-

traverso un *record linkage* dei dati delle SDO (tramite il codice fiscale) con gli archivi regionali della prestazioni di riabilitazione, con quello delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e con il registro di mortalità della Toscana. In tal modo è stato possibile stimare la percentuale di soggetti che, successivamente al ricovero per Ictus o Frattura del femore, ha avuto accesso all'assistenza riabilitativa ospedaliera ed extraospedaliera, nonché ad altra assistenza ospedaliera non di riabilitazione, ed il valore economico dell'assistenza usufruita espresso attraverso le tariffe della riabilitazione ospedaliera per i ricoveri ospedalieri in reparti di riabilitazione e quelle derivanti dagli accordi con le Azienda Usl per l'attività di riabilitazione extraospedaliera.

Inoltre, poiché i soggetti inclusi nello studio sono anziani e, probabilmente, un percentuale significativa di essi presenta un'elevata comorbilità, sia per l'assistenza ospedaliera sia per quella di riabilitazione extraospedaliera sono stati analizzati i consumi anche nei sei mesi precedenti al ricovero per Ictus o Frattura del femore; in

Tabella 1 - Diagnosi di dimissione e codici ICD IX

	Codici ICD IX
<i>Ictus</i>	
Emorragia Subaracnoidea	430
Emorragia cerebrale	431
Altre e non specificate emorragie intracraniche	432
Trombosi cerebrale con infarto cerebrale	434.01
Embolia cerebrale con infarto cerebrale	434.11
Occlusione di arteria cerebrale non specificata con infarto cerebrale	434.91
<i>Frattura del femore</i>	
Frattura collo femore	820
Frattura altre parti del femore	821

tal modo è stato possibile calcolare il consumo di risorse sanitarie di questi soggetti, nei sei mesi successivi al ricovero, addizionali rispetto ai sei mesi precedenti e quindi con alta probabilità di essere una conseguenza dell'evento acuto. Nel calcolo dei sei mesi precedenti e successivi al ricovero per Ictus e Frattura del femore, i ricoveri indice sono stati individuati ovviamente alla data di dimissione, quelli effettuati nei sei mesi successivi sono stati considerati alla data di ammissione, mentre i ricoveri effettuati nei sei mesi precedenti sono calcolati dalla data di dimissione.

4. Risultati della fase pilota

Nei primi sei mesi dell'anno 2001 i ricoveri per eventi acuti di Ictus e Frattura del femore di soggetti di età maggiore o uguale a 70 anni sono stati 418 e 396 nella zona Fiorentina e 372 e 269 nell'Azienda Usl di Arezzo (tabelle 2 e 3). Questi ricoveri rappresentano il 4,7 % del totale di quelli effettuati dai soggetti con 70+ anni a Firenze e il 5,3% ad Arezzo. L'età media dei ricoverati nelle due aree è simile per entrambe le patologie, così come la percentuale dei soggetti di età maggiore o uguale a 85 anni.

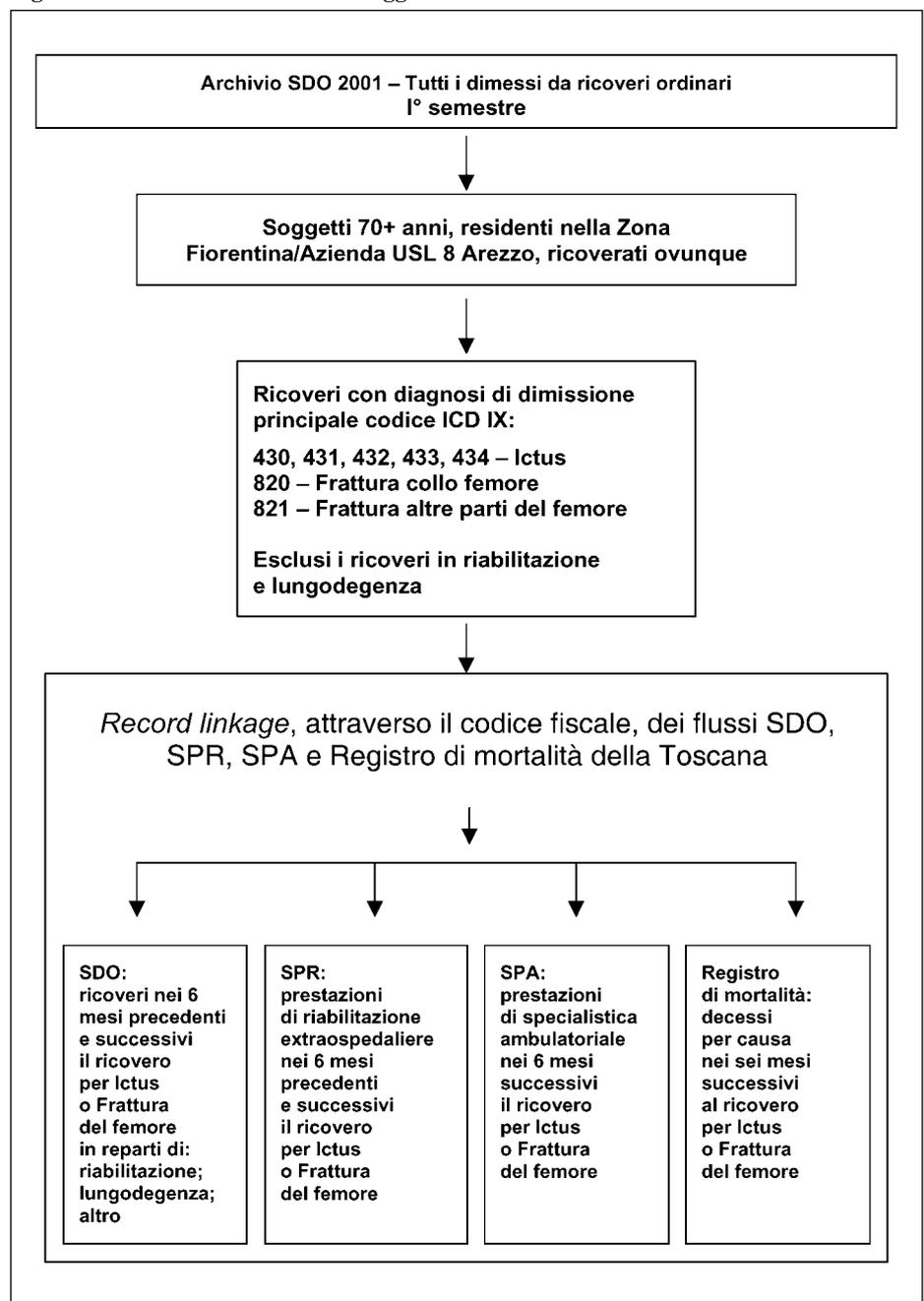
La mortalità intraospedaliera durante il ricovero per l'evento acuto, fra i soggetti con Ictus è stata il 12,7% a Firenze e il 15,8% ad Arezzo, mentre per quelli con Frattura del femore l'1,3% a Firenze e il 3,3% ad Arezzo.

Nonostante la durata media della degenza dei soggetti residenti nell'Azienda Usl di Arezzo, e ricoverati per Ictus, sia lievemente superiore rispetto a quella dei residenti a Firenze, il valore economico medio dei ricoveri è maggiore a Firenze per entrambe le patologie: per l'Ictus è pari a 3.020 € a Firenze e a 2.846 € ad Arezzo (differenza non statisticamente significativa al 95%), mentre per la Frattura del

femore è di 6.481 € a Firenze e 5.448 € ad Arezzo (differenza statisticamente significativa al 95%); ciò potrebbe essere dovuto alla presenza a Firenze dell'Azienda ospedaliera Careggi che è caratterizzata da tariffe

della classe tariffaria alta (in Toscana le tariffe Drg sono calcolate con un costo per punto Drg differente a seconda della classe dell'Istituto di cura), comunque i ricoveri per queste patologie sono più lunghi e più costosi della me-

Figura 1 - Processo di selezione dei soggetti inclusi nello studio



dia dei ricoveri in entrambe le realtà. Il valore tariffario totale dei ricoveri selezionati è per l'Ictus pari a 1,26 milioni di € a Firenze e 1,11 milioni di € ad Arezzo, mentre per la Frattura del femore è di 2,56 milioni di € a Firenze e 1,46 ad Arezzo.

Le tabelle 4 e 5 mostrano il ricorso all'assistenza riabilitativa ospedaliera ed extraospedaliera, nei sei mesi precedenti e successivi al ricovero per Ictus e Frattura del femore. I soggetti inclusi nello studio potrebbero usufruire di assistenza (anche di riabilitazione) per altri problemi sanitari non correlati all'evento di Ictus o della Frattura del femore. Per questo motivo è stata analizzata anche l'assistenza post acuta di cui hanno usufruito nei sei mesi precedenti al ricovero, calcolando così il valore economico del percorso al «netto» dell'assistenza post acuta (di riabilitazione) di cui usufruivano prima dell'evento acuto. Questo è stato possibile per la riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera, ma non per quella effettuata attraverso prestazioni di specialistica ambulatoriale, che viene quindi riportata al lordo dei sei mesi precedenti l'evento acuto. Inoltre, sempre nei sei successivi al ricovero i soggetti selezionati hanno consumato assistenza ospedaliera (non in reparti di riabilitazione e lungodegenza) addizionale rispetto ai sei mesi precedenti, che viene considerata a parte poiché è solo indirettamente correlabile all'evento acuto.

Il consumo di risorse per assistenza di riabilitazione ospedaliera (inclusi i ricoveri in lungodegenza), extraospedaliera, nei sei mesi successivi all'Ictus, addizionale rispetto a quello dei sei mesi precedenti è stato pari a 2.287 € a Firenze e 678 € ad Arezzo. Se si includono nell'analisi anche i ricoveri ospedalieri non in riabilitazione o lungodegenza, e quindi non correlabili direttamente alla patologia, il valore economico dell'assistenza addizio-

nale nei sei mesi successivi al ricovero rispetto ai sei mesi precedenti diventa di 2.592 € (limiti di confidenza al 95%: € 1.936-3.247) a Firenze e 1.094 ad Arezzo (limiti di confidenza al 95%: € 520-1.668). Il valore dell'assistenza post acuta a Firenze è quindi, mediamente, quasi 3,4 volte in più di Arezzo se si considera solo l'assistenza direttamente correlabile all'evento acuto, e circa 2,4 volte includendo i ricoveri ospedalieri solo indirettamente correlabili all'evento (e tali differenze sono statisticamente significative al 95%).

Nel caso della Frattura del femore i risultati sono simili; il valore economico dell'assistenza di riabilitazione ospedaliera (inclusi i ricoveri in lun-

godegenza), extraospedaliera, addizionale nei sei mesi successivi al ricovero per Frattura del femore rispetto ai sei mesi precedenti, è pari a 4.602 € a Firenze e solo 429 € ad Arezzo, con una differenza fra le due Zone di circa 11 volte. Se però si considerano anche i ricoveri ospedalieri non direttamente correlabili alla patologia questi valori diventano 4.878 € per Firenze (limiti di confidenza al 95%: € 4.161-5.596) e 997 per Arezzo (limiti di confidenza al 95%: € 529-1.468), la differenza fra Firenze ed Arezzo si dimezza (ed è, comunque, statisticamente significativa al 95%).

La mortalità entro sei mesi dal ricovero per l'evento acuto, compresa

Tabella 2 - Analisi descrittiva dei ricoveri per Ictus (eventi) nei primi sei mesi del 2001. Zona fiorentina e Azienda Usl di Arezzo

	Zona fiorentina	Azienda Usl Arezzo
Età media soggetti ricoverati	80	79
Soggetti con 85 anni e più	110 (26,3%)	100 (25,5%)
Numero eventi	418	392
Soggetti deceduti in ospedale	53 (12,7%)	62 (15,8%)
Degenza media (giorni)	9,7	11,8
Valore economico medio per ric. (euro)	3.020 (2.760-3.280) *	2.846 (2.531-3.495) *
Valore economico totale (euro)	1.262.424	1.115.607

* Limiti di confidenza al 95%.

Tabella 3 - Analisi descrittiva dei ricoveri per Frattura del femore (eventi) nei primi sei mesi del 2001. Zona fiorentina e Azienda Usl di Arezzo

	Zona fiorentina	Azienda Usl Arezzo
Età media dei soggetti ricoverati	83	83
Soggetti con 85 anni e più	179 (45,2%)	113 (42,0%)
Numero eventi	396	269
Soggetti deceduti in ospedale	5 (1,3%)	9 (3,3%)
Degenza media (giorni)	15,9	14,9
Valore economico medio per ric. (euro)	6.481 (6.123-6.839) *	5.448 (5.182-5.715) *
Valore economico totale (euro)	2.566.304	1.465.601

* Limiti di confidenza al 95%.

quella avvenuta durante il primo ricovero per Ictus e Frattura del femore, è leggermente maggiore ad Arezzo rispetto a Firenze (i tassi di mortalità grezzi sono 273% ad Arezzo e 229% a Firenze per l'Ictus, e 175% ad Arezzo e 157% a Firenze per la Frattura del femore). Il Rapporto di mortalità standardizzato (SMR, *standard*: la stima delle due aree) è 111 per Arezzo e 90,3 per Firenze per i soggetti con Ictus e 107,3 ad Arezzo e 95 a Firenze per la Frattura del femore ma in entrambi i

casi la differenza non è statisticamente significativa.

Nei sei mesi successivi all'evento acuto i soggetti residenti nelle due aree hanno seguito percorsi assistenziali diversi; a Firenze si rileva un minor utilizzo dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera e un maggior ricorso a quella ospedaliera ed alle strutture di lungodegenza.

Le figure 2a e 3a mostrano i percorsi assistenziali reali dei soggetti residenti a Firenze e ad Arezzo che hanno

effettuato un ricovero per Ictus nel primo semestre dell'anno 2001, nei sei mesi successivi all'evento acuto. La percentuale dei soggetti dimessi vivi che nei sei mesi successivi non usufruiscono di alcuna prestazione e sopravvivono è simile nelle due realtà (65% a Firenze e 59% ad Arezzo). A Firenze, tuttavia, il 26% effettua subito un ricovero ospedaliero in riabilitazione, mentre ad Arezzo solamente il 10%, mentre è superiore la percentuale dei soggetti che effettuano presta-

Tabella 4 - Assistenza ospedaliera, di riabilitazione e specialistica nei sei mesi precedenti e successivi al ricovero per Ictus (evento)

	Zona fiorentina					Azienda Usl Arezzo				
	6 mesi precedenti l'evento		6 mesi successivi l'evento		Differenza (media)	6 mesi precedenti l'evento		6 mesi successivi l'evento		Differenza (media)
Soggetti/percentuale ricoverati	104	24,9%	171	40,9%		109	27,8%	143	36,5%	
Ricoveri DH	20		28			13		12		
<i>Riabilitazione</i>	3		17			—		1		
<i>Lungodegenza</i>	—		0			—		—		
<i>Altro</i>	17		11			13		11		
Ricoveri ordinari	114		269			149		216		
<i>Riabilitazione</i>	6		114			5		37		
<i>Lungodegenza</i>	5		28			—		—		
<i>Altro</i>	103		127			144		179		
G. di degenza tot. per ric. ord./media	1.422	3,4	5.477	15,0		1.521	3,9	2.861	7,3	
<i>Riabilitazione</i>	176	0,4	3.773	10,4		230	0,6	980	2,5	
<i>Lungodegenza</i>	326	0,8	706	2,0		—	0,0	—	—	
<i>Altro</i>	920	2,2	998	2,6		1.291	3,3	1.881	4,8	
Valore econ. tot. in euro per DH/media	44.565	107	92.706	222	115	27.139	69	18.235	47	- 22
<i>Riabilitazione</i>	8.263	20	73.728	176	156	—	—	2.234	6	6
<i>Lungodegenza</i>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Altro</i>	36.302	87	18.977	45	- 42	27.139	69	16.001	41	- 28
Valore econ. tot. in euro per ric. ord./media	357.102	854	1.381.506	3.305	2.451	455.867	1.163	782.977	1.997	834
<i>Riabilitazione</i>	32.987	80	848.338	2.030	1.950	47.372	121	200.194	511	390
<i>Lungodegenza</i>	33.907	81	98.685	236	155	—	—	—	—	—
<i>Altro</i>	290.207	694	434.483	1.039	345	408.495	1.042	582.783	1.487	445
Riabilitazione extraospedaliera										
<i>Soggetti/percentuale</i>	5	1%	7	2%	1%	4	1%	39	10%	9%
<i>Valore eco. tot. (euro)/media</i>	6.800	16	17.555	42	26	5.353	14	116.031	296	282
Specialistica ambulatoriale in specialità riabilitazione										
<i>Soggetti/percentuale</i>			11	3%				75	19%	
<i>Valore eco. tot. in euro/media</i>			259	1				10.459	27	

zioni riabilitative extraospedaliere (7% ad Arezzo contro 0,8% di Firenze) e in specialistica ambulatoriale (13% contro 2% a Firenze). A Firenze è maggiore anche la percentuale dei soggetti che effettua ricoveri ospedalieri in lungodegenza. Valorizzando i percorsi assistenziali, attraverso le tariffe applicate realmente in Toscana (figure 2b e 3b), si rileva che le differenze nei percorsi fra Arezzo e Firenze danno luogo a differenze anche nei va-

lori economici. Il valore economico medio dei percorsi dei soggetti residenti a Firenze è di 2.874 € mentre di quelli di Arezzo è di 963 €. Questi valori sono lievemente superiori a quelli riportati sopra perché sono al lordo dell'assistenza usufruita nei sei mesi precedenti.

L'ampia differenza è dovuta al fatto che a Firenze il percorso assistenziale è più complesso; mentre la percentuale di soggetti che dopo il ricovero per

Ictus non usufruisce di alcuna prestazione è simile nelle due aree, a Firenze i soggetti che accedono ai servizi vengono trattati più a lungo, è più elevato il ricorso all'assistenza di riabilitazione ospedaliera, è sostanzialmente inesistente l'assistenza riabilitativa extraospedaliere ed alcuni soggetti accedono anche a strutture di lungodegenza.

Le figure 4a e 5a mostrano i percorsi assistenziali dei soggetti, residenti a

Tabella 5 - Assistenza ospedaliera, di riabilitazione e specialistica nei sei mesi precedenti e successivi al ricovero (evento) per Frattura del femore

	Zona fiorentina					Azienda Usl Arezzo				
	6 mesi precedenti all'evento		6 mesi successivi all'evento		Differenza (media)	6 mesi precedenti all'evento		6 mesi successivi all'evento		Differenza (media)
<i>Soggetti/percentuale ricoverati</i>	92	23,2%	262	66,2%		55	20,4%	87	32,3%	
<i>Ricoveri DH</i>	15		9			11		12		
<i>Riabilitazione</i>	1		1			-		-		
<i>Lungodegenza</i>	-		0			-		-		
<i>Altro</i>	14		8			11		12		
<i>Ricoveri ordinari</i>	148		484			63		131		
<i>Riabilitazione</i>	24		223			2		11		
<i>Lungodegenza</i>	13		113			-		1		
<i>Altro</i>	111		148			61		119		
<i>G. di degenza tot. per ric. ord./media</i>	2.486	6,3	11.800	29,8		652	2,4	1.421	5,3	
<i>Riabilitazione</i>	901	2,3	7.210	18,2		18	0,1	196	0,7	
<i>Lungodegenza</i>	480	1,2	2.870	7,2		-	0,0	1	0,0	
<i>Altro</i>	1.105	2,8	1.720	4,3		634	2,4	1.224	4,6	
<i>Valore econ. tot. in euro per DH/media</i>	37.742	95	16.023	40	- 55	10.534	39	15.623	58	19
<i>Riabilitazione</i>	1.766	5	1.913	5	0	-	-	-	-	-
<i>Lungodegenza</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Altro</i>	35.975	91	14.109	36	- 55	10.534	39	15.623	58	19
<i>Valore econ. tot. in euro per ric. ord./media</i>	572.850	1.447	2.417.517	6.105	4.658	197.862	736	385.197	1.431	695
<i>Riabilitazione</i>	161.123	407	1.539.143	3.887	3.480	3.012	11	41.922	156	145
<i>Lungodegenza</i>	62.016	157	397.484	1.004	847	-	-	140	1	1
<i>Altro</i>	349.710	883	480.890	1.214	331	194.850	724	343.135	1.276	552
<i>Riabilitazione extraospedaliere</i>										
<i>Soggetti/percentuale</i>	7	2%	40	10%	8%	8	3%	50	19%	16%
<i>Valore eco. tot. (euro)/media</i>	14.779	37	123.681	312	275	30.805	115	106.967	398	283
<i>Specialistica ambulatoriale in specialità riabilitazione</i>										
<i>Soggetti/percentuale</i>			7	2%				83	31%	
<i>Valore eco. tot. in euro/media</i>			501	1				12.255	46	

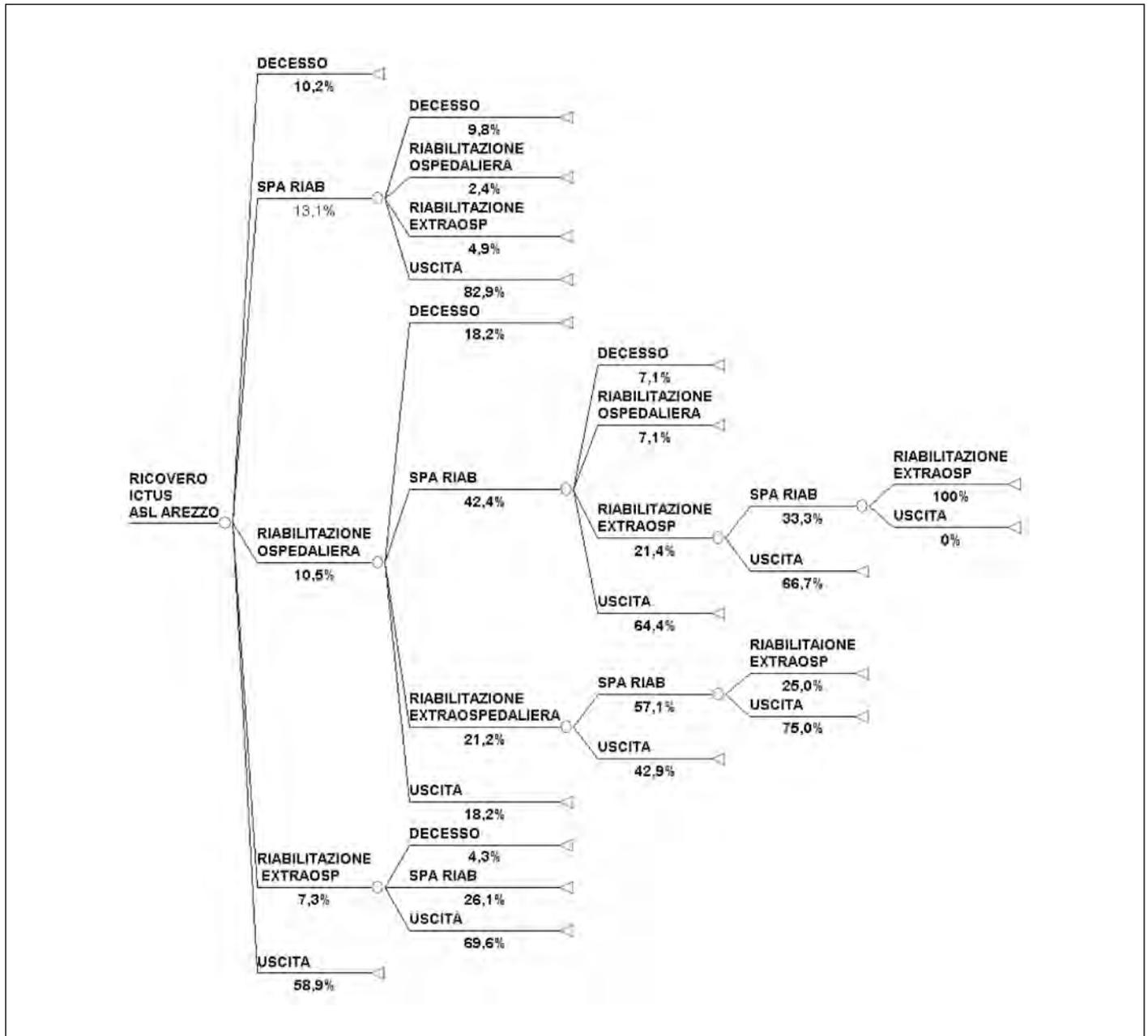
Firenze e nell'Azienda Usl di Arezzo, successivamente alla Frattura del femore

I percorsi seguiti dai soggetti successivamente al ricovero per Frattura del femore a Firenze ed Arezzo seguono le stesse linee di quelle dei soggetti

con Ictus ma presentano differenze ancora più marcate. Anche in questo caso la percentuale dei soggetti che nei sei mesi successivi al ricovero non usufruisce di alcuna prestazione e sopravvive è simile nelle due aree (il 38,8% a Firenze e il 39,6% ad Arezzo).

A Firenze il percorso assistenziale successivo alla Frattura del femore è estremamente complesso con un maggiore ricorso alla riabilitazione ospedaliera; ciò si ripercuote, ovviamente, anche sul valore economico medio del percorso assistenziale post acuto che a

Figura 2a - Percorso assistenziale dei soggetti con Ictus residenti nell'Azienda Usl di Arezzo (nei sei mesi successivi al ricovero)



Firenze è pari a 4.903 € mentre ad Arezzo è solamente di 516 € (figure 4b e 5b).

Inoltre, a Firenze è maggiore anche il ricorso all'assistenza in reparti di lungodegenza (il 18,2% dei soggetti effettua un ricovero di lungodegenza, come prima prestazione successiva-

mente all'evento acuto della Frattura), modalità di assistenza inesistente nell'Azienda Usl di Arezzo.

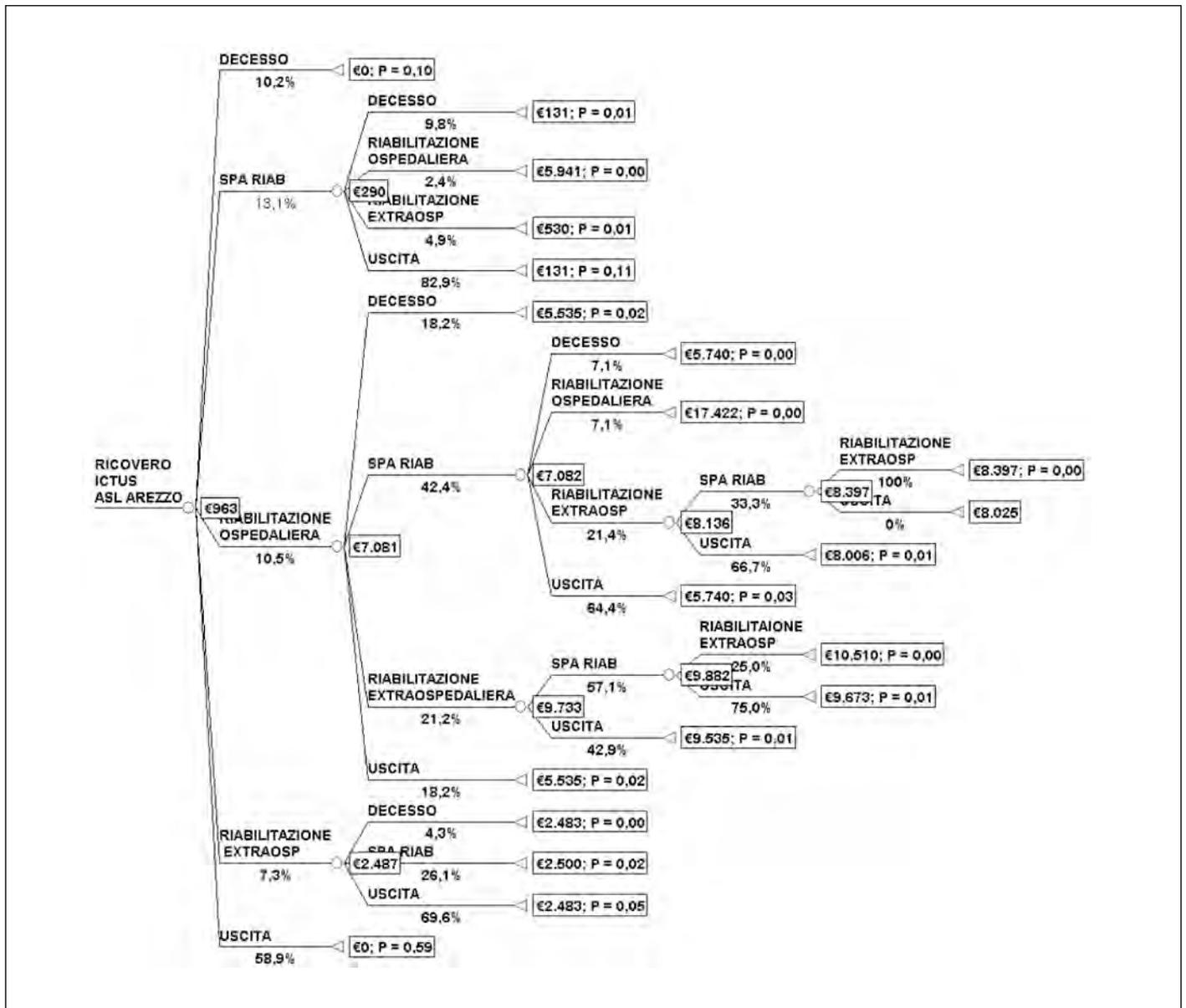
Da questa analisi emerge, quindi, come i residenti della Zona fiorentina e dell'Azienda Usl di Arezzo, successivamente ad un Ictus o ad una Frattura del femore, hanno accesso ad assistenza post acuta con modalità signifi-

cativamente differenti che danno luogo a ripercussioni diverse anche dal punto di vista economico.

5. Discussione

Nella fase pilota del progetto di valutazione economica dei percorsi assistenziali è stata analizzata l'assi-

Figura 2b - Percorso assistenziale dei soggetti con Ictus residenti nell'Azienda Usl di Arezzo (nei sei mesi successivi al ricovero): con valorizzazione attraverso le tariffe applicate in Toscana

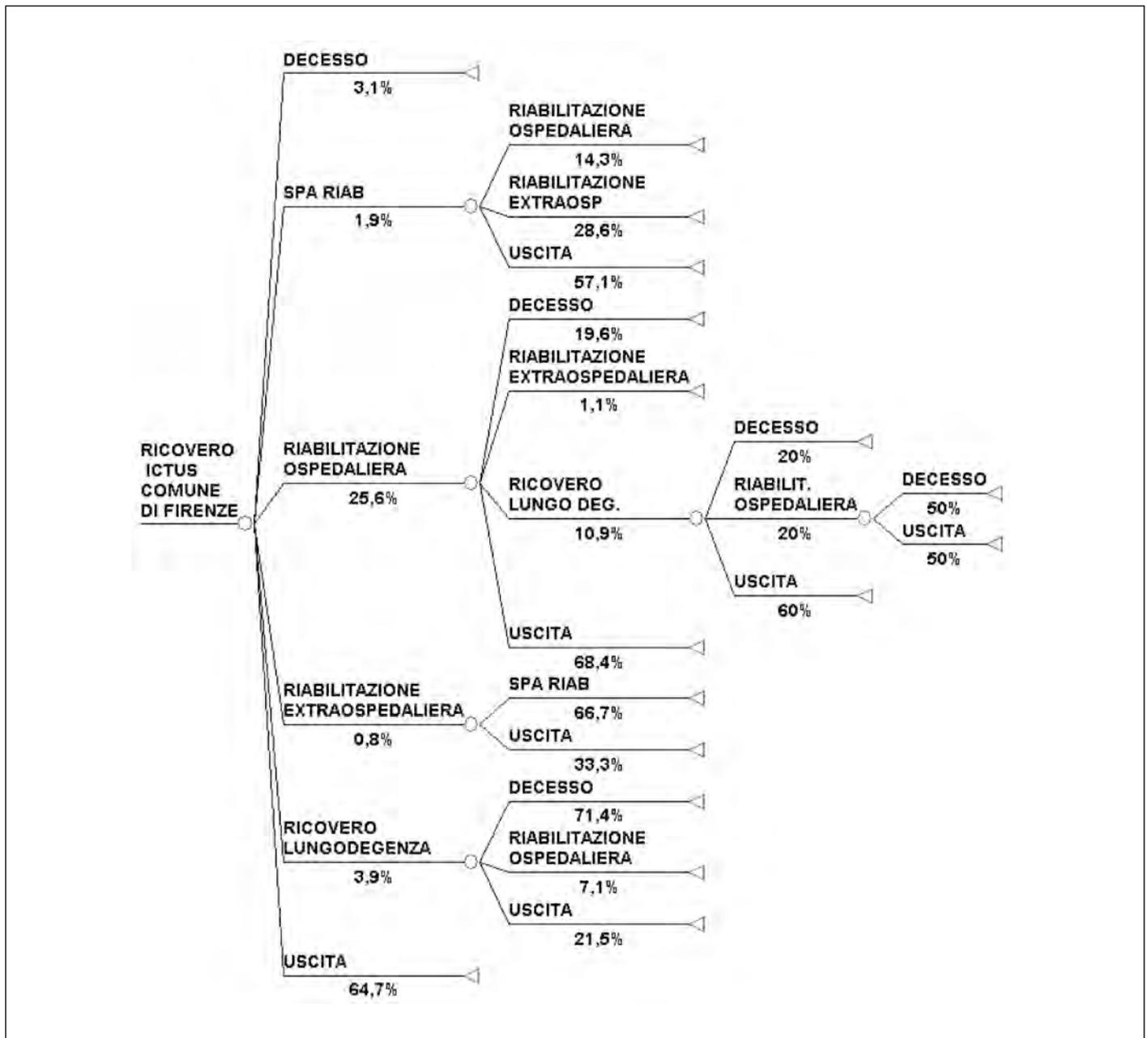


stenza ospedaliera acuta dei soggetti con Ictus e con Fratture del femore, quella riabilitativa, ospedaliera ed extraospedaliera, nei sei mesi successivi al ricovero, l'altra assistenza ospedaliera e quella specialistica ambulatoriale.

I risultati presentati sono preliminari, costituiscono una prima analisi effettuata principalmente per verificare la fattibilità della metodologia, con particolare riguardo all'integrazione dei flussi informativi. Questi risultati preliminari indicano, comunque, che

la metodologia scelta, basata sull'integrazione dei flussi informativi correnti regionali, attraverso il *record linkage* con il codice fiscale, funziona abbastanza bene e consente di ricostruire i percorsi assistenziali realmente seguiti dai soggetti nel periodo successivo ad

Figura 3a - Percorso assistenziale dei soggetti con Ictus residenti nella Zona fiorentina (nei sei mesi successivi al ricovero)



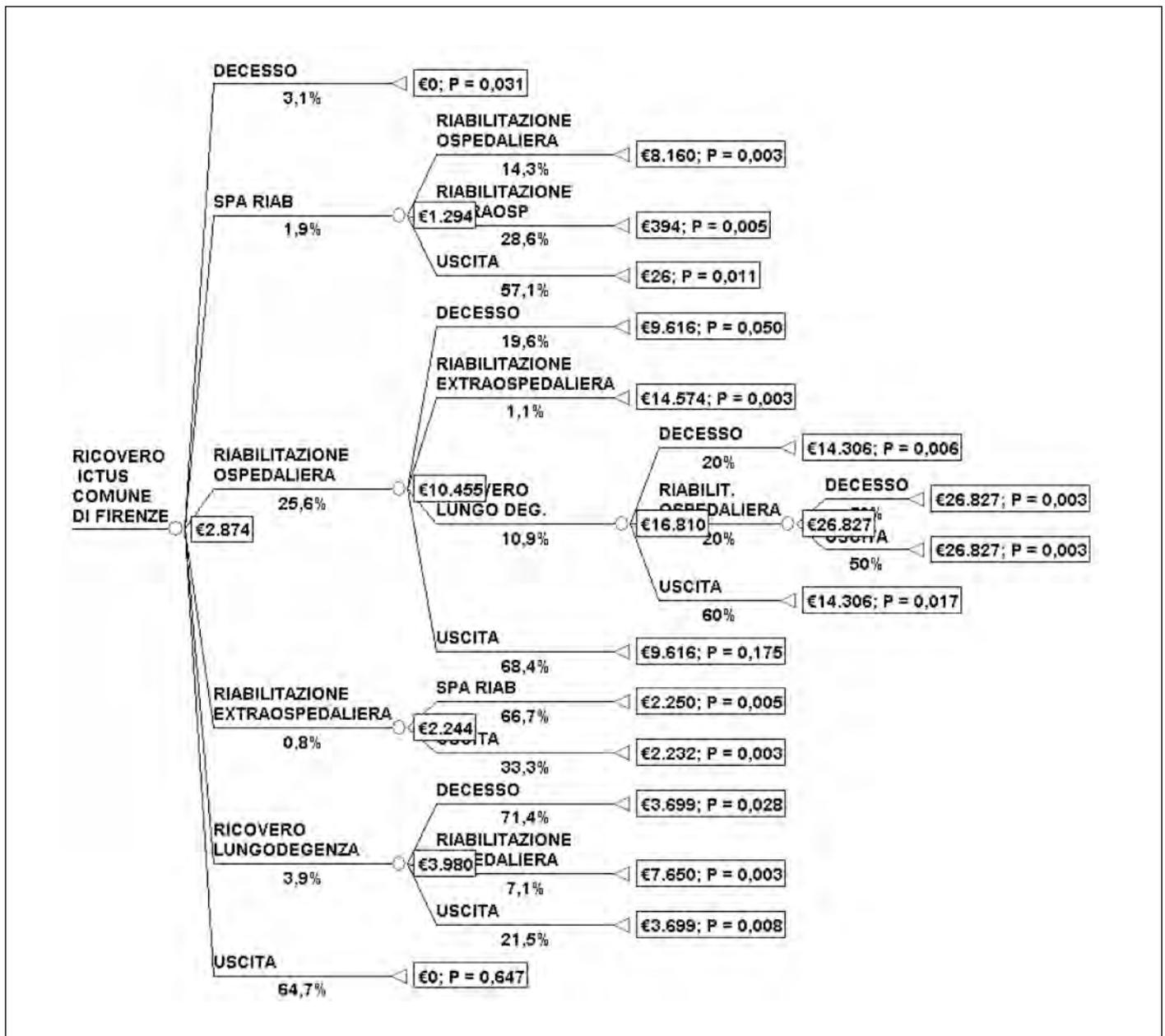
un evento acuto di Ictus o Frattura del femore.

Le indicazioni di questo lavoro mostrano che le due realtà locali hanno adottato modelli assistenziali diversi con implicazioni economiche differenti. In generale a Firenze c'è

un ricorso ampio all'assistenza riabilitativa ospedaliera mentre ad Arezzo a quella territoriale. I percorsi individuati nelle due realtà analizzate hanno conseguenze economiche molto diverse. Ad esempio, un soggetto residente nell'area dell'Azienda Usl di

Arezzo che ha avuto un Ictus, nei sei mesi successivi può usufruire di risorse sanitarie per un valore da zero a oltre 9.000 € (figura 2), mentre uno della Zona di Firenze da zero a 26.000 € (figura 3), a seconda del ricorso ad assistenza riabilitativa o

Figura 3b - Percorso assistenziale dei soggetti con Ictus residenti nella Zona fiorentina (nei sei mesi successivi al ricovero): con valorizzazione attraverso le tariffe applicate in Toscana



meno, delle modalità e della tipologia.

Tuttavia, questi risultati andrebbero interpretati con cautela per svariati motivi. Ad esempio, gli archivi regionali includono solo una parte delle informazioni sulle prestazioni sanitarie effettivamente erogate dalle Aziende Usl toscane, ed è anche possibile che il grado di completezza differisca nelle varie zone. Infatti, in alcune realtà locali come ad esempio nell'Azienda Usl di Arezzo, l'assistenza post acuta viene erogata talvolta anche negli Ospedali di Comunità e nelle Residenze sanitarie assistite, mediante i cosiddetti ricoveri temporanei. Tuttavia, secondo le informazioni disponibili, di fonte aziendale, la percentuale di soggetti che successivamente ad un evento di Ictus o di Frattura del femore ricorre a tali servizi è molto limitata e la loro esclusione dall'analisi non dovrebbe inficiare i risultati ottenuti.

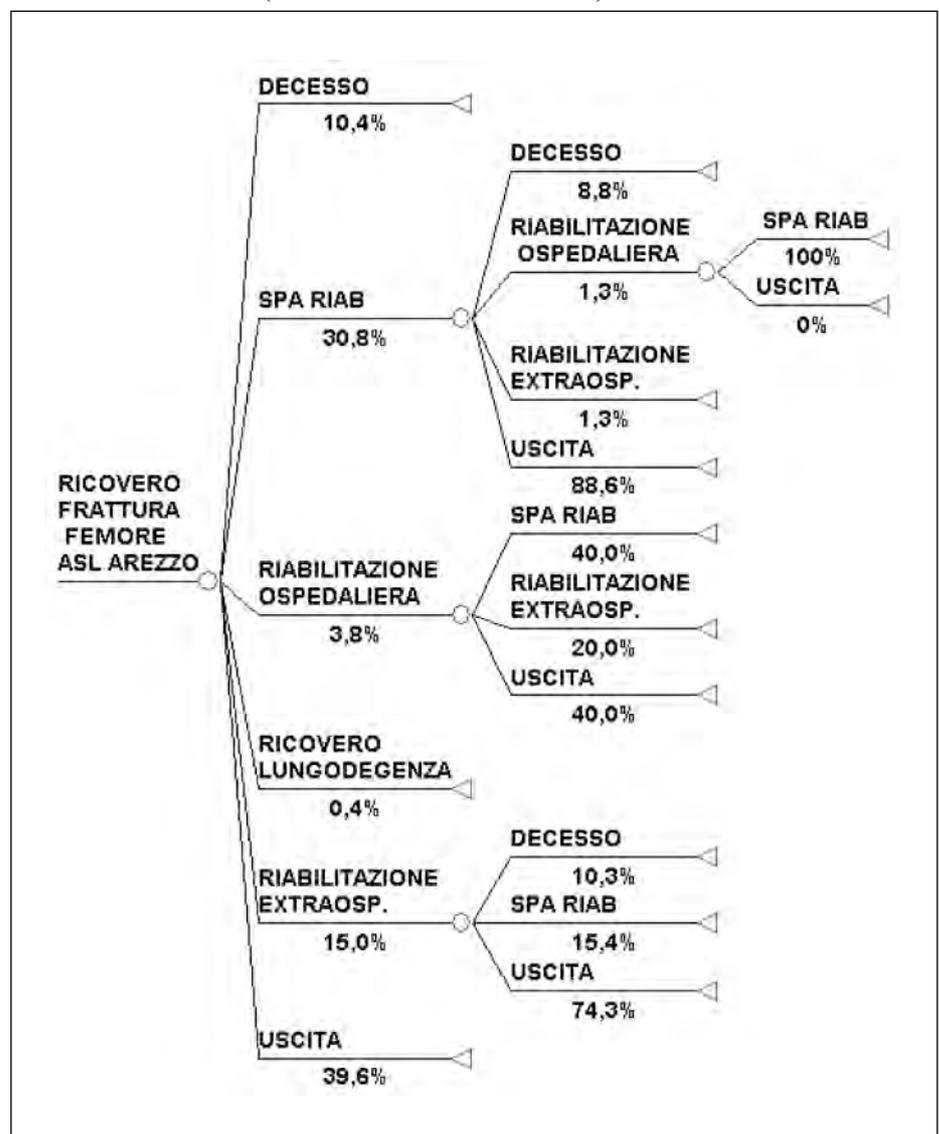
Il pregio principale di questo lavoro consiste nell'aver utilizzato una banca dati completa dei ricoveri effettuati da soggetti residenti in Toscana, ed aver integrato l'archivio delle SDO con quelli delle prestazioni di riabilitazione extraospedaliera, di specialistica ambulatoriale e con il registro di mortalità della Toscana.

I limiti principali sono rappresentati dall'utilizzo delle tariffe Drg della Regione Toscana come *proxy* del costo dei ricoveri e delle altre tariffe per le prestazioni riabilitative. Le tariffe possono divergere anche sostanzialmente dai costi reali sostenuti dalle strutture ospedaliere, tuttavia, in questo caso sono utilizzate prevalentemente a fini comparativi e, comunque, data la mancanza di informazioni dettagliate sui costi, si ritiene che possano fornire informazioni utili ai fini valutativi. In secondo luogo, le informazioni relative all'assistenza riabilitativa extraospedaliera,

contenute nel flusso regionale delle prestazioni riabilitative, potrebbero presentare qualche problema di completezza. Infine, la Zona socio sanitaria di Firenze (coincidente con il comune di Firenze) e dell'area dell'Azienda Usl di Arezzo, pur essendo confrontabili per numerosità e struttura demografica della popolazione, presentano significative diversità sia per la distribuzione della popolazio-

ne nel territorio, — l'area di Arezzo ha una popolazione molto dispersa con ampie zone rurali — che per la strutturazione dell'offerta — a Firenze è presente un'elevata concentrazione di servizi sanitari nella città. Per questo motivo, le differenze rilevate nei modelli assistenziali, almeno in parte, sono probabilmente espressione di situazioni territoriali completamente diverse.

