

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XV – N. 57 GENNAIO-MARZO 2006

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** La filiera della salute: l'economia riscopre la persona
Elio Borgonovi
- 9** Come realizzare le strategie delle aziende pubbliche di servizi sanitari. Il punto di vista dei direttori generali
a cura di *Andrea Francesconi*

SAGGI

- 17** Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie
Denita Cepiku, Domenico Ferrari, Angela Greco
- 37** Le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (fondazioni Irccs)
Massimo Occhiena

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 57** Governo clinico e contenimento della spesa farmaceutica
A. Campi, S. Carlini, F. Foglietta, B. Mazzanti, P. Scanavacca
- 75** Il percorso assistenziale in osteoncologia: l'esperienza del gruppo integrato di cure dell'Azienda ospedaliera S. Giovanni Battista
Irene Colangelo, Riccardo Ferracini, Valeria Tozzi
- 95** Gli eventi avversi in ospedale rilevati attraverso i codici ICD-9-CM: uno studio pilota
Maria Michela Gianino, Giovanni Renga, Roberto Russo
- 107** La popolazione straniera assistita dall'Asl della Provincia di Brescia: caratteristiche e costi sanitari a confronto con la popolazione italiana
C. Scarcella, A. Indelicato, E.H. Issa, R. Levaggi, F. Lonati, M. Magoni, M. Mottola
- 121** Il ricorso all'outsourcing nel Ssn: i risultati di un'indagine empirica
Manuela Samantha Macinati

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 141** La gestione del personale nelle aziende sanitarie: una rassegna della letteratura
Carlo De Pietro
- 161** Novità bibliografiche
- 165** Spoglio riviste

COLOPHON

COMITATO SCIENTIFICO

Elio Borgonovi (coordinatore)
Ordinario d'economia delle amministrazioni pubbliche - Università Bocconi di Milano - Direttore dell'Istituto di Pubblica Amministrazione e Sanità

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
Ordinario di diritto amministrativo - Università di Bologna

FONDATORE E DIRETTORE RESPONSABILE

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

CONDIRETTORE E DIRETTORE SCIENTIFICO

Elio Borgonovi

COORDINAMENTO EDITORIALE

Mario Del Vecchio

COORDINATORI DI SEZIONE

Gianmaria Battaglia

Luca Brusati

Chiara Peverelli

Carlo Ramponi

Rosanna Tarricone

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Tanno

REDATTORI

Giorgio Casati

Giovanni Fattore

Giorgio Fiorentini

Andrea Garlatti

Alessandra Massei

Marco Meneguzzo

Franco Sassi

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

CORRISPONDENTI ESTERI

Michael Schofield (Manchester)

Gustav Schacter (Boston)

DIRETTORE EDITORIALE

Anna Gemma Gonzales

DIREZIONE

00197 Roma – Viale Parioli, 77
Tel. 06.80.73.368 – 06.80.73.386
Fax 06 80 85 817
E-mail: sipised@tin.it

REDAZIONE

20135 Milano - Viale Isonzo, 23
Tel. 02.58.362.600
Fax 02.58.362.598
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

PUBBLICAZIONE

Edita da SIPIS, soc. ed. iscritta al n. 285 del reg. naz. della stampa in data 22 settembre 1982
Registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
Fotocomposta da SIPIS srl
Stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana - Tivoli (RM) - Tel. e fax 0774.381.700
Spedita in abbonamento postale, c. 1, art. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04)
Prezzo di una copia € 68,00

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, lett. a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83; 2) azioni civili da parte di autori ed editori; 3) sanzioni amministrative (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 di periodico dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. n. 633/41, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Clai, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000, applicando su ogni foglio la contromarca prevista dall'accordo del 17 novembre 2005; tale contromarca sarà l'unica prova dell'avvenuto pagamento dei diritti. 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.

La filiera della salute: l'economia riscopre la persona

ELIO BORGONOVÌ

La crescente spesa per la tutela della salute rappresenta un rischio per la compatibilità economica dei Paesi progrediti e per la loro competitività nel contesto globale. I disavanzi della finanza pubblica nei sistemi basati sulla fiscalità, non evidenziati a preventivo con l'escamotage della sottostima del finanziamento ma che si manifestano inevitabilmente a consuntivo, i frequenti interventi pubblici «per ripianare le perdite delle mutue» nei Paesi con sistemi mutualistici, la richiesta delle imprese di ridurre i costi a loro carico per la copertura sanitaria dei dipendenti al fine di contenere il costo del lavoro e la continua espansione del costo dei «programmi pubblici» a favore di persone escluse dal «circuito delle assicurazioni private» aziendali o individuali (Medicaid, Medicare in USA) sono sintomi della «crisi» dei sistemi di tutela della salute che sembra accomunare i Paesi progrediti.

A fronte di essa sta la «crisi» di segno opposto dei Paesi poveri per i quali non esistono le poche risorse finanziarie che sarebbero necessarie e sufficienti per combattere ed eradicare alcune malattie endemiche che causano milioni di morti all'anno e che costituiscono, assieme all'istruzione, uno dei più rilevanti, se non il più rilevante fattore di sottosviluppo, o del mancato sviluppo.

Dalle analisi prevalenti si trae la percezione che il miglioramento delle conoscenze, la possibilità di risolvere positivamente un numero maggiore di problemi di salute rispetto al passato, l'invecchiamento della popolazione, la sopravvivenza di portatori di disabilità o di persone colpite da malattie e da traumi invalidanti, stiano diventando «problemi» per la società e non indicatori di progresso. In effetti, molte analisi mettono in evidenza gli enormi progressi nel livello e nella qualità di tutela della salute ottenuti negli ultimi decenni in virtù di nuove scoperte scientifiche, della innovazione nel campo dei farmaci, delle attrezzature e apparecchiature diagnostiche, terapeutiche e della produttività complessiva. Non si dimenticano, né si intende sottovalutare questi elementi positivi delle analisi, ma si vuole solo sottolineare che, specie nell'ultimo decennio, l'esplicitazione e le considerazioni critiche sugli aspetti negativi degli attuali sistemi di tutela della salute hanno prevalso su quelle che mettevano in evidenza gli elementi positivi e hanno diffuso l'idea, la percezione, la convinzione che «si stiano raggiungendo i limiti della fase positiva» della evoluzione del sistema.

Il rischio della diffusione di un certo «pessimismo», alcuni preferiscono parlare di «realismo della ragione», della compatibilità economica e le previsioni sul fatto che solo alcune operazioni finanziarie che consentono di anticipare le entrate e di rinviare le spese consentono di posporre nel tempo il nodo gordiano della revisione (al ribasso) dei livelli assistenziali sembrano trovare proprio nei mesi più recenti un bilanciamento nell'emergere di nuovi paradigmi interpretativi e in nuove prospettive d'analisi.

Esse, in un certo senso, sembrano idonee a rilanciare prospettive più positive. Si fa riferimento in particolare alla convergenza di un numero crescente di studiosi e ai risultati di un numero crescente di analisi empiriche su quella che viene sempre più frequentemente identificata come la «filiera della salute». Si tratta di un paradigma di analisi e di interpretazione dell'economia moderna già proposto in passato dalle colonne di Mecosan (sia in alcuni editoriali, sia in articoli), ma che ora si intende opporre in modo sistematico e organico.

Si valuta opportuno partire dalla enunciazione di tale modello di analisi e interpretazione per poi cercare di dimostrarne la consistenza e la fondatezza sul piano della logica economica. La tesi può essere sintetizzata nei seguenti termini: le attività economiche generate dal fine di rispondere ai bisogni di salute, costituiscono una «filiera» che può sostituire altri tradizionali circuiti di produzione-consumo che, a seguito dei processi di globalizzazione, si sono trasferiti o sono strutturalmente destinati a trasferirsi in altre aree geoeconomiche. Corollario di questo modello di analisi è quello secondo cui gli investimenti e i finanziamenti internazionali destinati al miglioramento dello stato di salute delle popolazioni dei Paesi poveri, possono essere lo strumento più efficace per rompere il circolo vizioso della povertà e del mancato sviluppo.