Figura 4a - Percorso assistenziale dei soggetti con Frattura del femore residenti nell'Azienda Usl di Arezzo (nei sei mesi successivi al ricovero)



L'Ictus e la Frattura del femore sono patologie che richiedono un notevole consumo di risorse sanitarie sia nella fase acuta che in quella post acuta. Le differenze rilevate nelle due realtà territoriali analizzate sono dovute principalmente ad una diversa struttura dell'offerta; mentre a Firenze la riabilitazione è effettuata soprattutto in ospedale e nelle case di cura, nell'Azienda Usl di Arezzo avviene so-

prattutto in strutture territoriali di tipo riabilitativo (ex art. 26) o residenziale oppure domiciliare. Le due realtà studiate quindi hanno adottato due modelli assistenziali diversi; è interessante notare come il maggiore ricorso all'assistenza riabilitativa in ambiente ospedaliero nella zona fiorentina, sia parzialmente compensato da una maggiore frequenza di altri ricoveri ospedalieri (non di riabilitazione) nella fa-

se post acuta nei soggetti inclusi nello studio della zona di Arezzo. Il ricorso ad altri ricoveri ospedalieri è probabilmente attribuibile al fatto che i soggetti, anziani e con alto livello di comorbidità, non potendo usufruire di cure sanitarie ad elevata intensità nelle strutture di riabilitazione extraospedaliere, sono rinvii più frequentemente in ospedale per complicità clinico assistenziale.

Figura 4b - Percorso assistenziale dei soggetti con Frattura del femore residenti nell'Azienda Usl di Arezzo (nei sei mesi successivi al ricovero): con valorizzazione attraverso le tariffe applicate in Toscana

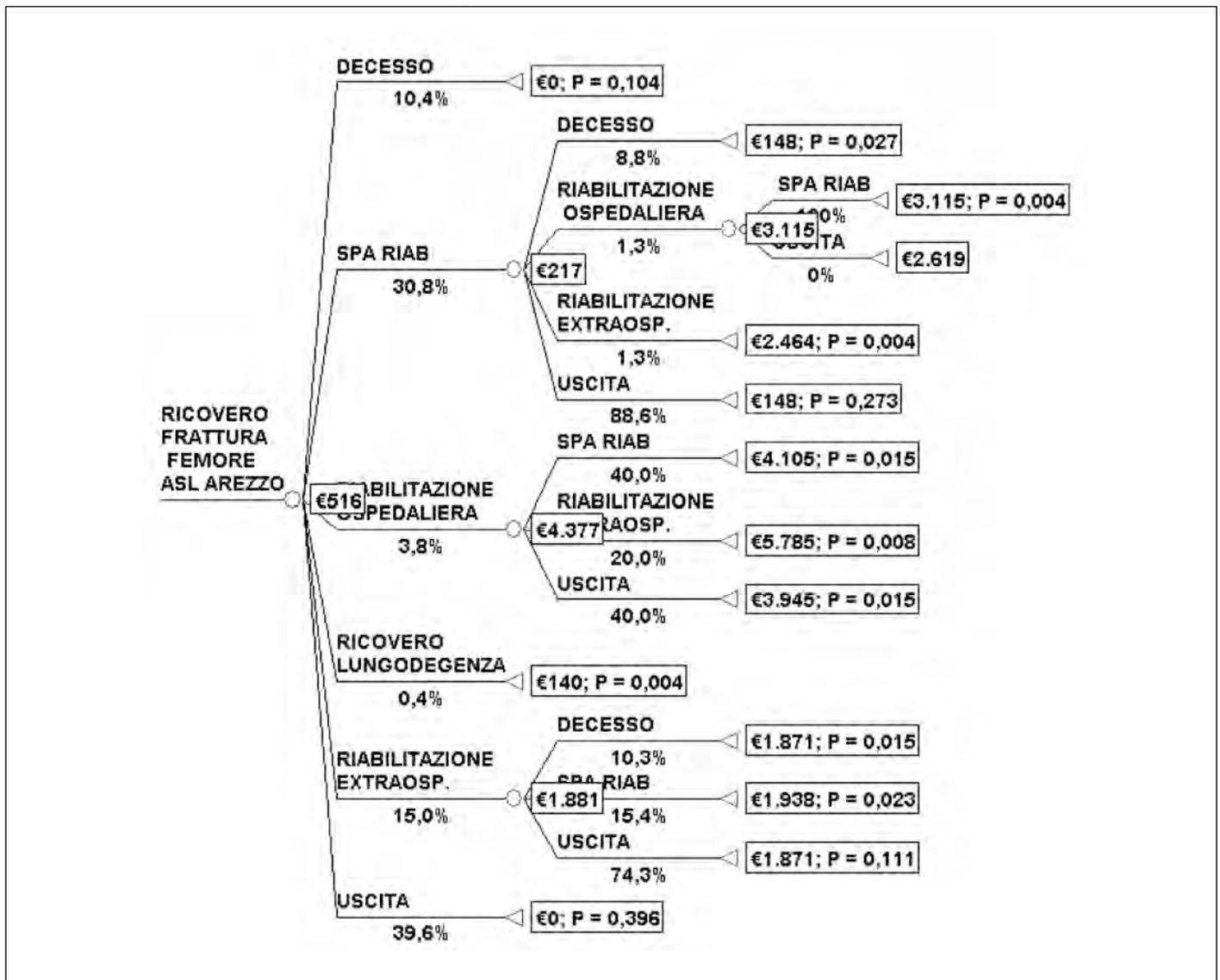


Figura 5a - Percorso assistenziale dei soggetti con Frattura del femore residenti nella Zona fiorentina (nei sei mesi successivi al ricovero)

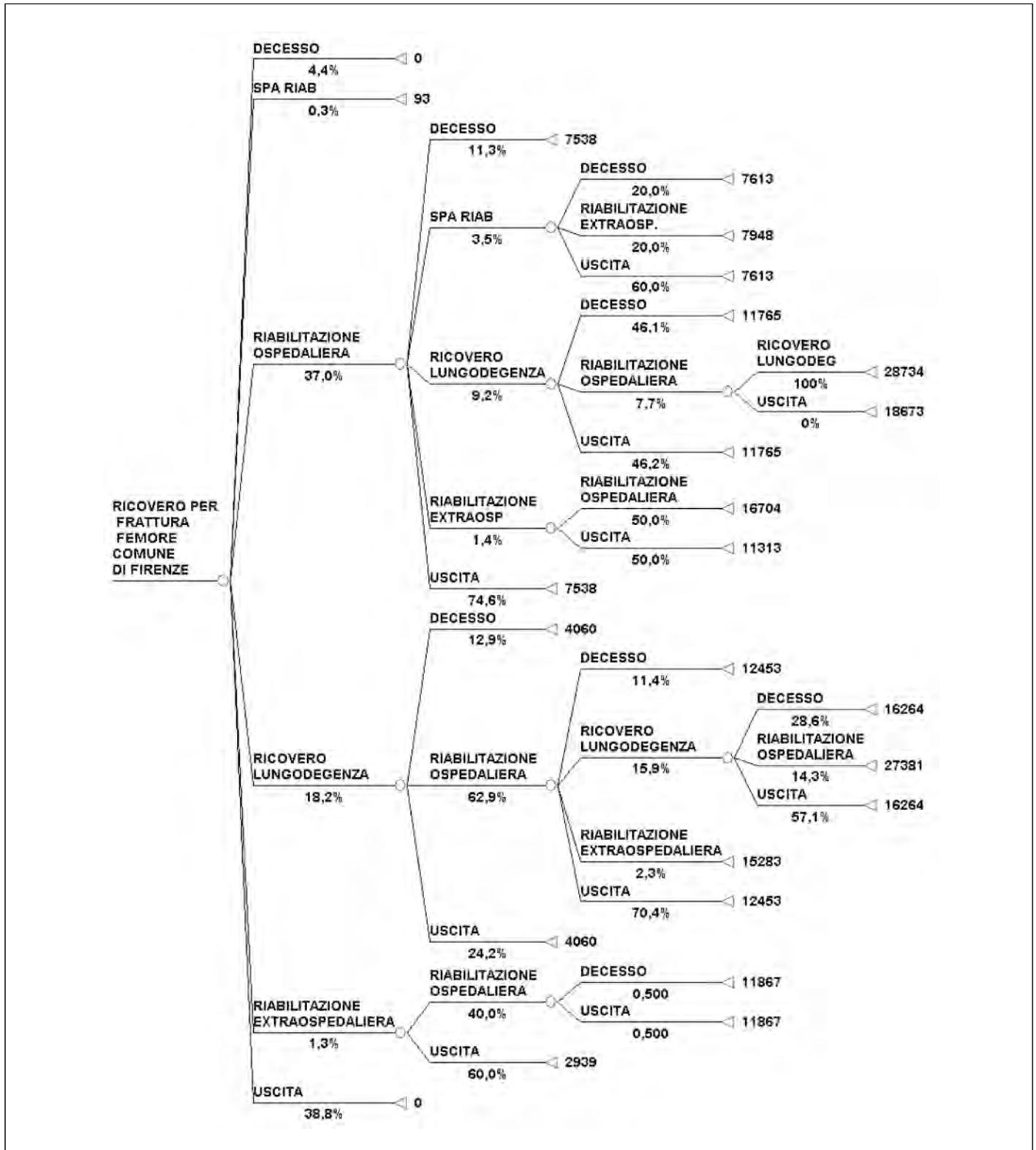
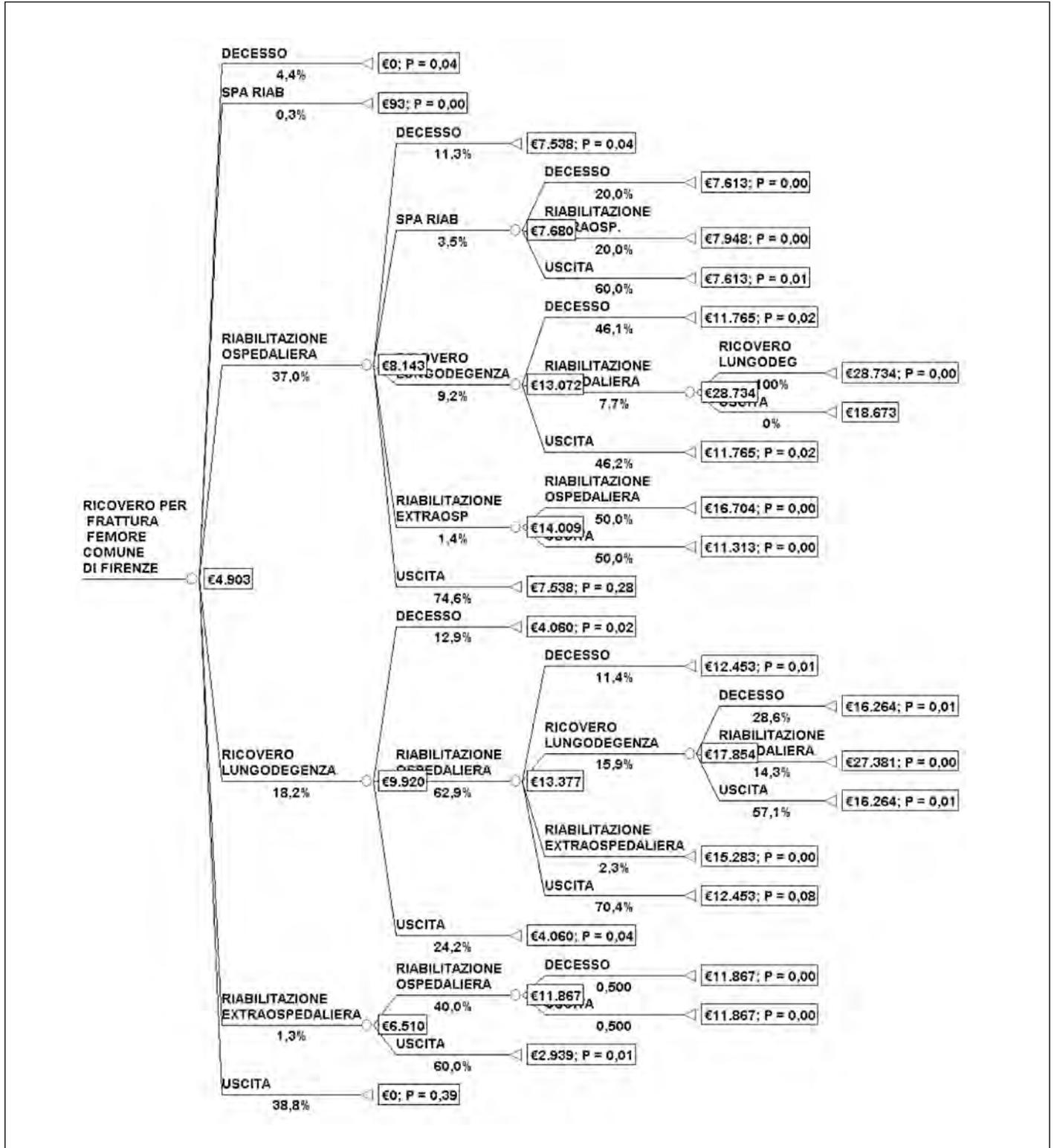


Figura 5b - Percorso assistenziale dei soggetti con Frattura del femore residenti nella Zona fiorentina (nei sei mesi successivi al ricovero): con valorizzazione attraverso le tariffe applicate in Toscana



In aggiunta nel confronto fra i valori economici dei soggetti di Firenze ed Arezzo bisogna tenere conto che nell'assistenza di riabilitazione ospedaliera sono incluse tutte le prestazioni diagnostiche effettuate durante il ricovero e l'assistenza farmaceutica, non comprese invece nei percorsi assistenziali territoriali; mentre le procedure diagnostiche sono recuperate nel flusso dell'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza farmaceutica territoriale non è inclusa nell'analisi. Infatti, dall'analisi dell'assistenza specialistica ambulatoriale si rileva che, se si includono tutte le prestazioni e non solo quelle in specialità di riabilitazione, i soggetti residenti ad Arezzo ricorrono di più a tali servizi di quelli di Firenze (il valore medio per soggetto nei sei mesi successivi all'evento acuto è di circa 254 € ad Arezzo e di circa 99 € a Firenze per l'Ictus e di circa 184 € e 68 € rispettivamente per la Frattura del femore).

Non è stato possibile approfondire l'analisi degli esiti dell'assistenza erogata nelle due realtà per via della bassa numerosità dei casi inclusi nella fase pilota. Le lievi differenze nei tassi di mortalità dei soggetti residenti a Firenze ed Arezzo non sono statisticamente significative. È improbabile che tali differenze, come peraltro le altre differenze riscontrate siano da attribuire alla diversa gravità dei sogget-

ti. Infatti, sia a Firenze sia ad Arezzo sono stati presi in esame tutti i soggetti ovunque ricoverati, che presumibilmente sono espressivi dell'universo dei casi di Ictus e Fratture del femore nelle due aree nel periodo temporale considerato. Secondo il parere degli esperti e della letteratura scientifica la mortalità per Ictus e Frattura del femore sembra essere influenzata molto limitatamente dal percorso assistenziale post acuto (Langhorne e Duncan, 2001; Roder *et al.*, 2003), essendo altri fattori, clinici e organizzativi, i maggiori determinati dell'esito — ad esempio per l'Ictus la tempestività nell'accesso alle «Stroke Unit» (The Cochrane Library, 2000) e nella Frattura del femore la distanza fra l'evento e l'intervento chirurgico, la profilassi antibiotica e tromboembolica, la presa in carico da parte di un *team* multidisciplinare (Clague *et al.*, 2002; Todd *et al.*, 1995; Parker *et al.*, 2000). Anche per questo motivo, sembra necessario proseguire l'analisi avviata, migliorando la metodologia, approfondendo l'aspetto relativo al consumo di risorse, ed ai conseguenti costi, e una valutazione più approfondita degli esiti sanitari.

BIBLIOGRAFIA

PIANO SANITARIO REGIONALE 2002-2004,
<http://www.rete.toscana.it/index.htm>.

- DI CARLO A. *ET AL.* (2003), «Stroke in an Elderly Population: Incidence and Impact on Survival and Daily Function», *Cerebrovasc Dis*, 16, pp. 141-150.
- DELIBERAZIONE G. REG. N. 303 DEL 22 MARZO 1999 (1999), *Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero*. Modifica deliberazione G. reg. 29 dicembre 1995, n. 4614 e successive modificazioni.
- DELIBERA N. 492 DEL 17 MAGGIO 2001 (2001), *Determinazione tariffe delle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza erogate in regime di ricovero ospedaliero*.
- Accordo sulle attività di riabilitazione fra la Giunta regionale toscana le Aziende USL della regione ed il coordinamento dei centri di riabilitazione toscani. Settore della riabilitazione extraospedaliera.
- LANGHORNE P., DUNCAN P. (2001), «Does the Organization of Postacute Stroke Care Really Matter?», *Stroke*, 32, pp. 268-274.
- RODER F. *ET AL.* (2003), «Proximal femur fracture in older patients-rehabilitation and clinical outcome», *Age and Ageing*, 32, pp. 74-80.
- STROKE UNIT (2000), «Trialists' Collaboration. Organized inpatient (stroke unit) care for stroke (Cochrane review)», *The Cochrane Library*, issue 1, Oxford, UK, Update Software.
- CLAGUE J.E. (2002), «Predictors of outcome following hip fracture. Admission time predicts length of stay and in-hospital mortality», *Injury*, 33, pp. 1-6.
- TODD C.J., FREEMAN C.I., CAMILLERIFERRANTE C. *ET AL.* (1995), «Differences in mortality after fractures of hip: the East Anglian audit», *BMJ*, 310, pp. 904-8.
- PARKER M.J., PRYOR G.A., MYLES J. (2000), «11-year results in 2,846 patients of the Peterborough Hip Fracture Project: reduced morbidity, mortality and hospital stay», *Acta Orthop Scand*, 71, pp. 34-8.

Esperienze innovative

Sezione 3^a

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.

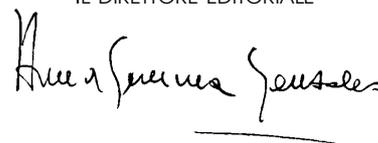
Con un semplice e rapido click, Ella sarà in grado di consultare il repertorio di **Mecosan**, con l'aggiornamento fino all'ultimo fascicolo pubblicato nel 2003.

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 (1992-2003) 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, dicembre 2003

MECOSAN BIT¹² – PREZZO DEL CD-ROM € 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 BIT¹²

Il repertorio computerizzato
di **Mecosan** 1992-2003

- 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)

(*) Avendo già acquistato Mecosan bit¹¹ il prezzo del nuovo Cd-rom è di € 55,00.

PROGRESSO TECNOLOGICO NELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI. IL MAMMOGRAFO «DIGITALE»: COSTI E BENEFICI

Anna Micaela Ciarrapico¹, Elsa Cossu², Chiara Adriana Pistolese²

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica - Facoltà di Medicina - Università di Roma «Tor Vergata»

² Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica - Policlinico Universitario «Tor Vergata» - Roma

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La valutazione di nuove tecnologie in Diagnostica per immagini: il tempo, l'accuratezza di giudizio, la necessità di una pronta operatività - 3. Mammografo digitale e mammografo analogico a confronto - 4. L'esperienza del Dipartimento di Diagnostica per immagini del Policlinico universitario di Tor Vergata - 5. Conclusioni.

1. Introduzione

Un campo nel quale il progresso tecnologico ha comportato mutamenti velocissimi è certamente la Diagnostica per immagini: ogni anno vengono presentate apparecchiature nuove, sempre più sofisticate, che permettono, sempre con l'ausilio dell'«occhio» umano, un'accuratezza diagnostica maggiore. Queste apparecchiature comportano costi altissimi, legati alla loro sofisticatezza. Considerando i vincoli esistenti sulle risorse da destinare alla sanità, è importante poter dare un giudizio sulle nuove tecnologie, guardando sia alla loro valenza tecnico/scientifica, sia alla convenienza economica del loro utilizzo.

Obiettivo dell'analisi che segue è quello di analizzare se tali apparecchiature, nonostante l'elevato costo dell'investimento iniziale, possano essere utilizzate dal Sistema sanitario nazionale poiché i vantaggi tecnico organizzativi sono tali da compensare a sufficienza lo sforzo economico iniziale.

La nuova tecnologia di cui parliamo è il *mammografo digitale*.

Partendo dall'ipotesi, supportata dall'esperienza del Dipartimento di diagnostica di riferimento e dai risul-

tati riportati in letteratura, di una efficacia del mammografo digitale pari, se non superiore, a quella dell'analogico, il nostro studio evidenzierà come per un'Azienda ospedaliera, dove la diagnostica senologica è praticata su larga scala, possa risultare vantaggioso utilizzare il mammografo digitale rispetto all'analogico poiché i minori costi di gestione dovuti alla semplificazione dell'iter clinico del paziente e dell'organizzazione del lavoro controbilanciano largamente il maggior investimento iniziale richiesto per l'acquisto.

2. La valutazione di nuove tecnologie in Diagnostica per immagini: il tempo, l'accuratezza di giudizio, la necessità di una pronta operatività

L'impostazione più corretta per poter dare un giudizio su nuove tecnologie nel campo della diagnostica per immagini è il cosiddetto *approccio gerarchico* alla valutazione (*hierarchical approach*) che si serve di indici di accuratezza diagnostica e terapeutica. Tali indici permettono di analizzare gli effetti prognostici, di valutare l'efficacia sia per il paziente sia per la società e di valutare il rapporto co-

sto/efficacia. L'approccio gerarchico, certamente completo e fondato su solide basi teoriche, ha il limite di essere *time-consuming* poiché, se i vari elementi vengono valutati in successione, il tempo richiesto per portare a termine l'operazione di valutazione è certamente lungo.

Come rappresentato nella figura 1 le fasi dell'approccio gerarchico, come inizialmente proposto da Fryback e Thornbury (1991), sono sei. All'estremo superiore troviamo le fasi relative alla efficienza, o efficacia diagnostica, all'estremo inferiore troviamo le fasi di valutazione della tecnologia in termini del suo valore per la società.

I livelli di valutazione vengono ordinati secondo un ordine di rilevanza. L'efficacia di una tecnologia diagnostica non deve necessariamente essere dimostrata ad ogni livello, ma se l'efficacia è debole ad un livello certamente risulterà debole nei seguenti livelli.

I paragrafi 2 e 4.2 sono da attribuirsi ad Anna Micaela Ciarrapico. I paragrafi 3 e 4.1 sono da attribuirsi ad Elsa Cossu e Chiara Adriana Pistolese. L'introduzione e le conclusioni sono frutto di un lavoro comune.

Comunque, il tempo richiesto dall'espletamento dell'approccio gerarchico, per dare un giudizio sulla validità di una nuova tecnologia, spesso si scontra con la realtà di un mercato sul quale appaiono continuamente nuovi prodotti tecnologici che diventano operativi non appena sono disponibili. Sono allora auspicabili metodologie di valutazione più agili anche se meno rigorose.

Hunink e Krestin (2002) evidenziano come la necessità di rendere operative nuove tecnologie in tempi rapidi possa far sì che il giudizio di valutazione si fondi su esperienze soggettive, basate su un numero limitato di casi. La generalizzazione di esperienze soggettive, basate su di un numero limitato di casi, è possibile se la selezione del gruppo di pazienti rappresentativo, con riferimento al problema diagnostico sotto esame, è effettuata correttamente (Pocock, 1983) e se tali pazienti sono assegnati in modo casuale (*at random*) alla nuova ed alla vecchia strategia diagnostica.

Le informazioni che Hunink e Krestin ritengono rilevanti per poter valutare se passare alla operatività di una nuova apparecchiatura diagnostica e che devono essere raccolte nel corso della pratica clinica (e non ottenute in uno scenario sperimentale strettamente controllato ma probabilmente irreali), sono quelle utili a verificare se la nuova tecnologia diagnostica faciliti il processo clinico decisionale a parità di, o con migliori, risultati clinici per il paziente, e a valutare se i costi di investimento e di gestione connessi alla nuova apparecchiatura risultino «sostenibili» ed inferiori a quelli relativi alla tecnologia che esse va a sostituire.

Come evidenziato nella figura 2, le due impostazioni, quella basata sul criterio gerarchico e quella basata su esperienze soggettive, rappresentano percorsi diversi per raggiungere l'o-

biettivo rappresentato dal poter valutare, in senso tecnico ed economico, nuove tecnologie di diagnostica per immagini prima di renderle operative.

Il conflitto tra la necessità di utilizzare uno schema gerarchico di valutazione, prima di rendere operativa una certa tecnologia, e la necessità di ren-

dere operativa tempestivamente tale tecnologia può quindi essere risolto, come evidenziato da Hunink e Krestin (2002), tramite una metodologia di analisi in cui i tre momenti (sviluppo, valutazione e operatività di una tecnologia di diagnostica per immagini) non sono visti come passaggi succes-

Figura 1 - Varie fasi dell'approccio gerarchico

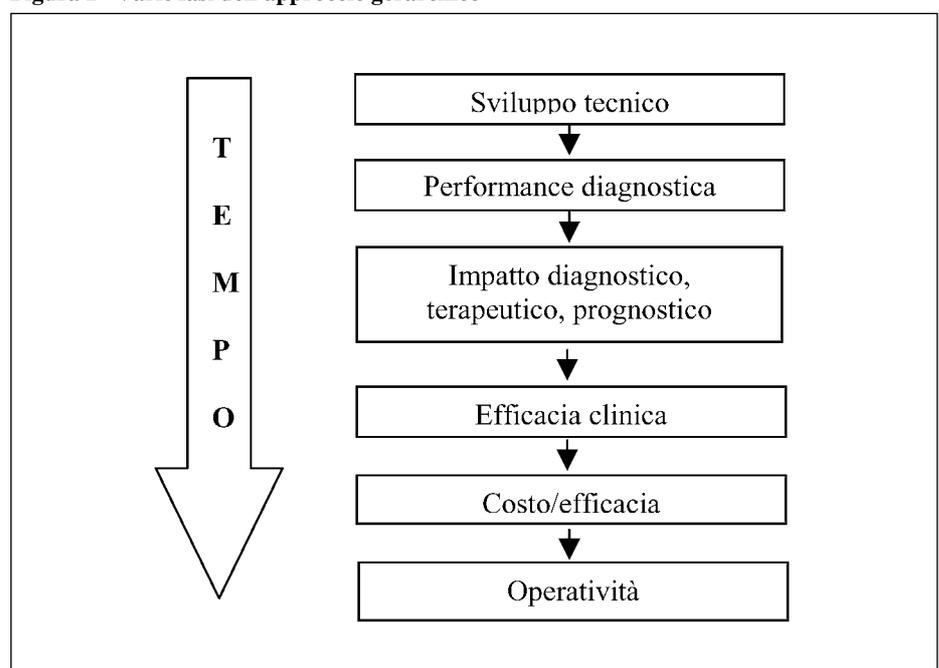
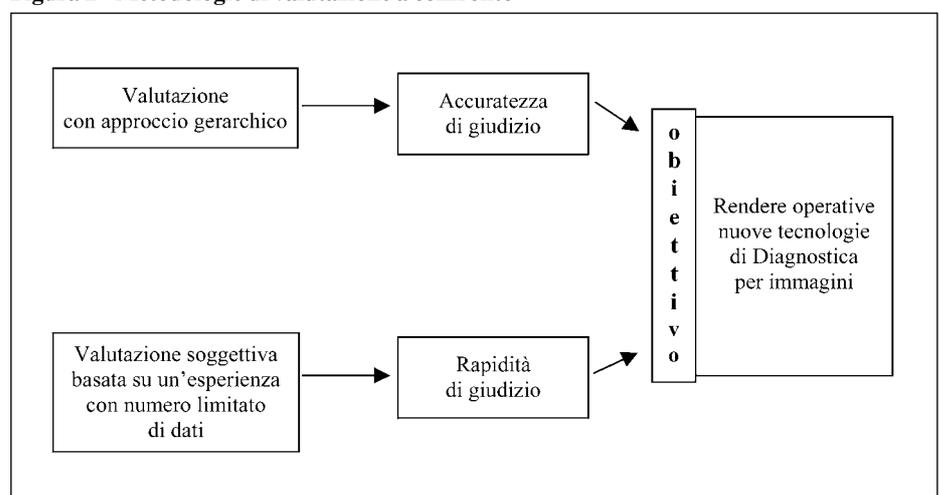


Figura 2 - Metodologie di valutazione a confronto



sivi e sequenziali del processo di valutazione, ma come un unico stadio.

Nei paragrafi che seguono cercheremo quindi di delineare i vantaggi della nuova tecnologia tenendo conto delle varie «dimensioni» del processo decisionale clinico-economico.

Gli obiettivi che il nostro studio si prefigge sono i seguenti:

1) poter dimostrare che la nuova tecnologia diagnostica presenti dei vantaggi in termini di efficienza diagnostica e di organizzazione del lavoro tali da rendere più agevole il processo clinico decisionale;

2) dimostrare che il più alto costo di acquisto della nuova tecnologia diagnostica sia più che compensato dal risparmio in termini di costi di gestione dovuto alle caratteristiche della nuova apparecchiatura.

L'analisi che segue riguarda, quindi, la convenienza a diffondere sul mercato il «mammografo digitale», apparecchiatura che si contrappone, e dovrebbe nel tempo sostituire, il mammografo analogico.

3. Mammografo digitale e mammografo analogico a confronto

Il continuo sviluppo della diagnostica per immagini negli ultimi due decenni è direttamente correlato all'avanzamento tecnologico ed alla disponibilità di apparecchiature sempre più sofisticate. Tale sviluppo deve quindi necessariamente integrarsi con un'aggiornata cultura professionale e con rinnovate modalità organizzative di chi opera nel campo radiologico.

Attualmente, per quanto riguarda la diagnostica senologica, l'indagine strumentale più affidabile ed utilizzata correntemente nella diagnosi precoce del tumore della mammella è la mammografia che, seppure effettuata da personale medico e tecnico dedicato, ha una percentuale di tumori non diagnosticati del 10-20%.

Gli apparecchi mammografici attualmente utilizzati nel nostro Paese sono quasi esclusivamente analogici e spesso obsoleti (tabella 1).

L'utilizzo di mammografi obsoleti può comportare un'esposizione alle radiazioni ionizzanti eccessiva con dose elevata per le utenti (pazienti).

Negli ultimi anni, grazie ai notevoli progressi della tecnologia sono state proposte e successivamente introdotte nella pratica clinica apparecchiature digitali altamente sofisticate che, oltre a produrre immagini di elevata qualità, consentono, tramite la rielaborazione dei dati acquisiti durante l'esposizione, di ottenere ulteriori informazioni utili ai fini diagnostici e interpretativi.

3.1. Caratteristiche tecniche del mammografo digitale ed analogico

La principale differenza tra sistema analogico e sistema digitale è dovuta alla presenza, nel digitale, del detettore,

cioè dell'oggetto che raccoglie l'immagine.

Nella mammografia analogica, la pellicola racchiude l'acquisizione e la visualizzazione dell'immagine, al contrario della tecnica digitale in cui, dall'acquisizione iniziale possono essere effettuate rielaborazioni che portano all'ottimizzazione dell'immagine con la possibilità di identificare ulteriori elementi diagnostici separatamente ed indipendentemente dall'esposizione iniziale. In questo modo è possibile modificare i dati espositivi, correggendo la luminosità e il contrasto per favorire la visione dell'immagine, o tramite la rielaborazione, con l'utilizzo di algoritmi di ricostruzione per l'analisi dei dati (*zoom* elettronici, inversione bianco-nero dell'immagine, misure, ecc.), senza dover ripetere l'esposizione come accade nell'acquisizione analogica. La gestione dell'immagine digitale è dunque più versatile di quella analogica.

Tabella 1- Obsolescenza dei mammografi presenti sul territorio italiano

	Più di 8 anni	Più di 10 anni
Mammografi analogici	44%	23%

Fonte: Ministero della sanità (2002), Indagine sui servizi di diagnostica per immagini in strutture di ricovero e cura pubbliche e private.

Box 1

La mammografia analogica è un sistema schermo-pellicola (SFM = *Screen Film Mammography*). Le radiazioni ionizzanti emesse dal tubo radiogeno del mammografo attraversano la mammella e vanno ad impressionare la pellicola. In un sottile schermo di fosfori, l'ossisolfuro di Gadolinio attivato da cristalli di Terbio assorbe e converte i fotoni X in luce e trasferisce l'immagine su un film monoemulsione. Il film è dunque processato per rendere visibile e stabile l'immagine. Nel processo il film ha funzioni molteplici (dette, visualizzazione, archiviazione).

Nella mammografia digitale l'immagine viene ottenuta in tempo reale. I raggi X vengono convertiti dal detettore digitale in cariche elettriche.

I sistemi al Silicio Amorfo effettuano una duplice conversione: da raggi X a fotoni luminosi (che si ottengono tramite uno schermo scintillatore allo ioduro di Cesio) e da fotoni luminosi a cariche elettriche. I sistemi al Selenio amorfo effettuano una conversione diretta di energia da raggi X a cariche elettriche.

Il mammografo digitale, oltre alla rielaborazione con *post processing*, dà la possibilità di utilizzare elementi aggiuntivi come ad esempio il «CAD» (*Computer Aided Detection*), ovvero la diagnosi assistita dal computer attraverso l'impiego di intelligenza artificiale, che permette di incrementare la sensibilità dell'esame mammografico aiutando il radiologo nella lettura dell'esame sia nella diagnostica clinica che in alcuni studi applicati ai programmi di *screening* dove può essere utilizzato in sostituzione del primo lettore.

4. L'esperienza del Dipartimento di diagnostica per immagini del Policlinico universitario di Tor Vergata

Per poter dare un giudizio riguardo il rendere operativo su larga scala il mammografo digitale e quindi auspicare la sostituzione dei «vecchi» mammografi analogici con «nuovi» mammografi digitali non faremo riferimento al metodo gerarchico (in quanto i dati necessari non sono ancora tutti disponibili) bensì utilizzeremo l'impostazione basata sulla nostra esperienza soggettiva.

Nel Dipartimento di diagnostica per immagini, cui è riferita l'esperienza soggettiva di seguito riportata, sono disponibili:

1) mammografia analogica (SFM) di ultima generazione, con doppio fuoco, doppia pista anodica (Mo, Rh).

2) sistema digitale diretto (FFDM = *Full Field Digital Mammography*).

Nella nostra analisi valutativa cercheremo di raccogliere tutte le informazioni disponibili, sia dal punto di vista tecnico/scientifico sia dal punto di vista della convenienza economica, ritenute rilevanti al fine di poter esprimere un giudizio sull'auspicabilità di una veloce diffusione della mammografia digitale.

In generale, per poter confrontare due tecnologie anche in termini economici si farà riferimento o all'analisi costo efficacia o al metodo della minimizzazione dei costi.

La nostra analisi utilizzerà il metodo della minimizzazione dei costi che si basa sull'ipotesi di uguale efficacia delle due apparecchiature e che porta a preferire quella delle due apparecchiature che rappresenta un minor costo.

Inizieremo, quindi, nell'analizzare se è possibile affermare che il mammografo digitale abbia uguale/superiore efficacia rispetto all'analogico. Evidenzieremo, quindi, i vantaggi tecnici, organizzativi ed economici che porteranno a preferire la mammografia digitale rispetto all'analogica.

4.1. L'efficacia diagnostica del mammografo digitale

Al fine di formulare giudizi sull'efficacia delle singole indagini devono essere valutate la sensibilità e specificità delle metodologie diagnostiche.

La sensibilità e la specificità definiscono l'affidabilità dell'indagine, quantificandone la capacità rispettivamente di identificare la presenza di

malattia per la prima e l'assenza di malattia per la seconda. In particolare la sensibilità indica la frequenza con la quale l'indagine risulta positiva in una popolazione di soggetti che hanno la malattia cercata; la specificità indica, invece, la frequenza con la quale l'esame risulta negativo nella popolazione di soggetti che non sono affetti dalla malattia. Altro indice quantitativo, che riassume sensibilità e specificità in un valore, è rappresentato dall'accuratezza diagnostica intesa come capacità media di un'indagine di individuare la presenza o l'assenza di malattia.

Nell'ambito della diagnostica per immagini tali parametri dipendono strettamente dai requisiti tecnici e dalla qualità delle immagini che grazie al continuo progresso tecnologico è in continuo miglioramento.

Il confronto di due tecnologie in termini di efficacia diagnostica basata sulla qualità delle immagini presuppone l'esecuzione di ogni esame, sia intero che parte di esso, con entrambi i sistemi, analogico e digitale, con duplice esposizione delle pazienti alle radiazioni.

Numerosi Autori (box 2) riportano i risultati ottenuti da questa valutazione

Box 2

Fisher *et al.* (2000), in base ai risultati ottenuti su un campione limitato (55 pazienti), affermano che con il mammografo digitale la sensibilità, la specificità e l'accuratezza diagnostica raggiungono valori rispettivamente del 95%, 53% e 68%, rispetto al 90%, 47% e 63% dell'analogico.

Lewin-D'Orsi-Hendrick (2002), asseriscono che la tecnica digitale è, in termini di efficacia uguale a quella analogica. Nel loro lavoro vengono riportati i risultati del confronto tra 6736 esami mammografici di *screening* eseguiti sia con apparecchio digitale che analogico. Gli autori concludono di non aver riscontrato significative differenze tra le due tecniche utilizzate nell'individuazione del carcinoma mammario, anche se a favore del digitale grava un minor numero di approfondimenti diagnostici.

Nello studio condotto su 10895 donne di età compresa tra i 50 e 60 anni e in 7849 donne con fascia di età da 45 a 49 anni, Skaane *et al.* (2002) riscontrano una migliore identificazione con il mammografo digitale rispetto all'analogico per il carcinoma invasivo (57% contro il 39%) e per il carcinoma duttale *in situ* (22% contro 14%).

Nella esperienza clinica diagnostica del Dipartimento di diagnostica per immagini del Policlinico universitario di Tor Vergata è stata riscontrata uguale sensibilità tra digitale ed analogico (80%).

comparativa e si trovano in accordo nell'affermare che il sistema digitale ha *performance* paragonabili, se non in alcuni casi superiori, a quelle ottenute con il sistema analogico.

Basandosi il confronto dell'efficacia del sistema digitale rispetto a quello analogico essenzialmente sulla valutazione di caratteristiche tecniche e sulla qualità dell'immagine, si deve, a nostro giudizio, evidenziare l'importante ruolo del CAD che, come abbiamo già accennato, rappresenta un sofisticato programma di analisi computerizzata in grado di riconoscere analizzare e segnalare aree sospette, distorsioni strutturali e *cluster* di microcalcificazioni che possono sfuggire al radiologo durante l'interpretazione dell'immagine. L'interpretazione dei radiogrammi è soggetta infatti ad una ampia variabilità che si traduce in una variazione di accuratezza diagnostica; il CAD potrebbe essere utile per aiutare il radiologo a ridurre questa variabilità (Makey - Lo - Floyd, 2002; Feig *et al.*, 2001).

Nel grafico 1 si riporta la stima del beneficio del CAD nella pratica mammografica clinica riportato in Feig *et al.* (2001). I risultati evidenziano che la sensibilità dell'interpretazione dell'esame mammografico ad opera del singolo radiologo è dello 80%. L'utilizzo del CAD consente di recuperare una percentuale di lesioni omesse. La lettura dell'esame mammografico con l'ausilio del CAD (radiologo + CAD) permette dunque di incrementare fino al 96% la quota di lesioni individuate.

Nell'esperienza del Policlinico universitario di Tor Vergata il confronto tra lettura delle mammografie del solo radiologo e lettura del radiologo + CAD evidenzia un aumento della sensibilità diagnostica dell'esame mammografico interpretato dal radiologo con l'ausilio del CAD del 15%, in accordo con i dati della letteratura (Feig,

2001; Castellino *et al.*, 2002; Free-Ulissey, 2001).

4.2. I vantaggi tecnici e organizzativi

In questo paragrafo presenteremo i vantaggi del mammografo digitale rispetto all'analogico dovuti a parametri tecnici, e che quindi sono «universali», ed i vantaggi che sono stati riscontrati nell'organizzazione del lavoro e nell'*iter* del paziente nell'esperienza considerata.

4.2.1. I vantaggi tecnici

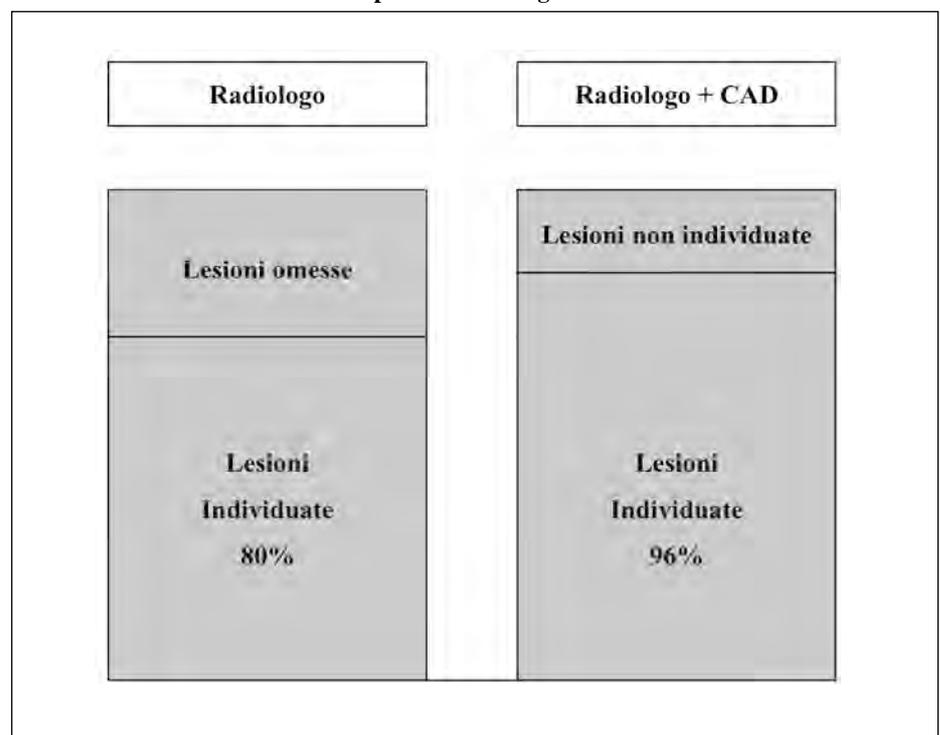
Per quanto concerne i vantaggi strettamente correlati a caratteristiche tecniche dell'apparecchio, un vantaggio importante del mammografo digitale è che tale apparecchio, mediante l'utilizzo di sistemi di detenzione ottimizzati (accoppiamento

Rodio/Rodio), consente di ottenere, come illustrato nel grafico 2, immagini di elevata qualità con una riduzione di circa il 30% della dose delle radiazioni emesse con apparecchi analogici.

I diagrammi riportati nel grafico 2 rappresentano le dosi assorbite dalle pazienti sottoposte ad acquisizione in proiezione CC con mammografo digitale ed analogico. La riduzione della dose di radiazioni con l'analogico è pari al 31%.

Il sistema digitale risulta, inoltre, essere la tecnica migliore per archiviare, richiamare e consultare le immagini. Queste possono essere anche trasmesse a distanza in tempo reale, tramite sofisticati sistemi informatici PACS (*Picture Archiving and Communication System*) - DICOM in grado di supportare tutte le operazioni, rendendo possibile l'effettuazione

Grafico 1 - Beneficio del CAD nella pratica mammografia clinica



Fonte: Feig (2001).

di attività di *teleconsulto* tra centri «qualificati» e centri «periferici» su casi particolarmente complessi.

4.2.2. I vantaggi clinico-diagnostici ed organizzativi nell'esperienza considerata

Dal maggio 2002 al maggio 2003, presso il Dipartimento di diagnostica per immagini del Policlinico universitario di Roma «Tor Vergata», è stata messa a confronto l'attività clinica eseguita su un apparecchio digitale con quella svolta con un apparecchio analogico, nello stesso numero di giorni e ore lavorative. Si è quindi proceduto al confronto tra numero degli esami eseguiti, comprese proiezioni aggiuntive ed esami ecografici complementari e relativi costi.

Dal confronto dell'attività clinica svolta con apparecchio digitale e analogico sono emersi dati interessanti sia dal punto di vista clinico diagnostico che organizzativo.

Le caratteristiche tecniche del mammografo digitale fanno sì che si possa ottenere una migliore organizzazione del lavoro. Notiamo, infatti, che il lavoro effettuato con apparecchio digitale, riferito a numero di esami eseguiti a parità di turni lavorativi del mammografo analogico, è significativamente maggiore (9150 esami con apparecchio digitale e 6100 con l'analogico). Questo è conseguente al risparmio di circa 4-5 minuti ad esame dovuto alla visualizzazione «real time» sul *monitor* delle immagini ottenute che, al contrario della tecnica analogica, non necessitano di sviluppo (processo che impiega 3 minuti a pellicola).

Per quanto riguarda il tempo di lettura degli esami su *soft* e *hard copy* non sono state da noi riscontrate significative variazioni se l'esame ottenuto con tecnica digitale viene refertato direttamente sul *monitor*.

Altro vantaggio, di interesse sia organizzativo che tecnico diagnostico, è la riduzione delle proiezioni aggiuntive, intese come esami sia ad ingrandimento diretto di immagine che a compressione mirata, che sono state necessarie per l'interpretazione dei segni mammografici con l'utilizzo della tecnica digitale.

La percentuale di proiezioni aggiuntive eseguite per chiarimenti diagnostici è stata del 10% per la tecnica digitale e del 14% con quella analogica. Questo è dovuto principalmente alla possibilità di ricavare informazioni diagnostiche senza dover effettuare ulteriori esposizioni mediante la rielaborazione delle immagini con la *work station* dell'apparecchio digitale, tramite ad esempio *zoom* elettronici, aumento del contrasto e inversione negativo/positivo (bianco/nero) dell'immagine che aumentano l'accuratezza diagnostica dell'esame mammografico già con le tre acquisizioni *standard* e conseguente ulteriore riduzione della durata dell'esame.

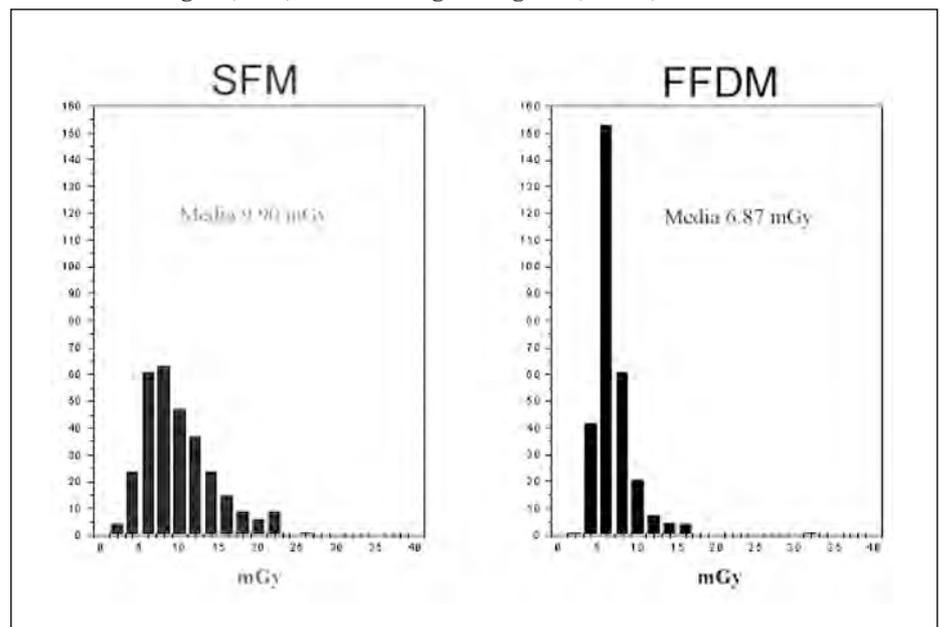
La possibilità di gestire le immagini nel *post processing* consente, attraverso diversi procedimenti di rielaborazione, di migliorare la visualizzazione, secondo le necessità interpretative del lettore, sia di segni mammografici specifici che delle mammelle dense difficilmente valutabili con il solo esame mammografico eseguito con tecnica analogica. In particolare dal nostro studio comparativo si osserva una riduzione degli esami ecografici complementari alle indagini mammografiche condotte su apparecchi digitali del 24% (tabella 2).

4.2.3. I risultati del confronto, in termini di vantaggi tecnico-organizzativi, tra mammografo digitale ed analogico

Nella tabella 3 vengono riportati tutti i vantaggi, sia tecnici che organizzativi, del mammografo digitale rispetto all'analogico.

La minor durata degli esami permette di effettuare complessivamente

Grafico 2 - Confronto della dose di radiazioni per le pazienti utilizzando il mammografo analogico (SFM) ed il mammografo digitale (FFDM)



più esami; la maggior facilità di archiviazione permette di semplificare l'organizzazione del lavoro; il minor numero di proiezione e di esami complementari semplifica l'iter clinico del paziente; la minor dose di radiazioni è un beneficio per il paziente stesso; la maggiore accuratezza diagnostica e la maggiore sensibilità, quando la lettura è affidata al radiologo + CAD, concorrono a garantire un'efficacia uguale se non superiore del mammografo digitale rispetto all'analogico.

Possiamo quindi affermare, con riferimento agli obiettivi che la nostra analisi si è prefissata, che il mammografo digitale presenta dei vantaggi in termini di efficienza diagnostica e di organizzazione del lavoro rispetto al mammografo analogico e quindi facilita il processo decisionale clinico.

4.3. Vantaggi economici

Nella valutazione dei vantaggi economici dobbiamo tener conto sia dei costi che dei ricavi presunti o indicati connessi all'utilizzo delle due apparecchiature, mammografo analogico e mammografo digitale.

Per quanto riguarda i costi iniziali delle due apparecchiature ci sono senz'altro significative differenze. Il costo di acquisto del sistema digitale è di circa 450.000 euro, IVA compresa, con costo annuo di ammortamento, se si ipotizza di ammortizzare tale macchinario in 5 anni, di 90.000 euro l'anno. Il costo del contratto di manutenzione *full risk* annuale è pari a 36.000 euro. Tale cifra è calcolata considerando che per il primo anno l'apparecchio è coperto da garanzia e che per i successivi 4 anni il costo annuale di manutenzione è pari al 10% del valore dell'apparecchio. La cifra complessiva per la manutenzione dei successivi 4 anni è stata quindi suddivisa sui 5 anni che corrispondono al periodo di ammortamento.

Il mammografo analogico ha costi iniziali più contenuti, 90.000 euro, IVA compresa, con costo annuale, per un ammortamento in 5 anni di 18.000 euro; il costo del contratto di manutenzione *full risk* annuale è pari a 7.200 euro IVA compresa.

I costi di acquisto e manutenzione risultano, quindi, significativamente a svantaggio del sistema digitale. Dobbiamo, però, considerare anche i costi connessi all'ottenimento e alla gestione delle immagini sia per il mammografo analogico che per il mammografo digitale.

Ricordando quanto precedentemente esposto, le caratteristiche del sistema digitale rendono possibile la visualizzazione e la valutazione dell'esame mammografico con le eventuali rielaborazioni delle immagini al

monitor, al contrario dei sistemi analogici in cui l'unica possibilità interpretativa è legata alla necessità di sviluppare su pellicole radiografiche le informazioni ottenute durante l'esposizione. Questo elemento comporta una notevole differenza dal punto di vista dei costi delle due tecniche confrontate.

Il sistema analogico, rispetto al digitale, necessita per la visualizzazione delle immagini mammografiche di apparecchi e di materiali aggiuntivi. Gli apparecchi sono la sviluppatrice il cui costo di acquisto è pari a 40.000 euro, IVA inclusa, più il contratto di manutenzione pari al 10% del valore dell'apparecchiatura.

I materiali, invece, consistono essenzialmente nelle pellicole radiografiche e nei liquidi di sviluppo. Per lo

Tabella 2 - I risultati dell'esperienza considerata

	Analogico	Digitale
Durata esame	15 min	10 min
Numero di esami eseguiti	6100	9150
Proiezioni aggiuntive	854 (14%)	915 (10%)
Ecografie	3660	3294

Tabella 3 - I vantaggi «tecnici» ed organizzativi del mammografo digitale rispetto all'analogico

<p>Minore durata/maggior numero di esami</p> <p>Maggiore facilità di archiviazione/teleconsulto</p> <p>Minore numero di proiezioni aggiuntive</p> <p>Minore numero esami complementari (ecografie)</p> <p>Minore dose di radiazioni</p> <p>Maggiore accuratezza diagnostica</p>
Mammografo digitale + CAD: maggiore sensibilità

sviluppo di ogni esame mammografico eseguito con apparecchio analogico si utilizzano in media 7 pellicole. Inoltre viene considerato un 14% di proiezioni aggiuntive sul totale degli esami eseguiti (854 proiezioni aggiuntive) e considerando che ad ogni proiezione corrisponde l'uso di una pellicola, complessivamente sono state usate 43.554 pellicole. Il costo di ogni pellicola risulta pari a 1,60 euro (prezzo di listino - 30% di sconto).

Al contrario, con la tecnica digitale l'esame può, quando richiesto dalle pazienti, essere masterizzato su supporto CD (1,30 euro) con azzeramento dei costi relativi ai materiali e alle apparecchiature deputate alla realizzazione delle pellicole radiografiche sulle quali viene prodotta l'immagine mammografica. Altro elemento da considerare, seppur di minore rilievo nella riduzione dei costi derivante dall'utilizzo dei CD, è la possibilità di eliminare le buste contenenti i radiogrammi e le cartelline in cui vengono raccolti i dati anamnestici.

Inoltre, la disponibilità delle immagini digitali permette di cambiare radicalmente le modalità di archiviazione consentendo la creazione di archivi informatici completi, comprendenti sia tutte le notizie cliniche riguardanti le pazienti sia la relativa documentazione iconografica. La gestione delle immagini digitali richiede, quindi, minor impiego del personale addetto allo sviluppo e all'archiviazione e ritiro degli esami con ulteriore riduzione delle spese di gestione. Abbiamo ipotizzato che il tempo dedicato dal personale amministrativo per l'archiviazione delle immagini, per il numero di esami mammografici annuali eseguiti con mammografo analogico dal Dipartimento di diagnostica per immagini dell'Università di Tor Vergata, è pari a metà dell'orario contrattuale annuale di un impiegato amministrativo «d'ordine», mentre il tem-

po necessario allo sviluppo delle immagini equivale a metà dell'impiego complessivo di tempo di un tecnico di radiologia.

L'eliminazione delle pellicole radiografiche e la possibilità di masterizzare le immagini su supporti informatici (almeno dieci casi per singolo CD) che occupano meno spazio e pesano molto meno delle radiografie, porta all'ottimizzazione degli spazi necessari per l'archiviazione degli esami obbligatoria per legge.

Nella tabella 4 sono riportati prima i costi fissi (acquisto e manutenzione apparecchi) e, quindi, i costi variabili (personale e materiali) connessi alle due apparecchiature. Si può notare che i costi fissi sono superiori nel caso del mammografo digitale mentre i costi variabili sono superiori per il mammografo analogico.

Nella tabella 5 sono riportati i dati relativi al costo medio (ad esame) di una mammografia eseguita con mammografo analogico e con mammografo digitale relativi all'esperienza del Dipartimento di diagnostica per immagini dell'Università di Tor Vergata.

Nella tabella 6, nelle prime due righe, sono riportati il numero degli esami eseguiti nel periodo sotto analisi e la tariffa regionale per esame mammografico (34,86 euro), che è la stessa sia che l'esame sia eseguito con mammografo analogico che con mammografo digitale. Tale tariffa, che può variare da regione a regione, rappresenta quanto il sistema di finanziamento regionale riconosce alle Aziende ospedaliere e alle strutture accreditate per ogni esame effettuato e dovrebbe corrispondere al costo *standard* dell'esa-

Tabella 4 - Costi annuali complessivi: apparecchio digitale e apparecchio analogico a confronto

Prezzi IVA inclusa (in euro)	Analogico	Digitale
Ammortamento annuo in 5 anni	18.000	90.000
Assistenza annuale <i>Full risk</i> (per 5 anni)	7.200	36.000
Ammortamento annuo diafanoscopio (in 5 anni)	3.000	0
Ammortamento annuo sviluppatrice (in 5 anni)	8.000	0
Assistenza annuale sviluppatrice	4.000	0
Costo annuo lordo personale tecnico amministrativo	27.500	0
Costo annuo stampa esami su pellicole (CD)	69.700	11.895
Costo annuo chimici sviluppatrice (compreso smaltimento)	12.000	0
Costo annuo cassette mammografiche	1.625	0
Costo annuo buste per radiogrammi	3.050	0
Costo totale	154.075	137.895

me stesso. Parlare di «ricavi» non è quindi perfettamente appropriato. Quello che si ottiene quando moltiplichiamo il numero di esami effettuati per la tariffa regionale, e che noi indichiamo come «ricavi totali presunti», altro non è che la valorizzazione del prodotto a tariffe regionali.

Notiamo che sia nel caso del mammografo analogico che del mammografo digitale, nell'esperienza del Dipartimento di diagnostica per immagini dell'Università di Tor Vergata, la tariffa regionale, o costo *standard*, è maggiore del costo medio. Il margine, inoltre, è maggiore nel caso degli esami effettuati con mammografo digitale.

Come mostra il grafico 3, poi, il punto di *break-even* si verifica in corrispondenza di un minor numero di esami nel caso del mammografo digitale.

Quello che si evince dai dati riportati è che, nell'esperienza considerata, l'innovazione tecnologica ha portato ad un abbassamento dei costi e, quindi, teoricamente, la tariffa regionale dovrebbe essere rivista alla luce del risparmio di risorse che la nuova tecnologia permette.

Con riferimento agli obiettivi che il nostro studio si è prefissato, abbiamo invece dimostrato che i costi connessi alla nuova tecnologia diagnostica rappresentata dal mammografo digitale, sono inferiori a quelli della tecnologia che tale apparecchio va a sostituire (mammografo analogico).

5. Conclusioni

Obiettivo dell'analisi svolta è stato quello di evidenziare come il mammografo digitale, oltre ad avere caratteristiche tecniche che permettono di ottenere migliori risultati diagnostici rispetto al mammografo analogico, possa risultare anche economicamente «più conveniente».

I vantaggi dovuti a parametri tecnici sono stati individuati nel minore tempo di esecuzione dell'esame, nel minore numero di proiezioni aggiuntive e di esami complementari richie-

sti, nel minore impiego di personale addetto allo sviluppo e all'archiviazione; nella minore dose di radiazioni e nella maggiore accuratezza diagnostica. Se si fa uso anche del CAD, ai

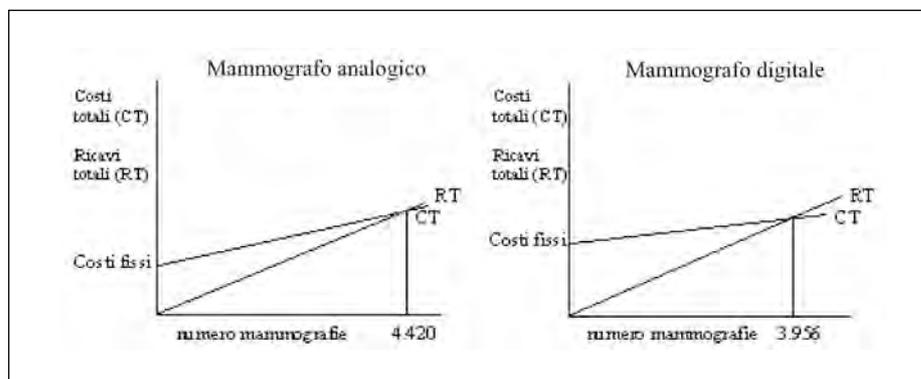
Tabella 5 - Costo ad esame nell'esperienza del Dipartimento di diagnostica per immagini dell'Università di Roma Tor Vergata

	Mammografie eseguite con apparecchio analogico	Mammografie eseguite con apparecchio digitale
Numero esami annuo	6.100	9.150
Costo complessivo (vedi tabella 2)	154.075,00	137.895,00
Costo medio di un esame mammografico	24,85	15,07

Tabella 6 - Ricavi presunti, annui complessivi: apparecchio digitale e apparecchio analogico a confronto

	Mammografie eseguite con apparecchio analogico	Mammografie eseguite con apparecchio digitale
Numero esami	6.100	9.150
Tariffa regionale ad esame	34,86	34,86
Ricavi totali presunti (stima economica del prodotto valorizzato a tariffe regionali)	212.646,00	318.969,00

Grafico 3 - Il break-even



vantaggi citati si aggiungono quelli di una maggiore sensibilità e specificità.

Le caratteristiche dell'acquisizione digitale consentono di visualizzare le immagini in tempo reale con riduzione della durata dell'esame e conseguente aumento del numero di prestazioni eseguite per turno lavorativo.

Il *post processing* e l'utilizzo di *software* di rielaborazione consentono di modificare i dati acquisiti durante l'esposizione, permettendo di ottenere importanti informazioni diagnostiche e ridurre il numero delle proiezioni aggiuntive e degli esami ecografici complementari.

La possibilità della tecnica digitale di diminuire la dose di radiazioni necessaria per l'esecuzione dell'esame mammografico di circa il 30%, rappresenta un notevole vantaggio sociale sia per l'impatto psicologico sulle pazienti, consentendo una maggiore accettazione dell'indagine, che per la riduzione della dose effettivamente assorbita.

La versatilità delle immagini digitali rende possibile la creazione di archivi informatici, disponibili su *soft-copy*, in cui la qualità delle immagini non è soggetta a deterioramento nel tempo, al contrario di quanto accade per quelle realizzate su pellicole radiografiche che possono determinare problemi interpretativi legati al confronto degli esami precedentemente eseguiti.

Le immagini ottenute con tecnica digitale possono inoltre essere trasmesse a distanza rendendo possibile il teleconsulto tra centri «qualificati» e centri «periferici» qualora sia richiesta dalla complessità interpretativa.

Per quanto riguarda, invece, i vantaggi economici del mammografo digitale rispetto all'analogico, a fronte di un investimento iniziale e di un co-

sto di manutenzione notevolmente maggiore, i costi di «produzione» e gestione delle immagini risultano notevolmente inferiori.

Possiamo, quindi, dire che i costi fissi sono superiori per il mammografo digitale mentre i costi variabili sono maggiori per il mammografo analogico. La convenienza economica del mammografo digitale è quindi legata al «ritmo» di utilizzazione di tale apparecchiatura. Se il mammografo viene utilizzato intensamente, i costi fissi si ammortizzano e non pesano eccessivamente sul conto economico dell'apparecchio.

I dati relativi all'esperienza del Dipartimento di diagnostica per immagini dell'Università di Tor Vergata evidenziano un punto di *break-even* per il mammografo digitale in corrispondenza di un numero di esami pari a circa 4.000.

Se impiegato efficientemente il mammografo digitale risulta quindi essere un «buon investimento» sia dal punto di vista dei vantaggi diagnostici che dal punto di vista economico ed una sua diffusione sembra, allora, auspicabile.

BIBLIOGRAFIA

BAYDUSH A.A., FLOYD C.E. (2000), «Improved image quality in Digital Mammography with image processing», *Med Phys*, 27(7), pp. 1503-1508.

BERNS E.A., HENDRICK R.E. (2002), «Performance comparison of Full-Field Digital Mammography to Screen-Film Mammography in Clinical practice», *Med Phys*, 29(5), pp. 830-834.

CASTELLINO R.A., ROEHRIG J.R., ZHANG W. (2000), «Improved computer aided detection (CAD) algorithms for screening mammography», *Radiology*, 217, pp. 400-406.

FEIG S.A. (2001), «Clinical evaluation of computer aided detection: Screening mammography», *Applied Radiology*, suppl., pp. 9-13.

FISCHER U., BAUM S.T., LUFTNER-NAGEL S., OBENAUER S. (2000), *Full Field Digital Mammography vs. Film-screen Mammography in Patients with Microcalcifications: Comparison of Detection and Characterization*, presentato a RSNA.

FREER T.W., ULISSEY M.J. (2001), «Screening mammography with computer aided detection: Prospective studi of 12260 patients in a community breast center», *Radiology*, 220, pp. 781-786.

FRYBACK D.G., THORNBURY J.R. (1991), «The efficacy of diagnostic imaging», *Med decision Making*, 11, pp. 88-94

GENNARO G., DI MAGGIO C., BELLAN E. (2002), *Full-Field Digital Mammography and Patient Dose Reduction*, presentato a ECR.

HUNINK M.G.M., KRESTIN G.P. (2002), «Study Design for Concurrent Development, Assessment, and Implementation of New Diagnostic Imaging Technology», *Radiology*, 222(3), pp. 604-614.

LAWINSKI C.P., SMITH D., EVANS D.S., MACKENZIE A. (2001), *Dose and image quality considerations for small Field Digital imaging systems in Mammography*, presentato a ECR.

LEWIN J.M., D'ORSI C.J., HENDRICK R.E. (2002), «Clinical comparison of Full-Field Digital Mammography and Screen-Film Mammography for Detection of Breast Cancer», *AJR*, 179, pp. 671-677.

LEWIN J.M., HENDRICK R.E., D'ORSI C.J., ISACS P.K. (2001), «Comparison of Full-Field Digital Mammography with Screen-Film Mammography for Cancer Detection: Results of 4,945 Paired Examinations», *Radiology*, 218, pp. 873-880.

MAKEY M.K., LO J.Y., FLOYD C.E. (2002), «Differences between Computer-Aided Diagnosis of Breast Masses and that of Calcifications», *Radiology*, 223, pp. 489-493.

OBENAUER S., HERMANN K.P., SCHOM C., FISCHER U. (2000), «Full-Field Digital Mammography: Dose-dependent detectability of breast lesions and microcalcinosi», *German Fortschr Rontgenstr*, 172(12), pp. 1052-1056.

PISANO E.D., COLE E.B., KISTNER E.O. (2002), «Interpretation of Digital Mammograms: comparison of speed and accuracy of Soft-Copy versus Printed-Film Display», *Radiology*, 223, pp. 843-848.

PISANO E.D., COLE E.B., ZONG S. (2000), «Radiologists' Preferences for Digital Mammographic display», *Radiology*, 216, pp. 820-830.

POCOCK S.J. (1983), *Clinical trials: a practical approach*, Wiley ed., Chichester, G.B.

SKAANE P. ET AL. (2002), *Comparison of screen film mammography and full field digital mammography with soft copy reading in a population-based screening - the Oslo II study*, presentato a RSNA.

VENTA L.A., HENDRICK R.E., ADLER Y.T. (2001), «Rates and Causes of Disagreement in Interpretation of Full-Field Digital Mammography and Film-Screen Mammography in a diagnostic Setting», *AJR*, 176, pp. 1241-1248.

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 salute

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.

ATTRAVERSO GLI OCCHI DEI CITTADINI: UNA VALUTAZIONE SULL'ASSISTENZA SANITARIA AI PAZIENTI DIABETICI MODENESI

Monica Dotti¹, Viola Damen¹, Patrizia Guidetti², Giorgio Mazzi³

Azienda Usl di Modena

1 Sistema Qualità

2 Distretto di Carpi

3 Direzione Sanitaria

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Obiettivo dell'indagine e metodologia utilizzata - 3. Risultati - 4. Considerazioni e prospettive.

1. Introduzione (1)

Negli ultimi anni è andata crescendo in sanità l'attività di valutazione della soddisfazione dei cittadini-utenti relativa ai servizi fruiti. Essa fa seguito al cambiamento di natura culturale in cui le persone sembrano essere sempre più consapevoli ed interessate ai propri problemi di salute, meno disposte a delegare ad altri la loro soluzione ed appare rilevante più che in passato il perseguimento dei propri diritti e dell'importanza attribuita alla partecipazione al progetto di cura. Attraverso la valutazione sul servizio ricevuto, l'utente diventa attore principale del processo assistenziale, è coinvolto in prima persona nel suo miglioramento, diviene co-artefice insieme alla struttura, di una nuova cultura centrata sul concetto di qualità. L'attività di valutazione della soddisfazione dei cittadini-utenti diminuisce il rischio della standardizzazione e spersonalizzazione delle cure sanitarie, problema particolarmente sentito attualmente in un contesto economico focalizzato sulla scarsità di risorse.

Per le aziende sanitarie questi momenti di verifica possono rappresentare un elemento essenziale della politica e dell'organizzazione all'interno di

un nuovo modello di *management* che si caratterizza per essere *customer driven* e per una visione della qualità come «meeting or exceeding customer expectation» (Loiudice, 1995). Le ricerche sulla qualità percepita possono essere strumenti che aiutano le aziende sanitarie ad individuare e sviluppare le caratteristiche dei loro servizi sulla base delle aspettative degli utenti, definire e migliorare le loro modalità di erogazione, motivare e far crescere il personale di contatto, diffondere una cultura aziendale centrata sul cliente, sulla persona e sui suoi bisogni complessivi.

L'indagine presentata si inserisce nell'ambito delle rilevazioni della «qualità percepita» e prende in considerazione una patologia, quella diabetica, che si sta sempre più diffondendo, determinando anche nel nostro Paese rilevanti problemi a livello individuale e sociale, richiedendo nuove riflessioni circa la necessità di un adeguamento delle modalità di progettazione ed erogazione dei servizi.

Attenzione alla malattia, al suo costante monitoraggio, all'individuazione di ambiti nuovi per effettuare attività di prevenzione e gestione, viene espresso anche dal Piano sanitario nazionale 2002-2004.

Da alcuni anni è stato avviato a livello aziendale un progetto di riorganizzazione dell'assistenza e cura ai pazienti diabetici. Il progetto, coordinato da una Commissione provinciale in cui sono rappresentati gli specialisti diabetologi dell'Azienda ed i medici di Medicina generale (2) prevedeva:

- promozione dell'educazione sanitaria delle persone con diabete;
- miglioramento dell'attività di diagnosi precoce, di assistenza di base e specialistica con particolare riguardo alla prevenzione delle complicanze e della ospedalizzazione;
- omogeneità sul territorio provinciale della erogazione dei farmaci e distribuzione dei presidi;
- utilizzo di protocolli diagnostici e terapeutici condivisi e omogenei;
- aggiornamento su tutto il territorio dei medici di Medicina generale;
- applicazione di strumenti di verifica dell'efficacia degli interventi messi in atto;
- informazione capillare agli utenti sulla nuova organizzazione.

Questo progetto di riorganizzazione si è basato principalmente sull'integrazione tra specialisti diabetologi-Mmg e presidi ospedalieri. In particolare il protocollo prevedeva:

— che i pazienti insulinodipendenti o insulino-trattati ambulabili continuassero ad essere seguiti dai Centri diabetologici;

— che i pazienti insulinodipendenti o insulino-trattati non ambulabili venissero presi in carico dai Mmg e che i centri svolgessero il ruolo di consulenti specialisti agli Mmg;

— che i pazienti diabetici di tipo II non insulino-trattati compensati potessero essere presi in carico per loro libera scelta dai Mmg aderenti all'accordo con l'Azienda, con sempre una maggiore apertura alla libera decisione del paziente.

Dopo alcuni anni dall'attivazione del protocollo, nell'autunno del 2001, su mandato della Commissione provinciale, il Sistema Qualità aziendale ha coordinato un'indagine per misurare la qualità percepita dai cittadini diabetici residenti nel territorio dell'Azienda Usl di Modena, sui servizi relativi alla cura della patologia offerti dai medici di Medicina generale (Mmg) e dai Centri diabetologici (CAD).

Questa ricerca, condotta in collaborazione con l'Associazione diabetici modenesi (3), con i medici di Medicina generale e con i Centri diabetologici ha coinvolto 7273 diabetici in età adulta assistiti dai servizi dell'Azienda Usl di Modena.

2. Obiettivo dell'indagine e metodologia utilizzata

— Conoscere e migliorare la «qualità» dell'assistenza sanitaria offerta ai cittadini diabetici.

— Verificare la soddisfazione nell'ottica di un processo assistenziale integrato.

2.1. Costruzione del questionario

Per realizzare l'indagine sono stati costruiti due questionari da somministrare, attraverso la modalità postale

con la garanzia dell'anonimato, a due campioni di cittadini scelti casualmente tra la popolazione diabetica seguita dai medici di Medicina generale e tra i pazienti seguiti dai Centri diabetologici dell'Azienda Usl di Modena. Gli strumenti redatti hanno preso spunto da alcune indicazioni comparse in recenti pubblicazioni in tema di accreditamento delle strutture diabetologiche (4), dal modello canadese *Sequs* di analisi della qualità percepita (1999) (5) e dall'Istituto di ricerca Eurisko di Milano (6). I questionari sono stati sottoposti a verifiche specifiche sull'attendibilità e la validità dello strumento utilizzato.

La costruzione dei due questionari è avvenuta partendo da precise premesse: obiettivo dell'indagine non era quello di comparare il gradimento dei due servizi coinvolti, diversi fra loro per tipologia di pazienti e di prestazioni erogate, quanto quello di scattare «un'istantanea» dell'offerta sanitaria complessiva presente al momento della rilevazione, evidenziando gli elementi di debolezza e di eccellenza e gli ambiti di miglioramento dei due servizi.

Per quanto riguarda il primo punto appare opportuno effettuare una precisazione:

1) L'organizzazione

L'orario di apertura dei servizi oggetto dei due questionari è diversa: in particolare, l'orario di apertura dei CAD è vincolato dall'effettuazione di una serie di prestazioni (es. esami del sangue, attesa dei risultati, visita medica, visite specialistiche).

L'orario di visita dei pazienti diabetici che afferiscono agli ambulatori dei medici di Medicina generale è quello definito nella loro carta dei servizi, e presso lo studio del medico non vengono direttamente eseguiti esami di laboratorio completi.

I due questionari, seppur specifici rispetto al tipo di prestazione ricevuta dal paziente, hanno condiviso la tipologia e l'ordine delle domande, le categorie di risposta e i diversi aspetti di qualità percepita indagati.

2.2. Aree esplorate

Ripercorrendo l'itinerario compiuto dal paziente nel suo contatto con il servizio, sono state esplorate gli ambiti relativi all'accessibilità al servizio stesso (segnaletica, barriere architettoniche, orari di accesso ecc.), la relazione col personale sanitario (cortesia, informazioni fornite, ecc.), la valutazione circa il conseguimento di un eventuale cambiamento/benessere percepito in seguito alle prestazioni sanitarie ricevute, i tempi di attesa, il rispetto della riservatezza ed alcune informazioni anagrafiche.

Nella redazione del questionario è stata rivolta particolare attenzione al tipo di linguaggio utilizzato: si è deciso di adottarne uno semplificato, in modo tale che le domande risultassero comprensibili anche a persone anziane e/o con bassa scolarità, e al fine di verificare la sua effettiva comprensibilità, è stato preventivamente somministrato ad un piccolo campione di soggetti di diversa età e scolarità. Sono state utilizzate sia domande a risposta chiusa che richiedevano di indicare con una croce la risposta scelta, che alcune domande a risposta aperta che presentavano il vantaggio di offrire ai cittadini la possibilità di esprimere il proprio punto di vista. Per quanto riguarda la lunghezza del questionario, per non appesantirne la compilazione, non sono state superate le 30/35 domande.

Per misurare la rilevanza di alcuni quesiti posti, è stata offerta l'opportunità di numerare il grado di importanza attribuita alle aree indagate, in linea con una recente tendenza in uso ad in-

dagini che esplorano la qualità percepita.

È apparso interessante conoscere, non solo le percezioni e le aspettative espresse dai cittadini diabetici relativamente ai servizi sanitari utilizzati, ma anche gli aspetti da loro segnalati e graduati in base ad un'attribuzione di importanza, utile anche alla programmazione di future azioni di miglioramento dei servizi. L'utilizzo del questionario postale ha permesso di rilevare le percezioni dei cittadini diabetici in un momento non contiguo alla prestazione del servizio, evitando così effetti di «compiacenza» nelle risposte.

2.3. Campionamento

Si è deciso di utilizzare come metodologia di campionamento quella casuale stratificata rispetto alla scelta assistenziale: in altre parole il campione ha tenuto conto solo della differenziazione tra cittadini seguiti dai Mmg e quelli afferenti ai CAD.

Per calcolare la numerosità del campione su cui effettuare l'indagine, si è applicata la procedura di significatività statistica (errore accettato al 5%) attraverso il programma statistico STATCAL di EPIINFO. Una volta individuata la numerosità del campione su cui effettuare l'indagine si è proceduto all'estrazione del campione stesso.

In pratica, considerato che alcuni cittadini sono seguiti dal proprio medico di base (Mmg) mentre altri sono seguiti dai Centri diabetologici (CAD), il campione è stato estratto casualmente dall'elenco anagrafico dei cittadini esenti dal *ticket* per diabete e stratificato rispetto alla composizione della popolazione dei cittadini diabetici in base all'afferenza ai CAD o ai Mmg. Mancando, però, una banca dati informatizzata ed aggiornata sui pazienti diabetici, si è reso necessario in-

tegrare la procedura sopra citata con la raccolta manuale dei nominativi dagli schedari cartacei situati presso i diversi centri diabetologici nei vari distretti dell'Azienda Usl di Modena e continuamente aggiornati dagli operatori stessi.

Dopo la fase di estrazione dei nominativi, questi sono stati «ripuliti» e risSelectedzionati eliminando quelli delle persone decedute e quelli dei minorenni. Sono state quindi ricalcolate le numerosità dei due campioni da intervistare. Queste quantità sono state moltiplicate per un coefficiente sufficiente (7) a garantire il rientro di un numero di questionari adeguato al raggiungimento dell'obiettivo di ottenere stime valutate con un errore del 5% ed un'affidabilità del 95% come inizialmente pianificato. Il numero ottenuto di questionari da inviare è stato suddiviso in modo proporzionale al numero di assistiti per distretto. Questo tipo di ripartizione del numero delle persone da contattare, ha migliorato ulteriormente l'efficienza delle stime.

Infine, si è proceduto all'estrazione casuale dei nominativi dei partecipanti all'indagine e delle fasi successive necessarie fino all'invio postale dei questionari.

L'indagine ha coinvolto 7273 persone, di cui 3476 diabetici assistiti dai medici di Medicina generale e 3797 seguiti dai CAD dell'Azienda Usl di Modena.

2.4. Modalità di somministrazione dello strumento

Il questionario è stato inviato al domicilio dei cittadini coinvolti nell'indagine, insieme ad una breve lettera di presentazione dell'indagine firmata dal Direttore sanitario, contenente alcune informazioni sulle modalità di risposta al questionario e una busta preaffrancata per poterlo rispedire al Sistema Qualità. Si è ritenuto opportu-

no mettere a disposizione dei cittadini coinvolti dall'indagine, per il periodo di durata della stessa, un servizio di *call center* da cui, in una certa fascia oraria, è stato possibile fornire informazioni a richiesta, sulla compilazione del questionario.

Considerato il carattere provinciale della rilevazione e i suoi obiettivi, è stato dato rilievo all'esperienza utilizzando i canali interni all'Azienda ed i mezzi di comunicazione locali: giornali, radio locali ecc. ed è stata fornita ampia diffusione all'indagine attraverso locandine da affiggere presso gli studi dei medici di Medicina generale, i Centri diabetologici ed i Cup.

2.5. Analisi dei dati: pre-test e indagine pilota

In un primo tempo, si è proceduto ad un *pre-test* del questionario, per individuare errori di interpretazione delle domande, eventuali domande superflue o mancanti, domande difficili o imbarazzanti, doppie, ambigue o pilotanti, per valutare la correttezza dell'ordine dei quesiti, l'adeguatezza delle modalità di risposta, l'esistenza del *ground* (8), del *ceiling effect* (9), le difficoltà di lettura derivanti da una impaginazione poco chiara ed il tempo presumibile richiesto per la compilazione. Si è trattato di un'intervista approfondita che ha riguardato anche le componenti semantiche e linguistiche dello strumento che si andava ad utilizzare.

Il *pre-test* è stato somministrato ad un campione ristretto di cittadini.

È stata poi attuata un'indagine pilota per scegliere la modalità di risposta più adeguata (a 4 o 10 alternative) e decidere se vi fossero domande da togliere perché ridondanti, ambigue o superflue e se era il caso di aggiungere quesiti che non erano stati previsti.

L'indagine pilota ha riguardato il distretto di Pavullo: sono state coin-

volte 373 persone diabetiche, di cui 247 seguite dai Centri diabetologici e 126 seguite dai medici di Medicina generale.

Dopo l'indagine pilota, in cui è stata confermata con l'analisi fattoriale la scelta di una scala a 4 alternative, si è proceduto alla spedizione dei questionari ai restanti 6900 cittadini diabetici assistiti dall'Azienda Usl di Modena.

2.6. Elaborazione dei dati

Una ditta esterna si è occupata dell'immissione dei dati, mentre la loro elaborazione è stata curata dal Sistema Qualità che ha utilizzato il pacchetto informatico Spss ed ha effettuato un'analisi di contenuto sulle domande «aperte» e sui «suggerimenti» inviati.

3. Risultati

I questionari restituiti sono stati 3572, corrispondenti al 52,1% dei cittadini afferenti ai CAD e al 45,85 di quelli che si recano agli ambulatori dei Mmg.

Solo per semplificazione espositiva si evidenziano in parallelo i risultati conseguiti.

Tra i rispondenti ai questionari, le persone che accedono ai CAD sono soprattutto *uomini* (54,5%), mentre quelli seguiti dai medici di Medicina generale per problemi legati al diabete, sono per lo più *donne* (52,1%). I pazienti seguiti dai Mmg risultano essere più *anziani* di quelli dei Centri diabetologici, la fascia più rappresentata è quella compresa tra i 71-80 anni, mentre tra i frequentatori dei CAD la più rappresentata è quella tra i 61-70 anni.

La *periodicità di contatto* evidenziata per entrambi i servizi rileva generalmente una frequenza di accesso compresa tra i 2-4 mesi.

L'*anzianità di presa in carico* è maggiore nei CAD: il 78% delle per-

sone è seguita da un periodo di tempo superiore ai 2 anni e mezzo, mentre quelle che si recano dai Mmg evidenziano un'anzianità inferiore.

Gli *insulinodipendenti* sono più numerosi tra coloro che accedono ai CAD (19%), rispetto alle persone che si rivolgono agli ambulatori dei Mmg (3,9%).

Nel rispondere al questionario sono apparse più *autonome* le persone che si recano ai CAD (61,1%), rispetto a quelle che afferiscono ai Mmg che risultano essere la metà del campione.

L'*accesso alle sedi* in cui sono erogate le prestazioni non ha posto difficoltà al 51,4% dei pazienti dei CAD, né al 76,3% di quelli che si rivolgono ai Mmg, il 47,3% dei rispondenti che si rivolgono agli studi dei medici di

Medicina generale dichiarano di recarsi a piedi o in bicicletta.

I *tempi di apertura degli ambulatori* dei Mmg e dei CAD sono ritenuti adeguati rispettivamente dal 70,8% e dal 58,7% dei rispondenti ai questionari.

Le *visite avvengono soprattutto per appuntamento*, ciò è stato evidenziato dal 94,5% dei pazienti CAD e dal 75,3% di quelle seguiti dai Mmg.

Le *visite di controllo* sono programmate di volta in volta, ciò è segnalato per il 98,7% dei pazienti CAD e dal 77% di quelli afferenti ai Mmg.

I cittadini intervistati hanno attribuito un elevato livello di importanza alle domande sugli orari ed i tempi di attesa, il valore medio delle risposte è stato di 3,30 (la scala di riferimento andava da 1 a 4). Il 75% di tutti i pa-

Grafico 1- CAD: l'età del campione

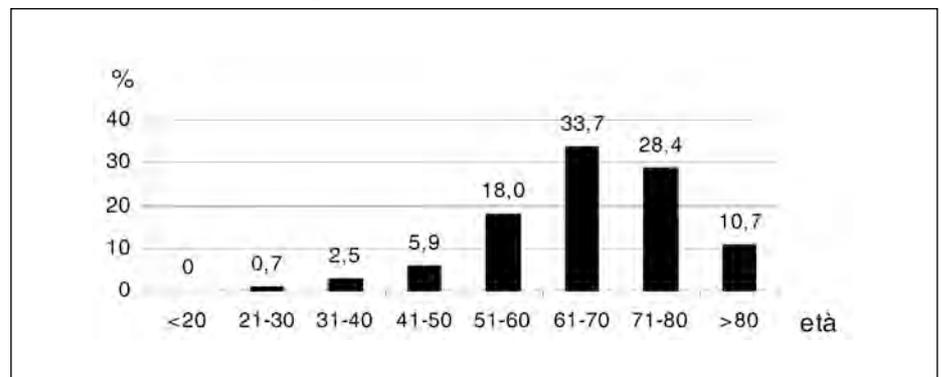
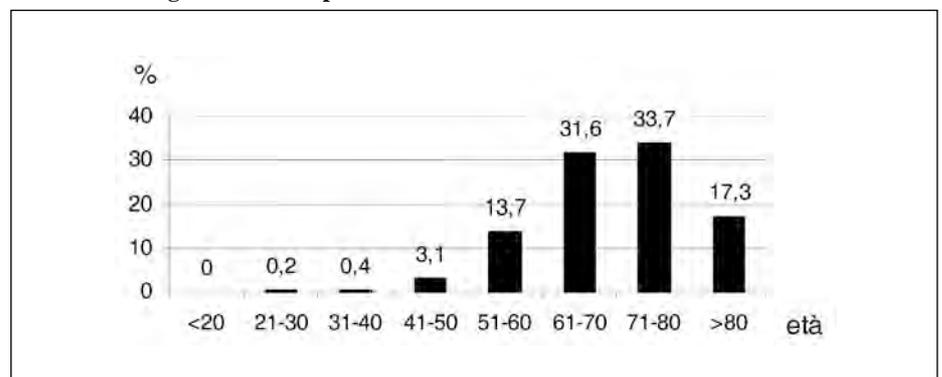


Grafico 2 - Mmg: l'età del campione



zienti sembra essere soddisfatto degli orari in cui si accede ai servizi, il 13,9% di quelli seguiti dai CAD vorrebbe recarsi un'ora dopo rispetto a quanto accaduto fino al momento della rilevazione.

Per quanto riguarda il tempo di attesa, pur considerando, come è già stato affermato nella premessa, la diversità tra i due servizi presi in esame rispetto all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni, dall'indagine effettuata si evince che il 43,8% dei pazienti dei CAD attende circa 2 ore tra il prelievo del sangue e la visita medica e questo tempo è ritenuto accettabile dal 32,1% delle persone, mentre un'uguale percentuale lo considera inaccettabile o scarsamente accettabile.

Il tempo di attesa presso gli ambulatori dei Mmg è ritenuto inferiore ai 15 minuti dal 39,4% delle persone ed è considerato accettabile dal 68,5% del campione.

Riguardo alla riservatezza, il 73,1% dei pazienti seguiti dai Mmg e il 48,9% di quelli dei CAD ritengono che questo aspetto sia tenuto in grande considerazione.

La valutazione complessiva riguardo al servizio utilizzato rileva un gradimento elevato, espresso dal 95,7% degli intervistati seguiti dai Mmg e dal 96,1% delle persone afferenti ai CAD. La percezione del servizio «del tutto soddisfacente» viene manifestata dal 71,5% del campione Mmg considerato.

Le motivazioni che sostengono queste percezioni fanno riferimento alla professionalità e all'attenzione alla relazione rilevata dai fruitori di entrambi i servizi.

Se la continuità assistenziale è un elemento ricorrente nella valutazione positiva per i CAD, l'ubicazione è quello che caratterizza il servizio offerto dai Mmg.