Con riguardo alla prima parte di questo paradigma ci si muove dalla constatazione che ormai la maggior parte dei beni materiali è producibile tramite macchine o da persone che non hanno bisogno di esperienze accumulate, o che possono imparare facilmente. I vantaggi della specializzazione, che molto tempo fa erano evidenziati dalle teorie sul commercio internazionale, esaltati dalla «apertura» di molti sistemi socio-politici ed economici hanno accentuato i vantaggi competitivi collegati al basso costo del lavoro, al basso costo della terra (del territorio su cui insediare le attività), all'elevato livello di produttività. La conseguenza è stata il trasferimento di tali «filiera» dai Paesi progrediti ai Paesi emergenti. Per un certo periodo si è ritenuto che il mantenimento della proprietà e delle leve di governo, il controllo dei processi di assemblaggio dei beni e di commercializzazione potesse mantenere ai Paesi progrediti una quota significativa del reddito. Anche quando ciò è stato possibile, l'effetto è stato quello della concentrazione della ricchezza in fasce sempre più ristrette della popolazione e della progressiva perdita di potere di acquisto e di sicurezza per le classi intermedie.

Processi analoghi di delocalizzazione si sono realizzati negli anni successivi anche per molti settori di servizi le cui caratteristiche sono state sempre più standardizzate, e quindi ripetibili e riproducibili anche in virtù delle nuove tecnologie (si pensi ai call center, ai servizi di prenotazione, ai servizi contabili, alla stessa produzione di software applicativi, ecc.). Anche in settori di servizi per i quali fino a qualche anno fa si ipotizzava la possibilità di difesa tramite il possesso di know how e di specifiche esperienze accumulate, le barriere sono diminuite sempre di più e sono rimasti nei Paesi progrediti i «segmenti di attività e di mercato più elevati», che hanno un più elevato valore aggiunto ma che comunque danno origine a processi di concentrazione della ricchezza.

In anni recenti, poi, è apparso sempre più evidente che anche i settori cosiddetti high-tech o ad elevato contenuto di conoscenze sono soggetti a fenomeni di «delocalizzazione» e di «concentrazione» in aree ad elevata specializzazione nelle quali sono presenti persone con elevato livello di preparazione (si pensi al grande numero di ingegneri, di esperti di informatica, di tecnici di alto livello, di ricercatori presenti in Cina, India e altri Paesi).

Senza entrare nel merito del bilanciamento tra potenziali vantaggi e svantaggi, a breve e lungo periodo, di questi processi di «ristrutturazione globale» dell'economia, si deve prendere atto del fatto che nel breve-medio periodo molte delle tradizionali «filiera» di produzione-consumo-investimenti sulle quali si è fondato sino ad oggi lo sviluppo economico nei Paesi occidentali, si stanno trasferendo in altre parti del mondo. Nei Paesi occidentali, semmai, restano «parti di queste filiere», non di rado le parti di elevato livello, di alta gamma come si usa dire, che comunque alimentano il circuito della ricchezza e del benessere di un numero proporzionalmente più ristretto della popolazione.

A loro volta le «filiera» collegate alle cosiddette «industrie pesanti» (edilizia, automotive, ecc.) sembrano meno efficaci rispetto al passato nel sostenere la ripresa o lo sviluppo economico, di fronte a limiti oggettivi quali sono le normative di tutela dell'ambiente, la congestione delle città (per le auto), i costi crescenti delle risorse naturali (petrolio, gas, altre materie prime) e altri fattori socio-istituzionali quali le politiche del mercato del lavoro.

In questo scenario quella della tutela della salute può rappresentare una «filiera» di attività e di valore in parte sostituiva di altre, in grado di contribuire alla ristrutturazione del modello economico e del modello di vita della società del futuro che:

- a) per i beni materiali (commodities) e per i servizi di largo consumo, per quelli legati alla cultura e al tempo libero, sembra destinata ad uno sviluppo «a tre velocità» o «a tre livelli»: uno costituito da una quota sempre più ristretta di popolazione ad elevati redditi con consumi ad elevato valore (intrinseco, o di status, o di percezione), un secondo costituito da popolazione caratterizzata da redditi più bassi rispetto al passato (schiacciamento delle classi intermedie) che tuttavia potrà mantenere soddisfacenti o accettabili livelli di consumi ricorrendo a beni e servizi «low cost», un terzo costituito da persone emarginate dal circuito dell'economia ufficiale che avranno accesso a livelli essenziali di servizi e di qualità di vita in virtù di interventi di solidarietà (pubblica o del privato non profit);*
- b) dovrà dare più spazio e più rilevanza ai «servizi alla persona» quale motore di una economia che si sviluppa a livello globale, che è caratterizzata da rilevanti trasferimenti di ricchezza in nuove aree geopolitiche e sociali (nei prossimi decenni il Pil della Cina supererà quello degli USA e quello dell'India e di altri Paesi emergenti supererà quello degli attuali appartenenti al gruppo dei G8), che però deve, o vuole, evitare il declino di aree che hanno sperimentato il benessere.*

Affinché il concetto di filiera della salute non resti astratto o una pura formulazione teorica, occorrono politiche efficaci nell'affrontare due principali problemi:

- 1) quello della compatibilità macroeconomica;*
- 2) quello della «produttività del sistema salute».*

Sul primo aspetto si osserva che sarà possibile sostenere un più elevato livello di spesa per la tutela della salute (e più in generale per proteggere i bisogni integrati assistenziali e di salute) se:

- a) ci si orienterà verso forme di finanziamento «misto» del sistema, in parte con il ricorso alla fiscalità (come accade nei sistemi di servizio pubblico o nei Paesi con forti «programmi pubblici», come Medicare e Medicaid negli USA, Paese nel quale per la prima volta nella storia, nel 2005 la quota di finanziamento pubblico è stata del 51% del totale, quindi superiore a quella privata), in parte con il ricorso a forme di copertura di tipo «solidaristico» (mutue), in parte con il ricorso a forme di copertura collettiva del rischio di salute (assicurazioni private o fondi integrativi), in parte con il ricorso al finanziamento diretto da parte di cittadini che hanno una adeguata capacità di reddito;*
- b) vi saranno iniziative di informazione e sensibilizzazione sui «modelli di consumo», oltre che sui modelli di produzione, tali da rendere chiaro che destinare una quota maggiore di risorse (del Pil) alla «filiera della salute» significa, a parità di altre condizioni, la disponibilità della società a ridurre o a rinunciare ad altri tipi di bisogni e alle filiere ad essi collegate (ad esempio parte di quelle del tempo libero e dell'entertainment);*
- c) infatti, se da un lato è corretto sensibilizzare la popolazione (e responsabilizzare i politici) sul fatto che nel campo della salute non si può dare (e soprattutto promettere) tutto a tutti, è altrettanto vero che occorre sensibilizzare la popolazione (e responsabilizzare i politici) sul fatto che non si può pretendere (e promettere) una assistenza di qualità (ad esempio taglio delle liste d'attesa) senza dedicare al settore adeguate risorse e senza «riorientare» risorse da altri settori;*
- d) è necessaria una più efficace azione culturale capace di diffondere nei cittadini, nei pazienti, negli operatori, in chi si richiama a valori etici profondi e sinceri che può essere accettata la teoria (e le conseguenti politiche) secondo cui la «salute non ha prezzo, ossia deve essere garantita comunque anche a chi non è in grado di pagare i servizi», ma che essa «ha un costo», ossia richiede l'impiego di risorse che devono essere disponibili: in*

assenza di risorse si ha inevitabilmente un effetto di esclusione dal diritto alla salute, una selezione delle persone.