Le motivazioni circa le percezioni negative, sono riferite per i CAD al-

Grafico 3 - CAD: gli orari in cui i pazienti si recano o vorrebbero recarsi ai CAD

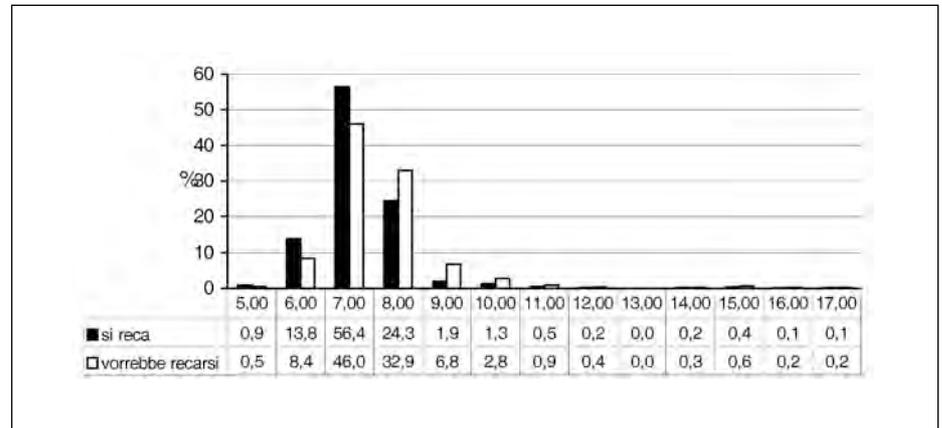


Grafico 4 - Mmg: gli orari in cui i pazienti si recano o vorrebbero recarsi agli ambulatori

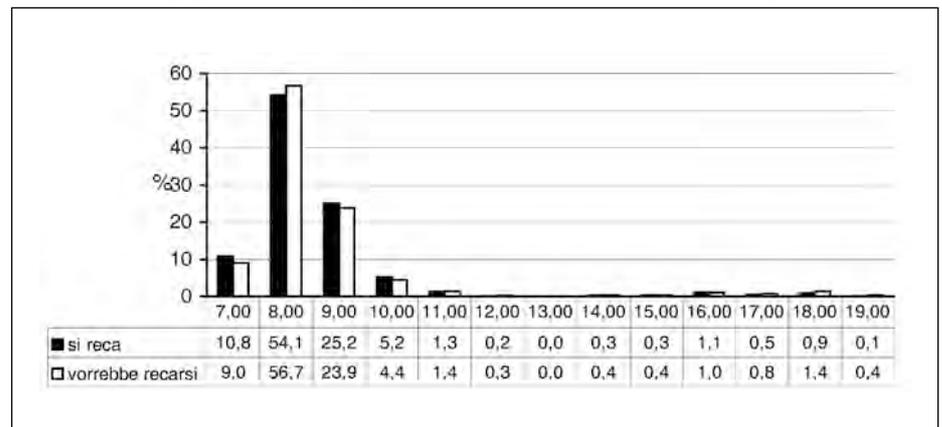
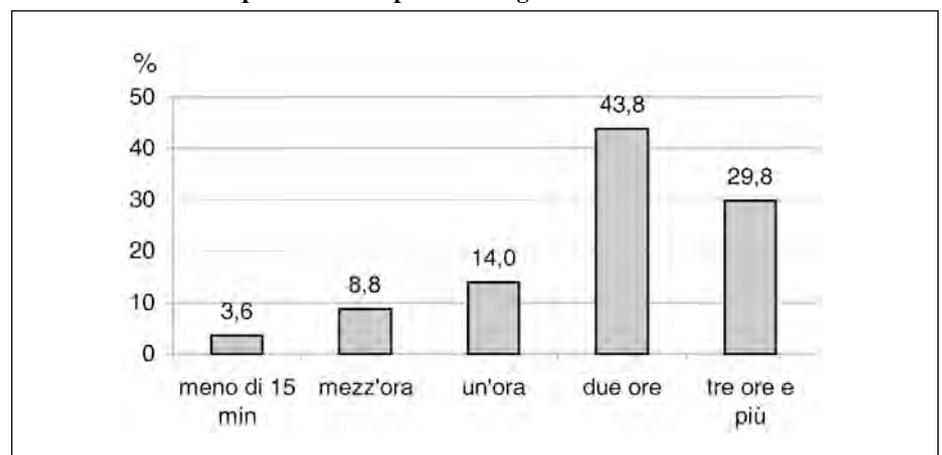


Grafico 5 - CAD: i tempi di attesa tra prelievo sangue e visita medica



l'organizzazione di tipo strutturale o meglio logistica: «bisogna recarsi al Centro molto presto (...), c'è molta gente, non ci sono sufficienti sedie per sedersi (...) si devono fare diverse file (...) le persone che lavorano devono perdere quasi un'intera giornata di lavoro (...)» e ai tempi di attesa «bisogna aspettare molto tempo tra il prelievo e la visita (...)».

Per i Mmg le valutazioni negative fanno riferimento ad una percezione di professionalità talora disattesa (...) «mi vengono fornite scarse informazioni per il controllo della malattia (...) è una semplice routine per la prescrizione di farmaci (...)» e all'organizzazione di tipo professionale «(...) dovrebbero essere riservate delle fasce orarie o delle giornate solo per il controllo dei diabetici (...), i controlli dovrebbero essere più frequenti (...)».

Relativamente alla fidelizzazione al servizio, il 98,3% delle persone seguite dai CAD e il 93,8% di quelle dei Mmg evidenzia fiducia nel servizio ricevuto, dichiarando che in caso di bisogno consiglierebbe ad amici e parenti di rivolgersi allo stesso servizio.

Per quanto riguarda le percezioni in seguito alle prestazioni, i due gruppi di persone intervistate sono accomunate dalla sensazione di aver acquisito maggiori informazioni per il controllo della loro condizione, di aver potuto organizzare gli esami e le visite specialistiche da espletare e di sentirsi complessivamente meglio.

I suggerimenti. Diverse sono state le indicazioni per il miglioramento dei servizi cui afferiscono i cittadini diabetici. Nel corso dell'indagine 2.389 sono stati complessivamente i suggerimenti riportati da 831 pazienti seguiti dai Mmg e da 1.282 dei CAD.

È stato possibile classificarli individuando delle macro categorie definite in base alla frequenza delle indicazioni riportate.

Grafico 6 - CAD: accettabilità/inaccettabilità tempi di attesa

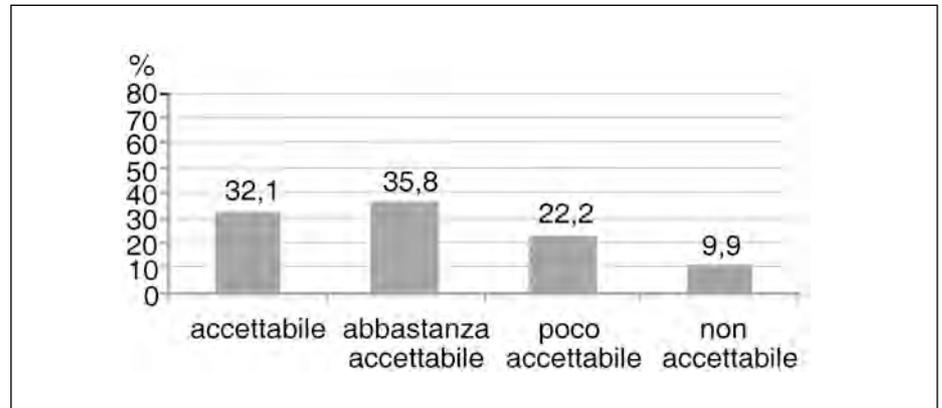


Grafico 7 - Mmg: i tempi di attesa prima di entrare in ambulatorio

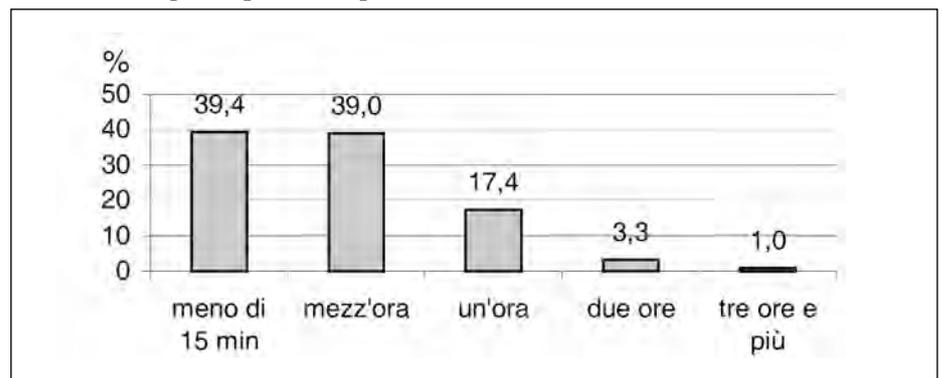
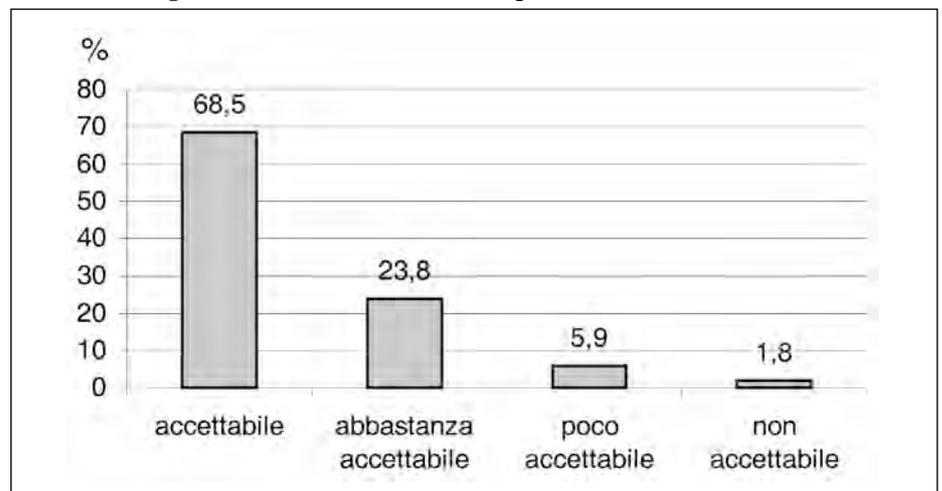


Grafico 8 - Mmg: accettabilità/inaccettabilità tempi di attesa



Per quanto riguarda i CAD i suggerimenti espressi sono stati i seguenti:

— *ridurre i tempi di attesa*: «effettuare meno attesa esterna nei centri che non permettono l'accesso al mattino alle 6 (...) ridurre il tempo di attesa tra il momento del prelievo e la visita (...), ridurre l'attesa per i risultati provenienti dai laboratori (...)»;

— *aumentare il numero degli operatori*;

— *offrire la possibilità di effettuare visite anche con altri specialisti*;

— *individuare orari specifici*: «(...) stabilire tempi specifici solo per le persone che lavorano affinché non perdano tutta la giornata di lavoro (...) individuare giornate in cui possano accedere solo i lavoratori (...)»;

— *offrire maggiori informazioni*;

— *migliorare l'accoglienza dell'ambiente*: «(...) individuare locali più ampi per evitare il sovraffollamento delle persone (...), mettere a disposizione un maggior numero di sedie, offrire riviste da leggere nell'attesa (...), separare il locale in cui si effettua il prelievo di sangue dalle zone in cui avvengono altre attività (...)».

I suggerimenti indicati sono stati talvolta l'occasione per i cittadini per elogiare la professionalità e l'atteggiamento di disponibilità rilevati nella dinamica relazionale con i singoli professionisti dei CAD.

Per quanta riguarda i medici di Medicina generale, i suggerimenti sono stati per alcuni intervistati, un'occasione di riflessione sul vantaggio, a causa del rapporto consolidato e delle conoscenze già acquisite sulla propria situazione sanitaria complessiva, che risiede nel farsi seguire dal proprio medico di base per la patologia diabetica con una conseguente sensazione di tranquillità e garanzia.

Anche per i suggerimenti espressi dalle persone seguite dai Mmg sono state utilizzate le stesse macro cate-

Grafico 9 - CAD: il rispetto della riservatezza

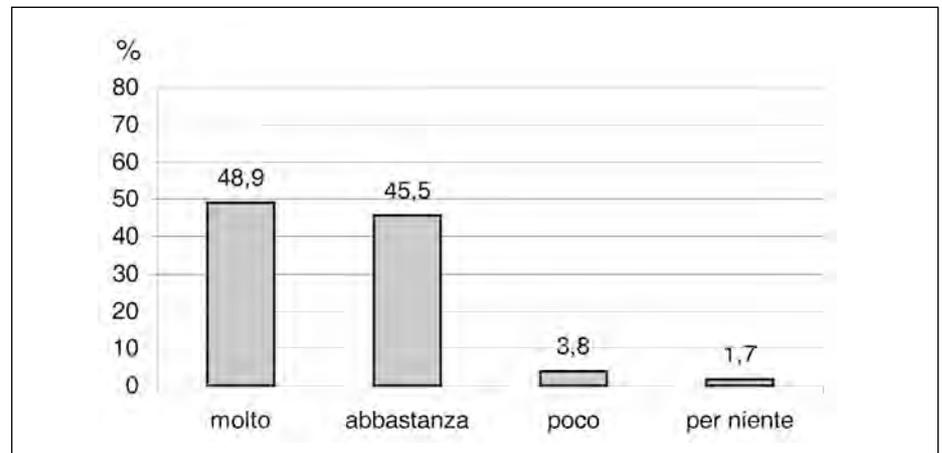


Grafico 10 - Mmg: il rispetto della riservatezza

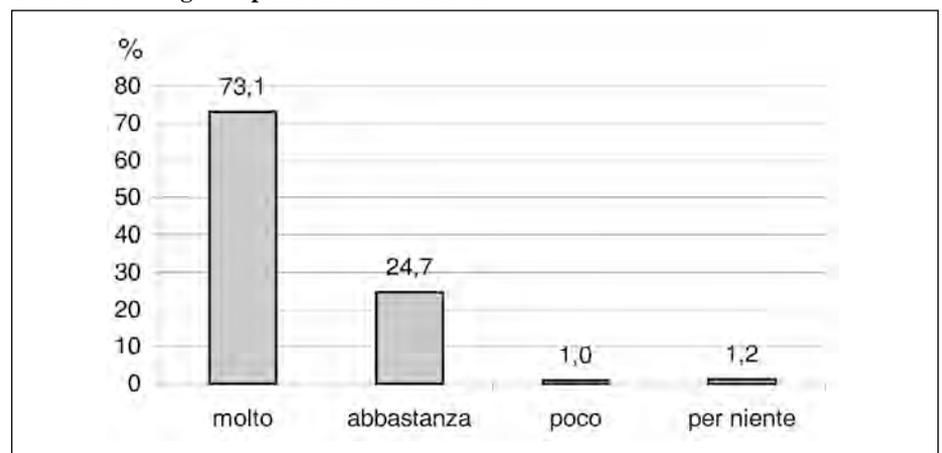
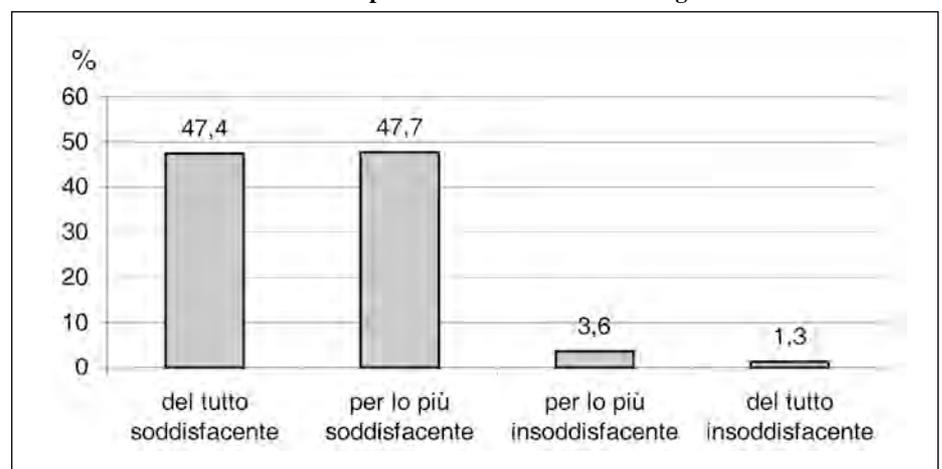


Grafico 11 - CAD: valutazione complessiva riferita al servizio erogato



rie già individuate per i pazienti dei CAD ed in termini di frequenza sono emerse le seguenti indicazioni di miglioramento:

— *offrire maggiori informazioni*: «(...) sulle attuali conoscenze mediche riguardo a questo tipo di patologia (...), sulle complicanze (...), sulle terapie più recenti (...)»;

— *maggior competenza professionale*: «(...) effettuare più frequenti corsi di aggiornamento (...), lasciare meno sola la persona di fronte a questa patologia (...)»;

— *agevolare l'effettuazione di ulteriori visite*: «inviare più frequentemente i pazienti ad effettuare visite specialistiche (...), indirizzarli verso centri specializzati (...), offrire indicazioni sulle possibilità di effettuare controlli in regime di *day hospital*»;

— *individuare orari specifici*: «in cui effettuare controlli non frettolosi ai pazienti diabetici (...), aumentare i tempi di ambulatorio per il loro trattamento»;

— *maggiori rapporti con i CAD*: «il medico di base deve mantenere uno stretto contatto con i centri specialistici riguardo alla patologia diabetica (...) deve essere mantenuta una stabile e continuativa relazione con i CAD riguardo l'aggiornamento permanente sul trattamento del diabete, sulla positività delle ultime terapie individuate e sulle più recenti scoperte in generale (...), in caso di necessità deve essere rapido il collegamento con i CAD (...)».

4. Considerazioni e prospettive

L'indagine ha fatto emergere come la distribuzione dei pazienti tra i Centri diabetologici ed i medici di Medicina generale non faccia riferimento in genere solo alla classificazione della malattia, ma di frequente intervengano anche altri fattori ad orientare e determinare le scelte. Tra essi è possibile

Grafico 12 - Mmg: valutazione complessiva riferita al servizio erogato

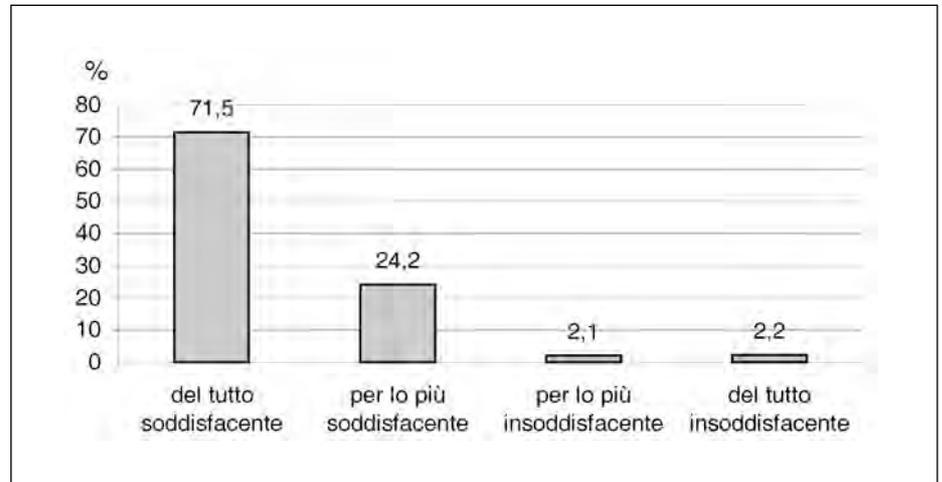


Grafico 13 - CAD: impressioni dei pazienti dopo le prestazioni

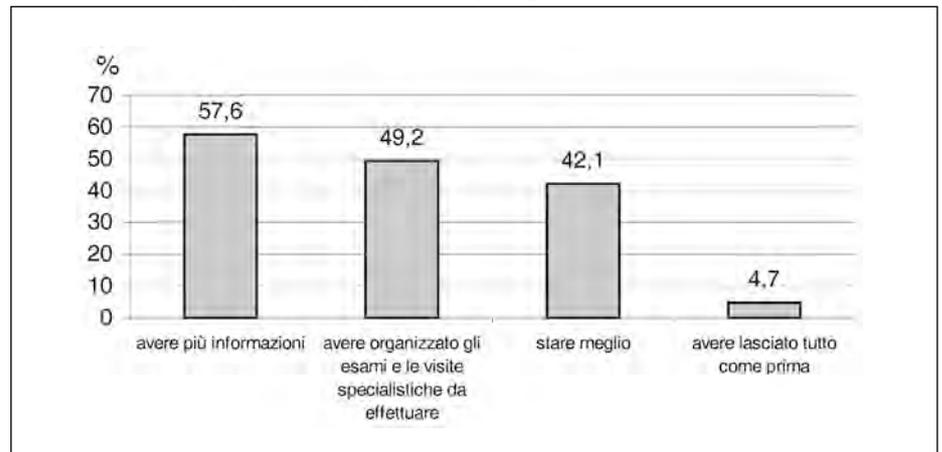
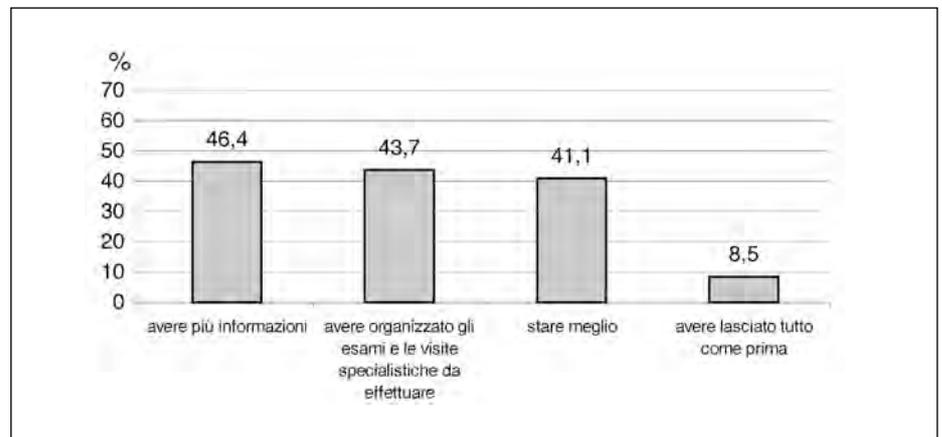


Grafico 14 - Mmg: impressioni dei pazienti dopo le prestazioni



sottolineare l'orario di accesso ai servizi, l'ubicazione degli stessi, la continuità assistenziale, la percezione del contesto di riservatezza entro cui sono erogate le prestazioni.

Si conferma come la possibilità offerta al paziente di scegliere il proprio percorso assistenziale sia molto importante in termini di soddisfazione personale e che solo una forte integrazione tra gli attori sanitari coinvolti consenta un'elevata qualità tecnico-professionale e l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Le interessanti indicazioni offerte dagli intervistati per il miglioramento complessivo dei servizi che ha caratterizzato la parte qualitativa rilevante dell'indagine, hanno messo in luce bisogni ed aspettative che sollecitano una maggiore integrazione tra le attività dei medici di Medicina generale e i Centri diabetologici, l'attivazione di nuove proposte operative tra cui la costituzione di gruppi di *self help* presso i CAD e la programmazione di incontri che coinvolgano le istituzioni scolastiche per educare ed informare le nuove generazioni sulla patologia diabetica e i suoi rischi.

L'indagine, pur rilevando un elevato gradimento da parte dei cittadini diabetici riguardo ai servizi fruiti, ha evidenziato anche alcune criticità, quali un maggior bisogno di riservatezza, l'accesso ai servizi ad orari ritenuti più accettabili ed un minore tempo d'attesa per la fruizione delle prestazioni.

Anche se su questi ambiti sono in corso ulteriori approfondimenti di tipo strutturale ed organizzativo, gli *stakeholder* che hanno collaborato alla realizzazione della ricerca e ai quali sono stati restituiti i risultati, hanno ritenuto necessario pianificare alcuni cambiamenti e miglioramenti nell'organizzazione della rete dei servizi offerti, a partire da una comune focalizzazione sugli aspetti relazionali, «per

lasciare meno solo il paziente di fronte alla patologia...», e dell'attenzione al tema della riservatezza sollevato nell'indagine, per arrivare ad una condivisa modalità di approccio al paziente.

4.1. Le priorità su cui costruire percorsi di miglioramento: l'integrazione CAD-Mmg, la formazione alla relazione e l'elaborazione di linee guida

La dimensione relazionale ed educativa nei confronti del cittadino diabetico che si rivolge ai Centri diabetologici e ai medici di Medicina generale è stata ritenuta essere l'area di partenza per introdurre altri miglioramenti. Parallelamente si è ritenuto necessario agire per favorire un'integrazione tra le figure professionali dei due servizi.

La progettazione e realizzazione di un intervento formativo è stata considerata essere uno dei supporti essenziali per una condivisa (operatori sanitari) acquisizione di competenze. Ugualmente importante si è rivelata l'interazione con i rappresentanti dell'Associazione diabetici per affinare le competenze sulla comunicazione medico operatore sanitario-paziente.

La formazione è stata così articolata:

- 1) formazione specifica dei Mmg che prendono in carico pazienti diabetici nei 7 Distretti sanitari;
- 2) formazione trasversale per i Mmg, gli operatori CAD, i pazienti, sull'educazione terapeutica del diabete mellito;
- 3) formazione strumentale, rivolta ai CAD, per l'utilizzo della cartella informatica per il monitoraggio dei pazienti diabetici;
- 4) formazione destinata ai rappresentanti dell'associazione dei pazienti diabetici e costruzione/valida-

zione condivisa di un opuscolo informativo «ABC del diabete» per i pazienti.

Obiettivo del corso è stato l'approfondimento comune degli aspetti insiti nell'approccio terapeutico: il contatto, la comunicazione, la relazione con il paziente diabetico e l'attenzione ai bisogni di cui egli è portatore.

Ciò ha permesso di condividere la consapevolezza che fin dall'esordio della patologia è necessario impostare un progetto di lavoro a sfondo educativo-terapeutico che coinvolga il paziente, i familiari e gli stessi operatori sanitari in una relazione efficace. Infatti, la motivazione attiva e la partecipazione del paziente al piano terapeutico all'interno di un lavoro coordinato di *team* assieme a diversi specialisti, sono il prerequisito necessario per ottenere l'efficacia della terapia a lungo termine e l'autogestione della malattia da parte del paziente.

Un gruppo tecnico multidisciplinare nominato dalla commissione provinciale del progetto diabete dell'Azienda Usl di Modena ha elaborato delle linee guida la cui implementazione è affidata ai membri della stessa commissione e ai distretti (ospedale + territorio).

L'obiettivo delle linee guida è l'ottimizzazione del trattamento e della gestione dei pazienti con diabete mellito della provincia di Modena, sia in considerazione dell'aumentato rischio per il paziente diabetico, soprattutto di tipo 2, di sviluppare nel corso della vita complicanze di tipo microvascolare, sia delle caratteristiche e del profilo di trattamento farmacologico dei diabetici modenesi da mettere a punto alla luce delle prove di efficacia della letteratura scientifica. Rappresentanti dell'Associazione diabetici modenesi hanno partecipato all'elaborazione delle linee guida.

4.2. L'integrazione con i pazienti e i loro rappresentanti

L'indagine realizzata ha evidenziato come il punto di vista dei cittadini rivesta un ruolo cruciale per l'Azienda Usl di Modena nella pianificazione, valutazione e riprogettazione dei servizi.

I cittadini e i loro rappresentanti possono essere portatori di nuove visioni e proposte di lavoro riguardo a specifici temi di salute e solamente attraverso un loro reale coinvolgimento può essere rimodellato il sistema di rete territoriale delle prestazioni, per renderlo più flessibile e più efficace.

Devono essere anche ripensate e ristrutturare le modalità di coinvolgimento dei cittadini, proponendo la costituzione di tavoli permanenti per la pianificazione dei percorsi di valutazione e la progettazione dei servizi in cui sia riconosciuta ai cittadini e ai loro rappresentanti una funzione attiva di *partnership* con l'istituzione sanitaria.

(1) L'indagine è stata realizzata insieme ad un *team* di professionisti del Sistema Qualità diretto dalla dott.ssa F. Novaco e composto da: Barbara De Cicco, Monica Pivetti, Daniela Lugli, Sara Piombo.

(2) Componenti gruppo provinciale: dott. A. Baldini, dott. M. Bevini, dott. C. Carapezzi,

dott. R. Cavani, dott. A. Ciardullo, dott. G. Feltri, dott. F. Ghini, dott. G. Macri, dott. A. Messori, dott. N. Michelini, dott. D. Novi, dott. C. Silvestri.

(3) Si ringraziano per la collaborazione il sig. Salvatore Bruno e gli altri rappresentanti dell'Associazione che hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine.

(4) Si veda Associazione medici diabetologici (1999), «Manuale di accreditamento delle strutture diabetologiche».

(5) Ci si riferisce ad una indagine condotta nei servizi di pronto soccorso degli ospedali di Lugano. Anno 1999.

(6) Si veda l'indagine riportata nel testo a cura di M. Trabucchi (1996) ed i rapporti a cura dell'Istituto Eurisko: «I percorsi assistenziali degli anziani in Emilia-Romagna. La qualità percepita dei servizi sanitari territoriali» (2000) e «La qualità percepita dei servizi sanitari delle Asl dell'Emilia-Romagna» (1999).

(7) In varia letteratura sul tema, in particolare C. Cipolla (1998) e T. Guala (2000) si afferma che per essere attendibile, il tasso di ritorno dei questionari deve attestarsi sul 30%.

(8) Effetto pavimento: troppe risposte con valore basso.

(9) Effetto soffitto: troppe risposte con valore alto.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (2001), *Diabete: controllo glicemico e malattie cardiovascolari. Alla scoperta del sommerso*, Kurtis, Milano.

CIPOLLA C. (1998), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Franco Angeli, Milano.

DE AMBROGIO U., SETTI BASSANINI M.C. (1996), *Tutela dei cittadini e qualità dei servizi*, Franco Angeli, Milano.

DELBANCO T.L. (1996), «Quality al care through the patient's eyes», *BMJ*, 313, pp. 832-835.

FABBRIS G., ROLANDO S. (1999), *La customer satisfaction nel settore pubblico*, Franco Angeli, Milano.

FAVRETTO G. (2002), *Il cliente nella sanità*, Franco Angeli, Milano.

FRANCI A., CORSI M. (A CURA DI) (2002), *La qualità percepita nei servizi socio-sanitari. Problemi metodologici ed aspetti applicativi*, Maggioli, Rimini.

GUALA G. (2000), *Metodi della ricerca sociale*, Carocci, Roma.

LOIUDICE M.T. (1995), «Il paziente utente/cliente in sanità e la sua soddisfazione», *Panorama della Sanità*, 19, pp. 39-43.

MINGARDI R., LOISON M. (2001), «Lavoro in team efficace contro il diabete mellito», *DOCTOR*, 10, pp. 23-28.

MONTANI S. ET AL. (1999), «Monitorare la terapia dei pazienti diabetici», *DE SANITATE*, 8, pp. 25-32.

ORLANDINI D., DE BIGONTINA G., SCALDAFERRI E. (1999), *Manuale di accreditamento delle strutture diabetologiche*, Terre, Firenze.

ISTITUTO EURISKO (1999), *La qualità percepita dei servizi sanitari delle ASL dell'Emilia-Romagna*.

ISTITUTO EURISKO (2000), *I percorsi assistenziali degli anziani in Emilia-Romagna. La qualità percepita dei servizi sanitari territoriali*.

RANCI ORTIGOSA E. (2000), *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*, Franco Angeli, Milano.

STRAW P. ET AL. (2000), «Sit up, take notice», *HSJ*, pp. 24-26.

TRABUCCHI M. (1996), *I cittadini e il sistema sanitario nazionale: dalla qualità percepita all'impegno per il cambiamento*, Il Mulino, Bologna.

LA RIORGANIZZAZIONE DELL'AREA AMMINISTRATIVA E DI STAFF DELL'ASL 20 DI ALESSANDRIA E TORTONA

Stefano Manfredi¹, Paolo Michelutti², Salvatore Nieddu³, Bruno Vogliolo⁴

¹ Dipartimento della Programmazione e Sviluppo - Asl 20 - Alessandria e Tortona

² Consulente aziendale

³ Scuola Universitaria di Management d'Impresa - Università degli Studi di Torino

⁴ Direzione Generale - Asl 20 - Alessandria e Tortona

SOMMARIO: 1. La sfida del cambiamento organizzativo per le aziende sanitarie - 2. Sviluppo organizzativo all'Asl 20 di Alessandria e Tortona - 3. La riorganizzazione delle funzioni amministrative e di *staff*: i principi guida e il gruppo di lavoro - 4. Le fasi del progetto - 5. Verso la nuova struttura organizzativa: le alternative possibili - 6. La nuova configurazione organizzativa: il Dipartimento della programmazione e dello sviluppo - 7. Conclusioni.

Il cambiamento è la cosa più difficile a causa dell'incredulità degli esseri umani, i quali non credono veramente in qualcosa di nuovo finché non l'hanno sperimentato.

Niccolò Machiavelli

1. La sfida del cambiamento organizzativo per le Aziende sanitarie

Il percorso di «aziendalizzazione» che da diversi anni sta interessando le aziende sanitarie ha modificato il funzionamento delle stesse e in parte ridotto la distanza tra i modelli di gestione proposti dalla teoria economica e quelli reali (1).

Dovendo tracciare un bilancio delle esperienze in atto, senza pretesa di esaustività, si può affermare che il percorso di cambiamento si è delineato seguendo alcuni filoni preferenziali che hanno portato a sviluppare maggiormente alcuni strumenti lasciando indietro invece altre aree che necessitano ancora oggi di profondi interventi.

Il punto di attacco del cambiamento è avvenuto nel versante degli strumenti di misurazione economica: il passaggio dalla contabilità finanziaria a quella economica, l'implementazione delle contabilità analitiche e l'attiva-

zione dei sistemi di *budget* e controllo di gestione sono stati i progetti su cui le aziende sanitarie nei primi anni dell'aziendalizzazione hanno lavorato con maggior impegno traendone risultati di pregio specialmente in alcune realtà.

La prima parte del percorso ha privilegiato lo sviluppo del *capitale economico* e ha quindi utilizzato in prevalenza il linguaggio dei costi, degli investimenti, dei ricavi, a tal punto da identificare il processo di cambiamento con gli strumenti del bilancio e del controllo.

Da alcuni anni a questa parte, si sta invece osservando in molte aziende sanitarie un nuovo fermento attorno alle logiche manageriali, svolta che potremmo etichettare come il *completamento del processo di cambiamento* a suo tempo avviato. Le parole su cui convergono oggi gli sforzi sono la comunicazione, la qualità, lo sviluppo delle risorse umane, l'analisi strategica, i sistemi di *reporting* bilanciati

(Kaplan, Norton, 1996) e altri strumenti e modelli che stanno dimostrando di avere le carte in regola per affiancare gli «attrezzi» del *management* già attivati. Provando a individuare alcuni punti chiave del percorso evolutivo indicato, possiamo evidenziare i seguenti elementi.

1. In prima battuta dobbiamo registrare uno sviluppo nell'ambito degli stessi strumenti del *capitale economico*, terreno da cui è partito il processo di *aziendalizzazione*. In particolare emerge come i sistemi di programmazione e controllo, raccogliendo anche il testimone di sperimentazioni nel mondo privato, abbiano scoperto che le tradizionali misure economico-finanziarie sono indicatori parziali (a volte anche fuorvianti) della qualità della gestione: da qui il bisogno di integrare tali variabili con misure di natura qualitativa (esito di salute, appropriatezza, soddisfazione dell'utenza, del personale), di profilo operativo (quali indicatori di efficienza, di pro-

cesso) o con indicatori d'innovazione e sviluppo (Donna, Nieddu, Bianco, 2001).

2. Anche il tema del *capitale organizzativo* con i suoi strumenti operativi sta vivendo esperienze di sviluppo. È interessante lo sforzo con cui molte aziende stanno ad esempio rivedendo la propria organizzazione attraverso la definizione dell'atto aziendale, utilizzato in chiave gestionale. Spesso la sanità e le pubbliche amministrazioni hanno utilizzato gli strumenti organizzativi sotto il profilo strettamente formale: pensiamo alle esperienze legate a dotazioni e piante organiche, all'individuazione dei carichi di lavoro, ai mansionari e così via. Tutte occasioni in cui la definizione dell'organizzazione ha privilegiato, nella migliore delle ipotesi, principi amministrativi e burocratici (tacendone altri) lasciando il buon senso organizzativo ai margini delle decisioni. Oggi, anche per i vincoli economici stringenti che rendono il principio dell'efficienza un imperativo cogente, si osservano sforzi di razionalizzazione delle strutture e ridefinizione dei carichi di lavoro, così come sono sempre più numerosi i casi di revisione dei processi con l'obiettivo di migliorare efficienza e soddisfazione dell'utenza.

3. Un altro segnale interessante è lo sviluppo dei sistemi di gestione e valutazione del *capitale umano*. Valutazione delle posizioni e delle prestazioni, formazione, sviluppo delle competenze iniziano a svilupparsi in maniera diffusa anche con l'aiuto dato dalle norme e dalle disposizioni contrattuali. Sebbene siano ancora rilevanti gli spazi di miglioramento di tali sistemi, è incoraggiante vedere che, a distanza di qualche anno dall'introduzione di meccanismi di misurazione economica, si inizino a valutare, misurare e monitorare i comportamenti organizzativi, le conoscenze professionali, le competenze manageriali e si parli di

percorsi di formazione e sviluppo delle risorse umane non solo in teoria ma nella pratica di ogni giorno.

4. È positivo rilevare anche un generale cambiamento nell'approccio all'utilizzo degli strumenti manageriali consistente nel passaggio dalla fase «tecnicistica» (ancorata a strumenti operativi, schede, prospetti, procedure) a quella di presa di coscienza dell'importanza delle variabili «soft» (o «calde») dell'organizzazione, quali la motivazione, la comunicazione e il coinvolgimento del personale. Queste variabili fanno parte di un altro importante *asset* aziendale che è il *capitale relazionale*. La consapevolezza della sua importanza è stata spesso guadagnata «sul campo» a prezzo di insuccessi che hanno mostrato quanto i sistemi di gestione prima indicati (programmazione e controllo, valutazione delle risorse, qualità e soddisfazione degli utenti) siano inefficaci se non supportati dalla motivazione, dal coinvolgimento e dalla comunicazione interna, campi in cui le nostre aziende non hanno particolarmente brillato negli ultimi anni.

5. In coerenza con quanto appena detto, s'iniziano a intravedere progetti di cambiamento orientati ai *valori* e alla *cultura* aziendale, elementi alla base dei comportamenti di ogni persona all'interno dell'organizzazione. Tanti progetti (riusciti o falliti) di gestione del cambiamento ci insegnano che non si cambia senza fare perno sui valori e sulla cultura esistenti in azienda. Un esempio su tutti: se un valore sentito e premiato in azienda è il rispetto della procedura e della norma, è naturale che i comportamenti del personale, a prescindere dai valori e dalle inclinazioni individuali, saranno guidati da tale valore. Qualsiasi strumento manageriale, come il *budget* o la valutazione delle prestazioni, che voglia spingere verso la responsabilizzazione e l'autonomia, troverà difficoltà a

farsi accettare proprio a causa di valori apertamente in contrasto con le finalità che quegli strumenti vogliono introdurre.

6. Un ulteriore tassello nel quadro di cambiamento qui accennato fa riferimento all'interesse maturato attorno alla variabile della *strategia*. Le aziende sanitarie non possono permettersi, in un contesto sempre più dinamico, di relegare la strategia nell'ambito delle affermazioni formali e di principio, invece che interpretare la stessa come strumento di mobilitazione per i comportamenti e le azioni del proprio personale e come riferimento per gli stessi strumenti manageriali di gestione (Porter, 1980).

7. Altro aspetto di novità è la presa di coscienza, anche in questo caso diffusa in modo diverso nelle diverse aziende, di come i diversi tasselli del *management* relativi al capitale economico, umano, organizzativo e relazionale debbano sempre più essere integrati e coordinati tra loro. Pensiamo al raccordo necessario tra il controllo di gestione, gli strumenti di misurazione della qualità e i sistemi di valutazione del personale, tra il piano di organizzazione e la strategia aziendale, o come infine i sistemi di comunicazione e motivazione del personale non possano non far perno sui valori aziendali.

Tirando le fila di quanto esposto, possiamo individuare almeno tre punti caratterizzanti il percorso che i processi di cambiamento stanno seguendo nelle aziende sanitarie:

— il completamento dello sviluppo degli strumenti del *capitale economico e organizzativo*;

— la nascita di interesse e la presa di coscienza dell'importanza del *capitale umano e relazionale*, dei valori e della cultura aziendale con conseguente sviluppo degli strumenti ai quali è stato dedicata meno attenzione sino ad ora;

— l'integrazione dei diversi sistemi tra loro e il raccordo di questi ultimi nei confronti della strategia, della *cultura* e dei *valori aziendali*.

Il tema dell'integrazione dei processi e dei sistemi manageriali richiama anche quello dell'integrazione delle strutture organizzative. È ovvio infatti che dovendo raccordare il controllo di gestione, il sistema di valutazione e sviluppo delle risorse umane, il sistema qualità, il sistema informativo e il sistema di comunicazione si debba risolvere il nodo di dove collocare nell'organizzazione e come raccordare gli uffici che presidiano tali processi. Dove posizionare l'ufficio controllo di gestione e il servizio sviluppo risorse umane? In *staff* alla Direzione generale, o in *line* al pari di altri servizi amministrativi? Sono do-

mande su cui la teoria organizzativa si confronta da tempo e che oggi diventano attuali anche per le aziende sanitarie (Del Vecchio, 2000; Bergamaschi, 2000).

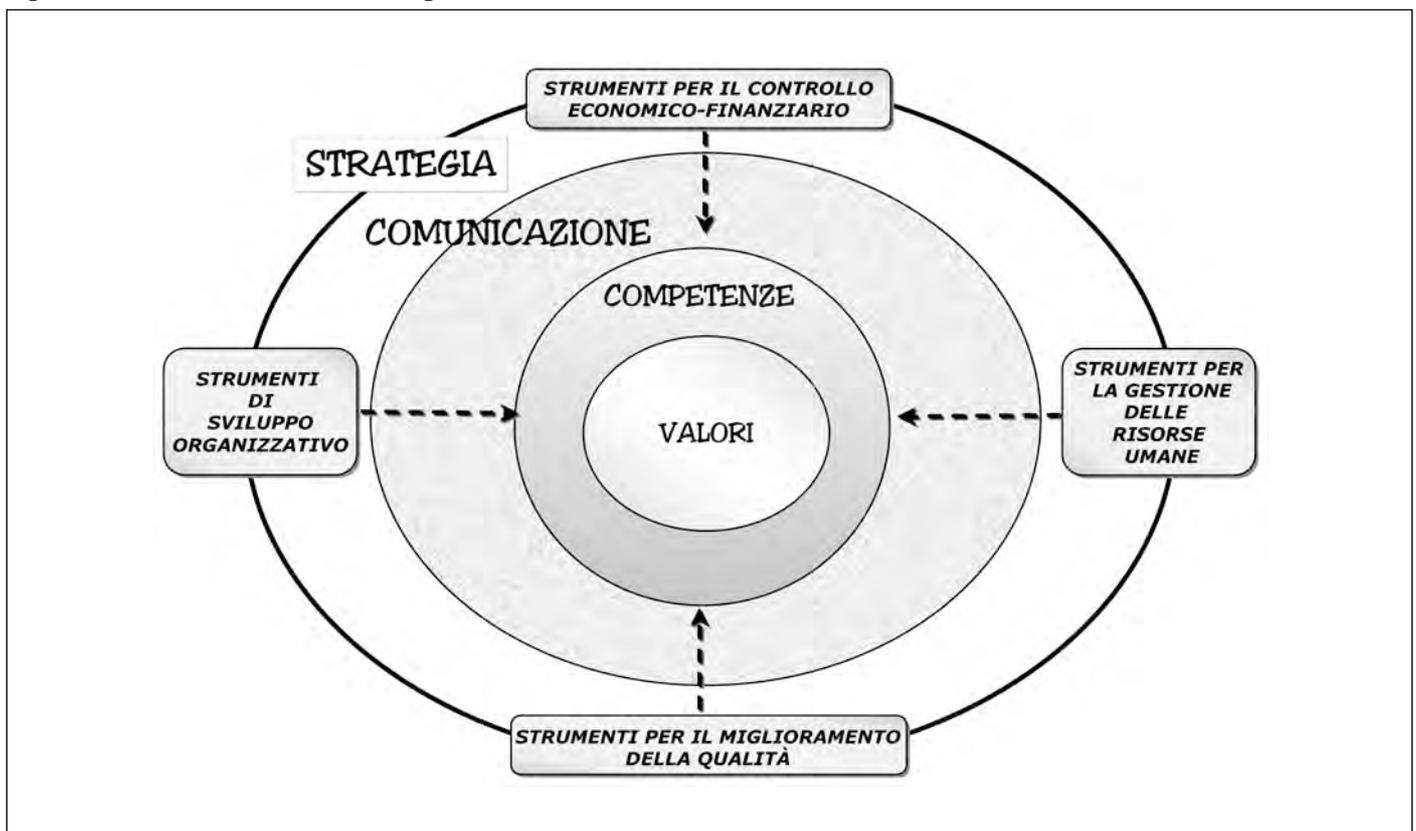
Nella prospettiva appena tracciata risultano due le sfide all'orizzonte delle Aziende sanitarie: la prima relativa allo sviluppo di alcuni sistemi manageriali ancora deboli, la seconda inerente l'integrazione degli stessi. Il presente articolo ha l'obiettivo di analizzare l'esperienza di cambiamento organizzativo che l'Asl 20 di Alessandria e Tortona ha vissuto nell'ultimo anno in merito ai temi indicati. In particolare i prossimi paragrafi approfondiranno i quesiti organizzativi da cui si è sviluppato il progetto, la metodologia e il percorso seguito, le soluzioni adottate.

2. Sviluppo organizzativo all'Asl 20 di Alessandria e Tortona

L'Asl 20 di Alessandria e Tortona serve circa 180.000 cittadini residenti e dispone di circa 1.200 dipendenti. Il territorio è diviso in due distretti e l'ospedale Civile di Tortona (200 posti letto) è gestito direttamente. L'ospedale di Alessandria è, invece, Azienda autonoma.

L'Asl 20 di Alessandria e Tortona, durante la sua esperienza di trasformazione in azienda, ha seguito un percorso assimilabile a quello tracciato nelle pagine precedenti. Sotto lo spinta dei dettati normativi, dal '95 è stato avviato un percorso di modernizzazione che ha investito i sistemi di gestione economica dell'Azienda con l'introduzione, dapprima, del sistema di conta-

Figura 1 - Il modello del cambiamento organizzativo



bilità economica, poi della contabilità analitica e, infine, con la costituzione del sistema di *budget* e del controllo di gestione.

In particolare, il Servizio di programmazione e controllo di gestione, in *staff* alla Direzione generale, ha ampliato via via le proprie competenze e il proprio raggio d'azione, passando dall'elaborazione di analisi contabili e quantitative a temi inerenti la qualità delle prestazioni erogate e la loro valutazione. Tale svolta ha contribuito notevolmente a migliorare la capacità programmatoria e di governo da parte della Direzione strategica.

Tale percorso non trovava ancora però un corrispettivo nello sviluppo degli altri sistemi di gestione aziendale, in particolare delle risorse umane, della comunicazione e della qualità. Tali funzioni, infatti, soffrivano, nel contesto in cui erano inserite, di un effetto di «annacquamento»: il servizio del Personale, inserito nel Dipartimento amministrativo, era quasi del tutto finalizzato alle attività di amministrazione, relegando le attività più gestionali alla sola risoluzione formale degli istituti contrattuali e delegando le attività di sviluppo (essenzialmente formazione) agli Affari generali; le funzioni di Comunicazione e qualità, formalmente in *staff* alla Direzione, nella pratica non riuscivano a trovare spazi di sviluppo fatta eccezione che per qualche tentativo di istituire Gruppi di miglioramento della qualità (esistenti sulla carta ma poco incisivi nella pratica) e con l'istituzione di un servizio di rilevazione della Qualità percepita che sicuramente necessitava di una maggiore strutturazione.

L'Azienda così strutturata incontrava però alcuni limiti, tra cui i principali riguardavano:

— la mancanza di meccanismi e dei relativi strumenti dedicati a risolvere le questioni oggi rilevanti per le Aziende sanitarie, tra cui la valorizza-

zione e la crescita dei propri dipendenti e il miglioramento dei servizi erogati; in alcuni casi tali meccanismi, seppur esistenti, non erano sviluppati come avrebbero dovuto per affrontare le nuove sfide;

— la debolezza o la totale carenza d'integrazione e coordinamento tra i diversi sistemi gestionali e tra gli strumenti da questi utilizzati;

— la localizzazione di servizi e funzioni in *staff* alla Direzione generale che richiede in prima battuta un notevole coinvolgimento e uno sforzo di coordinamento che la Direzione non sempre riesce a fornire, almeno nella misura necessaria affinché tali funzioni si sviluppino.

In particolare, le questioni più critiche e rilevanti riguardavano la gestione e lo sviluppo delle risorse umane. Da tempo era infatti sentito come prioritario in Azienda il bisogno di un sistema di gestione che, da una parte, sapesse integrare la pura amministrazione del personale, sviluppando tecniche e tematiche quali la formazione, lo sviluppo manageriale e professionale, la valorizzazione delle persone in base al loro potenziale, la valutazione, la motivazione e l'incentivazione; dall'altra, invece, fosse in grado d'integrare questi aspetti in unico approccio capace di fornire a tutta l'Azienda una visione chiara e un punto di riferimento stabile delle strategie che essa intendeva adottare in tema di politiche del personale.

A questo si devono aggiungere le carenze nei sistemi di miglioramento della qualità del servizio, intesa sia come qualità tecnica che qualità percepita.

Questi motivi hanno portato l'Asl 20, nel 2002, a promuovere un progetto di cambiamento organizzativo che ponesse rimedio ai problemi evidenziati e potesse completare il percorso di sviluppo manageriale avviato. In

particolare il progetto, tuttora in corso, si pone i seguenti obiettivi:

— implementare e potenziare i sistemi gestionali non in linea con le esigenze aziendali;

— definire modalità d'integrazione e coordinamento tra i sistemi di gestione (programmazione e controllo, valutazione del personale, qualità, comunicazione ecc.) attraverso la ridefinizione del modello organizzativo degli *staff* aziendali.

Tale programma di innovamento e cambiamento ha nelle sue premesse l'intenzione di incidere profondamente sulle variabili organizzative più critiche e bisognose di intervento: la struttura organizzativa, i sistemi operativi, le persone.

Da una parte, infatti è stato ritenuto fondamentale rendere la *struttura organizzativa* coerente con le esigenze di sviluppo manageriale, cercando di disegnare configurazioni che rispondessero sia alla necessità di potenziare strumenti e competenze, sia al bisogno di rendere quelle stesse configurazioni flessibili e adatte al cambiamento, con particolare attenzione, come già citato, al loro coordinamento e alla reciproca integrazione, nell'ottica di una organizzazione sempre più «piatta» e dinamica.

D'altra parte, è stato sottolineato quanto importante fosse rafforzare i *sistemi operativi*, lavorando sulla capacità dei processi, ma anche degli strumenti, di soddisfare le esigenze di rinnovamento. Sempre più, infatti, è necessario progettare meccanismi «ad hoc», orientati al risultato e non al ruolo, alla qualità e non all'adempimento, coesi e coerenti con le strutture e capaci di produrre innovazione.

Infine, è stata riconosciuta quale punto fondamentale la possibilità di dotarsi di *persone* competenti, formate e aggiornate, capaci soprattutto di adattarsi alle innovazioni in atto proponendosi come agenti del cambia-

mento. Non tanto «persone giuste nei posti giusti», quanto persone che sappiano innescare cambiamento e contribuire attivamente a disegnare e far crescere «il posto giusto».

Il progetto di *change management* lavora proprio su questi tre fronti attraverso una metodologia e un processo di sviluppo che si vuole brevemente discutere in questo articolo.

I risultati fin qui raggiunti riguardano il lavoro svolto sul primo dei tre «pilastri», ovvero la struttura organizzativa. Attraverso un'opera di analisi si è infatti pervenuti a individuare una nuova struttura ritenuta più adatta in relazione alle esigenze evidenziate. Nei prossimi paragrafi analizzeremo più in dettaglio le modalità, le procedure, i presupposti nonché l'esito del progetto di riorganizzazione.

3. La riorganizzazione delle funzioni amministrative e di staff: i principi guida e il gruppo di lavoro

L'esigenza di trovare soluzioni organizzative coerenti con i nuovi sviluppi che le aziende sanitarie devono oggi affrontare ha trovato una risposta in un progetto di riorganizzazione delle funzioni amministrative e di staff che ha avuto l'obiettivo di individuare un nuovo assetto organizzativo per le principali funzioni di sviluppo dell'Azienda: personale, controllo di gestione, comunicazione e qualità.

Come primo passo per ridefinire il modello organizzativo degli staff aziendali la Direzione ha individuato una serie di principi organizzativi che fungessero da guida durante il processo di riorganizzazione e che potessero far fronte alle esigenze di integrazione e coordinamento tra i sistemi di gestione (programmazione e controllo, valutazione del personale, qualità, comunicazione ecc.).

Innanzitutto, è stato individuato quale punto cardine attorno cui costruire il nuovo assetto gestionale il principio di *responsabilizzazione*: ognuno, cioè, deve essere consapevole «di ciò che deve fare» e delle sue specifiche responsabilità all'interno dell'Azienda. Spesso, infatti, si è lamentata la mancanza di chiarezza in relazione alle proprie aree di influenza e la poca consapevolezza del proprio ruolo all'interno dell'Azienda con ripercussioni negative sia sui risultati dell'Azienda sia sul clima organizzativo (se non vi sono chiare e definite responsabilità, oltre all'impossibilità di intervenire «chirurgicamente» per il miglioramento e lo sviluppo degli aspetti critici, si creano anche sacche di demotivazione per insufficienza di stimoli e caos organizzativo).

Oltre alla cognizione del proprio ruolo e delle proprie funzioni, è fondamentale che tutti le persone abbiano la coscienza di ciò che fanno anche i colleghi e le altre persone coinvolte nei processi di cui la persona è parte. In questo senso, è stato definito il principio dell'*integrazione* secondo cui lo sviluppo e il successo dell'Azienda si basa sulla sensibilità e conoscenza di tutti i dipendenti delle procedure e dei processi di base gestiti dai servizi. Proprio in questa prospettiva l'analisi organizzativa e la conseguente revisione delle attività doveva essere concepita in un'ottica di *organizzazione* per *processi*, e non più secondo una logica di omogeneità per «funzione».

L'integrazione tra i processi e, di conseguenza, tra i sistemi e le strutture, non può verificarsi se non è accompagnata da *comunicazione*. La logica dei processi, infatti, deve favorire la comunicazione, intesa soprattutto come comunicazione interna, che è alla base della cooperazione e della collaborazione dei dipendenti a raggiungere i traguardi aziendali. In questo senso, la comunicazione funge da collan-

te tra i diversi sistemi e costituisce un lubrificante naturale per i processi aziendali.

Infine, la gestione, anche ordinaria, dell'Azienda, deve passare attraverso politiche chiare di sviluppo integrate con principali processi, in particolare modo, quelli riguardanti le Risorse umane (formazione, valutazione, sviluppi di carriera). Tale principio si sostanzia nel concetto di *sviluppo*.

Tali principi guida hanno così costituito il punto di partenza del processo di rinnovamento, che si è articolato in distinte fasi di lavoro, illustrate nel paragrafo successivo.

Per la realizzazione del progetto, l'Asl 20 di Alessandria e Tortona ha costituito un Gruppo di lavoro, di cui hanno fatto parte risorse interne ed esterne, costitutesi in due sottogruppi: un Comitato guida e un Nucleo operativo. Mentre il Comitato guida, composto da rappresentanti della Direzione e da dirigenti ha avuto la responsabilità complessiva del raggiungimento degli obiettivi, il Nucleo operativo, composto da personale interno del comparto, ha avuto l'obiettivo di realizzare, nei tempi e nei modi previsti, il programma dei lavori assegnati, applicando la metodologia proposta, potendo contare su specifiche competenze sviluppate attraverso un «training» specifico effettuato all'inizio del progetto.

4. Le fasi del progetto

Le fasi del progetto hanno seguito le indicazioni fornite dalla metodologia di riorganizzazione e ridisegno delle funzioni. Esse si sono quindi strutturate secondo i punti seguenti.

1. Il percorso di cambiamento è partito dall'analisi delle attività tali quali erano organizzate, gestite e strutturate in quel momento in Azienda. Quest'analisi ha coinvolto i responsabili dei servizi amministrativi e alcuni loro

collaboratori i quali hanno fornito informazioni relative alle proprie aree di responsabilità, evidenziandone compiti, principali procedure eseguite, *output* forniti e supporti strumentali utilizzati.

2. Le informazioni raccolte sono state elaborate dal Nucleo operativo e sulla loro base, coinvolgendo i responsabili dei servizi amministrativi, sono stati ricostruiti i principali processi di cui le attività analizzate facevano parte. La ricostruzione dei processi esistenti ha messo in luce diverse criticità e aree di miglioramento possibili. Alle indicazioni avanzate in questo senso dal Nucleo operativo si sono aggiunti i contributi dei responsabili nell'evidenziare i punti deboli dei diversi percorsi di attività. Sulla base anche di tali segnalazioni è stata proposta la «reingegnerizzazione» dei processi più critici, sviluppando cioè le attività più carenti, aggiungendone di nuove dove il processo lo prevedeva ma non erano in realtà presenti o riconfigurando il flusso complessivo.

3. Dalle ipotesi dei nuovi processi così riconfigurati si è passati al loro inquadramento nel contesto organizzativo. Si è cioè disegnata una nuova struttura organizzativa che sapesse gestire al meglio le funzioni e i processi riprogettati. In questo senso, lo sforzo di riorganizzazione è stato duplice: da una parte, sono state definite nuove strutture adibite alla gestione dei processi più innovativi e sono state ridimensionate vecchie strutture o rafforzate altre già esistenti ma inadeguate ad affrontare le nuove sfide; dall'altra parte, sono stati definiti nuovi contenitori organizzativi finalizzati a coordinare al meglio le strutture così come ridefinite.

4. Alla macro strutturazione ha fatto seguito la definizione della micro organizzazione. Sono state individuate attività e aree di responsabilità da assegnare alle nuove strutture orga-

nizzative. Alcune strutture hanno mantenuto sostanzialmente le precedenti aree di responsabilità. Altre invece hanno delegato alcune funzioni verso strutture definite *ex novo* oppure verso strutture prima in versione embrionale e ora con un ruolo più rilevante.

5. Una volta disegnate le nuove funzioni e le relative strutture organizzative, non è rimasto che «riempire» tali strutture con le persone «giuste». Tale processo è stato portato a termine attraverso un duplice sforzo: da una parte, sono stati tratteggiati i profili ideali pensando a quali fossero le competenze richieste per ricoprire le posizioni che si erano venute a costituire; dall'altra parte, sono state selezionate le persone che più aderivano ai quei profili. Per questo processo la teoria prevede l'utilizzo di metodologie e strumenti sofisticati di valutazione del potenziale e analisi delle competenze, finalizzati a determinare «la persona giusta per la posizione giusta». In realtà tali tecniche risultavano troppo sofisticate alla luce del contesto aziendale: il bacino di riferimento era infatti costituito dai dipendenti e non il mercato del lavoro esterno. Per cui è stato possibile sfruttare le conoscenze dirette dei diversi responsabili dei servizi per selezionare le persone. Si è preferito, quindi, procedere attraverso una valutazione di massima, in modo comunque da garantirsi persone motivate e predisposte al cambiamento, che già avevano mostrato capacità di apprendimento, innovazione e orientamento ai risultati.

6. Alla fine delle fasi sopra descritte, il disegno della nuova configurazione organizzativa era completato: i processi erano stati rivisti, corretti e in alcuni casi arricchiti o costituiti *ex novo*; le strutture erano state di conseguenza ridefinite; erano state, infine, individuate le persone ritenute appropriate a ricoprire le nuove posizioni.

Tutto ciò però era ancora definito a livello formale. Serviva, a questo punto, un «piano di migrazione» tra la vecchia struttura e la nuova, in maniera di passare all'implementazione del nuovo assetto organizzativo. Se non viene gestita efficacemente tale fase può compromettere tutto il lavoro svolto in precedenza. Si è trattato di definire le procedure per il passaggio di consegne tra le strutture, piani di formazione per il personale, soprattutto per quello coinvolto nei nuovi processi. Si tratta ora di attivare i nuovi meccanismi operativi.

In sintesi, nell'intero progetto di revisione organizzativa si è quindi seguita una doppia logica: di decomposizione «top-down» dalle funzioni alle attività e, successivamente, di una ricomposizione «bottom-up» dei processi e delle responsabilità.

Analizziamo ora nel dettaglio i *prodotti realizzati* durante le fasi prima indicate. La prima fase del progetto, di carattere più operativo, ha visto impegnato, come detto, il Nucleo operativo che, dopo aver definito il perimetro d'indagine e condiviso la metodologia d'intervento, ha eseguito l'analisi delle funzioni, dei ruoli, delle procedure e delle attività di tutte le unità di *staff* e ha prodotto come risultato:

- la rilevazione dei dati e dei flussi esistenti;
- il censimento delle funzioni e delle procedure applicate nell'area oggetto di analisi;
- la mappatura delle macro-attività in essere;
- i diagrammi di flusso delle principali macro-procedure;
- gli organigrammi di massima delle diverse unità organizzative;
- le tabelle dei carichi di lavoro di ogni unità organizzativa.

In un secondo momento, attraverso una seconda serie di colloqui di approfondimento, sono stati ricostruiti i principali processi delle funzioni am-

ministrative e di *staff*, evidenziandone le criticità più rilevanti e proponendone, laddove necessari, una riprogettazione. In particolare i processi identificati sono indicati nella tabella 1.

Le principali criticità evidenziate in questa prima fase riguardavano la gestione delle risorse umane, il sistema informativo e le capacità di coordinamento e integrazione tra i servizi.

In particolare, nell'ambito delle risorse umane è risultata carente l'integrazione dei sistemi di valutazione rispetto al sistema di controllo di gestione, al servizio di formazione professionale e manageriale, al sistema informativo e informatico, ai piani di sviluppo organizzativo. Sempre su questo tema, le debolezze più rilevanti riguardavano da una parte, la mancanza di un'adeguata cultura della valuta-

Figura 2 - Il percorso di analisi e riconfigurazione organizzativa all'Asl 20

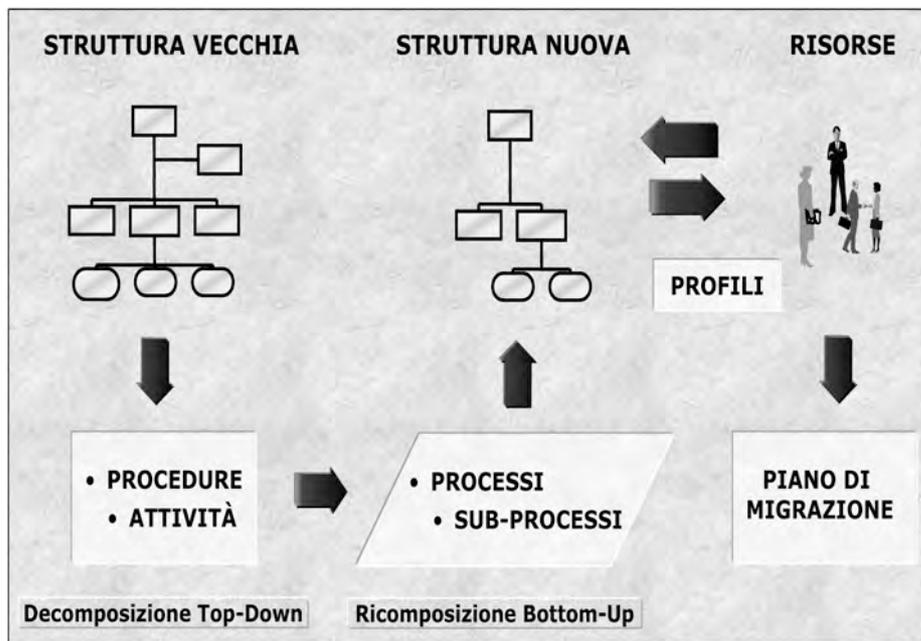


Tabella 1 - I principali processi analizzati

<p>a. Valutazione e sviluppo delle risorse umane</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione delle posizioni • Valutazione delle prestazioni • Valutazione dell'incarico • Sviluppo orizzontale del comparto • Sviluppo verticale del comparto • Formazione <p>b. Amministrazione del personale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestione paghe • Gestione pensioni • Gestione delle assenze • Selezione delle risorse umane <p>c. Programmazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi e linee guida • Programmazione analitica • <i>Reporting</i> <p>d. Sistema informativo/informatico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pianificazione e gestione dei flussi informativi • Acquisizione/adeguamento <i>hardware</i> • Manutenzione sistema informativo 	<p>e. Contabilità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilancio • Gestione IVA • Gestione vincolati • Gestione casse • Fatturazione passiva • Fatturazione attiva • Gestione fiscale <p>f. <i>Marketing</i> e comunicazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somministrazione questionari • Rapporti con il cittadino <p>g. Segreteria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conferenza dei sindaci • Rapporti con la Regione • Delibere • Determine • Protocollo • Supporto alle Uu.oo. di <i>staff</i> • Accredimento
---	--

zione, che sapesse inquadrare tale strumento in un contesto di valorizzazione e crescita del personale e non più in un'ottica di adempimento burocratico o, nel peggiore dei casi, di strumento vendicativo e punitivo; dall'altra parte, si scontava la mancanza di una adeguata pianificazione nello sviluppo delle risorse umane. Infine, come già detto, risultavano poco chiare la definizione e la consapevolezza delle responsabilità nell'attribuzione delle posizioni.

In relazione, invece, al sistema informativo sono state evidenziate alcune lacune riguardanti:

— le informazioni trattate dal sistema di *reporting*;

— la necessità di un maggior coordinamento tra sistema informativo e programmazione;

— la gestione del personale, in particolare per i dati relativi alle assenze;

— la mancanza di una procedura efficace di gestione delle richieste di intervento al CED (tipo *help-desk*) per identificare al meglio le priorità di intervento;

— le difficoltà di comunicazione tra CED e sistema elaborazione stipendi.

In generale, quindi, sono state evidenziate necessità di coordinamento e integrazione tra i diversi processi, tra questi e i sistemi gestionali, tra i sistemi e gli strumenti gestionali, tra cui:

— mancanza di raccordo tra strategie aziendali, politiche del personale e strumenti gestionali;

— poca coerenza tra il piano di attività annuale e il sistema di *budget*;

— necessità di una maggiore collaborazione tra i servizi.

5. Verso la nuova struttura organizzativa: le alternative possibili

La terza fase ha presupposto il disegno di una nuova struttura organizzativa che rispondesse alle esigenze e al-

le indicazioni individuate durante le fasi precedenti. Sulla base degli elementi raccolti in sede di analisi delle funzioni e dei processi si è in grado di optare per una nuova configurazione strutturale dalla quale dipenderanno poi nuove aree di responsabilità, nuove attività gestite, profili di personale in parte differenti. Proprio per la sua criticità, la scelta di una nuova configurazione dev'essere effettuata con cautela valutando le alternative possibili. Dalla discussione sui risultati scaturiti dall'analisi sono emerse tre alternative di sviluppo per le funzioni amministrative e di *staff*.

1. La prima possibilità che si prospettava consisteva nel semplice potenziamento delle competenze chiave inerenti le aree da sviluppare lasciando però intatta la struttura organizzativa. Si tratta di un approccio *soft* al cambiamento, i cui vantaggi sono sicuramente rilevanti. Infatti, intervenendo solo sullo sviluppo delle competenze professionali e non sulla struttura, l'operazione risulta semplice da realizzare e meno «onerosa». È probabile che anche da parte delle persone coinvolte vi siano minori opposizioni, poiché non vengono intaccate profondamente modalità e rapporti di lavoro. Il coinvolgimento nell'operazione risulta più semplice e con minori ostacoli.

D'altra parte, trattandosi di un approccio *soft*, il principale difetto consiste nell'efficacia solo parziale che esso può generare sull'organizzazione. Soprattutto in realtà che necessitano di un rinnovamento più profondo o dove le persone, per indole e cultura, sono ostili al cambiamento, tale ipotesi rischia di indurre effetti limitati. Inoltre, la stessa teoria organizzativa sconsiglia interventi di questo tipo, in quanto un rinnovamento delle competenze professionali e della cultura aziendale deve trovare riscontro sia nella *mission* e *vision* dell'Azienda,

sia nella struttura organizzativa, la quale non può essere «sganciata» dalle variabili organizzative *soft* (competenze, *know how*, comportamenti, clima, motivazione, ecc.).

2. La seconda alternativa consisteva nello sviluppare la struttura organizzativa in coerenza con lo sviluppo delle competenze necessarie per rispondere alle esigenze evidenziate, riformulando l'organizzazione degli *staff* e del dipartimento amministrativo.

Rispetto alla prima ipotesi, questo intervento prevedrebbe di intervenire sulla struttura organizzativa, anche se non in maniera energica. Si tratta infatti di riorganizzare alcune unità organizzative alla luce delle criticità evidenziate dall'analisi, lasciando però intatta l'organizzazione di coordinamento di livello superiore. Quindi, significherebbe riorganizzare le unità all'interno dello *staff* e le funzioni amministrative all'interno del dipartimento amministrativo, non rivedendo la suddivisione tra dipartimento e *staff*. Un tale tipo di intervento, incidendo sulle variabili *hard* dell'organizzazione, risolve parzialmente le criticità dell'approccio *soft*. Allo sviluppo delle competenze professionali si accompagna infatti una parziale riorganizzazione del lavoro e delle unità organizzative. Questo rende il cambiamento virtualmente più efficace, anche se in realtà aziendali particolarmente bisognose di interventi tale livello di riorganizzazione potrebbe non risultare sufficiente.

Inoltre, aumentando il grado di «invasività» dell'intervento aumentano le difficoltà legate al coinvolgimento delle persone. Aumentano i diffidenti e i detrattori del cambiamento, lo scetticismo potrebbe rendere inefficace qualsiasi iniziativa. Per superare questi ostacoli è necessario prevedere «potenti e continui» momenti di comunicazione: riunioni, momenti di discussione, seminari formativi e altre

azioni che aumentino il coinvolgimento. Questo significa anche un aumento dell'investimento.

3. Infine, è stata presa in considerazione l'idea di riorganizzare in profondità la struttura organizzativa delle funzioni amministrative, in coerenza con lo sviluppo delle competenze necessarie per rispondere alle esigenze evidenziate, proponendo la riorganizzazione e la strutturazione in dipartimento di alcune attività di *staff*. Rispetto all'alternativa precedente, la riorganizzazione risulta più completa. Non ci si limita infatti a riorganizzare le unità all'interno di un dipartimento, ma si fornisce un diverso assetto di coordinamento, attraverso nuove modalità di aggregazione dipartimentale.

Questa è la soluzione più «energica», la più rischiosa ma anche quella potenzialmente più efficace. Un simile processo di cambiamento richiede il più ampio coinvolgimento possibile: la Direzione aziendale deve essere convinta e il più possibile unita sulla necessità del cambiamento, sulle modalità di conduzione del processo e sui risultati che si perseguono; la componente dirigenziale deve essere anch'essa coinvolta operativamente nel progetto, cercandone il più ampio consenso. Ai livelli gerarchici più bassi è utile ricercare la partecipazione attiva al processo da parte delle persone e avere continuamente il «polso» della situazione. Un simile impegno significa, però, costi alti e maggiori rischi nel condurre al termine con successo il percorso di cambiamento.

6. La nuova configurazione organizzativa: il Dipartimento della programmazione e dello sviluppo

Dalla disamina di benefici e svantaggi delle diverse possibilità di riorganizzazione dei servizi amministrativi e di *staff*, si è deciso di optare per la

terza ipotesi, dettagliata nei seguenti punti.

— Separazione tra attività amministrative di *line* e attività amministrative di *staff*.

— Individuazione di quattro rilevanti aree di attività, tra le attività amministrative di *staff*:

1) programmazione e controllo di gestione;

2) strategia, organizzazione, comunicazione e qualità;

3) sviluppo risorse umane;

4) sistema informativo e CED.

— Costituzione di un dipartimento di *staff* denominato «Programmazione e sviluppo» nel quale riunire queste quattro aree, così da favorirne lo sviluppo integrato.

— Prevedere un unico dipartimento amministrativo di *line* denominato «Servizi amministrativi», con una distinzione tra aree tecnico-logistiche e aree amministrative.

— Mantenere, per alcune funzioni di *staff*, una posizione esterna alla struttura dipartimentale.

Il Dipartimento di *programmazione e sviluppo* nasce dall'aggregazione di compiti e responsabilità in parte nuove, in parte già presenti (prima in capo al Dipartimento amministrativo e in *staff* alla Direzione generale) e comunque da sviluppare. Si tratta di funzioni strategiche, fortemente legate alla pianificazione e alla realizzazione della *mission* aziendale che s'intendono aggregare, in un'ottica di processo, proprio per governarne appieno lo sviluppo e l'implementazione all'interno dell'Azienda.

In particolare il nuovo Dipartimento si articola nelle seguenti unità organizzative:

— Programmazione e controllo di gestione (struttura complessa);

— Sviluppo organizzativo, comunicazione e qualità (struttura semplice);

— Gestione e sviluppo risorse umane (struttura complessa);

— Sistema informativo (struttura complessa);

— CED (struttura semplice);

— Assistenza giuridico legale (struttura complessa).

Nel Dipartimento operano quattro dirigenti (responsabili delle strutture complesse) e 25 operatori di cui tre titolari di posizioni organizzative. Due operatori sono transitati dal Dipartimento dei servizi amministrativi in seguito alla riorganizzazione.

A valle della definizione della nuova configurazione si è proceduto ad identificare per ogni unità organizzativa nuove aree di responsabilità, di attività e di conseguenza anche il profilo atteso, in termini di competenze e capacità, delle persone che dovranno ricoprire le nuove posizioni.

Le unità che maggiormente risultano modificate rispetto alla precedente configurazione sono tre.

1. L'unità organizzativa «Programmazione e controllo di gestione», prima in *staff* alla Direzione generale, ora è posta all'interno del Dipartimento. Il controllo di gestione rappresenta infatti la funzione cardine attorno cui si dipana tutto il processo di programmazione delle attività aziendali e del controllo direzionale. Spostare la relativa Unità organizzativa dallo *staff* al Dipartimento significa riconoscerne l'importanza e definirne chiaramente le responsabilità configurandole in un contesto organizzativo più appropriato.

2) L'unità organizzativa «Sviluppo organizzativo, comunicazione e qualità», di nuova costituzione, ha l'obiettivo di sviluppare funzioni già presenti in Azienda ma ancora in fase embrionale, volte al miglioramento dell'efficacia delle attività aziendali. Le funzioni di sviluppo organizzativo, prima inserite in *staff* nell'ambito della struttura semplice «Organizzazione

e procedure gestionali», contribuiscono al miglioramento delle procedure gestionali adottate e propongono configurazioni organizzative che rispondano in maniera più consona ai principi di efficacia ed efficienza. La funzione di comunicazione, sia interna che esterna, prima gestita dalla struttura di «Relazioni esterne, marketing e qualità» in staff alla Direzione generale, ha l'obiettivo, all'interno, di facilitare la condivisione e l'applicazione delle politiche aziendali e di favorire un buon clima organizzativo; all'esterno, invece, l'obiettivo è di far conoscere le attività svolte dall'Azienda, nonché di mantenere i rapporti coi diversi soggetti istituzionali. La funzione «qualità», infine, dovrà sviluppare in Azienda il concetto di miglioramento della qualità tecnica dei servizi erogati, oltre che presidiare le attività relative alla qualità percepita.

3. L'unità organizzativa «Gestione e sviluppo risorse umane» nasce con lo scopo di governare lo sviluppo di nuove funzioni gestionali e fornire una risposta alla sfida del passaggio dall'amministrazione del personale alla gestione delle risorse umane. Sempre più, infatti, le persone non devono solo essere amministrate ma, al pari delle altre risorse aziendali, valorizzate e sviluppate. Si tratta di un riconoscimento sostanziale del ruolo che le risorse umane ricoprono nella creazione del valore dell'Azienda. Rientrano nei compiti di questa unità la gestione della dotazione organica, le relazioni sindacali, i processi di valutazione (posizioni, prestazioni, incarichi), la formazione professionale e manageriale, ecc. L'unità «Gestione e sviluppo risorse umane» nasce così con il compito di governare funzioni prima assegnate ad altre unità. La loro integrazione in un unico contenitore organizzativo risponde alle esigenze di coordinamento e sviluppo già evidenziate.

Il Dipartimento dei servizi amministrativi nasce come fusione di due precedenti dipartimenti, quello amministrativo e quello tecnico-logistico, aggregando così i servizi a supporto diretto delle attività produttive. L'obiettivo è di fornire un coordinamento a tutti i servizi di supporto secondo una logica di strumentalità dell'azione amministrativa rispetto ai processi produttivi, ma anche di rivitalizzare l'area amministrativa potenziandone le competenze gestionali e professionali. Il Dipartimento dei servizi amministrativi aggrega le seguenti unità organizzative:

- Amministrazione del personale (struttura complessa);
- Gestione economica del personale (struttura semplice);
- Ispettorato (struttura semplice);
- Contabilità generale e dei costi (struttura complessa);
- Gestione unificata del materiale (struttura complessa);
- Gestione tecnico-patrimoniale (struttura complessa);
- Gestione patrimoniale (struttura semplice);
- Provveditorato (struttura complessa).

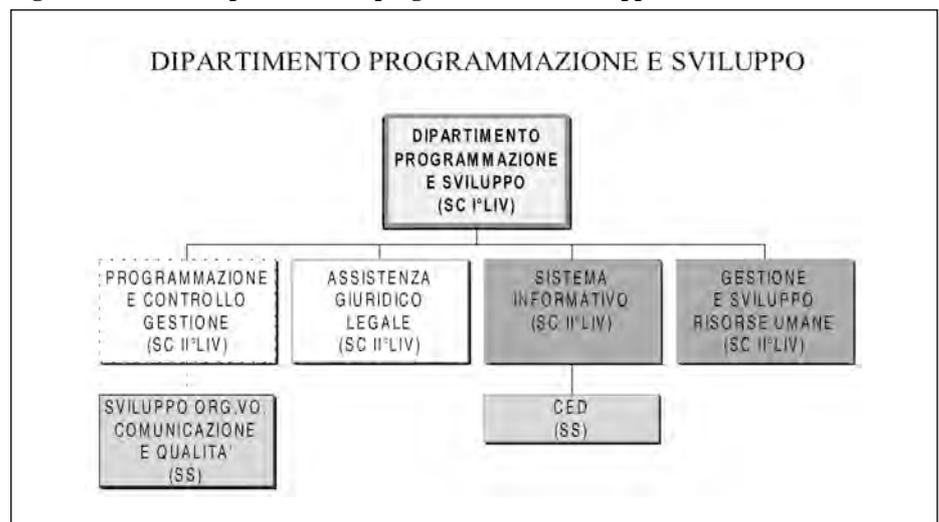
Nel Dipartimento dei servizi amministrativi operano tre dirigenti (e due posti di dirigenza dovrebbero essere ricoperti a breve) e 108 operatori, di cui 8 titolari di posizioni organizzative.

In particolare, l'unità organizzativa Amministrazione del personale ha subito le maggiori variazioni rispetto alla configurazione precedente. Infatti, parte delle funzioni prima attribuite sono ora passate alla nuova unità organizzativa «Gestione risorse umane». In compenso, l'Amministrazione del personale si è arricchita della funzione d'ispettorato. In ogni caso le due unità necessiteranno di un raccordo che permetta di allineare i diversi meccanismi.

Nella nuova configurazione organizzativa rimangono direttamente in staff alla Direzione generale quattro dirigenti (di cui tre medici) e 22 operatori, che si occupano delle seguenti funzioni:

- Segreteria e affari generali;
- Servizio sovrazonale di epidemiologia;
- Medico competente;
- Servizio di prevenzione e protezione.

Figura 3 - Il nuovo Dipartimento di programmazione e sviluppo



7. Conclusioni

Il progetto descritto ha avuto come principale esito la definizione della nuova configurazione delle strutture organizzative amministrative dell'Azienda e il ridisegno di alcuni dei relativi processi.

Il risultato fin qui raggiunto ha riguardato quindi la struttura organizzativa aziendale: una struttura che si voleva più snella, flessibile e adeguata allo sviluppo di alcuni sistemi gestionali ritenuti fondamentali per la crescita di tutta l'Azienda. Risorse umane, qualità, comunicazione *marketing*, programmazione e controllo e sistema informativo sono state così raggruppate sotto un unico tetto con l'idea di creare un incubatore in cui far crescere tali funzioni.

Probabilmente ora è presto per valutare la bontà delle scelte operate. Solo col tempo si potrà affermare se le soluzioni organizzative adottate saranno state all'altezza delle intenzioni. Sicuramente la scelta effettuata trova una giustificazione e un senso soprattutto in relazione al tessuto storico, umano e «culturale» Asl 20 di Alessandria e Tortona. Si è cercato infatti di trovare e implementare soluzioni che fossero coerenti con le competenze e con le persone presenti in Azienda. La logica, quindi, con cui è stato deciso di raggruppare le funzioni amministrative più innovative in un unico contenitore deriva direttamente dalla consapevolezza delle caratteristiche e delle qualità distintive delle risorse umane a disposizione. Agendo in questo modo si è evitato il rischio di progettare una struttura efficace sulla carta ma di difficile attuazione.

Queste accortezze non hanno comunque preservato il cambiamento organizzativo da critiche e problemi dall'interno dell'Azienda. Anzi, una delle principali difficoltà di attuazione del modello disegnato ha riguardato

proprio le resistenze incontrate nella realizzazione della nuova configurazione organizzativa. Mentre, infatti, com'era auspicabile, le persone individuate per rilanciare e sviluppare le funzioni amministrative strategiche hanno accettato questa sfida con entusiasmo, chi è stato privato delle attività più di sviluppo ha vissuto questa manovra come una perdita di responsabilità.

Tale criticità, di cui si era fin dall'inizio consapevoli, inizialmente è stata affrontata coinvolgendo nel processo di cambiamento le persone attraverso la partecipazione diretta ai processi in modo che si sentissero parte attiva e propositiva dello sviluppo e non fruitori passivi di un progetto a loro estraneo. Anche per i responsabili e gli operatori di *line* si è posta l'enfasi sul cambiamento e la chiarezza del ruolo, cercando di evitare una interpretazione basata su logiche di rendite di potere.

Spesso infatti, i progetti di tale portata, anche se condotti su base teoriche solide, non raggiungono gli obiettivi sperati a causa delle troppe resistenze che incontrano nel loro percorso di sviluppo. È fondamentale, quindi, condurre tali interventi avendo cura di tutti gli aspetti che, potenzialmente, possono provocare il fallimento del progetto di cambiamento (Kotter, 1995).

Tanti, infatti, sono gli errori in cui si rischia di incorrere. Spesso, per esempio, dirigenti e dipendenti non comprendono le necessità del cambiamento o non ne hanno chiare le vere ragioni. Per questo non vi partecipano attivamente e considerano ogni soluzione come imposta «dall'alto». È chiaro come tale situazione possa facilmente degenerare in disinteresse e indifferenza che farà ben presto naufragare qualsiasi progetto di rinnovamento.

Altre volte, invece, vi è il coinvolgimento attivo di almeno una parte del-

l'Azienda ma sono poco chiare quali sono le intenzioni della Direzione aziendale, perché non le sa comunicare oppure perché anche al suo interno vi sono resistenze che indeboliscono la coalizione di governo favorevole al cambiamento. È necessario, invece, un impegno forte e chiaro da parte della Direzione che fornisca all'intero processo una spinta motivazionale inequivocabile.

Allo scopo di evitare tali *impasse*, il progetto di cambiamento organizzativo all'Asl 20 si sta realizzando con attenzione anche a questi aspetti.

Per esempio, fondamentale per la buona riuscita di questa prima parte del progetto è stato il lavoro di squadra, che ha coinvolto responsabili e dipendenti e cui ha fatto da riferimento il forte appoggio fornito dalla Direzione aziendale, che fin da subito ha fatto intendere di contare molto sull'iniziativa.

Fondamentali sono stati poi i momenti di discussione e condivisione della strategia e degli obiettivi che si volevano raggiungere. Attraverso riunioni del gruppo di lavoro e incontri di analisi, tra cui un convegno in cui si sono presentati i risultati del progetto confrontati con altre esperienze analoghe, si è contribuito a comunicare la «visione del cambiamento» (Kotter, 1996) e le nuove strategie.

A questo punto, per rafforzare i risultati fin qui ottenuti e proseguire nel percorso di sviluppo, sarà necessario agire su nuovi progetti, formando il personale, coinvolgendo le persone «che più ci credono» in modo da accrescere la credibilità della strategia perseguita e che sia chiaro il segnale che quello che finora è stato fatto avrà un seguito.

(1) Il presente paragrafo rielabora Nieddu (in corso di pubblicazione).

BIBLIOGRAFIA

- BERGAMASCHI M. (2000), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, Mcgraw-Hill Italia, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle Aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 33.
- DONNA G., NIEDDU S., BIANCO M. (2001), *Management sanitario. Modelli e strumenti per gli operatori delle Aziende sanitarie*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- KAPLAN R.S., NORTON R.P. (1996), *The Balanced Scorecard*, Harvard Business School Press, Boston.
- KOTTER J.P. (1995), «Why Transformation Efforts Fail», *Harvard Business Review*, marzo-aprile.
- KOTTER J.P. (1996), *Leading Change*, Harvard Business School Press, Boston.
- NIEDDU S. (in corso di pubblicazione), *Valutare e valorizzare il capitale umano nelle aziende sanitarie. Strumenti, modelli e casi aziendali*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- PORTER M.E. (1980), *Competitive Strategy*, The Free Press, New York.

L'INTRODUZIONE DEL BALANCED SCORECARD NELL'AZIENDA SANITARIA ISONTINA

Danilo Spazzapan, Giovanni Pilati, Aldo Mariotto

Azienda per i servizi sanitari n. 2 Isontina

SOMMARIO: 1. Descrizione dell'ASS 2 - 2. La strategia di gestione - 3. Le criticità - 4. Come il modello BSC può risolvere le criticità - 5. Lo sviluppo degli indicatori per il miglioramento dell'assistenza - 6. Come si sta sviluppando il BSC - 7. Le quattro prospettive di intervento - 8. Alcuni esempi delle schede - 9. Conclusioni.

1. Descrizione dell'ASS 2

L'Azienda per i servizi sanitari n. 2 Isontina si trova nella Regione Friuli-Venezia Giulia ed il suo territorio corrisponde alla Provincia di Gorizia. La popolazione residente è di poco inferiore ai 140.000 abitanti con il 22,5% di anziani; le attività prevalenti riguardano il commercio, l'industria (Cantieri navali di Monfalcone), i servizi e l'agricoltura.

La dotazione di servizi per la popolazione ed il tessuto sociale presentano indicatori nel complesso migliori di quelli nazionali anche se il tenore di vita è leggermente inferiore. Oltre alle problematiche correlate con la notevole presenza di anziani, i problemi di salute riguardano soprattutto i tumori, gli incidenti stradali e quelli sul lavoro che presentano incidenza e mortalità superiori alle medie nazionali e regionali.

Sono presenti 2 ospedali (Gorizia e Monfalcone) dotati entrambi delle funzioni di base e di alcune funzioni specialistiche organizzate in forma integrata tra le due sedi. I volumi di attività sono simili (circa 10.000 ricoveri all'anno per ciascun ospedale), essi rispondono per il 72,5% ai bisogni di assistenza ospedaliera dei residenti ol-

tre ad esercitare un'attrazione verso territori limitrofi o extraregionali pari al 18,6% della propria attività. L'attività in *day hospital* rappresenta il 25% dell'attività totale.

Il territorio è organizzato in due distretti (che hanno le funzioni di RSA e di assistenza domiciliare), un Dipartimento di prevenzione, uno per la salute mentale ed uno per le dipendenze.

Il tasso di ospedalizzazione è passato negli ultimi 8 anni dal 243 per mille all'attuale 160 per mille (compresi i ricoveri in *day hospital*, quelli in altri ospedali pubblici privati regionali ed extraregionali).

Il personale con contratto pubblico è di poco superiore alle 2.000 unità, il ricorso a personale convenzionato è scarso, sono esternalizzati: mensa, lavanderia, pulizie e riscaldamento.

Negli ultimi 8 anni l'Azienda ha recuperato il disavanzo tra finanziamenti regionale definito con la quota capitaria pesata e corretta ed i costi strutturali. Il bilancio di esercizio 2002 ha chiuso con un utile di 475.000 euro; anche il 2003, in base alle previsioni fatte il 30 settembre, dovrebbe chiudersi con un piccolo utile. Il patrimonio netto ammonta a 143.486.638 euro ed è incrementato negli ultimi 3 anni. I

costi complessivi del 2002 sono stati 209.268.969 euro.

Con il 1997 è stata introdotta la gestione per *budget* e con il 1998 è stata introdotta la contabilità economica.

2. La strategia di gestione

Nel 2001 con l'insediamento della nuova Direzione strategica aziendale, è stato definito un piano strategico che si propone di definire il ruolo dell'Azienda sanitaria nello sviluppo della politica di promozione della salute della popolazione di riferimento, identificandone i principi ispiratori, gli obiettivi e le principali direttrici d'intervento. Questo piano strategico viene attuato attraverso la programmazione annuale che definisce le azioni operative necessarie a realizzare gli obiettivi di salute.

La strategia di sanità pubblica aziendale è stata quindi orientata verso le seguenti azioni che fanno riferimento alla teoria della promozione della salute.

1) Sviluppare le capacità personali

L'azione di sviluppo delle capacità personali è in grado di determinare rilevanti cambiamenti degli stili di vita

della popolazione con un impatto sulla salute potenzialmente molto elevato.

2) Creare ambienti favorevoli

Gli effetti dell'ambiente fisico sulla salute umana sono noti da tempo e costituiscono un'importante area di attività dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie. Non è invece ancora sufficientemente valorizzato il ruolo degli ambienti sociale e organizzativo nel determinare gli stili di vita degli individui e le loro modalità di utilizzo dei servizi, nonché le conseguenti ricadute sulla salute.