La compatibilità macroeconomica, inoltre, richiede che siano assunte «politiche almeno coordinate, meglio se integrate» lungo tutta la filiera che va dall'assistenza in strutture o al di fuori di esse (come la farmaceutica convenzionata), al sistema di fornitura delle tecnologie, dei beni durevoli, dei farmaci, di altri beni ad uso sanitario, di altri beni di consumo (suddiviso nelle due componenti del sistema di produzione dei beni e di distribuzione degli stessi), al sistema dello sviluppo e ricerca di beni e servizi, al sistema della ricerca di base.

La compatibilità macroeconomica può essere mantenuta solo se il nostro Paese (ma le considerazioni valgono per ogni Paese) non diventerà prevalentemente un «mercato di sbocco» che sostiene la spesa, ma il cui valore aggiunto esce poi dal Paese. Se tutta la «filiera», o buona parte di essa, resta legata al Paese, la spesa per la tutela della salute (impiego della ricchezza prodotta o disponibile) diventa reddito per coloro che lavorano nel settore e in settori collegati e ricavi per le imprese dell'indotto, il che a sua volta genererà spese per soddisfare altri bisogni e reddito per altri settori, o investimenti diretti delle imprese o indiretti da parte di risparmiatori. Se, invece, a causa di politiche non coerenti e razionali (esempio condizioni di scarsa convenienza per le imprese collegate al settore o inadeguati incentivi alla ricerca), una parte rilevante del «valore prodotto nella filiera» esce dal Paese, si ha un impoverimento dello stesso, una crescente difficoltà nel mantenere la compatibilità macroeconomica e l'inevitabile diminuzione dei livelli effettivi di assistenza. Di questo quadro fa parte anche il problema della carenza di alcune professioni sanitarie non mediche che, quando svolte in numero crescente da immigrati, aumentano il «circuito virtuoso» se gli immigrati vengono integrati nella società italiana, mentre danno origine ad una uscita di ricchezza se gli immigrati sono temporanei e portano la maggior parte del reddito acquisito nei loro Paesi dove potranno alimentare processi di consumo e produzione favorevoli allo sviluppo locale.

Il tema della compatibilità macroeconomica, a sua volta, non può essere separato da quello della «produttività». Infatti, una legge dell'economia (il cosiddetto «morbo di Baumol») sostiene che mentre nei settori manifatturieri e dei servizi standardizzabili l'aumento di produttività consente una riduzione dei costi e, di conseguenza, dei prezzi con un effetto di aumento della competitività di quella produzione (di quei beni), nel campo dei servizi alle persone, l'aumento della produttività in genere si traduce in un limitato contenimento di costi, mentre più frequentemente si traduce in un aumento della qualità di vita e di benessere che non si riflette positivamente sulla competitività internazionale e sull'aumento del tasso di sviluppo. Questa considerazione pone due ordini di problemi:

- a) quello dei limiti degli attuali sistemi di misurazione della ricchezza (essenzialmente il Pil complessivo e pro-capite) che è di tipo prevalentemente quantitativo e che un numero crescente di studiosi propone di sostituire con altri indicatori «più significativi e, comunque, inclusivi di alcuni elementi qualitativi»;*
- b) quello della adozione di un concetto «allargato» di produttività.*

Concentrando l'attenzione su questo secondo aspetto, si può dire che la produttività di un sistema di servizi, e di servizi di tutela della salute in particolare, inizia con politiche e con l'adozione di strumenti di valutazione, di incentivi e disincentivi, idonei ad individuare, a contenere ed a eliminare la domanda di prestazioni improprie. Deve essere intesa come tale la domanda di prestazioni non correlata a bisogni reali, ma determinata da eccesso di timori dei pazienti (ipocondria), dalla richiesta di prestazioni (esempio acquisti di farmaci o accertamenti diagnostici) perché garantite o erogate a tariffe molto basse, prestazioni indotte da medici o da strutture di offerta unicamente o prevalentemente per acquisire maggiori risorse economiche in relazione ai sistemi di finanziamento adottati (esempio Drg).

Un secondo intervento sulla produttività riguarda l'introduzione di sistemi di valutazione del rapporto benefici/costi (applicati secondo differenti metodi o tecniche che non è possibile approfondire in questa sede) di nuove tecnologie, nuovi farmaci, nuove metodiche e diagnostiche, terapeutiche, riabilitative. Questi sistemi consentono di ridurre l'effetto del circolo vizioso dell'«offerta che crea la propria domanda» (non correlata ad un bisogno) e che quindi distrugge ricchezza.

Un terzo livello di interventi sulla «produttività» riguarda la responsabilizzazione dei medici e degli altri professionisti con riguardo alle loro scelte:

- a) quella dell'efficacia nel risolvere i problemi di salute e dell'applicazione dei principi scientifici, deontologici ed etici;
- b) quella delle risorse impiegate.

In passato ha prevalso una sorta di «pendolarismo» tra i due aspetti, secondo cui in certi periodi si è dato esclusivo (o prevalente) rilievo all'efficacia, alla deontologia, all'umanizzazione dell'assistenza, all'eticità dei comportamenti, in altri periodi (come nell'ultimo decennio in Italia) per motivi vari si è dato prevalente peso alla dimensione del contenimento della spesa e dei costi, sulla base del presupposto, a volte corretto a volte meno corretto, dell'esistenza di elevate «sacche di inefficienza». Responsabilizzare i medici e gli altri professionisti in modo integrato sulla dimensione dei risultati (dell'efficienza) e sulla dimensione dei costi, non significa ridurre la loro autonomia professionale, ma al contrario significa chiedere loro di dare un contributo «più complessivo» e «più qualificante» al difficile obiettivo di garantire una tutela della salute di qualità più elevata per un numero più ampio di persone.

Un quarto intervento sulla «produttività» del sistema riguarda la capacità dello Stato (in primis) e delle Regioni (in parte ancor più rilevante nel nostro Paese dato il modello di decentramento) di adottare politiche e regole idonee a garantire un equilibrio del sistema (nazionale e regionale), tramite la valorizzazione «a fini di interesse comune» della autonomia strategica e gestionale delle aziende sanitarie (territoriali ed ospedaliere). Oggi, al contrario, spesso si sono adottate politiche ed interventi che perseguono l'obiettivo dell'equilibrio domanda-offerta e finanziamento-spesa del sistema, tramite una penalizzazione dell'autonomia delle aziende. L'obiettivo dell'equilibrio spesso non è raggiunto, altre volte è raggiunto a livelli di assistenza effettiva (non dichiarata) inferiori a quelli dichiarati o a quelli che sarebbero possibili con più elevati livelli di produttività del sistema di offerta regionale.

Un quinto livello di intervento sulla produttività riguarda l'organizzazione interna delle aziende sanitarie, territoriali ed ospedaliere. Non si fa riferimento a modelli legati alla produttività «individuale» del singolo medico o della singola unità organizzativa, del tipo «tempi e metodi» (numero di visite o di interventi per ora o per giorno), ormai superati anche nelle realtà industriali più evolute, ma alla maggiore produttività favorita da una più razionale organizzazione del lavoro, dalle scelte di manager «competenti», ossia che conoscono il management e il contesto di sua applicazione, che è molto differente dalla realtà manifatturiera, dell'auto, dei servizi di trasporto, dei servizi culturali, dei servizi dell'entertainment.

Aumentare la produttività a tutti i livelli, studiandola con strumenti tradizionali di tipo quantitativo «integrati» e «completati» da strumenti qualitativi è una condizione essenziale per rispettare certi vincoli oggettivi dell'equilibrio macroeconomico (altri sono soggettivi o conseguenza di errate, o superate, politiche economiche), facendo diventare la «filiera di servizi di tutela della salute», e dei servizi alla persona più in generale, una delle componenti di un nuovo modello di sviluppo e non solo un auspicio o una utopia di economisti e studiosi in cerca di idee e teorie innovative o di notorietà.