3) Riorientare i servizi sanitari

Le principali azioni di riorientamento, non solo di semplice riorganizzazione dei servizi, che l'ASS 2 ha messo in atto ed intende perseguire nel 2002, riguardano lo sviluppo dell'assistenza primaria, il miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza dei processi assistenziali, il perseguimento dell'efficienza operativa e l'assunzione del ruolo di modello positivo e di difesa della causa della salute.

4) Rafforzare l'azione della comunità

È necessario sviluppare il rapporto di fiducia tra i cittadini e l'Azienda sanitaria territoriale che ha la funzione di rispondere ai loro bisogni di salute, assicurando la qualità dei servizi offerti, in termini di:

- efficacia e appropriatezza assistenziale;
- umanizzazione, *comfort* e accessibilità;
- correttezza amministrativa.

Queste garanzie vanno perseguite mediante:

- il coinvolgimento dei cittadini e dei loro rappresentanti nelle decisioni

organizzative a più alto impatto assistenziale ed emotivo;

- la definizione dei diritti del cittadino in relazione ai livelli di servizio disponibili, alla loro qualità e alla loro accessibilità;

- la certificazione, il controllo e la valutazione di qualità relativi a programmi assistenziali specifici, indicati dalla Regione;

- la pubblicazione e la socializzazione dei risultati.

3. Le criticità

Nella prima parte del 2003, dopo aver chiuso in attivo il bilancio e relazionato sui risultati della gestione del 2002, a fronte dell'andamento positivo del primo monitoraggio del 2003, sono stati analizzati i principali elementi di criticità gestionale da affrontare nel 2004.

Il personale lamentava uno scarso coinvolgimento nella definizione degli obiettivi aziendali, chiedeva una maggiore incisività gestionale dei dirigenti e giudicava deteriorato per questi ed altri motivi il clima aziendale.

La notevole mole di dati raccolti dalla programmazione e controllo riusciva a rappresentare bene e tempestivamente i fenomeni di attività e di costo, ma non era possibile una integrazione tra essi e, soprattutto, non era possibile incrociare questi dati con gli indicatori di esito e di impatto sulla salute della popolazione.

I Sindaci rappresentavano le lamentele dei concittadini riguardo alle possibili dimissioni precoci ed alla mancata risposta a bisogni non considerati prioritari da parte di alcune Unità operative aziendali.

I dirigenti comprendevano male la necessità aziendale di erogare un maggiore numero di prestazioni richieste dai cittadini (ad esempio ecocolordoppler, visita cardiologia ecc.) perché

erano orientati prioritariamente ad attività più qualificanti (ad esempio le degenze in unità coronarica o gli impianti di pace-maker) e non consideravano prioritario erogare le visite cardiologiche che avevano tempi di attesa molto lunghi.

I risultati in termini di salute soddisfacevano pienamente le direttive regionali (18 obiettivi di salute individuati dalla Regione per il 2004) ma, alla verifica sulle cartelle cliniche effettuata per alcune situazioni indice, è emerso che i clinici non sempre adottano i principi della EBM nella pratica quotidiana e, talvolta, sono stati documentati comportamenti diagnostico terapeutici non sostenuti da prove scientifiche.

Nel 2002 è stata effettuata una rilevazione sulle *performance* secondo la metodica EFQM che ha evidenziato le maggiori aree di criticità nella gestione del personale ed in particolare modo nel livello di coinvolgimento nella strategia aziendale.

4. Come il modello BSC può risolvere le criticità descritte

La documentazione disponibile in letteratura riguardo il modello *Balanced scorecard* (BSC) introdotto Kaplan e Norton nel 1990 ed i risultati ottenuti dalle aziende private e pubbliche con l'adozione di questa logica per la programmazione e la gestione, hanno evidenziato la possibilità di affrontare e risolvere attraverso questo modello la maggior parte delle criticità segnalate per l'ASS 2.

In sintesi, il modello BSC prevede la costruzione di una mappa strategica che, partendo dalla definizione della *mission* e *vision* dell'Azienda, esplicita la strategia e la modalità con cui tradurre la strategia in azioni. Nell'ambito della mappa strategica vengono individuate le prospettive di intervento (di solito sono 4) che riguar-

dano la prospettiva finanziaria, la prospettiva del cliente, la prospettiva interna e la prospettiva di innovazione ed apprendimento. Da queste prospettive vengono individuate le aree chiave di *performance* ed infine vengono definiti i relativi indicatori (KPA, *key performance area* e KPI, *key performance indicator*).

Il maggiore coinvolgimento del personale nella definizione e conseguimento degli obiettivi aziendali avviene nel modello BSC attraverso la esplicitazione della strategia aziendale e nel bilanciamento delle *performance* da conseguire nelle diverse aree chiave a livello delle singole unità operative. Appare scontato che si ottengono migliori risultati se, una volta definiti i principi, i valori e la strategia, è il personale che individua gli obiettivi e le azioni per conto suo, piuttosto che se questi vengono definiti ed imposti dall'alto. Questo modello partecipativo, attraverso il bilanciamento dei risultati da ottenere ed attraverso la negoziazione delle KPA e KPI, consente comunque un controllo centrale sugli obiettivi negoziati.

In associazione alla diffusione dei modelli BSC nelle Aziende, si sono sviluppati nuovi *hardware* e *software* in grado di assicurare la gestione delle nuove complessità introdotte con questo modello. Sul mercato sono disponibili diversi programmi che legano i molteplici KPI e sono in grado di costruire «cruscotti» direzionali se opportunamente alimentati con i dati previsti. Si possono individuare 3 grandi aree di intervento del sistema informativo: il *datawarehouse*, il «cruscotto» e la diffusione della comunicazione via web.

Il *Datawarehouse* consente di interrogare molteplici e diverse banche dati aziendali, di validare e controllare i dati e depositarli secondo un ordine predefinito in aree di integrazione in

cui essi possono essere ulteriormente elaborati al fine di fornire informazioni complesse. Questo significa per un'Azienda sanitaria avere costantemente in linea e con aggiornamenti mensili o trimestrali, informazioni integrate sui ricoveri, sull'attività ambulatoriale, sulla mobilità attiva e passiva, sui consumi di materiali delle unità operative, sulla dotazione di personale, sui tempi di attesa, sull'attività territoriale, sulle convenzioni, sul consumo di farmaci sul territorio ecc. Nella maggior parte dei casi tutti questi elementi sono già raccolti in *database* diversi che non sono facilmente elaborabili ed integrabili tra loro. Una volta creati i collegamenti con le banche dati, tutti questi elementi sono facilmente elaborabili per serie storica, per variazioni rispetto a *standard* predefiniti o rispetto ad un altro dato raccolto e questa integrazione avviene a livello di «cruscotto».

Il «cruscotto» è la parte più importante di tutto il sistema in quanto serve a rappresentare:

- l'articolazione delle responsabilità a livello aziendale (individua nome e cognome dei responsabili);
- i KPI (carta di identità dell'indicatore) con i relativi *standard* attesi ed i risultati dei monitoraggi periodici;
- il bilanciamento delle KPA e KPI nelle varie unità operative;
- i momenti di sintesi nella rappresentazione dei risultati a livello di unità operativa, dipartimento ed azienda attraverso elementi grafici di immediata comprensione;
- le regole con cui sono rappresentati i risultati;
- i *link* per l'accesso alle banche dati con cui sono stati costruiti gli indicatori;
- i dati raccolti con il *datawarehouse*.

Un valore aggiunto del nuovo sistema è la pubblicabilità via web del «cruscotto» in quanto ciò facilita la

comunicazione con i responsabili delle unità operative che, attraverso poche e semplici «videate», sono immediatamente e tempestivamente informati sui risultati raggiunti nel corso dell'anno e quindi possono costantemente orientare la loro funzione direzionale al risultato finale. Il web può venire utilizzato anche nella fase di predisposizione delle *scorecard* in quanto la definizione delle KPA e KPI può avvenire *on line* anche attraverso forum di discussione sulla strategia, sugli obiettivi e sugli indicatori da elaborare. Poiché tutti possono vedere tutto ciò che avviene in azienda, viene favorita l'integrazione delle informazioni e la costruzione di una «banca dati» di indicatori a disposizione delle unità operative.

Una costante delle prospettive di intervento nei modelli della BSC è la soddisfazione del cliente/utente. Nelle aziende sanitarie pubbliche questa componente è stata ulteriormente valorizzata ed istituzionalizzata nel D.L.vo 229/99 che ha definito nuovi ruoli di programmazione sanitaria e di valutazione dei Direttori generali ai Sindaci. L'aspetto sociale nella gestione di un'azienda, anche per quelle private che non sono soggette ai vincoli legislativi, sta diventando negli ultimi anni una questione sempre più importante ed è svincolato dagli obiettivi di bilancio e di profitto. Numerose aziende private e pubbliche, anche sanitarie, hanno redatto il bilancio sociale che ha lo scopo di rappresentare come la gestione ed i risultati raggiunti dall'Azienda rispondono alle esigenze della società e dell'ambiente che li circonda. A regime, annualmente, dovrebbero essere individuati obiettivi condivisi con gli *stakeholder* e con la società; l'Azienda dovrebbe fare il monitoraggio annuale su questi obiettivi ed a fine anno dovrebbe relazionare a questi soggetti esterni sui risultati raggiunti. Una volta definita nel mo-

dello BSC la prospettiva di intervento sulla soddisfazione degli *stakeholder*, diventa inevitabile definire con le unità operative le KPA ed i KPI relativi a questo tema ed ogni unità operativa, in base al peso o «bilanciamento» dell'indicatore, sarà orientata a definire ed a perseguire l'obiettivo modificando la propria organizzazione o l'attività.

5. Lo sviluppo degli indicatori per il miglioramento dell'assistenza

Il piano gestionale dell'Azienda sanitaria «Isontina» si propone il riorientamento dei servizi secondo i principi della promozione della salute e del trasferimento delle evidenze scientifiche di efficacia nella pratica clinica.

Lo scorso anno è iniziata un'energica azione per sviluppare coerentemente la qualità dell'assistenza sanitaria secondo tre principali direttrici: la formazione del personale, lo sviluppo di progetti per il miglioramento e il consolidamento del sistema aziendale per la gestione della qualità.

Innanzitutto in Direzione sanitaria è stata decisa la strategia e sono state individuate le aree prioritarie di intervento (poi condivise con i responsabili delle unità operative) attraverso una sintesi di: epidemiologia nel territorio isontino, prove scientifiche disponibili, esperienze esistenti di rilievo, attesa di miglioramento e fattibilità del monitoraggio.

In linea con i CMS (*Centers for Medicare and Medicaid Services*), si sono utilizzate misure di processo e non di esito clinico in quanto, nonostante l'onerosità nella raccolta dati, vi è un maggior consenso scientifico sulla loro identificazione, utilizzazione e miglioramento degli indici di *performance*.

Sono stati identificati processi clinici di provata efficacia e fortemente

proxies agli esiti di salute. Esemplificativa è l'esperienza nell'area cardiologica per quanto attiene l'infarto acuto del miocardio e lo scompenso cardiaco del ventricolo sinistro. Le misure di processo, con l'aggiunta del *counselling* dietologico, sono state sostanzialmente derivate dall'iniziativa americana «A Public Resource on Hospital Performance» elaborata dalla Joint Commission in collaborazione con le assicurazioni federali Medicare e Medicaid. Due medici della Direzione sanitaria hanno condotto un'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche di tutti i primi casi di infarto del miocardio e di scompenso cardiaco sinistro che si sono ricoverati presso le unità operative di medicina e di cardiologia degli ospedali di Gorizia e Monfalcone. Le controindicazioni prese in considerazione erano le stesse utilizzate nell'esperienza nazionale americana.

Il *baseline* 2002 ha consentito di fissare le misure di *performance* per gli obiettivi del 2° semestre 2003, di operare un'azione di *audit and feedback*, nonché di organizzare delle *outreach visits mirate*. Queste azioni

organizzative che puntano al miglioramento delle *performance* hanno evidenza di efficacia.

La tabella 1 mostra il *baseline* del primo monitoraggio del II semestre 2002. È stato fatto un secondo monitoraggio nel luglio 2003 ma la scarsa numerosità della casistica impedisce di trarre conclusioni circa la significatività del *trend* che appare comunque molto positivo. Le criticità sembrano essere: che la storia passata ha dimostrato, in genere, modesti risultati in termini di modifica degli stili prescrittivi; il dubbio circa l'entità degli incentivi; il timore, infine, della trasparenza. Gli aspetti favorevoli sono: la metodologia multifaccettata impiegata che ha prove di funzionamento in letteratura; la coerenza della politica direzionale che dà credibilità rispetto alle intenzioni; il clima amichevole coi medici coinvolti; e, poi, il principio positivo che il modello remunera i medici per fare «la cosa giusta», cioè quella per cui possediamo prove di efficacia.

Le prospettive future sono di consolidamento dell'esperienza, di verifica

Tabella 1 - Misure di *performance* clinica nell'ASS 2 «Isontina» riferite all'infarto del miocardio e allo scompenso cardiaco del ventricolo sinistro secondo semestre 2002

Patologia	Risultati 1-7-2002/31-12-2002
INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO	N = 101
Uso precoce aspirina	61%
Aspirina alla dimissione	78%
Uso precoce beta bloccanti	50%
Beta bloccanti alla dimissione	69%
Trombolitico, mediana somministrazione in minuti	40
ACE inibitori alla dimissione se scompenso sinistro concomitante	94%
<i>Counselling</i> o <i>advice</i> antibagagico nei fumatori	35%
<i>Counselling</i> dietologico	36%
SCOMPENSO CARDIACO	N = 216
ACE inibitori alla dimissione	59%

della tenuta, di estensione dell'iniziativa verso circa 50 indicatori già in contrattazione budgetaria, di *accountability* rispetto alla comunità.

6. Come si sta sviluppando il BSC

Avendo ben chiare le criticità aziendali, avendo approfondito le conoscenze sul BSC ed avendo presenti le potenzialità di questo modello nel supportare la soluzione dei problemi presenti in ASS 2, si è aperta una fase di riflessione sulla possibilità di adottare o no la logica BSC per la programmazione e gestione dell'Azienda. Questa fase ha coinvolto innanzitutto la Direzione generale ed è stata successivamente estesa al Collegio di direzione che è formato da organismi di *staff* del Direttore generale, dai Responsabili delle strutture operative (ospedali, distretti, dipartimento di prevenzione, dipartimento di salute mentale, dipartimento per le dipendenze) e dai Responsabili dei dipartimenti ospedalieri. Sono stati formati anche gruppi di lavoro che hanno simulato l'impatto dell'adozione del nuovo modello nelle strutture aziendali e sulle modalità di gestione. Anche i rappresentanti del comparto (referenti infermieristici di struttura operativa e di dipartimento) sono stati coinvolti nei gruppi di lavoro.

Nell'ambito di queste discussioni è emerso chiaro che l'esigenza del cambiamento non proveniva dalla necessità di cambiare le schede di *budget* o di adottare un nuovo sistema informativo in quanto questi erano solo strumenti per introdurre e gestire il cambiamento verso il BSC che, al limite, poteva essere introdotto anche senza la disponibilità di un nuovo sistema informativo, purché fosse limitato a pochi indicatori. Il cambiamento introdotto, invece, modificava la gestione dell'azienda e si associava allo sviluppo di una nuova modalità per rea-

lizzare le strategie definite dall'Azienda ed era necessario il pieno coinvolgimento degli operatori nella definizione e nel conseguimento degli obiettivi. È stato considerato anche il tempo necessario per la realizzazione del progetto che è stato stimato il 2-3 anni.

Infine, al termine dell'estate 2003 è stata assunta la decisione di adottare il nuovo sistema di programmazione e gestione basato sul modello BSC e dal Collegio di direzione sono state individuate le 4 prospettive di intervento per l'anno 2004 che sono:

- risultati relativi alla valorizzazione e soddisfazione del personale;
- risultati relativi alla soddisfazione degli *stakeholder*;
- risultati di salute;
- risultati economici ed organizzativi.

Queste 4 prospettive di intervento sintetizzano le linee di sviluppo della strategia aziendale ed hanno ricadute sulle strutture operative (gli ospedali, i distretti ecc.) e sulle unità operative. Per ognuna delle linee di sviluppo, nell'ambito del Collegio di direzione, sono stati raccolti e studiati elementi di dettaglio e simulazioni sulle ricadute in generale nell'ASS 2 che sono stati tradotti in pagine di approfondimento messe a disposizione di tutti. Il passo successivo è stato quello di individuare a livello di azienda e di ciascuna struttura operativa i macroobiettivi specifici che derivano dalla applicazione delle 4 prospettive nelle diverse realtà periferiche. Questa operazione è stata condotta nel corso di confronti tra Direzione generale e Responsabili di struttura operativa in cui sono state analizzate, per ognuno dei 4 temi di cui sopra, le problematiche specifiche della struttura operativa. In questa sede sono emerse le modalità con cui le strategie aziendali potevano essere realizzate e le modalità con cui rapportarsi con i Dipartimenti ospedalieri e le Unità operative. Queste due ulti-

me organizzazioni hanno successivamente approfondito nelle loro unità elementari tutto il processo aziendale che ha portato all'utilizzo della BSC e nel corso delle settimane centrali del mese di novembre, hanno elaborato, con un percorso di tipo *bottom-up*, le loro *balanced scorecard* che sono state poi negoziate a livello di dipartimento e di struttura operativa. Nei primi giorni di dicembre 2003 la Direzione generale ha avuto a disposizione per ciascuna struttura operativa gli indicatori specifici per le 4 prospettive di intervento di tutte le unità operative afferenti.

Come negli anni scorsi, a questo punto è avvenuto il consolidamento degli indicatori a livello aziendale tenendo conto degli obiettivi assegnati dalla Regione, dell'esito degli incontri con la Conferenza dei Sindaci e delle compatibilità di bilancio. Questi elementi costituiscono la base per la redazione del Programma annuale per la gestione dell'Azienda che ogni anno è stato adottato dal Direttore generale entro il 31 dicembre.

Nel mese di gennaio 2004 è avvenuta la negoziazione finale con le Unità operative per definire gli ultimi ritocchi agli indicatori e per derivare da essi gli indicatori «traccianti» che vanno ad alimentare il sistema premiante che ha un percorso parallelo agli obiettivi di *budget* con schede e monitoraggio separati.

Un elemento di novità associato alla introduzione del BSC in Azienda è stata la elaborazione di un sistema per la compilazione *on line* delle schede di *budget* che è attivo da ottobre 2003. Utilizzando il sito web aziendale, sono state e predisposte pagine web specifiche di Unità operativa con la possibilità di compilare e pubblicare moduli corrispondenti a indicatori per le 4 prospettive di intervento individuate. Il sistema consente la pubblicazione successiva e ripetuta di indicatori,

di modifiche e di osservazioni sui vari indicatori proposti e consente anche di scrivere proposte di indicatori per altre unità operative segnalando criticità ed esigenze specifiche. Molto interessante è stata ritenuta la possibilità di proporre indicatori anche per le schede relative alle Unità operative dei servizi amministrativi centrali (in particolare per provveditorato e sistema informativo). Nel controllare e redigere la propria scheda di *budget* il responsabile trova *on line* tutte le proposte pervenute per la sua Unità operativa. La negoziazione può avvenire anche senza stampare nessuna scheda, semplicemente scorrendo nel corso di una riunione tutte le proposte e gli indicatori pervenuti decidendo quale di questi tenere, o modificare, cosa aggiungere e compilando, seduta stante, la scheda definitiva negoziata. È stato anche attivato un gruppo aziendale di discussione *on line* in cui commentare sia gli aspetti tecnici che quelli di strategia o di metodo. La Direzione generale ed il Responsabile di struttura operativa possono tenere sotto controllo l'intero processo consultando attraverso pagine di sintesi tutto quello che sta avvenendo nelle Unità operative, intervenendo eventualmente su specifici problemi o suggerendo la modifica di indicatori non condivisi.

In parallelo allo sviluppo ed alla negoziazione delle schede di *budget*, secondo la nuova metodologia, è stato acquisito il *software* per la realizzazione del «cruscotto» e per la raccolta dei dati dalle diverse banche (*datawarehouse*). Rispetto alle diverse soluzioni offerte sul mercato (analizzabili anche attraverso la rete in cui sono disponibili *benchmark*) la scelta aziendale si è orientata verso il prodotto della SAS *Strategic performance management* (SPM) che è stato installato con il mese di ottobre 2003. Gli aspetti più qualificanti del prodotto

sono a nostro giudizio la dinamicità della rappresentazione grafica e la pubblicabilità delle schede sul web. Per contro, nelle prime fasi di avvio è risultata discretamente lunga e macchinosa l'impostazione nel sistema dell'articolazione aziendale e la costruzione delle singole schede. La fase successiva prevede, utilizzando il *datawarehouse* (sempre SAS), la realizzazione dei collegamenti con le diverse banche dati aziendali attraverso cui, successivamente, sarà possibile, mensilmente, alimentare in maniera automatica il cruscotto.

L'SPM consente di rappresentare il livello di *performance* a livello di singola struttura operativa. Questa ha a disposizione sul web il proprio cruscotto e, attraverso opportuni collegamenti, può andare ad esaminare nel dettaglio la fonte dei dati con cui è stato rappresentato il livello di realizzazione degli indicatori specifici.

7. Le quattro prospettive di intervento

a) Valorizzazione e motivazione del personale

Tenendo conto che le attività che creano valore in un'organizzazione non sono correlate solo con il bilancio o i beni materiali, ma soprattutto con il valore che risiede nelle idee delle persone che ci lavorano, nelle relazioni che si creano tra clienti e fornitori, nella lettura dei dati, nella cultura dell'innovazione e nella qualità dei processi interni, l'ASS 2 ha definito un programma per sviluppare le capacità interne del personale e migliorare le proprie *performance*.

Un primo elemento critico rilevato è la mancanza del senso di appartenenza del personale all'Azienda: gli operatori non si riconoscono nell'ASS 2, non sono fieri di appartenervi; tutt'al più si riconoscono all'inter-

no della struttura operativa o dell'area geografica di appartenenza (Gorizia e Monfalcone); solo raramente si sentono appartenere all'Unità operativa.

In termini generali i principali determinanti negativi del clima interno aziendale sembrano essere le continue lamentele, l'insoddisfazione, gli atteggiamenti critici, i conflitti, le continue richieste di trasferimento, l'esagerata domanda di *part-time*, il fenomeno dell'assenteismo; elementi tutti che insorgono a causa della mancata risoluzione di problemi interni cronici nel gruppo.

In termini specifici nel corso dei *Focus group* condotti con il personale del comparto e con quello dirigente, sono emersi i seguenti punti critici:

- gestione del sistema premiante da migliorare (progetti obiettivo incentivati e autovalutazione) in quanto causa insoddisfazione;

- difficoltà e carenza nella comunicazione interna (verticale ed orizzontale) con il frequente verificarsi di situazioni in cui vengono poste domande a cui nessuno dà risposta;

- necessità di migliorare il consenso sulle motivazioni delle scelte strategiche aziendali attraverso una migliore comunicazione delle stesse e con maggiore trasparenza delle decisioni;

- criticità del ruolo dei responsabili, referenti, dirigenti e coordinatori da cui è attesa una maggiore capacità di fare squadra, di gestire i conflitti interni, di creare benessere all'interno del gruppo, di far lavorare anche chi non lavora;

- mancanza di procedure interne che consentano di assicurare la continuità di servizio anche quando il Dirigente è assente o impegnato in altre funzioni;

- necessità di una completa assunzione delle responsabilità che competono al ruolo ricoperto per evitare che

chi ricopre ruoli gerarchici inferiori debba mettere in atto interventi vicari per non compromettere il livello assistenziale;

— non è stato ancora fatto completamente il grande passo della dipartimentalizzazione (che pure è iniziata nel 1998 e formalmente il processo è considerato concluso). Il processo, pur condiviso ed attuato in teoria, non è serenamente e compiutamente adottato e fatto proprio nella pratica giornaliera per difficoltà e resistenze;

— lontananza dei dirigenti rispetto alle decisioni centrali ed incompleta padronanza sia degli accordi con le organizzazioni sindacali che degli strumenti giuridici di gestione del personale;

— rarità del fenomeno in cui tutti i componenti di un gruppo hanno deciso qualcosa di buono per l'Azienda o per gli utenti da fare insieme, hanno condiviso gli obiettivi, le azioni e gli indicatori, hanno faticato per attuare il progetto ed hanno raggiunto i risultati con grande soddisfazione personale per quanto fatto.

Da queste considerazioni è stata sviluppata una strategia aziendale per la valorizzazione delle risorse umane i cui punti salienti sono i seguenti:

- 1) dare valore a coloro che danno valore al lavoro e all'azienda;
- 2) premiare la voglia di imparare del *management* di ogni ordine e grado;
- 3) fare del gioco di squadra l'unità costitutiva del sistema organizzativo;
- 4) agevolare la navigazione strumentale;
- 5) fare della formazione un intervento mirato a raggiungere obiettivi misurabili;
- 6) trasformare il *turn over* in opportunità;
- 7) dare visibilità all'orientamento al cliente (interno ed esterno);

8) fare della formazione e consulenza uno strumento premiante;

9) sviluppare un sistema premiante «creativo» e legato alla qualità delle prestazioni.

Sono state inoltre esemplificate una serie di azioni possibili per ognuna delle nove linee guida indicate ma ogni unità operativa è stata stimolata ad identificare e proporre interventi personalizzati di intervento rispetto al censimento delle criticità interne.

b) *Soddisfazione degli Stakeholder (portatori di interessi nella comunità)*

È sempre più necessario che un'organizzazione sanitaria garantisca di soddisfare le esigenze e le aspettative (esplicite e implicite) dei propri clienti e di tutte le altre parti interessate. Attualmente il concetto di «cliente» è molto ampio e comprende non solo la persona che riceve un servizio, ma tutte le persone o le organizzazioni che ricevono a qualsiasi titolo un bene materiale o un servizio da un fornitore. Nel caso delle aziende sanitarie sono da considerarsi clienti i pazienti seguiti a domicilio, in ambulatorio o in ospedale, i genitori dei bambini da vaccinare, i cittadini che si rivolgono agli sportelli per prenotare una prestazione o pagare il *ticket*, i sindaci che chiedono i pareri edilizi e numerosi altri sono i soggetti che ricevono un servizio dalle aziende stesse. Oltre ai clienti esterni all'organizzazione, vi sono anche clienti interni: ad esempio, molte unità operative ricevono servizi dal laboratorio, dalla radiologia, dall'anatomia patologica, dalla farmacia, dal magazzino. Inoltre, anche le attività amministrative possono essere viste come sequenze di scambi tra fornitori e clienti.

Il cliente, ovvero chi riceve un bene o un servizio da una organizzazione è solo una delle parti interessate al buon

funzionamento dell'organizzazione sanitaria: oltre ai clienti hanno interessi e aspettative nei confronti dell'organizzazione anche, i dipendenti, i fornitori di beni e servizi, i partner, la comunità, i finanziatori del sistema (nel nostro caso la Regione). Con l'espressione «parti interessate» (*stakeholder*) s'intendono quindi tutti i soggetti che in qualche modo investono valore in un'organizzazione attraverso l'investimento in risorse materiali e professionali e, in cambio, si aspettano una qualche forma di beneficio: la risposta a problemi di salute, la remunerazione del proprio impegno lavorativo, la crescita professionale, il miglioramento della propria reputazione, ecc. Alla base del rapporto tra un'organizzazione e la comunità vi è quindi la capacità di rispondere in modo equilibrato alle aspettative delle parti interessate e di soddisfare i bisogni avvertiti dai vari interlocutori.

A titolo di esempio si riportano qui di seguito alcune categorie di interlocutori (*stakeholder*) con i quali l'Azienda sanitaria e le unità operative dovranno intrattenere rapporti:

- amministrazioni comunali;
- associazioni dei pazienti;
- tribunale per i diritti del malato;
- cittadini/pazienti;
- associazioni professionali;
- organizzazioni sindacali;
- associazioni di volontariato;
- compagnie di assicurazione;
- fornitori di beni e di servizi;
- amministrazione regionale;
- *mass media*.

c) *Risultati di salute*

La promozione della salute — strategia sulla quale si basa la programmazione aziendale — trova nella prevenzione e nella medicina basate sull'evidenza i principi che ispirano gli interventi da mettere in atto per il rag-

giungimento degli obiettivi di salute prioritari. La promozione di prassi basate su evidenze scientifiche deve guidare sempre di più gli operatori sanitari nella pianificazione degli interventi.

A tal fine le migliori prove di efficacia esistenti devono essere coerentemente tradotte in raccomandazioni pratiche. Una corretta metodologia scientifica prevede di prendere in esame la letteratura esistente (revisioni sistematiche, metanalisi, studi randomizzati e controllati di buona qualità) o di affidarsi a valutazioni effettuate da organismi scientifici che operino revisioni sistematiche della letteratura (es. *Clinical Evidence*, *Cochrane Library*, *Effective Health Care Bulletins*, ecc.). In assenza di evidenze scientifiche è accettabile l'adesione a linee guida internazionalmente validate secondo rigidi criteri di valutazione. In generale la forza delle prove di efficacia è correlata direttamente con la forza delle raccomandazioni e diversi organismi scientifici propongono di associare ad un livello decrescente di evidenze, diversi gradi di raccomandazione, che vanno dalla raccomandazione forte (o intervento utile, o raccomandazione grado «A») alla prova di inefficacia o danno.

Nel sistema di indicatori proposto dall'azienda ne sono stati inseriti alcuni che misurano interventi già a regime da tempo: si tratta dei progetti inseriti nel programma regionale di promozione e valutazione della qualità, dell'appropriatezza e dei risultati delle cure. Altri indicatori sono stati scelti per il monitoraggio di interventi preventivi e terapeutici già avviati o da avviare, suscettibili di miglioramento e per i quali è già disponibile la *baseline*.

L'auspicio è che ogni articolazione operativa elabori, sulla base dei criteri predefiniti, interventi preventivi/diagnostici/terapeutici/riabilitativi, basa-

ti su raccomandazioni forti e/o linee guida validate, al fine di operare efficaci cambiamenti, ove possibile, nella quotidiana pratica clinica, alla luce delle più moderne evidenze scientifiche.

Alle unità operative è stato fornito un allegato che contiene una serie di indicatori, le prove scientifiche a sostegno della necessità di intervento, i risultati ottenibili adottando i comportamenti proposti e la situazione al tempo zero in Azienda per ciascuna situazione. Le unità operative sono state sensibilizzate a verificare la realizzabilità delle proposte e ad identificare eventuali altri campi di intervento specifico.

d) Risultati economici ed organizzativi

Come già detto, in ASS 2 il processo di *budget* è stato introdotto nel 1997 ed era orientato prevalentemente agli aspetti economici (intesi come consumi). Nel corso degli anni successivi i contenuti si sono ampliati e sono state introdotte nuove variabili di analisi che sono state oggetto di programmazione e monitoraggio (obiettivi organizzativi, attività, obiettivi di salute, investimenti in edilizia, formazione ecc.).

Su questi argomenti le Unità operative hanno già esperienza di programmazione e di gestione. Le variabili in esame per il 2004 sui temi economici ed organizzativi non sono sostanzialmente diverse da quelle degli anni scorsi.

Gli indicatori finanziari servono per evidenziare le conseguenze economiche delle scelte operate e per eventuali correzioni al fine di salvaguardare l'equilibrio di bilancio. In queste aree saranno valutate anche le iniziative di miglioramento organizzativo e strutturale finalizzate a incrementare l'efficienza operativa e la produttività.

Ulteriori aree di sviluppo sono l'evoluzione professionale e le nuove responsabilità orientate verso nuovi servizi e soprattutto verso nuovi meccanismi operativi.

Elemento nuovo lanciato per il 2004 è la realizzazione di connessioni informatiche tra le Unità operative aziendali. Si tratta di fissare e comunicare appuntamenti, consultare i referti di esami eseguiti, accedere a banche dati aziendali, gestire *on line* le lettere di dimissione ecc. Lo sviluppo di queste tematiche richiede investimenti in attrezzature e programmi ma soprattutto la disponibilità degli operatori.

Di seguito sono riportati alcuni esempi di aree chiave di *performance* oggetto di interesse per il 2004.

— Consumi in termini di quantità e di valore (specifici per singolo prodotto) dei più costosi prodotti sanitari e non sanitari, valore economico complessivo dei consumi.

— Consumi specifici per alcuni fattori (es. spesa farmaceutica, assistenza farmaceutica integrativa regionale, ossigenoterapia domiciliare ecc.) per alcune unità operative.

— Dotazione di personale.

— Convenzioni.

— Attività di ricovero, ambulatoriale o specifica dell'Unità operativa.

— Mobilità attiva e passiva.

— Degenza media.

— Drg chirurgici.

— Utilizzo del DH.

— Rispetto dei LEA.

— Unificazione/razionalizzazione di segmenti di attività dipartimentale e non.

— Attività dell'assistenza domiciliare.

— Numero di sedute operatorie settimanali.

— Orario di apertura degli ambulatori.

— Entrate proprie (a livello di struttura operativa).

— Appropriatazza dei ricoveri ospedalieri valutata con Pruo.

— Puntualità nella compilazione ed inserimento delle schede nosologiche di dimissione.

— Corretto inserimento di tutti i dati di attività ambulatoriale nel sistema informativo regionale.

— Ottimale gestione degli ordini, delle giacenze e degli scarichi di magazzino.

8. Alcuni esempi delle schede

Vedi tabelle 2, 3, 4 e 5.

9. Conclusioni

Il progetto descritto è attualmente in fase di attuazione, i primi risultati sono favorevoli in quanto ad accettazione e collaborazione del personale

coinvolto. Elementi fondamentali sono stati il forte coinvolgimento della Direzione generale che ha proposto il modello BSC per la programmazione e controllo e la chiara definizione della strategia aziendale.

Importante è stata la fase di condisione del progetto con i gruppi di lavoro che hanno simulato i nuovi scenari ed hanno compiuto le scelte delle quattro prospettive definendo anche i primi indicatori.

Prerequisiti per l'avvio del processo sono la disponibilità di un sistema informativo in grado di produrre dati attendibili, tempestivi che siano in grado di fornire informazioni utili al governo dell'azienda e la presenza di una programmazione e controllo di gestione evoluta e flessibile.

I tempi di realizzazione non sono brevi e la fase di avvio deve essere ben

preparata condividendo il progetto a tutti i livelli.

Le *balanced scorecard* ed il cruscotto rappresentano solo una piccola parte del cambiamento introdotto in Azienda da questa nuova logica di gestione.

BIBLIOGRAFIA

- JENCKS ET AL. (2003), «Change in the quality of care delivered to Medicare beneficiaries, 1998-1999 to 2000-2001», *JAMA*, 289(3), pp. 305-12.
- KIRBY P.J., SCMIESING J.S. (2003), *Balanced scorecard as strategic navigational charts*, Organisation thoughtware international.
- MONTI G. (2003), *Balanced scorecard per la pubblica amministrazione*, Forum P.A.
- NIVEN P.R. (2002), *Balanced scorecard step by step*, John Wiley & Sons.
- QPR (2001), *Guidelines for implementing Balanced scorecard*, QPR Software PLC.

Tabella 2 - Valorizzazione e motivazione del personale (*)

	Area chiave	Indicatore di <i>performance</i>	Condizione di base	Valore che l'indicatore deve raggiungere per considerare raggiunto il risultato	Fonte del dato
1	Focalizzazione sugli obiettivi aziendali	Il personale viene coinvolto attivamente dai dirigenti nella costruzione delle schede di <i>budget</i>	All'indagine EFQM le <i>performance</i> generali sul personale erano al 12%	Tutto il personale dell'ASS è coinvolto sugli obiettivi aziendali	Verbali di riunioni informative
2	Comunicazione verticale ed orizzontale	Ulteriore orientamento verso aspetti di gestione del personale e di informazione degli 11 numeri del foglio di informazione aziendale Pubblicazione interattiva sul sito Web di tutte le schede di <i>budget</i> delle Uu.oo. Estensione dei temi del gruppo di discussione sul <i>budget</i> Attivata la pubblicazione di «cruscotti» sulle <i>performance</i> conseguite dalla Uu.oo. sugli obiettivi di <i>budget</i>	Pubblicati 11 numeri del foglio di informazione Schede <i>budget</i> sul Web statiche Attivo gruppo di discussione sul <i>budget</i> Pubblicati sul Web dati di attività e di consumo	Almeno 5 numero contengono un articolo sulla gestione del personale/gruppi Il 100% delle schede di <i>budget</i> è modificabile <i>on line</i> Almeno 200 contatti con il gruppo di discussione <i>on line</i> Almeno 2 <i>report</i> trimestrali disponibili sul Web	Contenuti Informadue Sito Web Sito Web Sito Web
3	Miglioramento del clima interno	Attivati <i>focus group</i> in ogni unità operativa/dipartimento per rilevare le criticità gestionali ed avviate azioni per migliorare le criticità rilevate Avviate sperimentazioni sull'analisi organizzativa interna	Convocati alcuni <i>focus group</i> a livello aziendale/dipartimentale	Convocati almeno 15 <i>focus group</i> e avviati processi di miglioramento per almeno il 50% delle criticità rilevate	Verbali
4	Definizione di nuovi contenuti delle schede di valutazione	Elaborazione di <i>item</i> condivisi in grado di orientare i comportamenti rispetto al ruolo ricoperto e risolvere le conflittualità	Schede di autovalutazione con <i>item</i> derivati dai contenuti del Ccnl	Nuovi criteri di valutazione condivisi ed adottati	Schede di valutazione
5	Formazione dei valutatori	Acquisizione di competenze per la motivazione del personale e la gestione dei gruppi	Presenti occasionali criticità con situazioni di condivisione delle responsabilità, carenza di <i>leadership</i> e atteggiamenti di rivendicazione piuttosto che di gestione	Tutti i valutatori hanno seguito attività formativa ed hanno acquisito ulteriori competenze gestionali	Questionari
6	Disponibilità di strumenti per lavorare meglio	Raccolta delle esigenze del personale in merito a <i>benefit</i> (divise, fax, computer, telefoni, bandine, piantane, arredi, reti, comunicazione ecc.) in grado di migliorare la qualità del lavoro giornaliero. Individuazione delle priorità di intervento ed utilizzo del <i>budget</i> di spesa definito	Maggiore interesse per l'acquisto di grandi apparecchiature piuttosto che di strumenti elementari di lavoro	Acquistato il 100% del materiale rientrante nel tetto economico individuato	Analisi degli investimenti
7	Programma regionale di prevenzione degli infortuni sul lavoro e malattie professionali	Attuata un'azione di verifica dell'efficacia dell'azione di prevenzione nel luogo di lavoro Definiti ruoli e compiti sulle modalità di esecuzione delle indagini di infortunio e malattia professionale uniformi a livello regionale Attivati percorsi formativi ai preposti alla tutela della salute e sicurezza di lavoratori	Effettuati formazione ai preposti, rilevazione di criticità ed indagine statistica	100% degli obiettivi regionali	Report ARS
8	Tempestività nei pagamenti	Definiti tempi <i>standard</i> per il pagamento degli obiettivi incentivati, della libera professione e miglioramento della leggibilità della busta paga	Criticità dei flussi informativi	Rispetto dei tempi definiti nel 90% dei casi, incremento delle informazioni a disposizione sulla busta paga	Relazione

(*) Ogni obiettivo ha indicata anche la data entro la quale deve essere raggiunto.

Tabella 3 - Soddisfazione degli *stakeholder* (portatori di interessi nella comunità) (*)

	Area chiave	Indicatore di <i>performance</i>	Condizione di base	Valore che l'indicatore deve raggiungere per considerare raggiunto il risultato	Fonte del dato	
1	Tempi di attesa	Le prestazioni richieste vengono tutte eseguite entro i tempi di attesa definiti dalla Linee per la gestione del SSR nel 2004 (vedi allegato) o sono attive classi di prioritizzazione in cui i tempi di attesa per le singole classi vengono rispettati nel 95% dei casi	Il 70% delle prestazioni viene erogato entro i tempi di attesa stabiliti dalle Linee per la gestione del SSR nel 2003	Il 75% delle prestazioni erogate avviene per le visite entro 30 giorni e per gli esami strumentali entro 60 giorni. Le prestazioni prioritarie sono erogate nel 95% entro i tempi stabiliti	Monitoraggio mensile	
2		Il 50% degli interventi chirurgici oncologici in elezione viene eseguito entro 20 giorni alla indicazione	Interventi chirurgici oncologici in elezione eseguiti entro 30 giorni dall'indicazione	50% entro 20 giorni	Report mensile nominativo	
3	Accessibilità	Ampliamento delle prestazioni prenotabili al Cup (libera professione, colonscopie, visita oncologica, ecografia ginecologica, ecocolordoppler)	Prenotabili al Cup (ambulatorio o sportello) 482 tipologie di prestazioni su 710 in totale Attivate agende per 40 medici in libera professione	Inserite le prestazioni individuate	Agenda Cup	
4		Portato a regime il <i>Call center</i> con estensione delle prestazioni ambulatoriali prenotabili telefonicamente e coinvolgimento delle farmacie per la prenotazione telefonica	<i>Call center</i> avviato negli ultimi mesi del 2003	Prenotate con <i>Call center</i> almeno il 20% delle prestazioni ambulatoriali Convenzione con almeno 4 farmacie periferiche	Registro chiamate Convenzioni attive	
5		Incremento dell'offerta ambulatoriale a Monfalcone per dermatologia ed urologia	Ambulatori (solo visite) attivi per 2 e 1 giorno la settimana rispettivamente	Dermatologia attiva per 2 giorni con potenziamento dell'attività (diatermocoagulazione e crioterapia) Urologia: attiva per almeno 3 giorni la settimana con attivazione della riabilitazione per incontinenza urinaria	Relazione sull'offerta	
6		Attivazione della dialisi ad assistenza decentrata per 3 giorni la settimana a Monfalcone	Solo dialisi ad assistenza limitata	Turni con presenza del medico attivi per 3 giorni la settimana	Relazione sull'offerta	
7		Incremento dell'orario di apertura del servizio per le dipendenze a Gorizia	Attivo per 10 ore L-V	12 ore L-V, 6 al sabato e 3 la domenica	Relazione sull'offerta	
8		A regime il portale Web per l'accesso e le informazioni ai cittadini	Sito Web aziendale statico	Almeno 5.000 visitatori	Registro accessi	
9		Attivazione di ambulatori infermieristici territoriali per 10 ore la settimana a Ronchi, Villesse, Savogna e Fogliano	Non attiva offerta	Ambulatori attivi con affluenza di utenza	Relazione	
10		Valorizzazione dei Mmg/PLS	Incremento del numero di Mmg collegati al Cup ed alle banche dati aziendali	Collegati 41 medici	Collegamento di 80 medici	Documentazione traffico
11			Nell'ambito del coordinamento delle attività distrettuali individuati obiettivi specifici per i Mmg	Individuati i membri Mmg nel coordinamento distrettuale	Pubblicati obiettivi specifici condiviso con Mmg e PLS	Documento sottoscritto
12	Sottoscritto un nuovo accordo per il 2004-2005 con Mmg e PLS		Accordo in scadenza nel 2003 (assistenza farmaceutica, <i>counselling</i> antitabagico, liste d'attesa, prioritizzazioni)	Sottoscritto il nuovo accordo	Documento sottoscritto	

(segue) **Tabella 3 - Soddisfazione degli stakeholder (portatori di interessi nella comunità) (*)**

	Area chiave	Indicatore di performance	Condizione di base	Valore che l'indicatore deve raggiungere per considerare raggiunto il risultato	Fonte del dato
13	Valorizzazione dei Mmg/PLS	Definiti programmi ed indicatori condivisi con i Mmg sugli obiettivi di salute	Mmg e PLS partecipano su vari progetti (antinfluenzale, 6 + 1, <i>counselling</i> antitabagico)	Individuate aree di miglioramento specifiche per i Mmg e PLS	Iniziative attivate e risultati conseguiti
14	Soddisfazione dell'utenza	Distribuiti questionari all'utenza (degenza, ambulatorio, pazienti cronici e pronto soccorso) per rilevare criticità ed attivate azioni di miglioramento nel 50% delle criticità rilevate	Definiti i contenuti dei questionari	Prodotto il <i>report</i> con l'evidenza delle azioni di miglioramento attivate	Documento
15		Attuato il programma di umanizzazione e maggiore <i>comfort</i> negli ospedali	Nominato un responsabile in ogni dipartimento ospedaliero e definite le priorità di intervento	Attuati gli investimenti secondo le priorità definite	Quantità e tipologia dei beni acquistati e protocolli definiti
16		Sviluppate iniziative attive per la individuazione precoce dei pazienti a rischio di ricoveri ripetuti attraverso screening tra i degenti ad opera dei distretti con conseguente potenziamento della continuità assistenziale	Attivi protocolli per la continuità assistenziale, presenti criticità per lo scompenso cardiaco, la chirurgia e l'ortopedia	Individuati almeno 50 pazienti a rischio e potenziata la continuità assistenziale	<i>Report</i> finale
17	Valorizzazione delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei consumatori	Nell'ambito di incontri periodici sviluppate forme di collaborazione in rapporto alla rilevazione condivisa dei bisogni (es. trasporti, prelievi a domicilio)	Attivi incontri periodici	Elaborato un programma di collaborazione con almeno 10 delle organizzazioni operanti sul territorio	Programmi elaborati
18	Appropriato utilizzo delle prestazioni erogate da soggetti privati	Sottoscritti accordi di collaborazione per orientare ai bisogni dei residenti l'acquisto di prestazioni da privati e migliorare la qualità	Accordi esclusivamente di tipo economico	Almeno per 4 erogatori privati sottoscritti accordi con contenuti migliorativi quali-quantitativi	Accordi sottoscritti
19	Attuazione accordi di area vasta	Effettuato un monitoraggio trimestrale del livello di attuazione ed intrapresi provvedimenti per superare eventuali ritardi nell'attuazione	Nel 2003 accordi di area vasta attuati singolarmente dalle aziende con scarsa integrazione tra le aziende	Conseguimento del 100% dei risultati previsti	Monitoraggio
20	OO.SS.	Sottoscritto l'accordo per i progetti obiettivo, razionalizzazione dell'orario di lavoro e variazioni dei profili professionali con le organizzazioni sindacali	Accordo 2003 sottoscritto ed attuato	Accordo sottoscritto	Documento prodotto
21	Farmaci alla dimissione	Attivato il sistema informativo per la registrazione dei farmaci erogati alla dimissione dalla degenza e dall'ambulatorio Sviluppo dell'erogazione diretta nei reparti di degenza e potenziamento della erogazione ambulatoriale	Erogazione diretta attiva per farmaci costosi, per alcuni ambulatori e per eparine a basso peso molecolare	Volumi erogati 2004 = volumi 2003 + 5%	<i>Report</i> sistema informativo

(*) Ogni obiettivo ha indicata anche la data entro la quale deve essere raggiunto.