Come realizzare le strategie delle aziende pubbliche di servizi sanitari

Il punto di vista dei direttori generali

a cura di ANDREA FRANCESCONI

Premessa

Il presente contributo è il frutto dell'attività di ricerca svolta nell'ambito del network dei direttori generali delle aziende di servizi sanitari pubbliche della SDA Bocconi, che ha approfondito il tema della formulazione della strategia aziendale e della sua implementazione nelle aziende di servizi sanitari.

Tale tematica è di assoluto rilievo nella teoria economico-aziendale ed è strettamente connessa alla valutazione delle effettive modalità di esercizio dell'autonomia del management, ed in particolar luogo del top management, per:

a) definire gli obiettivi di lungo periodo dell'organizzazione governata in maniera coerente con le finalità proprie dell'azienda (mission e vision aziendale), con le condizioni esterne di ambiente in cui le aziende operano e con le condizioni interne di azienda (in particolare con l'insieme delle conoscenze, delle capacità, delle competenze e del know how che la contraddistinguono);

b) definire le modalità di attuazione delle strategie, ovvero tradurre gli indirizzi strategici generali in concreti piani e programmi di sviluppo aziendale compresi, accettati e condivisi dagli operatori aziendali concretamente chiamati ad occuparsi della loro realizzazione;

c) definire le modalità di valutazione dei risultati ottenuti e, di conseguenza, individuare ed utilizzare strumenti di management adeguati a soddisfare il fabbisogno conoscitivo ed informativo dei diversi livelli di responsabilità coinvolti nel processo di implementazione delle scelte strategiche.

La gestione dei processi di gestione strategica richiede, quindi, al top management una costante attenzione per mantenere, ricercare sistematicamente e sviluppare quelle capacità e quelle competenze (professionali, tecnologiche, organizzative, culturali, di gestione dei gruppi sociali) che consentono di rinnovare e riproporre nel tempo le condizioni di successo della condotta aziendale a fronte dei cambiamenti e delle turbolenze competitive, tecnologiche, istituzionali, di clima organizzativo ecc. che si manifestano nel contesto ambientale e competitivo in cui le stesse aziende operano.

Il Network Dasp (Direttori delle Aziende Sanitarie Pubbliche) ha visto l'adesione e la condivisione di: Antonio Aprile, Lionello Barbina, Andrea Belloli, Marco Bonamico, Maria Cristina Cantù, Carmelo Caratozzolo, Cornelio Coppini, Giuseppe De Leo, Stefano Del Missier, Fosco Foglietta, G. Walter Locatelli, Diego Maltagliati, Paolo Menichetti, Luigi Miglio, Fabrizio Oleari, Vincenzo Panella, Giuseppe Pecoraro, Eugenio Porfido, Francesco Ripa di Meana, Nicola Rosato, Paolo Saltari, Oreste Tavanti, Branka Vujovic, Pierluigi Zeli, Franco Zigrino, Giuseppe Zucattelli.

1. La rilevanza del concetto di strategia aziendale per le aziende pubbliche di servizi sanitari

Le problematiche connesse con la definizione e con l'implementazione delle scelte e dei progetti strategici aziendali sono rilevanti per le aziende sanitarie pubbliche?

Il quesito si pone in considerazione dello specifico assetto istituzionale nel quale operano le aziende sanitarie pubbliche, contesto caratterizzato da scelte e normative regionali che ne possono condizionare le modalità di governo.

Nell'ambito dell'attuale assetto istituzionale si apre così uno spazio di riflessione in merito all'effettiva esistenza di un autonomo spazio di azione strategico per le aziende di servizi sanitari in relazione al ruolo ricoperto dalle Regioni, alle scelte relative alla definizione dell'ammontare complessivo di risorse destinate al Servizio sanitario regionale e, infine, alle modalità di allocazione di tali risorse.

Il lavoro di ricerca ha sviluppato le seguenti indicazioni in merito alla rilevanza ed alla significatività del concetto di strategia aziendale:

a) esiste la reale e concreta possibilità per le aziende sanitarie pubbliche di attivare efficaci ed autonomi processi di formulazione della strategia aziendale finalizzata a favorire processi di sviluppo aziendale, di miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni, di soddisfazione dei bisogni dell'utenza ecc. pur operando in un contesto politico istituzionale che può condizionarne lo spazio di azione. L'esistenza di uno spazio strategico di azione proprio delle aziende di servizi sanitari è testimoniato da due prevalenti elementi distintivi:

1) i comportamenti dei professionisti. L'azione autonoma dei professionisti, qualificante le aziende di servizi sanitari, se non adeguatamente governata, può consentire loro di formulare scelte e di realizzare progetti rilevanti sia sotto il profilo strettamente clinico, sia sotto il profilo organizzativo e dell'impiego delle risorse. Si può trattare di scelte a bassa reversibilità (e quindi strategiche) frutto di comportamenti emergenti e influenzati sia da fattori interni all'azienda (sviluppo, consolidamento e diffusione di conoscenze professionali e cliniche), sia da fattori esterni all'azienda (introduzione non governata di innovazioni tecnologiche) sia infine da fenomeni connessi al funzionamento di network professionali e accademici interaziendali e interistituzionali;

2) la delimitazione delle competenze di governo degli enti sovraordinati. Il ruolo delle Regioni, sotto il profilo istituzionale, è quello di definire le finalità poste a capo delle aziende sanitarie pubbliche senza determinarne la strategia. Il livello di governo regionale determina due dei tre elementi peculiari del finalismo aziendale: le finalità generali perseguite dall'azione di governo aziendale e l'ambito territoriale di riferimento. All'interno di tale contesto le aziende sanitarie pubbliche hanno ampio spazio di azione sulle scelte strategiche relative alla definizione del proprio portafoglio di attività. Si evidenzia così uno spazio strategico che le singole aziende possono colmare con proprie scelte e decisioni prese in autonomia;

b) esistono, tuttavia, alcuni elementi e fenomeni peculiari (tipici del settore sanitario pubblico) che in molti casi limitano nel concreto lo spazio di autonomia strategica delle aziende di servizi sanitari. Tra di essi si ritengono particolarmente significativi i seguenti:

1) la possibile confusione dei ruoli e dei livelli di intervento. In generale la Regione ed i suoi organi (agenzie o dipartimenti regionali) vengono identificati come i soggetti che si occupano delle scelte di pianificazione regionale. Le aziende sanitarie vengono identificate come gli strumenti gestionali per attuare le strategie regionali. Non sempre questa distinzione è chiara ed esplicita e non sempre è rispettata nei fatti e nei comportamenti;

2) l'esistenza di gerarchie strategiche (vincoli strategici nazionali e regionali) che condizionano l'azione delle aziende sanitarie pubbliche;

3) le tensioni di ordine economico-finanziario caratterizzanti l'attuale contesto politico istituzionale possono ridurre gli obiettivi strategici solamente o prevalentemente ad obiettivi di natura economico-finanziaria (ripiano e rientro dei deficit) di breve periodo;

c) il ruolo chiave ricoperto, pur in presenza di possibili condizionamenti politico istituzionali, dal Direttore generale e dal top management¹ nella definizione della strategia. Le esperienze maturate in contesti regionali diversi (e che assumono ruoli e linee di azione diverse nei confronti delle aziende sanitarie pubbliche appartenenti al gruppo regionale) evidenziano l'esistenza dello spazio di azione a livello aziendale che si esprime con la definizione del piano strategico aziendale complementare al piano strategico regionale. In tale contesto il Direttore generale può esprimere adeguati spazi di autonomia.

2. Dalla formulazione delle scelte strategiche alla realizzazione dei progetti di cambiamento. L'implementazione della strategia nelle aziende sanitarie pubbliche

Sia la teoria, sia le esperienze pratiche in tema di strategia aziendale evidenziano come, spesso, l'elemento critico che ne garantisce il successo non sia quello inerente la definizione degli obiettivi strategici, quanto quello inerente la loro concreta realizzazione. Il tema dell'implementazione della strategia è considerato cruciale al fine della effettiva gestione dei processi tendenti a garantire la sistematica coerenza tra dinamiche ambientali esterne e dinamiche organizzative interne che caratterizzano l'evoluzione, la crescita, lo sviluppo aziendale. Quali sono i fattori e le caratteristiche che facilitano la realizzazione di progetti di rilevanza strategica nelle aziende di servizi sanitari? Al fine di approfondire questo argomento, si è utilizzata una metodologia di analisi induttiva focalizzata sull'analisi, tramite questionario ed interviste, di una serie di concreti casi ed esperienze di iniziative progettuali a carattere strategico.

Alcuni di tali casi si riferiscono ad iniziative che sono state concretamente realizzate ed hanno consentito l'ottenimento dei risultati strategici attesi, altri, invece, ad iniziative che, per vari ordini di motivazioni, non hanno avuto successo ed hanno il ruolo di evidenziare le cause che ne hanno determinato la mancata realizzazione.

L'elenco dei casi analizzati è riportato in nota al presente contributo².

1. Con *top management* delle aziende di servizi sanitari si fa riferimento al Direttore generale, al Direttore sanitario, al Direttore amministrativo e ad alcuni ruoli e posizioni dirigenziali particolari di *staff* e di *line* che possono variare da realtà a realtà.

2. I casi analizzati.

I casi di successo

I casi analizzati si riferiscono al perseguimento di tipologie differenti di obiettivi di carattere strategico per le aziende di servizi sanitari relativi a:

- miglioramento della qualità,
- innovazione di processo/prodotto,
- contenimento dei costi e appropriatezza delle prestazioni,
- cambiamento organizzativo,
- adozione di strumenti di governo aziendale.

Si fornisce, per esigenze di completezza, l'elenco dei casi di successo analizzati:

- a) sviluppo del «Call center» interaziendale;
- b) sperimentazione dei gruppi delle cure primarie;
- c) sperimentazione di un centro semiresidenziale di distretto/comunità;
- d) attuazione dei Dipartimenti Assistenziali Integrati;
- e) certificazione qualità secondo il modello della *Joint Commission for Hospital Accreditation*;
- f) contenimento e appropriatezza della spesa farmaceutica;
- g) costituzione dell'unità funzionale di senologia;
- h) ridefinizione del processo di *budget*;
- i) riqualificazione dell'ospedale X;
- l) miglioramento dell'assistenza materno-infantile;
- m) azioni volte al miglioramento della G.R.U.;
- n) governo della domanda (promuovere la salute ottimizzando i risultati).

Dall'analisi delle esperienze è stato possibile trarre indicazioni e generalizzazioni sulle leve e sui fattori che facilitano il perseguimento delle scelte strategiche e sulle leve e sui fattori che, al contrario, lo ostacolano.

La chiave di analisi utilizzata si è proposta di evidenziare nell'ambito dei singoli casi una serie di elementi ritenuti correlati all'implementazione delle scelte strategiche. Tra di essi in particolare i rapporti con gli interlocutori istituzionali (Regioni); le modalità di formulazione e formalizzazione degli obiettivi; gli strumenti di misurazione utilizzati al fine di monitorare il grado di raggiungimento dell'obiettivo strategico, le resistenze organizzative affrontate e le modalità adottate per superarle; le modalità di coinvolgimento del management intermedio e dei professionisti; il collegamento con il sistema incentivante e con gli strumenti di governo aziendale.

3. I fattori critici per l'implementazione dei progetti strategici

I casi analizzati evidenziano alcune specificità che paiono essere in grado di influenzare positivamente i processi di implementazione delle strategie nell'ambito delle aziende di servizi sanitari.

Si evidenziano in particolare i seguenti fattori:

1) la limitata presenza di fattori e condizionamenti «esterni» nell'influenzare l'individuazione a livello aziendale dell'obiettivo e/o del progetto strategico. Gli obiettivi di successo si caratterizzano, in tal senso, per una forte coerenza tra le esigenze emergenti dall'interno dell'organizzazione piuttosto che per la coerenza con progetti o programmi regionali o ministeriali. In sostanza le strategie di successo sono quelle correlate ad una profonda conoscenza della realtà aziendale, della comunità per la quale essa opera, del territorio di riferimento e non quelle correlate ad interventi sovraordinati di sistema;

2) l'enfasi posta sulla formalizzazione dell'obiettivo strategico. La formalizzazione e l'esplicitazione dell'obiettivo, attuata tramite l'utilizzo di diverse tipologie di strumenti quali ad esempio: specifici provvedimenti della direzione generale, il sistema di budget, piani attuativi annuali, business plan ecc. favorisce una maggiore capacità di gestione del successivo processo di implementazione delle scelte strategiche;

3) il largo ricorso alle tecniche del project management per implementare gli obiettivi ed in particolare il forte utilizzo di piani di azione caratterizzati per l'individuazione dei tempi previsti, delle fasi in cui articolare i progetti, dei risultati intermedi attesi, delle risorse da impiegare;

4) una chiara individuazione ex ante dei responsabili organizzativi coinvolti nelle diverse fasi in cui si articolano i progetti. In tal senso la ricerca evidenzia come la direzione generale deleghi alla struttura la fase di realizzazione degli obiettivi mantenendo a sé un forte ruolo di supervisione, di controllo e di valutazione dello stato di avanzamento dei progetti;

5) un elevato grado di diffusione organizzativa degli obiettivi. Gli obiettivi ed i progetti strategici implicano il coinvolgimento di una larga parte della struttura aziendale e, in alcuni casi, di tutta l'organizzazione;

6) la capacità di ottenere risultati nel breve periodo. La durata prevista dei progetti indicati di rilevanza strategica è mediamente annuale. Tale evidenza empirica non pare, tuttavia, contraddittoria rispetto al concetto di «lungo periodo» che qualifica, nella teoria, le scelte

I casi di insuccesso

I casi di insuccesso sono in numero sensibilmente inferiore rispetto a quelli di successo. Si tratta, infatti, solamente di quattro esperienze. Anche di queste si ritiene significativo fornire di seguito l'elenco:

- programma di screening mammografico;*
- accordo con le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione per l'acquisto di ore di attività anestesologica extra debito orario;*
- riorganizzazione della libera professione d'azienda;*
- teleconsultazione congiunta.*

strategiche. Se, infatti, si distingue tra fase iniziale di realizzazione dell'obiettivo e successiva permanenza dello stesso nell'organizzazione, le esperienze analizzate evidenziano la necessità di una rapidità di azione che facilita l'ottenimento dei risultati accompagnata da una elevata rilevanza dei progetti perseguiti rispetto al futuro sviluppo dell'azienda di servizi sanitari;

7) un largo ricorso agli strumenti ed alle logiche manageriali per supportare la fase di realizzazione dei progetti e degli obiettivi strategici. Tra gli strumenti utilizzati si citano:

– strumenti propri dei sistemi di programmazione e controllo di gestione (budget, sistemi di contabilità direzionale, sistema di reporting, piani di lavoro);

– strumenti organizzativi (procedure, creazione di organi di coordinamento o di specifiche strutture complesse, sistema incentivante);

– strumenti di comunicazione e di formazione del personale;

8) presenza di ostacoli e resistenze al cambiamento prevalentemente interni all'azienda accompagnati da un basso e comunque governabile livello di conflittualità. Tra gli ostacoli evidenziati i più citati sono relativi ad una cultura aziendale non sempre in sintonia con il progetto, a problemi di integrazione tra unità operative, al rispetto dei tempi, all'autoreferenzialità dei professionisti.