Tabella 4 - Risultati di salute (*)

	Area chiave	Indicatore di <i>performance</i>	Condizione di base	Valore che l'indicatore deve raggiungere per considerare raggiunto il risultato	Fonte del dato
1	Prevenzione delle infezioni ospedaliere	Conseguiti gli obiettivi regionali del programma in tema di: – consolidamento della rete di operatori (medici medicina generale, servizio protezione, residenze, assistenza domiciliare) – consolidamento ed implementazione dei sistemi regionali di sorveglianza (sito chirurgico, pazienti ventilati, infezioni nelle residenze) – elaborazione di documenti condivisi nei gruppi di lavoro regionali – partecipazione alle iniziative regionali di formazione ed informazione	Attuato il programma regionale 2003	100% degli obiettivi regionali raggiunti	Report Agenzia regionale sanità
2	Registro delle resistenze batteriche agli antibiotici	Una volta definita dalla commissione tecnica regionale la applicazione informatica per la raccolta e l'elaborazione dei dati, questa viene regolarmente utilizzata ed alimentata	Nessuna rilevazione delle resistenze agli antibiotici	100% dei dati richiesti sono inseriti nella procedura	Sistema informativo
3	Prevenzione delle lesioni da decubito	Proseguita l'attività di sorveglianza in tema di lesioni da decubito, adottate le linee guida regionali elaborate nel 2003	Conseguiti gli obiettivi regionali 2003	Il 100% dei reparti di degenza ha conseguito gli obiettivi regionali	Report Agenzia regionale sanità
4	Valutazione dei percorsi di cura dei pazienti con ictus	Adozione degli indicatori concordati nel proprio sistema di valutazione e controllo e sviluppo di un sistema di monitoraggio	Definiti a livello regionale 3 indicatori	100% degli obiettivi regionali	Report Agenzia regionale sanità
5	Valutazione dei percorsi di cura delle persone anziane con frattura di femore	Individuati i referenti aziendali e partecipato alle riunioni regionali per definire <i>standard</i> , metodi e strumenti di rilevazione ed attivati i sistemi concordati	Effettuata un'analisi della mortalità	100% degli obiettivi regionali	Report Agenzia regionale sanità
6	Ospedale senza dolore	Utilizzate modalità regionali uniformi di valutazione e rilevazione del dolore Condivisi ed applicati protocolli di trattamento del dolore tenendo conto della scala analgesica dell'OMS monitoraggio del consumo di farmaci antidolorifici Realizzato almeno un corso di formazione interno per i propri operatori	Attuato il programma regionale 2003	100% degli obiettivi regionali	Report Agenzia regionale sanità
7	Valutazione delle indicazioni a chemioterapia di linea successiva alla prima nella malattia neoplastica metastatica	Condivise a livello regionale le indicazioni alla chemioterapia di linea successiva alla prima della malattia neoplastica metastatica	Comportamenti eterogenei a livello regionale	100% degli obiettivi regionali	Report Agenzia regionale sanità

(segue) **Tabella 4 - Risultati di salute (*)**

	Area chiave	Indicatore di <i>performance</i>	Condizione di base	Valore che l'indicatore deve raggiungere per considerare raggiunto il risultato	Fonte del dato
8	Attuazione del programma «Ospedale per la promozione della salute»	Attivati e realizzati almeno 3 progetti di promozione della salute	Sottoscritta l'adesione alla Rete regionale degli ospedali per la promozione della salute	Conseguito il 100% dei risultati previsti nei 3 progetti	Report Agenzia regionale sanità
9	Promozione della salute	Conclusione e verifica del progetto <i>counselling</i> Mmg Avvio dell'intervento sugli incidenti domestici	In fase di attuazione l'accordo con i Mmg Evidenza di 75 decessi per incidenti domestici negli ultimi 6 anni	Adesione superiore al 60% Attivate collaborazioni con Patronati ed elaborato un opuscolo informativo	Report Verbali di incontri, diffusione dell'opuscolo
10	Applicazione 626/94	Prodotti protocolli operativi omogenei per il rischio biologico in sala operatoria in collaborazione tra SPPA, M. competente e Commissione ospedaliera	Protocolli elaborati ma non integrati	Presentato ed adottato un protocollo condiviso	Pubblicazione del protocollo
11	Scompenso cardiaco del ventricolo sinistro nei pazienti ricoverati	Prescrizione di ACE inibitori alla dimissione nei soggetti senza controindicazioni	59%	Migliorata la condizione di base	Cartella clinica
12	Infarto acuto del miocardio	Aspirina all'ammissione nei soggetti senza controindicazioni	61%	Migliorata la condizione di base	Cartella clinica
13		Prescrizione aspirina alla dimissione nei soggetti senza controindicazioni	78%	Migliorata la condizione di base	Cartella clinica
14		Beta bloccanti all'ammissione nei soggetti senza controindicazioni	50%	Migliorata la condizione di base	Cartella clinica
15		Prescrizione beta bloccanti alla dimissione nei soggetti senza controindicazioni	69%	Migliorata la condizione di base	Cartella clinica
16		Prescrizione ACE inibitori alla dimissione se concomitante scompenso nei soggetti senza controindicazioni	94%	Migliorata la condizione di base	Cartella clinica
17		Trombolitico (mediana, minuti)	40	Migliorata la condizione di base	Cartella clinica
18		<i>Counselling</i> o <i>advice</i> antitabagico nei fumatori	35%	Migliorata la condizione di base	Cartella clinica
19	<i>Counselling</i> dietologico	36%	Migliorata la condizione di base	Cartella clinica	
20	Ospedali per la promozione della salute	Cadute dei pazienti ricoverati: sviluppo di un sistema informativo di monitoraggio	Esistenza di un sistema di denunce	Elaborazione e implementazione di un sistema informativo aziendale	Relazione dirigenti di struttura
21		Cadute dei pazienti: sviluppo di una strategia di prevenzione	Non presente	Documento dettagliato di prevenzione delle cadute e implementazione dello stesso	Presenza documento e relazione dirigenti struttura

(segue) Tabella 4 - Risultati di salute (*)

	Area chiave	Indicatore di <i>performance</i>	Condizione di base	Valore che l'indicatore deve raggiungere per considerare raggiunto il risultato	Fonte del dato
22	Ospedali per la promozione della salute	Cadute dei pazienti ricoverati: riduzione delle cadute con lesione	Da determinare	Migliorata la situazione di base	Sistema informativo aziendale <i>ad hoc</i>
23	Scompenso cardiaco del ventricolo sinistro nei pazienti a domicilio	% copertura con ACE inibitori nei pazienti a domicilio dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco sinistro	45%	Migliorata la condizione di base	Sistema informativo regionale
24	Infarto acuto del miocardio	Uso aspirina nei pazienti dimessi con diagnosi di infarto acuto del miocardio	Da determinare	Migliorata la situazione di base	Sistema informativo regionale
25		Uso beta bloccanti nei pazienti con pazienti dimessi con diagnosi di infarto acuto del miocardio	Da determinare	Migliorata la condizione di base	Sistema informativo regionale
26	Prevenzione malformazioni tubo neurale	Assunzione acido folico nel periodo periconcezionale	5%	Migliorata la condizione di base	Questionario
27	Diabete	Test emoglobina glicosilata (HbA1c) almeno annuale	Da determinare	Migliorata la condizione di base	Sistema informativo regionale e aziendale
28		Profilo lipidico almeno biennale	Da determinare	Migliorata la condizione di base	Sistema informativo regionale e aziendale
29		Esame <i>fundus</i> almeno biennale	Da determinare	Migliorata la condizione di base	Sistema informativo regionale
30	Appropriatezza delle indicazioni cliniche	Gestione prestazioni ambulatoriali secondo criteri di appropriatezza	Esistenza gruppi di lavoro sulle liste d'attesa	Consenso di appropriatezza su almeno 4 prestazioni ambulatoriali	Relazione Direzione sanitaria
31	Polmonite dell'anziano	Vaccinazione antipneumococcica in associazione con antinfluenzale negli anziani istituzionalizzati	9%	> 50%	Sistema informativo
32	Tabagismo	<i>Screening</i> per tabagismo negli assistiti	0%	70%	Registro <i>counselling</i> medici medicina generale
33		<i>Counselling</i> antitabagico nei fumatori (copertura)	0%	Da determinare	Registro <i>counselling</i> medici medicina generale
34		Riduzione abitudine al fumo	Da determinare	Migliorata la condizione di base	Registro <i>counselling</i> medici medicina generale

(*) Ogni obiettivo ha indicata anche la data entro la quale deve essere raggiunto.

Tabella 5 - Risultati economici ed organizzativi (*)

	Area chiave	Indicatore di performance	Condizione di base	Valore che l'indicatore deve raggiungere per considerare raggiunto il risultato	Fonte del dato
1	Pareggio di bilancio	Conseguimento del pareggio di bilancio nell'esercizio 2004	Previsto utile di bilancio esercizio 2003	Costi minori/uguali ai ricavi	Bilancio
2	Attuazione della manovra sul personale	Attuato secondo le previsioni il programma assunzioni di personale in rapporto alle cessazioni	Programma 2003 correttamente attuato. Personale al 30 novembre 2003 2041 unità	Dotazione prevista al 31 dicembre 2004 = 2046 unità di personale	Ascott personale
3	Controllo della spesa farmaceutica	Incremento della spesa farmaceutica rispetto al 2003 uguale o inferiore al 6,5% e comunque uguale o inferiore all'incremento medio regionale (\pm 10% di oscillazione)	Variazione della spesa farmaceutica regionale - 3,4%, aziendale - 1,2%	2004 = 2003 + 6,5% oppure 2004 = incremento medio regionale 2004 + 10%	Sistema informativo
4	Consumo di beni sanitari	Consumo dei beni sanitari nell'ambito del budget sottoscritto in almeno il 60% delle Uu.oo.	Budget non rispettato in 53/111 centri di responsabilità	Il 60% delle Uu.oo. rispettano il budget sottoscritto	Contabilità analitica
5	Mobilità attiva ambulatoriale e ricovero	Il volume economico della mobilità attiva di ricovero non è diminuito rispetto al 2003	Nel 2003 aumento dello 0,4% rispetto al 2002	Non incremento	Sistema informativo
6	Mobilità passiva	Il volume economico della mobilità passiva non aumenta rispetto al 2003 (pubblici)	Nel 2003 diminuzione del 0,7% rispetto al 2002	Non diminuito	Sistema informativo
7	Tasso di ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione mantenuto sui livelli del 2003	T.O. stimato = 162 per mille	Meno del 162 per mille	Sistema informativo
8	Attività chirurgica	Mantenimento del livello dei Drg chirurgici del 2003 con ulteriore spostamento dell'attività sul cristallino e sul tunnel carpale in regime ambulatoriale	7159 Drg chirurgici	7159 Drg chirurgici 50% dell'attività di cataratta in regime ambulatoriale 50% dell'attività di tunnel carpale in regime ambulatoriale	Sistema informativo
9	Potenziamento dell'attività ambulatoriale degli ospedali	Attivazione degli ambulatori per l'ipertensione arteriosa, epatologia, scompenso cardiaco a Gorizia Potenziamento dell'attività di Oncologia a Monfalcone	Solo ambulatorio divisionale	3 nuovi ambulatori specialistici attivati Incremento dell'attività clinica oncologia a Monfalcone del 20%	Offerta CUP
10	Riorganizzazione Salute mentale a Gorizia	Disattivazione del servizio psichiatrico ospedaliero (SPDCO), attivazione di p.l. per elevata intensità di cura nel CSMAI attivo su 24 ore	CSMAI e SPDCO unità organizzative autonome	Assenza di ricoveri in SPDCO dell'ASS 2	Sistema informativo
11	Riorganizzazione ambulatori	Collocazione logistica della dermatologia nell'area ambulatoriale del Dipartimento medico di HGO	Ambulatori dermatologico dislocato in altra sede fisica	Attività svolta nei nuovi locali ed in forma integrata nel Dipartimento medico	Relazione
12		Revisione organizzativa di un segmento dell'attività ambulatoriale dell'area medica dell'HMO ed integrazione con gli ambulatori distrettuali	Ambulatori in locali indipendenti e non integrati	Unica gestione del personale ed attrezzature	Relazione organizzativa

(segue) **Tabella 5 - Risultati economici ed organizzativi (*)**

	Area chiave	Indicatore di <i>performance</i>	Condizione di base	Valore che l'indicatore deve raggiungere per considerare raggiunto il risultato	Fonte del dato
13	Riorganizzazione del lavoro medico/infermiere	Assegnazione della responsabilità della gestione di segmenti di attività (degenza, ambulatorio) direttamente agli infermieri lasciando solo la responsabilità tecnico scientifica di diagnosi e cura ai dirigenti medici	Degenze ed ambulatori dipartimentali individuati come linee produttive ed affidati al responsabile di dipartimento che si avvale di un referente infermieristico	Sperimentazione del nuovo modello in un'unità di degenza ed in un segmento ambulatoriale	Relazioni
14	Ottimizzazione dei carichi di lavoro	Portato a regime il sistema ed utilizzati per l'assegnazione del personale, i risultati della procedura di analisi (quantificazione del fabbisogno infermieristico in relazione ai bisogni assistenziali dei pazienti)	Le prime analisi della fase sperimentale indicano una presenza quantitativa adeguata di personale infermieristico in funzione ai bisogni di assistenza	Effettuata una revisione della distribuzione del personale infermieristico in funzione dei risultati dello studio di analisi	Personale redistribuito
15	Riorganizzazione Consultorio familiare e Unità per età evolutiva ed <i>handicap</i>	Individuata un'unità organizzativa Assistenza consultoriale e prevenzione dell' <i>handicap</i> in ciascun distretto	Presenti 4 sub unità organizzative	Assegnato il personale ed individuati obiettivi specifici	Relazione
16	Riorganizzazione dei servizi di supporto e tecnici	Attivati programmi di miglioramento e di riorganizzazione per farmacia, magazzini economici, portineria, guardaroba	Criticità e duplicazione dei servizi	Presentati ed attuati 4 programmi	Relazione

(*) Ogni obiettivo ha indicata anche la data entro la quale deve essere raggiunto.

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 salute

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.

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

È in distribuzione il CD-ROM contenente la copia esatta della raccolta completa dei fascicoli di **MECOSAN 2003** in un unico CD-ROM, in formato PDF, al prezzo di € 226,00 oppure, per coloro che sono già abbonati a **MECOSAN 2003**, € 116,00. Per coloro che hanno già sottoscritto l'abbonamento al supplemento **MECOSAN click 2003** il CD-ROM contenente l'intera annata arretrata 2003, sarà inoltrato in regalo.



La S.I.P.I.S. srl è titolare dei diritti di proprietà intellettuale sui contenuti della rivista. Non sono consentiti la riproduzione anche temporanea o parziale, l'elaborazione, la comunicazione o trasmissione, effettuate con qualsiasi mezzo e in qualsiasi forma, della rivista originaria e/o di sue elaborazioni, nonché l'estrazione e/o il reimpiego del contenuto della rivista o di sue parti rilevanti e/o sostanziali ovvero l'estrazione e/o il reimpiego ripetuto e sistematico di parti non rilevanti e/o sostanziali della stessa.



Roma, febbraio 2004

CEDOLA D'ORDINE **MECOSAN click 2003** IN CD-ROM

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 2003

- al prezzo di € 226,00
 € 116,00 (in quanto già abbonato a **Mecosan 2003** cartaceo)
 GRATIS (in quanto abbonato al supplemento **Mecosan click 2003**)

● 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)

INTEGRAZIONE A VALLE, CONTROLLO DELL'INFORMAZIONE E STRATEGIE COMPETITIVE NELL'INDUSTRIA FARMACEUTICA AMERICANA

Daniel Simonet

Nanyang Business School

SOMMARIO: 1. Problematica - 2. Strategie di integrazione verticale nell'industria farmaceutica - 2.1. La gestione dell'informazione - 2.2. Stabilizzazione delle vendite - 2.3. Potere del mercato - 3. Conclusioni - 4. Glossario.

1. Problematica

Nel corso degli anni '90, si è assistito nel settore farmaceutico ad un vasto movimento di concentrazione verticale, in cui le imprese farmaceutiche hanno assunto il controllo di una crescente porzione dell'attività di distribuzione gestita tradizionalmente dai Pharmacy Benefits Manager (PMB, vedi glossario).

Tale strategia si fondava sia su acquisizioni che su accordi verticali.

Nel luglio '93, la *Merck* ha acquistato Medco per 6,6 miliardi di dollari, seguita da *SmithKline Beecham* (SKB) che, nel maggio '94, è entrata in possesso di Diversified Pharmaceutical Services (DPS - 14 milioni di assicurati) versando la somma di 2,3 miliardi di dollari e da *Eli Lilly* che, nel luglio '94, ha comprato PCS (51 milioni di assicurati) al prezzo di 4 miliardi di dollari.

Parallelamente, altre grandi case farmaceutiche sono intervenute sui servizi forniti tradizionalmente dai PBM.

Nel 1994, *Caremark*, un altro PMB, allora indipendente, ha negoziato accordi con altre quattro imprese: Rhône Poulenc-Rorer, Bristol Myers Squibb, Pfizer (che nel 1994 aveva simili accordi con Value Rx) e Eli Lilly (tabel-

la 1). La Value Rx si è associata allo stesso modo alle case farmaceutiche Sandoz e Johnson & Johnson, operazioni che sono sfociate di vere e proprie filiere del farmaco, dalla ricerca alla preparazione, sino alla produzione e distribuzione.

Circa dieci anni dopo, la maggior parte di questi accorpamenti verticali è stata smantellata (Eli Lilly/PCS; SmithKline Beecham/DPS) o è sul punto di esserlo (Merck/Medco).

Allo stesso modo, dopo che nel 1994 Caremark aveva concluso accordi con quattro case farmaceutiche (RPR, BMS, Pfizer e Eli Lilly) è stata assorbita (1999) da Medpartners, un'altra organizzazione di Managed Care (*Physician Management Group*) (1)

Quali sono state le motivazioni alla base di tali strategie di integrazione e/o di quasi-integrazione a valle che associavano grossisti-distributori e case farmaceutiche?

Per quale ragione queste acquisizioni e accordi verticali, definiti «il più grande smacco strategico degli ultimi anni» (Hamdouch, Depret, 2001, p. 166), non hanno consentito alle imprese di ottenere i vantaggi sperati?

2. Strategie di integrazione verticale nell'industria farmaceutica

Le integrazioni verticali consistono nell'acquisizione di attività connesse tra loro che permettono ad un operatore di gestire la catena dalla materia prima ai prodotti finiti.

Tali strategie includono le integrazioni a monte (acquisizioni di fornitori) e a valle (acquisizioni di produttori, distributori e clienti).

Per quanto concerne gli accordi verticali, questi rappresentano un'alternativa rispetto sia alle transazioni di mercato tra fornitori e clienti, sia alla integrazione verticale completa.

Si tratta, dunque, di un'integrazione parziale: l'impresa, nel momento in cui non dipende esclusivamente da fornitori o clienti esterni, non cerca più di diventare essa stessa un produttore o di internalizzare i propri clienti (Dussauge, Garette, 1995).

2.1. La gestione dell'informazione

Le integrazioni verticali (sia per acquisizione di un'impresa posta a valle,

L'Autore ringrazia la Wharton University e il Leonard Davis Institute of Health Economics per la documentazione sull'industria farmaceutica statunitense.

sia attraverso gli accordi) vengono qui analizzate dal punto di vista della strategia industriale (Porter, 1998).

Nell'assicurarsi il controllo di attività poste a valle della loro principale fonte di produzione, le imprese mirano a conquistare diversi vantaggi competitivi. Innanzitutto l'integrazione verticale può avere come obiettivo *la gestione dell'informazione* (Morvan, 1991; Spengler, 1950). Optando per un'integrazione verticale, un'impresa può ridurre la necessità di raccogliere le informazioni sui mercati: queste, infatti, circolano più liberamente all'interno di una aggregazione verticale di quanto non avvenga tra una serie di attori economici indipendenti che agiscono in assenza di alcun accordo.

Nell'industria farmaceutica, poiché la messa a punto di un farmaco richiede anni di ricerca, la necessità di allineare l'offerta alla domanda non si esprime sul breve termine.

Di contro, integrandosi, le imprese farmaceutiche hanno cercato di ridurre i costi d'informazione e, in particolare, di ridurre i costi connessi alla raccolta di informazioni a lungo termine sui mercati (sui prodotti, le abitudini di consumo e prescrizione).

Infatti, il livello di informatizzazione che caratterizzava i PBM avrebbe dovuto consentire alle imprese farmaceutiche integrate di acquisire l'informazione clinica direttamente dalle cartelle dei pazienti.

Ne sarebbero risultati due tipi di vantaggi competitivi:

— in primo luogo, l'impresa avrebbe potuto utilizzare queste statistiche per conoscere l'efficacia dei propri prodotti, ma anche per accrescerne la qualità e verificarne gli effetti terapeutici durante la fase di farmacovigilanza: infatti, i PBM procedono ad una revisione (*retrospettiva o prospettica*) dell'utilizzazione dei farmaci («Drug Utilization Review» o DUR), definita come un programma formale di raccolta dei dati clinici sul loro consumo allo scopo di ridurre gli sprechi e ottimizzarne l'uso. I programmi *retrospettivi* DUR intervengono dopo la fornitura e il pagamento delle prescrizioni: identificano le prescrizioni non opportune e le controindicazioni riscontrate. Quanto ai programmi *prospettivi* DUR, essi consistono nella revisione di prescrizioni individuali allo scopo di identificare quelle controindicazioni che possono essere corrette prima della distribuzione;

— in secondo luogo, una impresa integrata avrebbe potuto accedere alle informazioni sui pazienti: si offriva in tal modo la possibilità di analizzare il profilo delle patologie (antecedenti clinici, interazioni con altri farmaci, ecc.) dei pazienti che erano ricorsi ad uno stesso farmaco, di conoscere i consumi ambulatoriali e ospedalieri, le condizioni di osservanza del trattamento e, in particolare, sapere se un paziente sospendeva il proprio trattamento e/o se esso aveva creato problemi di controindicazione, di duplicazione, di dosaggio inappropriato o di associazioni farmacologiche dannose (2). Dopo l'acquisizione di Medco, proprietaria di un immenso *database* sul consumo e l'uso di farmaci, Merck ha individuato informaticamente i pazienti colpiti da malattie croniche, come asma e ipertensione, che interrompevano la terapia farmacologica nel corso dell'anno. I suoi farmacisti telefonavano così al medico per informarlo (3). Infine Merck, dopo l'acquisizione di Medco, ha condotto studi su circa 90.000 diabetici che figuravano sulla sua lista di pazienti per determinare se la qualità del trattamento potesse essere migliorata e il suo costo ridotto. Inoltre, Medco ha inviato materiale educativo ai pazienti di diabete

Tabella 1 - Classificazione dei PBM

Società	Casa madre	Clientela (milioni)			Prescrizioni (milioni) 1998	Fatturati (miliardi di \$) 1998
		1995	1997	1998		
Medco	Merck	42	50	51,5	290	12
PCS	Eli Lilly	56	—	58	320	11
Diversified Pharmaceutical Services	Smithkline Beecham	14	30	22,3	192	5
Caremark	Medpartners	13	15	15	15,3	2

Fonte: Pharmacy Benefit Management (1998).

iscritti al programma di gestione terapeutica, per stimolarli a condurre una vita più sana e amministrare la propria dose di insulina da soli. L'accordo tra Pfizer e Caremark, ma anche Value Health per il diabete («Rx for Success», *CIO*, July 1995, pp. 48-56) circa la condivisione delle informazioni farmacologiche sono validi esempi in tal senso: Caremark ha sviluppato dei programmi di *Disease Management* (4) nel trattamento dell'emofilia, della fibrosicistica, delle sclerosi multiple e delle ulcere (Levy, 1999).

Ciononostante i risultati non sono stati pari alle aspettative: innanzitutto il procedimento riscuote poca popolarità, meno del 30% dei datori di lavoro e un numero ancor più basso di *Health Maintenance Organizations* (HMO, vedi glossario) che costituiscono i principali clienti dei PBM, ricorrono ai programmi di *Disease Management* (Novartis Pharmacy Benefit Report, 1997). Inoltre, l'integrazione delle prescrizioni nei *database* dei PBM e il loro collegamento con i dati clinici, necessari per la misurazione della qualità dei trattamenti farmacologici, procede a ritmo lento (Kreling *et al.*, 1996; Novartis Pharmacy Benefit Report, 1997).

L'efficacia dei prontuari, portata dalle imprese farmaceutiche a giustificazione della connessione con i PBM è altrettanto controversa: non è dimostrato che il consumo di determinati farmaci può migliorare i risultati clinici e diminuire le spese totali per la salute (prescrizioni ma anche ospedalizzazione, cure nei pronto soccorsi, ecc.).

Per quanto prontuari restrittivi possano effettivamente diminuire le spese farmaceutiche in un primo momento, ciò non è sufficiente per affermare che essi offrano risultati ottimali a regime (risultati che includono non solo il consumo di farmaci in ambulatorio, ma anche ospedalizzazione, visite

specialistiche, accessi al pronto soccorso) (Reardon, 1997). In alcuni casi sono addirittura emersi risultati sfavorevoli all'assicurato: per esempio, Horn *et al.* (1996) riportano che, per gli HMO dotati di prontuari restrittivi, si aveva un maggior consumo di prestazioni, costi più elevati e visite più frequenti (dal medico, al pronto soccorso, all'ospedale) rispetto agli HMO che disponevano di un prontuario aperto (5).

C'è da aggiungere che i dati clinici ottenuti presso il PBM sono di proprietà esclusiva della casa farmaceutica. Ne deriva che ogni comparazione obiettiva dei differenti programmi di *Disease Management* delle case farmaceutiche per organismi terzi (ospedali, assicuratori, ecc.) risulta impossibile.

2.2. Stabilizzazione delle vendite

Oltre all'acquisizione di informazioni consentita dalla concentrazione o dagli accordi con strutture del genere PBM, le imprese che optavano per un'integrazione a valle si aspettavano altri vantaggi, in particolare una maggiore stabilizzazione delle vendite (Bernhardt, 1977). Infatti, l'associazione verticale con un *partner* o il controllo di esso avrebbe dovuto consentire non solo una migliore programmazione favorita dalla stabilizzazione degli approvvigionamenti e delle vendite, ma anche una efficacia dei processi di gestione interna maggiore di quella derivante dalla negoziazione con un distributore indipendente (Morvan, 1991).

Inoltre, l'integrazione avrebbe dovuto ridurre i rischi connessi alle decisioni commerciali e in particolare quelle legate al lancio di nuovi prodotti. Gli accordi con le società di distribuzione avrebbero dovuto infatti permettere alle imprese farmaceutiche di beneficiare delle azioni di promozione

che queste rivolgevano agli assicurati, come l'invio di materiale educativo ai pazienti, di co-pagamenti inferiori per un prodotto generico o un farmaco inserito nel prontuario.

Nel 1993, Value Health doveva promuovere i prodotti Pfizer presso i suoi assicurati tra i quali rientravano potenzialmente i lavoratori di cinquanta imprese americane comprese tra le principali 250.

Altro esempio è la sostituzione del Prozac di Eli Lilly allo Zoloft di Pfizer nel prontuario di PCS, che nel 1998 doveva fruttare, in parte grazie agli sforzi commerciali di PCS, un giro di affari di 171 milioni di dollari (Hilzenrath, 1997) (6).

D'altro canto, l'integrazione a valle dovrebbe permettere di essere meglio preparati ad affrontare il mercato, in particolare in caso di sovrabbondanza dell'offerta.

In agricoltura, ad esempio, le integrazioni verticali delle tre principali imprese del settore (Gargill/Monsanto, ConAgra, Novartis/ADM) sono partite dalle imprese di biotecnologie (e sementi) per estendersi fino alla produzione e alla trasformazione dei prodotti grezzi in alimenti lavorati: le multinazionali dell'agrochimica hanno acquistato le imprese di sementi (Monsanto, con l'acquisizione della compagnia britannica PBI specializzata nel grano ibrido, ne è un esempio) e dei prodotti fitosanitari allo scopo di controllare i bisogni dei produttori (i nuovi geni non consentono ai semi raccolti di generare, impedendo all'agricoltore di riseminare il proprio raccolto). Questa integrazione che è nefasta per il produttore può, tra l'altro, ridurre le possibilità di scelta offerte al consumatore.

Nel settore farmaceutico, un PBM integrato, rispetto ad uno indipendente, potrebbe decidere di destinare maggiori risorse alla promozione di prodotti dell'impresa da cui dipende.

Allo scopo di stimolare la vendita dei propri farmaci, potrebbe escludere dal prontuario i farmaci delle case concorrenti, con potenziali danni per l'assicurato.

In effetti, i pazienti curati in ambulatorio sono spesso malati cronici e quando un PBM sostituisce un farmaco del prontuario alla prescrizione originale, ciò può non corrispondere agli effettivi bisogni dei pazienti. Il medico può essere indotto a preferire un farmaco il quale, diversamente dai prodotti generici, può basarsi su un principio attivo differente che può influenzare i risultati clinici (Keating, 1997).

Per contenere questa tendenza, la *Federal Trade Commission* (FTC) ha imposto, dopo l'accorpamento Eli Lilly/PCS, un *Pharmacy and Therapeutics Committee* indipendente, che deciderà secondo criteri oggettivi, quali prodotti, ivi compresi quelli di imprese concorrenti, dovranno essere inclusi in un prontuario «aperto».

In secondo luogo, l'integrazione avrebbe dovuto facilitare la *costituzione di poli* (soprattutto per i prodotti generici) nell'ambito della filiera con, ad esempio, la concentrazione delle strutture distributive (raggruppamenti di unità di stoccaggio e di distribuzione), l'attivazione di programmi che coinvolgono direttamente il consumatore (*Disease Management*, possibilità di richiedere un rinnovo di prescrizione tramite un sito *web*), il rafforzamento delle attività di assistenza ai clienti e di logistica. Dopo l'acquisizione di Medco, Merk ha consolidato la sua offerta di vendita per corrispondenza (VPC), ha acquistato una posizione dominante nel mercato dei farmaci generici (la sua filiale specializzata West Point Pharma approvvigionava Medco di prodotti generici), ha rafforzato le proprie competenze nelle malattie croniche come diabete e ipertensione (Medco ha aumentato del 50% la quo-

ta di prodotti Merk tra quelli che aveva in distribuzione) e si è avvantaggiata di un accesso diretto a nuovi pazienti, con un incremento da 38 milioni di pazienti nel 1993 a 53 milioni nel 2000 (con 300 milioni di prescrizioni l'anno).

Infine, in caso di eccedenza futura o di offerta massiccia (generici, prodotti senza prescrizione, OTC, ecc.) le case farmaceutiche avrebbero potuto posizionarsi più facilmente su segmenti (specialisti, generalisti, ecc.) o su mercati trainanti (definiti su base geografica, secondo la penetrazione dei PBM nei diversi Stati).

Nella scelta delle società di distribuzione, la ricerca di complementarietà, in particolare dei prodotti, è stata un criterio determinante: così Rhône Poulenc Rorer si è associata (1993) con Caremark (18 milioni di assicurati) che metteva in campo una rete di erogazione di servizi sanitari specializzata nell'assistenza oncologica domiciliare (7), offrendo uno sbocco interessante per i suoi prodotti antiemofilici e antitumorali.

Similmente, nel 1993 Bristol Myers Squibb (BMS) si è alleata con il distributore Axion Pharmaceuticals, specializzato nel commercio di prodotti antitumorali (8), uno degli assi terapeutici prioritari di BMS (Axion è stata successivamente acquisita da BMS).

La complementarietà sembra, infine, essere stata essenziale nel mantenimento delle relazioni a lungo termine. Eli Lilly all'inizio del '99 ha infatti ceduto la sua filiale PCS (dopo aver versato 1,6 miliardi di dollari per coprirne i debiti) alla catena farmaceutica Rite Aid, incassando 1,5 miliardi di dollari meno di quanto avesse speso, a causa di un grado di complementarietà giudicato insufficiente. PCS era infatti specializzata nella gestione delle prescrizioni, un settore meno trainante dei programmi di *Disease Management* o

dell'elaborazione e gestione di prontuari. Al contrario, la complementarietà tra i nuovi prodotti di Merk (destinati alle malattie croniche) e la VPC di Medco i cui clienti sono sempre più malati cronici era ben evidente.

Le complementarietà ricercate erano anche di natura geografica, perché l'integrazione a valle doveva facilitare la conquista di nuovi mercati, soprattutto all'estero. Grazie in particolare alle assicurazioni integrative, le imprese farmaceutiche americane hanno stretto accordi con società europee di distribuzione di farmaci e servizi sanitari, anche se a causa della quasi totale assenza di catene di farmacie in Europa, queste operazioni non hanno avuto la stessa dimensione di quelle sperimentate negli Stati Uniti.

In Francia, la Merk si è accordata (1995) con la *Mutualité Française* che ha aperto delle trattative con i medici per definire in che misura fosse loro possibile migliorare il rapporto costo/efficacia delle prescrizioni nella prospettiva del *Disease Management*. Ma tale accordo ha suscitato una levata di scudi da parte della *Confédération des Syndicats Médicaux Français* (CSMF) e della *Caisse Nationale d'Assurance Maladie* (CNAM). Infatti, i medici temevano che l'accordo violasse il segreto professionale permettendo alle case farmaceutiche di seguire l'andamento delle loro prescrizioni e di accedere alle informazioni cliniche sui pazienti. D'altra parte la *Commission Nationale Informatique et Liberté* (CNIL) ha proibito alle imprese di utilizzare gli strumenti informatici per la raccolta di informazioni. Infine, Rhône Poulenc, forte della sua esperienza americana con Rorer e della sua alleanza con Caremark, ha lanciato la propria struttura di distribuzione, adattata alle caratteristiche del sistema sanitario francese, ha acquisito il distributore Cooper nel 1994 e possiede, inoltre, un altro di-

istributore: Pharmaservices (Hoechst ha fatto lo stesso in Germania con Distriphar).

Nei Paesi Bassi, i PBM (Caremark, ecc.) si sono sviluppati con il tacito benestare del governo, che aveva già autorizzato la vendita per corrispondenza dei farmaci. Caremark ha concluso un accordo con Zilveren Kruis Group, il più importante organismo assicurativo, secondo cui avrebbe fornito servizi di vendita per corrispondenza ai 2,5 milioni di assicurati di Zilveren Kruis (Sardinha, 1997). Tale programma si è rivolto nello specifico a quei pazienti cronici che potevano ricevere le loro prescrizioni a domicilio, in ufficio o nei luoghi di vacanza.

In Inghilterra, poche imprese hanno perseguito strategie di integrazione a valle. Tuttavia, l'organizzazione della distribuzione è stata modificata, con un avvicinamento delle farmaceutiche al segmento della distribuzione. Glaxo in particolare ha imposto (1991) ai distributori un nuovo circuito: infatti, fino a quel momento, i grossisti britannici acquistavano dai produttori i farmaci, realizzando un margine commerciale del 12,5% sulle transazioni, e li rivendevano ai farmacisti con possibilità di sconti dell'ordine dell'8%.

L'impresa farmaceutica inglese ha aggirato questo circuito tradizionale stipulando con 29 distributori britannici contratti che ne definivano il ruolo in termini non più di intermediari indipendenti ma di agenti incaricati essenzialmente di distribuire fisicamente ai luoghi di vendita o somministrazione. Così le transazioni si svolgevano non più tra il distributore e la farmacia, ma direttamente tra il produttore e le farmacie (limitando la competizione sui prezzi tra i vari grossisti). I grossisti sono insorti contro questo sistema, minacciando anche di non distribuire più i prodotti della Glaxo e di favorire l'incremento delle

importazioni parallele e dei prodotti generici, fatto che testimonia fra l'altro il timore che altri produttori potessero seguirne l'esempio scavalcando il circuito tradizionale della distribuzione farmaceutica (un certo numero dei grossisti ha chiesto alle autorità britanniche di condannare l'iniziativa della Glaxo).

Infine Medco (laboratori Merk) si è proposta (1994) per gestire la spesa farmaceutica del *National Health Service*, l'equivalente britannico della Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

2.3. Potere del mercato

Attraverso tali acquisizioni, le imprese hanno tentato inoltre di limitare il potere di mercato loro imposto da strutture del genere PBM (infatti Medco, DPS, PCS, Value Rx e Caremark, i primi cinque PBM, rappresentavano l'80% di tutti i PBM).

Con l'aumento della propria quota sulle vendite delle imprese farmaceutiche, queste organizzazioni avrebbero potuto conquistare un potere monopolistico sufficiente per ottenere riduzioni sui prezzi definiti dai produttori: avrebbero inoltre potuto intervenire a proprio vantaggio sui costi d'approvvigionamento (9) e rafforzare collettivamente la propria posizione nei confronti del settore (imprese e altri PBM). Di contro, per le case farmaceutiche, vantaggi e svantaggi di tale concentrazione dovevano essere analizzati in relazione alla struttura del mercato.

Infatti, nella misura in cui il mercato mondiale dei prodotti farmaceutici è diviso in un rilevante numero di produttori, la concentrazione degli acquisti da parte di strutture del genere PBM condurrebbe probabilmente ad una concorrenza distruttiva, escludendo dal mercato le imprese che non possono praticare sconti significativi

sui loro prodotti. Ciò potrebbe comportare la scomparsa di un certo numero di produttori così come una riduzione nella varietà di prodotti offerti.

D'altronde, la pressione esterna che queste organizzazioni esercitavano sulle attività di R&D delle aziende farmaceutiche, negoziando ad esempio delle riduzioni sul prezzo dei farmaci ed imponendo delle sostituzioni con prodotti generici quando possibile, rischiava di causare un abbassamento del livello di investimenti che esse potevano destinare alle attività di ricerca e sviluppo. Così, acquistando le società di distribuzione, le case farmaceutiche hanno tentato di prevenire una situazione che avrebbe potuto essere per loro nefasta (If you can't beat them then buy them).

Probabilmente, per le farmaceutiche la ricerca di quasi-integrazioni e le acquisizioni di PBM non erano motivati solo dalla ricerca di vantaggio competitivo nelle attività di R&D, come precedentemente descritto. Infatti, l'attività di ricerca e sviluppo di nuove molecole è un processo relativamente lungo che fa molto più ricorso alle conoscenze delle istituzioni scientifiche (istituti di ricerca, agenzie governative, ecc.) di quanto non ne faccia alle informazioni basate sul profilo patologico dei pazienti. Inoltre, anche se un'impresa farmaceutica integrata è messa in grado di utilizzare informazioni sulle caratteristiche delle persone iscritte al PBM di cui è proprietaria, bisognerebbe, per poter affermare che il controllo di un PBM costituisce un vantaggio competitivo in R&D, che tali informazioni abbiano un impatto diretto sulla produttività delle attività di R&D (McGahan, 1994). Ora questo non è ancora stato dimostrato. Infine, bisognerebbe che le altre aziende del settore non abbiano accesso a tali informazioni.

La teoria dei mercati contestabili fornisce una spiegazione più plausibi-

le alle strategie di integrazione verticale (Baumol *et al.*, 1982; Bailey, Baumol, 1984). Secondo questa teoria, perché un mercato sia «contestabile», l'ingresso su questo mercato deve essere perfettamente libero. Ora, l'analisi del mercato farmaceutico americano mostra che il possesso o il controllo di un PBM può aiutare ad esercitare un controllo su tale mercato, capace di generare delle distorsioni nel funzionamento del processo concorrenziale e di mettere in questione la «contestabilità» dei mercati farmaceutici. Infatti, l'associazione con dei PBM fornisce alle case farmaceutiche uno strumento per esercitare indirettamente un potere di controllo sui medici, dunque sul mercato: con il progresso della scienza, la possibilità di scelta sui farmaci è diventata considerevole e, piuttosto che lasciare che i medici e l'HMO cerchino con i propri mezzi l'informazione relativa ad un farmaco (che potrebbero ottenere rivolgendosi direttamente alle case farmaceutiche), i PBM hanno elaborato, oltre a programmi del tipo *Drug Utilization Review*, delle liste ristrette di medicinali («prontuari»). Dunque, i medici vengono sollecitati ad orientare le loro prescrizioni, soprattutto rispetto a prodotti della concorrenza.

Il processo di distorsione concorrenziale appare qui sotto forma di strategie di esclusività. L'assunzione del controllo della società Medco (38 milioni di iscritti nel 1993) da parte della Merk ne fornisce un esempio: con l'acquisizione di Medco, Merk ha cercato di crearsi un mercato *captive* di assicurati con gli impiegati delle imprese clienti della Medco, cioè il personale di circa 500 grandi aziende americane (General Electric, Ford, ecc.). Per impedire poi che altre case farmaceutiche concorressero con i propri prodotti e per accrescere la propria quota nella distribuzione farmaceutica della Medco, Merk ha aumen-

tato il numero dei suoi prodotti inclusi nel prontuario della Medco con l'aggiunta del Vasotec, del Prinivil, del Mevacor, dello Zocor, del Prinzide, del Vaseretic e del Pepcid, quando prima vi figurava solo il Proscar. Nel dicembre 1994, i prodotti Merk rappresentavano circa il 12% delle vendite della Medco contro il 10% precedente l'acquisizione del luglio 1993. Sulla questione, un rapporto della FTC sottolinea che Medco aveva soppresso dei farmaci in concorrenza con quelli della Merk tra i prodotti cardiovascolari e ipolipidemici (mentre, nel settore antipertensivo e degli H2 antagonisti, ai prodotti della Merk continuava a contrapporsi una forte concorrenza).

Strategia simile è stata seguita da Pfizer che, dopo un accordo concluso nel 1993 con un distributore specializzato, la società Value Health, ha usufruito di un mercato di 11,1 milioni di persone tra cui i dipendenti di alcune tra le più grandi aziende americane (American Airlines, Chrysler Corporation, ecc.). Per Pfizer la strategia consisteva nell'assicurarsi una parte crescente dei prodotti distribuiti da Value Health e, in tale disegno, nell'esclusione dei prodotti della concorrenza dai contratti che questa proponeva alle aziende sue clienti.

Infine, dopo il suo avvicinamento a Eli Lilly, PCS ha soppresso lo Zoloft, un antidepressivo della Pfizer e lo ha sostituito con uno dei suoi prodotti della stessa classe terapeutica, il Prozac, seppure molto più costoso (Pfizer ha denunciato PCS per la rottura del contratto).

Tali sostituzioni sono tanto più facili quando, nel caso di PBM, i prontuari fanno riferimento a farmaci sotto brevetto, cosa che vieta ad un organismo terzo (HMO, ospedale, ecc.) di valutare l'obiettività di una decisione sull'inclusione (o esclusione) di un farmaco.

Un fattore aggravante della situazione è costituito dal fatto che, ad eccezione della FTC, della *Food and Drug Association* (FDA) e dell'*American Medical Association* (AMA), pochi tra i clienti si interessano dei criteri adottati dai PBM stessi nel definire i prontuari (Schulman *et al.*, 1996).