Le cause di insuccesso evidenziate dalla ricerca, peraltro non generalizzabili dato il limitato numero di esperienze analizzate sono le seguenti:

1) la presenza di legami o collegamenti forti dei progetti di cambiamento con iniziative, obiettivi e/o progetti esterni all'azienda (in particolare progetti regionali);

2) la presenza di forti elementi e fattori di resistenza interni all'azienda;

3) la presenza di elevati livelli di conflittualità non sempre governabili;

4) la presenza di condizionamenti esterni non governabili a livello aziendale (carenze o inadeguatezze di normative specifiche, mancati o ritardati finanziamenti ecc.);

5) la carenza di strumenti di management e di governo aziendale per garantire il perseguimento dell'obiettivo.

4. Sintesi dei risultati

La ricerca effettuata ha evidenziato nei casi di successo e nei casi di insuccesso analizzati elementi comuni e quindi non determinanti ai fini di condizionare il successo o l'insuccesso dei progetti e delle iniziative strategiche ed elementi peculiari ai casi di successo ed ai casi di insuccesso e quindi critici in termini di gestione dei progetti di cambiamento strategici.

La **tabella 1** propone una comparazione degli elementi differenziali e qualificanti le esperienze di successo e degli elementi qualificanti le esperienze di insuccesso analizzate nell'ambito della ricerca condotta.

Le modalità di definizione ed individuazione degli obiettivi e dei progetti strategici, la presenza di condizionamenti esterni non governabili, l'elevata conflittualità organizzativa interna e la concentrazione versus la diffusione delle responsabilità organizzative appaiono essere gli elementi discriminanti nelle esperienze analizzate.

Tra questi fattori critici particolare importanza è da attribuire alla conflittualità. In tal senso si sostiene che il successo nella realizzazione delle strategie e dei progetti strategici

	Nei casi di successo i progetti sono	Nei casi di insuccesso i progetti sono
1)	Individuati e definiti dal Dg	Individuati anche in dipendenza da fattori esterni
2)	Diffusi	Concentrati
3)	Caratterizzati per prevalenti ostacoli interni	Caratterizzati per ostacoli interni e esterni
4)	Con conflittualità governabile	Con conflittualità elevata e difficile da governare

Tabella 1
Elementi differenziali e qualificanti le esperienze di successo e di insuccesso

dipende particolarmente dalla capacità di governare e dominare i conflitti (in particolare i conflitti tra professional) nonché dal tempo a tale scopo dedicato.

5. Il ruolo del Direttore generale

La ricerca ha inteso, inoltre, approfondire quale sia il ruolo ricoperto dal direttore generale nel definire e perseguire le strategie ed i progetti a valenza strategica.

I risultati scaturiti evidenziano un ruolo multiforme del direttore che si qualifica come:

a) ruolo propositivo volto all'individuazione delle criticità aziendali, alla definizione di proposte (visione di medio-lungo periodo), allo sviluppo di linee guida e di indirizzi generali, alla traduzione e declinazione delle politiche regionali in specifici programmi operativi;

b) ruolo di mediatore volto a favorire ed a ricercare un coerente equilibrio di interessi e di esigenze interne ed esterne all'azienda rispetto al suo divenire futuro. In tal senso il direttore generale deve perseguire il coinvolgimento di tutti i principali soggetti interessati alla realizzazione dell'obiettivo, coinvolgere ed informare i rappresentanti delle amministrazioni locali, ricercare l'equilibrio tra indirizzi dei Piani strategici regionali e il piano strategico locale;

c) ruolo di promozione e comunicazione dei progetti e delle strategie volto allo sviluppo di sistemi di promozione degli obiettivi, alla motivazione del personale coinvolto, alla responsabilizzazione dei collaboratori, alla creazione di sistemi e di strumenti di condivisione dei progetti;

d) ruolo operativo volto alla partecipazione alle decisioni relative all'individuazione delle soluzioni organizzative ritenute più idonee per il raggiungimento degli obiettivi (assegnazione compiti e risorse) ed all'attivazione delle risorse operative tramite la programmazione annuale e il sistema di budgeting;

e) ruolo di monitoraggio volto a verificare lo stato di avanzamento del progetto, a monitorare costantemente l'attuazione degli obiettivi, a verificare che i progetti strategici contribuiscono al raggiungimento dei livelli assistenziali in termini quali-quantitativi nel rispetto dei vincoli di bilancio.

In sintesi, quindi, un ruolo di promotore, di sostenitore, di valutatore, di motivatore, di mediatore, di modellatore delle attese dei diversi stakeholder.

6. Fattori determinanti per il successo delle strategie

La ricerca ha, infine, voluto focalizzare l'attenzione sui fattori considerati dai Direttori generali come particolarmente critici per il successo delle strategie aziendali e dei progetti strategici.

*A tal fine, si è selezionato un insieme di fattori, condizionanti le modalità di formulazione ed implementazione delle strategie elencati nel **box 1**.*

I fattori che sono stati unanimemente considerati i più importanti dal panel di Direttori generali che hanno partecipato alla ricerca sono stati quelli inerenti:

- leadership del Direttore generale;*
- coinvolgimento dei ruoli dirigenziali;*
- coesione del top management.*

I primi due fattori si caratterizzano, inoltre, per una forte concentrazione delle risposte che conferma e rinforza il loro grado di rilevanza. La coesione del top management è, invece, considerata da alcuni degli intervistati come fattore ad elevata criticità, da altri come fattore di scarsa significatività presentando un'elevata variabilità nelle risposte indice di sua minore rilevanza in termini assoluti.

- Capacità di creare consenso interno all'azienda
- Capacità di creare consenso esterno all'azienda
- Capacità di gestione del personale
- Casualità
- Coesione del *top management*
- Coinvolgimento degli operatori
- Coinvolgimento dei ruoli dirigenziali
- Competenze tecnico-professionali
- Costanza e perseveranza del Dg
- Definizione degli obiettivi finali e degli *step* intermedi
- *Leadership* del Dg
- Politiche e iniziative istituzionali
- Relazioni politiche
- Risorse economico-finanziarie
- Strumenti di governo e di management
- Sistema incentivante

Box 1

I fattori condizionanti
le strategie

I fattori che, al contrario, sono stati individuati come i meno rilevanti in assoluto sono stati quelli inerenti:

- relazioni politiche;
- politiche e iniziative istituzionali;
- casualità.

Solo per il terzo fattore (casualità) si assiste ad una bassa variabilità nelle osservazioni che lo pongono stabilmente all'ultima posizione.

Gli altri due fattori sono, invece, caratterizzati da una significativa variabilità delle risposte.

7. Diversi profili di management

Il top management delle aziende pubbliche di servizi sanitari si caratterizza, ovviamente, per assumere posizioni differenti e diversificate sulla significatività e sulla rilevanza dei singoli fattori determinanti per il successo delle strategie delle aziende sanitarie pubbliche.

La ricerca ha evidenziato tre classi omogenee, tre profili differenti di direzione e di management. Si tratta di:

- a) i promotori dell'aziendalizzazione;
- b) i team manager;
- c) i fiduciari della capogruppo.

I tre profili presentano delle significative peculiarità di orientamento rispetto alla criticità dei fattori considerati.

a) i promotori dell'aziendalizzazione

Per tale profilo di management il successo della strategia dipende innanzitutto dalla leadership del Direttore generale, dalla disponibilità di adeguata strumentazione manageriale a supporto delle decisioni e della gestione, dal coinvolgimento, infine dei ruoli dirigenziali tramite meccanismi di compartecipazione alle scelte e di condivisione delle decisioni.

Bassa rilevanza è, al contrario, attribuita alle relazioni politiche, alla capacità di creare consenso interno ed alle politiche ed iniziative istituzionali.

Evidente appare la convinzione che le tecniche di management e di governo aziendale incidono sui processi di gestione strategica aziendale in misura maggiore di quanto non facciano variabili di relazione e meccanismi di appartenenza politico-istituzionale.

b) i team manager

Il terzo profilo di direzione si caratterizza in quanto attribuisce fondamentale importanza alla leadership del Direttore generale, alla coesione del top management e alle competenze professionali e di direzione assegnando, invece, scarsa rilevanza alle relazioni politiche, alle iniziative istituzionali ed al sistema incentivante.

Gli appartenenti a questa categoria si qualificano come sostenitori delle variabili soft della gestione aziendale ed, in particolare, di quelle connesse, da un lato, alle capacità di stimolo e di motivazione all'azione attribuite ai vertici aziendali, dall'altro, all'«empowerment» dell'organismo personale realizzabile sia tramite processi di formazione, sia tramite iniziative di reclutamento di adeguati livelli di professionalità, sia, infine, tramite processi di diffusione delle conoscenze e delle competenze presenti in azienda (knowledge management).

c) i fiduciari della capogruppo

Si tratta di Direttori generali che attribuiscono rilevanza, ai fini del successo delle strategie, a fattori quali la disponibilità di adeguate risorse economico-finanziarie, le politiche e le iniziative istituzionali ed in particolar modo regionali, alla coesione del top management e della squadra di direzione.

Evidente quindi l'importanza attribuita agli organi regionali sia in termini di finanziamento della gestione, sia in termini di programmazione di sistema da cui discende la pianificazione strategica a livello aziendale.

Tale profilo di management non ritiene, invece, cruciali fattori quali la capacità di gestione del personale e, neppure, le relazioni politiche.

Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie

DENITA CEPIKU, DOMENICO FERRARI, ANGELA GRECO

The article deals with the role of the public administration inside the networks with which public governance is often identified. Two different positions can be found in the literature. The first considers strategic steering and coordination of networks as a function that can be endorsed by every actor inside of it. According to the second viewpoint, only public administration has the legitimacy necessary to steer and coordinate networks. The empirical analysis of two case studies, the health networks in the Swiss Canton of Vaud and in the Italian Region of Marche, highlights that the two positions have important points in common, as well as the main preconditions and means of strategic steering.

Note sugli autori

Denita Cepiku, Università degli Studi di Roma «Tor Vergata»

Domenico Ferrari, Università della Svizzera Italiana e Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

Angela Greco, Università della Svizzera italiana, Ospedale Regionale di Locarno e Clinica Hildebrand

Attribuzione

Il presente paper è frutto del lavoro coordinato degli autori. In fase di stesura sono da attribuirsi a Denita Cepiku il § 2, a Domenico Ferrari il § 3 e ad Angela Greco il § 4, mentre i §§ 1 e 5 risultano da un'elaborazione congiunta. Gli autori ringraziano il Prof. Marco Meneguzzo per i suoi preziosi suggerimenti

1. Introduzione

Dopo un ventennio caratterizzato da un approccio alla gestione delle amministrazioni pubbliche ispirato ai principi del *New Public Management*, a partire dalla metà degli anni '90, hanno cominciato a diffondersi contributi di accademici ed operatori che si sono condensati in un nuovo approccio al ruolo delle istituzioni pubbliche nelle moderne società. A tale approccio è stata data la denominazione di «*Public Governance*»¹. La *Public Governance* implica una nuova concezione del ruolo che la pubblica amministrazione svolge nei confronti dei diversi attori sociali ed economici e si estrinseca in una maggiore attenzione a forme di cooperazione e partenariato con soggetti privati *non e for profit*.

La letteratura internazionale sulla *public governance* colloca prevalentemente il proprio livello di analisi ai *network*, che vengono visti come una soluzione funzionale rispetto all'impossibilità di riproporre modelli di intervento *top-down* basati sulla centralità dell'operatore pubblico. Gli elementi centrali del paradigma della *public governance* (presenza di una pluralità di attori, coordinamento orizzontale, ecc.) sono piuttosto condivisi in letteratura, e sono riscontrabili nell'attuale scenario della sanità italiana ed estera. Molto più dibattuto è invece il tema relativo al ruolo di guida e coordinamento strategico (o *steering*) da parte della Pa, ossia alle problematiche del governo delle forme reticolari, intorno al quale gli studi sulla *public governance* assumono posizioni teoriche differenti. La ricostruzione che il *paper* effettua degli approcci summenzionati è finalizzata ad evidenziare le rilevanti implicazioni che

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La *governance* delle reti di aziende sanitarie
3. Governare con BRIO: il modello delle reti di cura del Canton Vaud
4. L'Azienda sanitaria unica regionale nelle Marche: *governance* di sistema sanitario e centro di offerta di servizi
5. Conclusioni

esse determinano nel governo delle reti nel settore sanitario.

Se la prima parte del *paper* – prevalentemente teorica – si occupa di definire e di esplicitare il ruolo di coordinamento strategico della Pa (centrale, regionale e locale) nel settore sanitario; la seconda parte del *paper* – prevalentemente empirica – si occupa invece di approfondire l'analisi delle diverse forme di collaborazione tra soggetti pubblici e privati del settore sanitario e le differenti logiche di coordinamento poste in essere in differenti contesti. Attenzione particolare sarà dedicata a due sistemi sanitari che possono costituire interessanti laboratori per l'analisi del paradigma della *governance*.

Il primo è il sistema sanitario elvetico che, rispetto alla realtà italiana, presenta caratteristiche molto differenti sotto molteplici profili: dal livello di autonomia dei sistemi regionali (cantoni) ai modelli di offerta, dalle logiche di finanziamento alle relazioni pubblico-privato. Verrà a questo proposito studiata l'esperienza del sistema dei NOPS sviluppato dal Canton Vaud, caratterizzato da forme di cooperazione tra reti pubbliche e private (*non e for profit*) operanti secondo una logica di *continuum of care*.

Il secondo esempio di laboratorio della *public governance* in ambito sanitario identificato è il Ssn italiano, inteso come sistema di Servizi sanitari regionali. Negli ultimi anni, infatti, sono state sviluppate in questi ultimi modalità di cooperazione tra le aziende sanitarie, basate su logiche di «coordinamento dall'alto» (sono tipicamente le esperienze della CIA – Emilia-Romagna – Consorzi delle aree vaste – Toscana – e recentemente Asur – Marche) o di «coordinamento dal basso» in relazione a progetti di sperimentazione gestionale, di innovazione finanziaria (finanza di progetto) e di cooperazione pubblico-privato nel settore sociosanitario e socioassistenziale. Le diverse esperienze sono state analizzate in numerose pubblicazioni (Meneguzzo, 1996, 2000, 2003; Lega, 2002; Meneguzzo, Cuccurullo, 2003; Meneguzzo, Rossi, Roncetti, 2004) ed, in questo *paper*, verranno rilette analizzando le linee di governo strategico formulate per l'Azienda sanitaria unica regionale delle Marche.

2. La *governance* delle reti di aziende sanitarie

Analogamente ad altri settori di intervento prevalentemente pubblico (servizi alla persona, educazione, cultura, socio-assistenziale, ecc.) i tratti salienti della *public governance* sono riscontrabili anche nell'attuale scenario della sanità sia italiana che estera.

L'approccio della *public governance* dà un notevole risalto alle reti ed agli aggregati interaziendali che si caratterizzano per l'interdipendenza tra aziende ed amministrazioni e la presenza di interazioni ripetute nel tempo tra i vari attori. Si tratta di un approccio molto utile per indagare le caratteristiche evolutive del settore sanitario sempre più frequentemente contraddistinto dal ricorso ad aggregati interaziendali quali modalità per organizzare in maniera innovativa e flessibile la risposta ai bisogni di salute dei cittadini (tabella 1).