Questa mancanza di trasparenza ha suscitato perplessità. L'uso dei prontuari nella creazione di un potere di mercato riveste chiaramente tanta più importanza quanto più debole è la concentrazione del settore farmaceutico. In effetti, la quota di mercato controllata dalle quattro principali imprese era del 17,5% nel 1998 contro il 16,11% nel 1996 e l'11,4% nel 1989 (Hamdouch, Depret, 2001) che rimane un debole grado di concentrazione al confronto con altri settori industriali come quello automobilistico e dell'aeronautica, dove le spese per la ricerca nello sviluppo sono similmente elevate.

Oltre alla concessione di una posizione privilegiata nei prontuari, gli sforzi allo scopo di orientare i comportamenti da parte dei PBM includevano le telefonate di farmacisti ai medici per raccomandare una determinata sostituzione, l'invio di una copia del prontuario del PBM stesso, la diffusione di *brochure* a carattere apparentemente scientifico, la visita personale di informatori preparati dal PBM, incentivi economici ai medici le cui prescrizioni erano in linea con le raccomandazioni del prontuario (10).

In effetti, grazie ai programmi di DUR, i PBM possono identificare i medici potenzialmente destinatari dei premi (Mitchell, 1999). Ma tali iniziative promozionali, in particolare le telefonate degli informatori e le pressioni ad aderire a diversi prontuari, godono di scarsa popolarità presso i medici e le loro associazioni (American Medical Association) (11). Cosa ancor

più grave, il PBM non li esonera dalle loro responsabilità in caso di un errore di prescrizione: infatti il prontuario prevede quasi sempre una clausola secondo cui non si fa mai divieto di una prescrizione, qualunque essa sia, né si interviene sul parere medico, il che equivale a far gravare l'intera responsabilità (clinica e legale) sui medici. In definitiva, il PBM può condizionare la prescrizione del medico senza rispondere delle conseguenze, specialmente legali, derivanti ad esempio da una prescrizione che abbia avuto effetti collaterali negativi.

La creazione di un potere di mercato si manifestava anche attraverso le politiche di controllo dei prezzi. Per esempio, a partire dall'accordo Axion/BMS, il distributore Axion Pharmaceuticals ha beneficiato della fornitura di prodotti di Bristol Myers Squibb a prezzi inferiori a quelli che l'impresa abitualmente pratica (i prodotti BMS rappresentano il 25% delle vendite. Nello stesso modo nell'accordo PCS/Pfizer, PCS si era impegnata a fare in modo che i prodotti di Pfizer comparissero nei prontuari di organismi terzi (assicurazioni) e di fornitori di prestazioni (Hilzenrat, 1997) e Pfizer si era impegnata a offrire degli sconti se le assicurazioni clienti di PCS avessero inserito sette dei suoi prodotti nei loro prontuari (12).

Ugualmente, in cambio di prezzi più bassi, Caremark ha accettato di ampliare lo spazio concesso ai prodotti Pfizer sul suo prontuario (Laskoski, 1994). Da quest'episodio tutti i distributori desiderosi di inserirsi in questo segmento della filiera rischiano di essere costretti ad approvvigionarsi a condizioni meno favorevoli (Morvan, 1991). In definitiva, il vantaggio competitivo che giustifica tale tipo di struttura riguarda le attività commerciali, molto più che la R&D.

Infine, poiché sono necessari capitali rilevanti (Merk ha acquisito Med-

co per un importo di 6 miliardi di dollari), l'integrazione a valle ha aumentato le barriere all'entrata. Inoltre, obbligava tutti i nuovi entranti a penetrare simultaneamente a livello di produzione (impresa farmaceutica) e di distribuzione (PBM) (Balto, 1997; Mitchell, 1999) e solamente le imprese più importanti avrebbero potuto farvi fronte. Per di più, il *Disease Management* necessita di investimenti massicci in informatica: la dimostrazione che un trattamento farmaceutico può contenere le spese ospedaliere richiede tempo e l'impiego di personale qualificato. Così l'attivazione di questi programmi è essa stessa fin dall'inizio fonte di spese supplementari, fatto che esclude immediatamente le imprese, e in particolare i nuovi entranti, che non avrebbero i mezzi per garantirsi questo tipo di struttura e le pesanti spese che queste comportano nel periodo iniziale.

D'altra parte, le autorità federali americane si sono impegnate nel contrastare tali vantaggi. Il caso dell'integrazione PCS/Eli Lilly suscettibile di violare l'articolo 7 del Clayton Act e l'articolo 5 del *Federal Trade Commission Act* (che proibisce le pratiche commerciali sleali) ne è un chiaro esempio. Nel 1995 la FTC ha stabilito un insieme di restrizioni tese a garantire il libero accesso delle imprese concorrenti alle attività di PCS, impedendo così una situazione di *vertical foreclosure*. In particolare PCS ha dovuto offrire ai suoi clienti la possibilità di un prontuario che comprendesse prodotti differenti da quelli di Lilly (PCS può comunque continuare a gestire un prontuario chiuso destinato a promuovere i prodotti Eli Lilly). Affinché i propri clienti attuali e potenziali potessero operare una scelta informata, l'impresa ha dovuto rendere loro nota in modo formale la disponibilità di prontuari diversi. Inoltre Eli Lilly non ha potuto avere accesso ai

prezzi e alle altre informazioni relative ai farmaci offerte dai suoi concorrenti a PCS. Tale separazione dovrebbe aver impedito che le informazioni (sui prezzi, sulla qualità, ecc.) risalgano fino ad Eli Lilly che in caso contrario avrebbe probabilmente potuto offrire condizioni più vantaggiose dei suoi concorrenti nelle gare di fornitura. È stato similmente vietato (per cinque anni) di concludere un accordo di distribuzione esclusiva con McKesson senza l'autorizzazione della FTC.

Infine, restrizioni simili sono state imposte a Merck/Medco nel 1998, mentre il raggruppamento SmithKline Beecham/DPS ne è stato esentato.

3. Conclusioni

Quasi dieci anni dopo, queste integrazioni a valle erano fondate? In effetti, con l'acquisizione delle società di distribuzione, le aziende farmaceutiche hanno cercato di rafforzare il loro potere di mercato nelle negoziazioni che le contrappongono ai PBM e alle assicurazioni *Managed Care* (HMO, IPA, PPO). In effetti, queste ultime pagano i PBM per gestire le spese farmaceutiche dei loro pazienti (in particolare le richieste di rimborso), assicurare la distribuzione dei farmaci, specialmente per corrispondenza, e redigere i prontuari che definiscono la lista dei farmaci da prescrivere prioritariamente (figura 1).

Secondo SMG Market Letter (2000), nel 2000, il 90% degli HMO aveva un contratto con un PBM contro il 58% nel 1994. Tenuto conto dei volumi di acquisto rappresentati dalle assicurazioni *Managed Care* (secondo la *Pharmaceutical Research and Manufacturing Association*, PhRMA, queste controllavano il 50% del mercato americano del farmaco nel 1995), esse avrebbero dovuto ottenere dei significativi sconti sui prodotti farma-

ceutici acquistati dalle imprese.

Ora, le assicurazioni *Managed Care* non sono mai arrivate a costituire un potere di mercato forte: le spese destinate ai farmaci etici non sono diminuite, come temevano le imprese. La quota di spesa farmaceutica sul totale della spesa sanitaria è, in realtà, passata dal 5,8% nella prima metà degli anni '90 all'8,2% nel 1999 (tabella 2). E benché la crescita dei prezzi dei farmaci abbia conosciuto una certa stabilizzazione tra il 1995 e il 1996 (tabella 4), ciò non è durato: le spese destinate ai farmaci etici hanno ripreso una crescita sostenuta alla fine degli anni '90 (+ 4,7% nel 1998). Una spiegazione possibile è che la frammentazione dei PBM e degli HMO avrebbe loro impedito di «pesare» sufficientemente sulle dinamiche delle spese farmaceutiche.

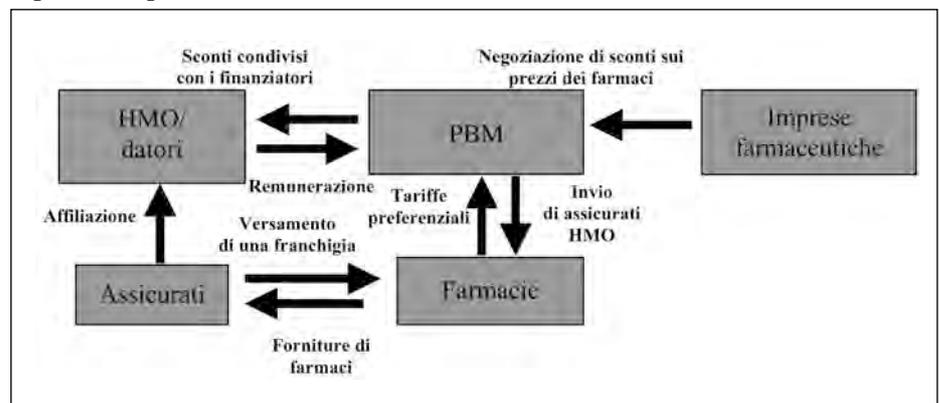
Infine, quando le imprese hanno optato per delle strategie d'integrazione verticale allo scopo di contrastare il potere di mercato dei PBM, l'equilibrio di potere tra le farmaceutiche, i PBM e le catene di farmacie non è evoluto in una direzione favorevole alle prime. In effetti, alla fine degli anni '90 i fornitori di servizi (ospedali) e i loro clienti (per esempio, i datori di lavoro che assicurano direttamente i loro dipendenti senza passare attraverso gli HMO) le farmacie, di cui alcune (per esempio, New Eckerd Health Services, Walgreens) possedevano i loro propri PBM, hanno costituito dei raggruppamenti d'acquisto dei prodotti farmaceutici. Il loro potere di mercato nei confronti delle imprese si

è allora rafforzato. Inoltre, i PBM e le catene di farmacie si sono avvicinati (13) obbligando le aziende farmaceutiche a fare lo stesso allo scopo di fronteggiare la nuova situazione di mercato oltre che per la necessità ben conosciuta di raggiungere dimensioni critiche in relazione alla R&D.

La logica industriale di queste integrazioni a valle suscita degli interrogativi. Infatti, gli investimenti destinati all'acquisizione dei tre principali PBM hanno superato i 10 miliardi di dollari, una cifra che avrebbe potuto essere utilizzata per le attività di R&D (la stessa cifra corrisponde alla messa in commercio da 30 a 40 nuove molecole). L'integrazione non ha inoltre permesso alle imprese di accrescere le loro quote di mercato. Infatti, i pazienti non sono stati orientati a vantaggio delle imprese integrate verticalmente: durante il primo semestre 1997, la quota di prescrizioni di Eli Lilly in se-

no a PCS è calata dell'8% in relazione ai due anni precedenti (la quota delle altre imprese era nel frattempo aumentata dell'8%). Per di più Eli Lilly aveva sottostimato la difficoltà di convincere i medici ad adottare pratiche prescrittive di sostituzione. Quanto a SmithKline Beecham, non ha potuto ottenere dall'integrazione con Diversified Pharmaceutical Services (DPS) i benefici attesi, le sue prescrizioni, gestite da DPS, sono aumentate del solo 33% (tra il 1995 e il 1997) contro il 60% di quelle delle altre imprese. Inoltre, i tassi di crescita e i margini di profitto di DPS sono stati ben al di qua delle attese. Sul piano finanziario, tali operazioni si sono rivelate onerose: le imprese hanno rivenduto questi distributori a prezzi ben più bassi dei loro costi di acquisizione. Nel febbraio del 1999 SmithKline Beecham ha ceduto DPS ad Express Scripts per 700 milioni di dollari, cioè un terzo del prezzo

Figura 1 - Organizzazione dei mercati sanitari e relazioni tra attori



Fonte: adattato da Di Chiara R., Pesanello P., Cappelino E. (1997), «Tug-of-War over Rebates», American Druggist, May.

Tabella 2 - Spese per farmaci etici

Annis	1980	1988	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
In % delle spese totali sanitarie	4,9	5,5	5,8	5,9	5,8	5,8	5,8	6,2	6,5	6,9	7,4	8,2

Fonte: Institute for Health and Socio-Economic Policy (IHSP).

pagato nel 1994. Eli Lilly ha ceduto PCS alla catena farmaceutica Rite Aid, al prezzo di 1,5 miliardi di dollari, cioè 2,5 miliardi in meno di quanto l'aveva pagato.

Solo Merk ha mantenuto sotto il proprio controllo Medco che ha soddisfatto i suoi obiettivi di sviluppo. Il numero di clienti di Medco è passato da 33 milioni nel 1993 a 95 milioni di ricette, cioè 4 miliardi di dollari di spesa, a 47 milioni alla fine del 1995 (8170 milioni di ricette). Tale crescita è proseguita nella seconda metà degli anni '90: il numero dei suoi pazienti è salito a 53 milioni nel 2002 (300 milioni di ricette l'anno), poi a 65 milioni nel 2001 pari a 30 miliardi di dollari di spesa farmaceutica. D'altra parte, Merk era riuscita ad acquisire un potere di mercato rilevante, perché Medco aveva una rete molto sviluppata di farmacie: mentre in media un PBM è associato ad una rete di 42.000 farmacie (Peat, 1999), Medco era collegata a 57.000 farmacie (cioè il 98% delle farmacie presenti sul territorio degli Stati Uniti). Inoltre, il servizio di vendita per corrispondenza di Medco facilitava il funzionamento dei prontuari restrittivi (14). Di conseguenza, il PBM è diventato uno strumento di controllo della spesa farmaceutica. In più, ha facilitato i pagamenti alle imprese e l'accesso a dei nuovi mercati pubblici come quello dei pazienti non abbienti (*Medicaid*) e dei pazienti anziani a basso reddito (*Medicare*).

In definitiva, le imprese farmaceutiche avrebbero dovuto orientarsi verso strategie di quasi-integrazione, meno onerose delle integrazioni totali. Inoltre, l'informazione sull'efficacia dei farmaci, necessaria ai programmi di *Disease Management*, avrebbe potuto essere acquisita altrimenti, per esempio presso gli HMO e gli ospedali, organizzazioni che presentano il vantaggio di offrire la sequenza delle prescrizioni in un contesto globale (cioè in

ospedale e non solo in ambulatorio) e specializzato (cioè presso i professionisti). Tali strategie continuano ancora oggi ma non sono nuove: nel 1996 Eli Lilly aveva sviluppato un programma sul Prozac con la HMO Group Health Cooperative de Seattle; DPS possedeva un sistema di raccolta di dati clinici in collaborazione con HMO United Healthcare, che permetteva di centrare meglio le terapie sui pazienti a scarso tasso di *compliance* e forniva al tempo stesso un *tableau de bord* per individuare i prodotti che presentano il miglior rapporto costo-efficacia nella prospettiva del *Disease Management*.

L'acquisizione da parte di Zeneca (1997), uno dei primi produttori mondiali di antitumorali di Salick Healthcare, proprietario di 11 cliniche specializzate in oncologia, è un ulteriore esempio (Rosenthal, 1997). Ma di nuovo, i rischi della distorsione concorrenziale dei processi non sono scomparsi insieme a quelli circa l'oggettività dei dati clinici.

4. Glossario

Health Maintenance Organization (HMO): il termine HMO identifica le organizzazioni di *Managed Care* che impiegano medici di medicina generale remunerati a quota capitaria per of-

fruire servizi sanitari. In cambio dell'accettazione di una remunerazione capitaria, ed è ciò che in parte ha motivato l'integrazione di professionisti nelle organizzazioni di *Managed Care*, viene assicurato ai professionisti un volume garantito di pazienti. Questi ultimi si impegnano a consultare i medici della HMO e a rispettare determinate condizioni per l'accesso alle cure o la prevenzione. Nel mercato americano esistono HMO di tipo *staff* (i medici sono dipendenti della HMO) e *Group* (i medici sono a contratto con la HMO ma non sono dipendenti). Esistono anche HMO di tipo *Independant Practice Association* (IPA) o *Network*: in questi casi i medici sono indipendenti dalla HMO, liberi di negoziare simultaneamente con diverse di esse, ricevono un pagamento a prestazione (ma a tariffe ridotte) e continuano a servire pazienti coperti da assicurazioni tradizionali (dal 20 al 30% dei loro pazienti sono coperti attraverso HMO contro una percentuale che varia dal 60 al 70% per i medici delle HMO di tipo *group model*). Le IPA hanno anch'esse un certo successo essendo meno onerose dei piani di copertura tradizionali, mentre la libertà di scelta del medico curante è più ampia rispetto alle HMO di tipo *group model*.

Tabella 3 - Evoluzione comparata dei prezzi dei farmaci etici e dei beni di consumo

Periodo	Farmaci etici (%)	Beni di consumo (%)	Differenza (%)
1975-1980	8,3	9,5	- 1,2
1980-1985	13,1	4,5	+ 8,6
1985-1990	10,1	3,5	+ 6,6
1990-1994	9,8	1,0	+ 8,0
1995-1996	2,4	2,6	- 0,2
1997	2,5	0,3	+ 2,2
1998	4,7	0,5	+ 4,2

Fonte: Levi (1999).

Pharmacy Benefit Managers: i *Pharmacy Benefits Managers* (PBM) sono società di gestione e distribuzione di prodotti farmaceutici. Rappresentano strutture intermedie tra le organizzazioni di *Managed Care* (HMO, IPA, ecc.) e le imprese farmaceutiche e sono remunerate per gestire al meglio le spese relative ai farmaci dei loro clienti (essenzialmente imprese). Intervengono principalmente nei rapporti tra produttori, assicuratori e prescrittori. L'attività si fonda sulla negoziazione di sconti con le imprese farmaceutiche, il miglioramento nella gestione delle procedure amministrative (le reti informatizzate di farmacie permetterebbero di ottenere dal 10% al 15% di risparmi), il ricorso alla vendita per corrispondenza, meno onerosa, la redazione di prontuari che implicano sostituzioni terapeutiche, specialmente a favore di generici. I prontuari definiti a partire da una scelta potenziale di più di 10.000 farmaci approvati dalla FDA, comprendono tipicamente circa 1.000 prodotti (Keating P., 1997).

Preferred Provider Organization (P.P.O.): una P.P.O. utilizza medici e ospedali remunerati a prestazione, ma con tariffe ridotte. Inoltre i pazienti possono essere curati da un professionista esterno alla rete, ma ad un costo più elevato.

Managed Care: la *Managed Care*, termine che si riferisce all'insieme di strumenti di gestione delle cure in grado di assicurare i migliori rapporti costo/efficacia, implica una suddivisione del rischio e un coordinamento delle prestazioni tra i finanziatori e gli erogatori. Per esempio un erogatore (ospedale) sotto contratto a *forfait* (quota capitaria) con una HMO si impegna a fornire l'insieme delle cure necessarie al paziente quali che siano i volumi o la gravità. L'ammontare della quota versata all'erogatore è fissa. Poiché essa non dipende dall'intensità

del servizio reso, l'erogatore assume in parte il rischio fino ad allora sopportato dal finanziatore (assicurazione). Tale trasferimento del rischio presenta degli inconvenienti per l'erogatore: in effetti esso viene a trovarsi nel medesimo ruolo di un assicuratore, anche se il rischio stesso può essere attenuato attraverso un contratto di riassicurazione (pazienti ad alto rischio) o attraverso un meccanismo di *pooling* che ripartisca il rischio su un più elevato numero di erogatori. Per governare il consumo di prestazioni sono stati elaborati anche altri meccanismi finanziari. Per esempio il contratto con ritenuta (*withholding*) consiste nel trasferimento parziale del rischio finanziario: la HMO trattiene una parte dei pagamenti dovuti al fornitore in regime di *Fee For Service*. Successivamente vengono effettuate delle comparazioni in relazione ad un obiettivo prefissato e gli eventuali *surplus* sono riconosciuti agli erogatori (il meccanismo inverso è quello di una sanzione finanziaria che assume la forma di una ritenuta sull'onorario). Ciò costituisce un incentivo assai rilevante per orientare i comportamenti prescrittivi. Tra gli altri meccanismi è opportuno citare i processi di *utilization review* (*ex ante*, *ex post* o contestuali) che mirano l'efficacia (costi e qualità) delle cure ambulatoriali o ospedaliere. I fornitori delle cure, ma anche i pazienti, sono obbligati a rispettare regole pensate per offrire cure di qualità al migliore costo: medico *Gatekeeper*; obbligo per l'assicurato al versamento di *ticket* (ad esempio per l'utilizzo di servizi in urgenza); prescrizioni prioritarie per i farmaci presenti sul prontuario (Perneger *et al.*, 1996) e programmi di *Disease Management*.

(1) In cambio di una percentuale sugli onorari e talvolta sui profitti dell'ambulatorio questo genere di organismo fornisce servizi di ge-

stione ai medici, con il vantaggio per questi ultimi di accresciuta efficacia (esternalizzazione della gestione amministrativa dell'ambulatorio) e di maggior potere contrattuale (presso gli ospedali e gli assicurati).

(2) Testimony on Prescription Drug Use/Elderly Before the Special Committee on Aging U.S. Senate (1996 WL 160983 Mar. 28, 1996) (dichiarazione di Sarah F. Jaggard, Direttore di Health Financing and Public Health Issues, Health, Education and Human Services Division, GAO).

Uno studio (Willcox *et al.*, 1994) ha mostrato che un anziano su quattro prende farmaci inappropriati e che un paziente cronico (diabetico, iperteso, ecc.) su due interrompe il proprio trattamento un anno dopo averlo iniziato.

La *non compliance*, che può essere definita un cattivo uso dei farmaci, quale il mancato rispetto della durata del trattamento o della sua ripetizione, la condivisione tra i membri del gruppo familiare, può essere causa di trattamenti più lunghi. Ciò è connesso all'attitudine del paziente, al rapporto medico/paziente, al rapporto farmacista/paziente e alle caratteristiche del trattamento.

(3) Un altro servizio è la «health line» grazie a cui un medico o un infermiere fornisce consigli per seguire terapie più complesse. La «health line» è in grande espansione grazie a HMO, agli assicuratori, agli ambulatori associati dove può essere organizzata anche una presenza fisica. I lavoratori assicurati delle grandi imprese beneficiano di questo servizio gratuitamente. Le case farmaceutiche non sono sorprese dal crescente successo di questo servizio: il paziente pone domande e coopera per migliorare le sue condizioni di salute.

(4) Gestione complessiva di una determinata patologia con l'obiettivo di migliorare il rapporto costo/efficacia.

(5) Farmaci la cui prescrizione è consigliata e non imposta, contrariamente a prontuari detti «restrittivi».

(6) Dati raccolti al momento in cui Pfizer ha intentato un processo contro PCS per rottura illegittima del contratto dopo la sua acquisizione da Eli Lilly.

(7) Il trattamento a domicilio, rimborsato essenzialmente dall'assistenza pubblica (Medicare e Medicaid) conosce, a partire dagli anni '90, la più forte crescita di settore nel sistema sanitario statunitense. Ciò nonostante, l'industria delle cure domiciliari non è realmente riuscita a dimostrare la propria efficacia nel diminuire i costi elevati connessi all'ospedalizzazione che essa potrebbe spesso prevenire. Ciò in ragione dell'assenza di un coordinamento effettivo delle cure.

(8) «The Oncology Therapeutics Network». L'accordo riguardava 600 prodotti antitumorali.

(9) Secondo uno studio della società di consulenza KPMG (1996) condotta presso le 100 principali imprese del settore, la pressione esercitata dai prontuari sui prezzi dei farmaci viene al primo posto rispetto a quella esercitata dai prodotti generici, il controllo governativo e le assicurazioni.

(10) Secondo il rapporto di Marion Merrel Dow sul *Managed Care* apparso nel 1993, il 23% dei programmi di assicurazione farmaceutica di HMO-PBM offrivano ai medici un premio che incentivava a preferire un farmaco del loro prontuario, premio che non è illegale se è giustificato dal punto di vista costo-efficacia.

(11) L'American Medical Association ha condannato il versamento di una commissione ai farmacisti da parte di un organismo terzo o dell'impresa in caso di distribuzione di un farmaco rientrante nel prontuario. In futuro i PBM dovranno condurre i programmi DUR in tempo reale, nell'ambulatorio del medico, prima che la prescrizione arrivi al farmacista (Novartis Pharmacy Benefit Report, 1997). Così la scelta del farmaco potrà essere decisa in linea direttamente tra il medico e il PBM, senza la mediazione del farmacista.

(12) «PCS Rebates From Pfizer on Seven products Totaled over \$10 Million in First 21 Months of 1994-1998 Contract» FDC Rep. («The Pink sheet»), 10 Jun 1996, p. 16.

(13) JC Penney e Revco hanno rispettivamente acquisito le catene dei «drugstores» Eckerd e Big B. Fay's Inc ha iniziato un avvicinamento con la filiale di JC Penney CO, Thrift Drugs. Infine, Rite Aid ha preso il controllo di Thrifty PayLess.

(14) Joseph Brown (1999), «When Risk Brings No Benefit», MED. AD. NEWS, Jan., LEXIS, News Library, Curnws File.

BIBLIOGRAFIA

- BAILEY E., BAUMOL W. (1984), «Deregulation and the Theory of Contestable Markets», *Yale Journal of Regulation*, 1.
- BALTO DA. (1997), «A Whole New World? Pharmaceutical Responses to the Managed Care Revolution», *Food and Drug Law Journal*, vol. 52, pp. 83-98.
- BAUMOL W., PANZAR J., WILLIG R. (1982), *Contestable Markets and the Theory of Industry Structure*, Harcourt Brace Jovanovitch, San Diego.
- BERNHARDT I. (1977), «Vertical Integration And Demand Variability», *Journal Of Industrial Economics*, 25, pp. 213-229.
- DUSSAUGE P., GARETTE B. (1995), *Les stratégies d'Alliances*, Les Editions d'Organisation.
- GREEN M. (Public Advocate For The City Of New York), December 1996, «Compromising Your Drug Of Choice: How HMOs Are Dictating Your Next Prescription», New York.
- GREEN M. (Public Advocate For The City Of New York), August 1997, «Pharmaceutical Payola: How Secret Commercial Deals are Dictating Your Next Prescription and Harming Your Health», New York.
- HAMDOUCH A., DEPRET M.H. (2001), *La nouvelle économie industrielle de la pharmacie*, Elsevier Editeur.
- HILZENRATH D.S. (1997), «Drug Firms Said to Pressure Doctors», *Wash. Post*, Aug. 14.
- HORN S.D. ET AL. (1996), «Intended and unintended consequences of HMO cost-containment strategies: Results from the managed care outcomes project», *Am J of Managed Care*, II (3), pp. 253-264.
- KEATING P. (1997), «Why You May Be Getting the Wrong Medicine», *Money*, Jun, 142, p. 157.
- KRELING D.H., LIPTON H.L., COLLINS T., HERTZ K.C. (1996), «Assessment of the impact of pharmacy benefit managers», HCFA Master Contract HCFA-95-023/PK (Gondek K, Project Officer), Springfield, VA, National Technical Information Service, 30 September.
- LEVY R. (1999), «The Pharmaceutical Industry», Rapport de la *Federal Trade Commission* (FTC). Mars.
- LASKOSKI G. (1994), «Let's make a deal», *Druggist*, 210 Am., Jun 94.
- MCCARTHY R. (1999), «Managed Care Matters, PBMs in a Jaundiced Eye», *Drug Benefit Trends*, 11(5), pp. 26-27.
- MCGAHAN A.M. (1994), «Focus on Pharmaceuticals: Industry Structure and Competitive Advantage», *Harv. Bus. Rev.*, Nov-Dec.
- MITCHELL E.L. (1999), «Potential for Self-Interested Behaviour by Pharmaceutical Manufacturers Through Vertical Integration With Pharmacy Benefit Managers: The Need for a New Regulatory Approach», *Food and Drug Law Journal*, vol. 54, pp. 151-184.
- MORVAN Y. (1991), *Fondements d'économie industrielle*, Economica, Paris.
- NOVARTIS PHARMACY BENEFIT REPORT (1997), *Trends & Forecasts*, East Hanover, NJ, Novartis Pharmaceuticals Corporation, April.
- PEAT S. (1999), «HMO & PBM Strategies for Pharmacy Benefits», *AIS*, p. 36.
- PERNEGER T.V. ET AL. (1996), «Nouveaux modèles d'assurance-maladie et gestion des soins», *Soz Präventivmed*, 41, pp. 47-57.
- PORTER M.E. (1998), *Competitive Strategy: Techniques For Analyzing Industries And Competitors*, Free Press.
- PHARMACY BENEFIT MANAGEMENT INSTITUTE INC. (1998), «HMO-PBM Market Share and Formulary Management Report».
- REARDON T.R. (1997), «Pharmaceutical Benefits Management Companies», Report of the board of trustees to The American Medical Association (AMA), House of Delegates (9-I-97).
- ROSENTHAL E. (1997), «Maker of Cancer Drugs to Oversee Prescriptions at 11 Cancer Centers», *N.Y. Times*, Apr. 15, p. A1.
- SARDINHA C. (1997), «International Markets Offer New Opportunities for MCOs and PBMs», *Journal of Managed Care Pharmacy*, vol. 3, 4, July/august.
- SCHULMAN K.A. ET AL. (1996), «The effect of pharmaceutical benefits managers: is it being evaluated?», *Ann Intern Med.*, 124, pp. 906-913.
- SPENGLER J. (1950), «Vertical Integration And Antitrust Policy», *Journal Of Political Economy*, august, pp. 347-352.
- WILLCOX S., HIMMELSTEIN D., WOOLHANDLER S. (1994), «Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly», *JAMA*, Jul 27, 272 (4), pp. 292-6.

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 salute

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^a

Costo dell'abbonamento per l'anno 2004: € 226,00

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere in via automatica, ai sensi del D.L.vo 9 ottobre 2002, n. 231, gli interessi di mora, nella misura mensile del tasso legale pubblicato all'inizio di ogni semestre solare sulla Gazzetta Ufficiale. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuarne il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento, sempre anticipato, dell'abbonamento, potrà essere effettuato mediante:

- c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- vaglia postale intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- bonifico bancario (SANPAOLO IMI, Ag. n. 59 Roma, cod. BBAN: A 01025 03282, c/c 100000000178).

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2004 è fissato in:

€ 226,00 per l'abbonamento ordinario

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

- per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%
- per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%
- per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%
- per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari di norma al prezzo del fascicolo dell'annata in corso, fatte salve eventuali campagne promozionali.

Il prezzo dell'abbonamento 2004 per l'estero è fissato come segue: € 226,00 per l'Europa unita; € 326,00 per il resto del mondo (spese postali incluse).

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

- Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556) € 205,00**
- Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) € 205,00**
- Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) € 205,00**
- Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) € 205,00**
- Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640) € 205,00**
- Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648) € 205,00**
- Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700) € 205,00**
- Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 205,00**
- Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716) € 205,00**
- Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712) € 205,00**
- Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 226,00 ***
- Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636) € 226,00 ***

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 2.126,70, anziché € 2.502,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

ELIO BORGONOV
CARLO MAMBRETTI
(a cura di)

**Economia sanitaria
e qualità di vita**

Il Sole 24 Ore
Milano, 2003
pagg. 190, € 19,00

Nell'accezione moderna la sanità viene intesa come attenzione al mantenimento dello stato di salute, oltre che alla cura della malattia con una valorizzazione delle attività di prevenzione, di diagnosi, di terapia e di riabilitazione, finalizzate non solo a garantire la sopravvivenza dell'individuo, ma anche il massimo livello di qualità di vita possibile. Tutto ciò non sarebbe possibile senza l'uso delle tecnologie biomediche e della diagnostica in vitro da cui la sanità di oggi non può più prescindere. Partendo da questi presupposti il volume sottolinea il ruolo centrale giocato dalle tecnologie biomediche e diagnostiche nei processi sanitari evidenziando in che modo il loro costante processo di evoluzione abbia positivamente influenzato l'erogazione delle prestazioni sanitarie dal punto di vista dell'efficacia clinica, dei processi organizzativi dei servizi, del controllo dei costi e della spesa sanitaria. Si dimostra in conclusione come tali tecnologie rappresentino lo strumento per garantire al cittadino alta qualità nelle prestazioni sanitarie, sempre che l'innovazione sia accompagnata da un costante adeguamento organizzativo culturale delle strutture cui spetta di usarle e mantenerle.

INDICE: 1. TECNOLOGIE PER LA SANITÀ: UN MODELLO DI ANALISI MULTIDIMENSIONALE (E. BORGONOV) - 2. LA DINAMICA NOVECENTESCA DELLA PROFESSIONE MEDICA TRA SVILUPPO TECNOLOGICO E TRASFORMAZIONE SOCIALE (G. COSMACINI) - 3. I DISPOSITIVI MEDICI E DIAGNOSTICI IN VITRO (C. MAMBRETTI) - 4. IL RUOLO DELLA DIAGNOSTICA IN VITRO PER LA TUTELA DELLA SALUTE (M. PLEBANI) - 5. LE TECNOLOGIE BIOMEDICHE: ALCUNI CASI ESEMPLIFICATIVI: I DISPOSITIVI IMPIANTABILI PER CARDIOSTIMOLAZIONE (E. MALLARINI) - LE PROTESI ORTOPEDICHE (M. MARCUCCIO) - I DISPOSITIVI MEDICI PER L'INCONTINENZA E LA RITENZIONE (E. MALLARINI, L. MAZZEI) - LAPAROSCOPIA (M. MARCUCCIO) - 6. APPENDICE: CODIFICAZIONE E CONTESTUALIZZAZIONE DELLA CONOSCENZA. NOTE SUL DISTRETTO BIOMEDICALE DI MIRANDOLA IN PROSPETTIVA STORICA (A. COLLI).

Le aziende sanitarie pubbliche sono state interessate, nell'ultimo decennio, da un processo di cambiamento che trae origine da una pluralità di fattori ed in particolare dall'accentuarsi dei vincoli sulle risorse disponibili, dalla crescente competizione, dall'evoluzione delle caratteristiche della domanda e da una sua maggiore complessità. Tra i principali fattori del cambiamento vissuto dalle aziende sanitarie locali particolare importanza riveste la «responsabilizzazione crescente sui risultati», la quale obbliga le organizzazioni a gestire le pressioni che si generano sia al proprio interno che all'esterno, ricomponendole nell'ambito di meccanismi operativi e scelte organizzative assunte nell'esercizio della autonomia decisionale loro riconosciuta.

INDICE: 1. SISTEMA SANITARIO E RUOLO DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE - 2. L'AZIENDA SANITARIA LOCALE - 3. PROBLEMATICHE DI GOVERNO - 4. IL RUOLO DIRIGENZIALE: UN CAMBIAMENTO IN ATTO - 5. ALCUNE PROBLEMATICHE DI GESTIONE STRATEGICA: LA DOMANDA E GLI ACQUISTI - 6. IL SISTEMA DI CONTROLLO - 7. LA DIMENSIONE DELLA VALUTAZIONE.

ANTONIO BOTTI

**Governo e gestione
dell'Azienda sanitaria locale**

Cedam
Padova, 2003
pagg. 246, € 19,50

GIANLUCA FIORENTINI
(a cura di)

I servizi sanitari in Italia 2003

Il Mulino
Bologna, 2003
pagg. 394, € 26,50

Nel 2003 il dibattito sulla politica sanitaria nel nostro paese è stato molto vivace. A livello macro, il contenzioso tra Stato e regioni si è concentrato sui criteri di distribuzione del fondo sanitario e sulla verifica dei requisiti di efficacia della spesa. A livello micro, sono stati reintrodotti diversi strumenti di controllo diretto della spesa e, nel settore farmaceutico, si sono avute innovazioni nei sistemi di distribuzione che hanno portato a un acceso confronto tra regolatori e imprese. Infine, importanza crescente hanno assunto l'impatto di lungo periodo dell'invecchiamento della popolazione sulla spesa sanitaria e i problemi di copertura del rischio di non autosufficienza negli anziani. I contributi raccolti nel volume, si basano su rigorose analisi empiriche ed istituzionali, tese a favorire la comunicazione tra cittadini e amministratori da un lato e studiosi di economia e politica sanitaria dall'altro

INDICE: PARTE PRIMA: IL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO TRA LIVELLI DI ASSISTENZA E INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE - 1. IL PROCESSO DI DECENTRAMENTO SANITARIO TRA PASSATO E FUTURO - 2. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA: UN CASO ITALIANO DI «POLICY INNOVATION» - 3. PROIEZIONI DEMOGRAFICHE E POLITICHE SANITARIE - 4. LA DOMANDA DI COPERTURA PER IL RISCHIO DI NON AUTOSUFFICIENZA: UN'ANALISI EMPIRICA - PARTE SECONDA: STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

E DI GOVERNO DELLA DOMANDA - 5. CONTRATTI PER SERVIZI OSPEDALIERI E LE ORGANIZZAZIONI DEI PRODUTTORI PRIVATI: PROBLEMI DI INTEGRAZIONE VIRTUALE E CONTENDIBILITÀ - 6. ANALISI ECONOMICA DEI TRAPIANTI: IL CASO ITALIANO - 7. TEMPI DI ATTESA PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE: PROBLEMA DA ELEMENARE O FENOMENO DA GOVERNARE? - 8. IL COSTO DELL'INAPPROPRIATEZZA: L'IMPATTO ECONOMICO DELLE LINEE-GUIDA PER LA DIAGNOSTICA AMBULATORIALE - PARTE TERZA: INNOVAZIONE TECNOLOGICA E ORGANIZZATIVA E MERCATI DEI FATTORI PRODUTTIVI - 9. TELEMEDICINA E INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA PRIMARIA E SECONDARIA - 10. UNIONI DI ACQUISTO DI FARMACI E MECCANISMI DI GARA: DALLA ESTERNALIZZAZIONE ALLA GESTIONE INTEGRATA DEI FARMACI - 11. IL CONSUMO E LA SPESA FARMACEUTICA: UNA VALUTAZIONE COMPARATA TRA REGIONI.

Il tema della gestione dei rischi di responsabilità civile nelle aziende sanitarie è emerso con forza negli ultimi anni a motivo della crescente difficoltà delle aziende nel trovare assicuratori disposti a finanziare i rischi attraverso la stipula di appropriate polizze. I premi per dette polizze sono cresciuti enormemente e le garanzie si sono sempre più ridotte. Le aziende sanitarie non possono più limitarsi a trasferire all'esterno la gestione dei propri rischi, ma devono intraprendere un percorso, culturale ed organizzativo, che consenta loro di gestire direttamente i propri rischi attivando una funzione di Risk Management. L'introduzione del Risk Management nelle aziende sanitarie rappresenta la strada per consentire sia di prevenire e gestire gli eventi oggi non più assicurabili sia di definire i più efficaci ed economici strumenti e livelli di finanziamento dei rischi.

INDICE: 1. IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE - 2. IL FUTURO DELLE AZIENDE SANITARIE - 3. UN CASO DI AZIENDA OSPEDALIERA - 4. IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLE CURE - 5. IL RISK MANAGEMENT NELLA SANITÀ - 6. IL PROCESSO DI RISK MANAGEMENT - 7. L'IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI - 8. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI - 9. PREVENZIONE E PROTEZIONE - 10. IL FINANZIAMENTO DEI RISCHI - 11. LA CREAZIONE DI VALORE NELLA GESTIONE DEI RISCHI - 12. IL CASO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA TREVIGLIO-CARAVAGGIO - 13. IL CASO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA BOLOGNINI DI SERIATE.

ROCCO GREGIS
LODOVICO MARAZZI

**Il Risk Management
nelle aziende sanitarie**

FrancoAngeli
Milano, 2003
pagg. 244, € 15,50

ELISA PINTUS

**Il project management
per le aziende sanitarie**
*Scelte, strumenti, fattibilità
per il governo
di sistemi complessi*

McGraw-Hill
Milano, 2003
pagg. 283, € 25,00

Tra i diversi modelli proposti per superare le difficoltà legate al cambiamento dei sistemi sociali (ossia la necessità di affrontare contestualmente gli attuali aspetti di gestione e quelli di introduzione all'innovazione) particolarmente significativa appare la metodologia del project management. L'autrice ritiene che questa possa rivelarsi la strada giusta per gestire il processo di mutamento all'interno delle aziende sanitarie e analizza tale metodologia. Essa permette di modificare la realtà aziendale in itinere, è strumento dalle mille sfaccettature ma rigoroso, trait d'union fra analisi del fabbisogno di nuovi servizi e valutazione dell'impatto delle scelte per il raggiungimento degli obiettivi. Un altro importante aspetto è la capacità di creare una interiorizzazione della cultura aziendale: si «impara» a lavorare per progetti, a dividere il lavoro per risultati, a orientarsi alla cultura del gruppo e non del singolo, determinando consenso, valorizzazione delle differenze e analisi dei bisogni di tutti, personale e pazienti.

INDICE: 1. L'APPROCCIO AL PROJECT MANAGEMENT: TEORIE E MODELLI - 2. IL PROJECT MANAGEMENT NELLE AZIENDE SANITARIE - 3. SISTEMI DI PIANIFICAZIONE E CONTROLLO DEL PROGETTO NELLE AZIENDE SANITARIE - 4. ASPETTI ORGANIZZATIVI: LA GESTIONE DEL TEAM DI PROGETTO NELLE AZIENDE SANITARIE - 5. L'AUDITING DI PROGETTO - 6. LA PATRIMONIALIZZAZIONE DEL VALORE NELLE AZIENDE SANITARIE - 7. PROGETTI INTERNAZIONALI: LOGICHE DI PROJECT MANAGEMENT E SVILUPPO DEI FINANZIAMENTI AI SISTEMI SANITARI.

L'insieme delle considerazioni proposte nel volume non intende ambire a risolvere definitivamente le questioni relative alla condizione di aziendalità delle Residenze sanitarie assistenziali, bensì mettere in evidenza dubbi e convincimenti quali contributi ad un dibattito che assumerà negli anni a venire sempre maggiore rilievo. A tal proposito il lavoro, dopo aver analizzato approfonditamente la reale portata delle innovazioni, normative e sociali, che hanno caratterizzato il settore assistenziale negli ultimi anni, delinea le principali particolarità che il management delle nuove realtà assistenziali deve fare proprie, al fine di garantire nel tempo quella sostenibilità che, da sola, rappresenta la vera soddisfazione dei clienti anziani afflitti da infermità fisiche e psichiche, spesso non sanabili.

INDICE: 1. IL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE IN ITALIA - 2. VALUTAZIONI SUL GRADO DI «AZIENDALITÀ» DELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI - 3. LA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE QUALE AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA - 4. LA FASE ISTITUTIVA DELL'AZIENDA ASSISTENZIALE. ANALISI DI UN CASO CONCRETO DI START UP DI UNA RSA: LA RESIDENZA «LANZA DEL VASTO» DI GENOVA - LA FASE DI RILEVAZIONE NELL'AZIENDA ASSISTENZIALE: DAL CALCOLO DEI RISULTATI PARZIALI ALL'ANALISI DEGLI INDICATORI DI PERFORMANCE - 5. UN APPROCCIO EMPIRICO AL SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLA GESTIONE NELLE AZIENDE SOCIO ASSISTENZIALI. I RISULTATI DI UNA RICERCA EFFETTUATA TRA LE RSA CONVENZIONATE CON IL COMUNE DI MILANO.

FABIO SERINI

**Il grado di «aziendalità»
delle residenze sanitarie
assistenziali.**
*Economia e management
delle RSA*

Giuffrè editore
Milano, 2002
pagg. 314, € 25,00

ROBERTA SALA

**Etica e bioetica
dell'infermiere**

Carocci Faber
Roma, 2003
pagg. 187, € 16,90

Il volume si propone di fornire un panorama introduttivo e completo delle questioni etiche e bioetiche in infermieristica. A una prima parte in cui vengono illustrati i termini fondamentali del dibattito, le teorie etiche principali e il loro rapporto con la bioetica e con la pratica infermieristica, segue una seconda parte di taglio più applicativo. Vengono quindi analizzate, cercando di individuarne gli aspetti rilevanti per il punto di vista degli infermieri, alcune delle più importanti questioni bioetiche di inizio-vita (diagnosi prenatale, fecondazione artificiale, aborto) e di fine-vita (assistenza al morente, eutanasia, trapianto di organi). Ultimo ambito di riflessione è la diversità, rappresentata dalla malattia mentale e dalla differenza culturale, occasione di confronto per agenti morali sempre più consapevoli della propria identità etico-professionale.

INDICE: 1. IL SIGNIFICATO DEI TERMINI - 2. NOZIONI ETICHE FONDAMENTALI - 3. BIOETICA E INFERMIERISTICA - 4. QUESTIONI BIOETICHE ALL'INIZIO DELLA VITA - 5. QUESTIONI BIOETICHE ALLA FINE DELLA VITA - 6. QUESTIONI ETICHE NEL RAPPORTO CON LA DIVERSITÀ - 7. CONCLUSIONE.