In questo primo paragrafo del *paper* si intende offrire un inquadramento generale del tema della *public governance* e dei principali filoni di studio che all'interno di essa si sono sviluppati. Una particolare attenzione sarà riservata alla tematica dei *network* con il fine principale di indagare il possibile contributo conoscitivo degli studi sulla *public governance* in termini di governo delle reti nel settore sanitario.

La diffusione delle reti aziendali nel settore pubblico è considerata da numerosi autori (Martinetto, 2003; Jones, Schedler, Mussari, 2004; Rhodes, 1996; Meneguzzo, 1999; OECD/PUMA, 2002) in relazione ad alcune leve di modernizzazione ispirate al *New Public Management* come i processi di privatizzazione delle *utilities*; l'introduzione di elementi di competizione guidata pubblico-pubblico e pubblico-privato; la creazione di agenzie esecutive, autorità di regolazione indipendenti e *Quangos*; il ricorso al *contracting out/in*, ecc. Questi interventi finalizzati ad un recupero di efficienza hanno però determinato come «effetto collaterale» una eccessiva frammentazione delle responsabilità tra più soggetti con la conseguenza ultima di rendere ancor più cruciale e necessario il ruolo di coordinamento strategico da parte dell'amministrazione pubblica. A fronte di tale rinnovata esigenza, gli studiosi della *public governance* riscontrano una in-

Danimarca	Hovedstadens Sygehusfællesskab (Copenaghen)
Francia	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, (AP-HP) Hospices Civils de Lyon, (HLC)
Germania	Sistema ospedaliero di Monaco di Baviera
Italia	Conferenza sanitaria area metropolitana (Bologna) Gruppi ospedalieri <i>for profit</i> e <i>no profit</i> (Milano e Roma) Centrali interaziendali acquisto (Bologna) Consorzi area vasta (Regione Toscana)
Regno Unito	Primary care groups (<i>trust</i> entro il 2004) Health action zones District Health Authorities Drug policy network/Drug Action Teams Better Government for Older People (BGOP)
Spagna	Organización Nacional de Transplantes Consorcio Hospitalario de Catalunya Areas basicas de salud (Catalogna)
Stati Uniti	Multi-hospital systems Integrated Delivery Systems Voluntary Health Associations (reti organizzazioni sanitarie <i>non profit</i>)
Svizzera	Ente ospedaliero cantonale (EOC) del Canton Ticino Ospedali multisito Reti sanitarie del Canton Vaud
<p>Per un approfondimento delle singole esperienze elencate si vedano: Meneguzzo (1996, 2000, 2003); Acevedo, Common (2004); Bergamaschi (1996); Cepiku (2003); Department of Health (1995); Hudson (2002); Lega (2002). Per ulteriori esempi interessanti si veda: «Healthy Cities projects» promossi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (http://www.who.dk/healthy-cities/CitiesAndNetworks/20010828_1).</p>	

Tabella 1
Esempi di aggregati
interaziendali
nel settore sanitario
e socioassistenziale

debolita efficacia degli strumenti tradizionali di coordinamento strategico. Basti pensare agli strumenti di pianificazione e controllo strategico ed agli strumenti di *accountability* che sono tutti da ripensare nella logica del *network* (Monteduro, 2004; Pilonato, 2004).

Nella letteratura sulla *public governance* le reti sono descritte come una terza opzione di coordinamento – alternativa o, per alcuni, ibrida² – rispetto al mercato e alla gerarchia (Kooiman, 1993, 2003; Kickert, 1993, 1995; Rhodes, 1996, 1997; Mayntz, 1993; Meneguzzo, 1995; Kettl, 2002; Jessop, 1998; Björk, Johansson, 2001). La *governance* attraverso le reti (detta anche *network governance*) si basa su relazioni di collaborazione tra attori interdipendenti ma autonomi che, sulla base di interessi condivisi o comunque non confliggenti, scambiano risorse di varia natura³ per il raggiungimento degli obiettivi. È proprio la riconosciuta autonomia dei vari attori della rete che esclude, per buona parte

della letteratura, un coordinamento gerarchico delle forme reticolari.

Un'analisi della letteratura e della prassi sulla *public governance* lascia trasparire alcuni elementi definatori ricorrenti (Cepiku, 2004). Al centro del paradigma è possibile individuare la gestione ed il coordinamento di reti interistituzionali (Rhodes, 1996; Meneguzzo, 1995; Kettl, 2002; Kickert, 1995; Mayntz, 1998; Jessop, 1998; Björk, Johansson, 2001). Altri elementi riguardano un orientamento della PA verso l'esterno (Meneguzzo, 1995) ed il temperamento degli interessi e la loro armonica composizione in politiche tanto a livello aziendale (Airoldi, 1998), quanto a livello di sistema economico-politico (Banca Mondiale, 1992; UNDP, 1995). La *public governance* è un concetto più ampio del *government* (Rhodes, 1996; Schick, 2003; Kooiman, van Vliet, 1993; Björk, Johansson, 2001; Borgonovi, 2001; Pierre, 2000) ed emerge come risultato ultimo di interazioni tra Pa, mercato e società

civile (Reichard, 2001; Meneguzzo, 1995; Rhodes, 1996; Kooiman, van Vliet, 1993).

Mentre gli studi sulla *public governance*⁴ e, nel loro ambito, quelli sulle reti interaziendali⁵ hanno subito una innegabile proliferazione, altrettanto non si può dire del tema del coordinamento strategico dei *network*⁶ che rimane un'area poco indagata della *network governance*⁷. Le cause di questa mancata attenzione da parte dei ricercatori sono da attribuirsi, in primo luogo, alla percezione di una *contradictio in terminus* tra *network* e coordinamento: le reti sono ritenute infatti al contempo una causa ed una soluzione al problema del coordinamento. Inoltre in numerosi studi si evidenzia che a fronte di una chiarezza delle problematiche da affrontare sussiste una notevole carenza con riferimento agli strumenti con i quali garantire l'*accountability* e/o il coordinamento strategico

delle reti (Agranoff, McGuire, 2001; Monteduro, 2004; Pilonato, 2004; Van Kersbergen, Van Waarden, 2004).

Ciononostante, il coordinamento strategico degli aggregati interaziendali assume una notevole rilevanza, sia dal punto di vista empirico, data la diffusione delle forme reticolari e la contemporanea assenza di studi sul tema del coordinamento; sia dal punto di vista normativo, in quanto si presume essere desiderabile un funzionamento efficace delle reti; sia, infine, dal punto di vista pratico, allorché si rende necessario comprendere il rapporto tra il coordinamento strategico delle reti e la loro performance. Non solo il coordinamento strategico delle reti riceve una insufficiente attenzione da parte degli studiosi, ma gli scarsi studi esistenti si caratterizzano per un approccio quasi esclusivamente teorico e per posizioni alquanto contrastanti (tabella 2)⁸.

Tabella 2

I due principali approcci al coordinamento strategico dei *network* nell'ambito degli studi sulla *public governance*
Fonte: nostra elaborazione

<p>Primo approccio</p>	<p>Si ipotizza l'assenza di un attore prevalente che funga da centro del sistema. Il soggetto pubblico è quindi configurato come uno dei tanti attori che cooperano nella rete, tutt'altro che depositario di un ruolo di coordinamento e guida strategica della rete (1) (Dunsire, 1996 (2); Kettl, 2002; Kickert, 1993; Kickert, Klijn, Koppenjan, 1997; Kooiman, 1993; Rhodes, 1996; Stoker, 1998). In presenza di relazioni di collaborazione tra aziende private e pubbliche (in parte o del tutto) immuni da un coordinamento esterno, il concetto di <i>governance</i> viene a coincidere con quello di <i>network</i> visto come una terza via di governo, rispetto a mercato e burocrazia.</p> <p>In parte, ciò riflette la genesi di una letteratura strettamente connessa al dibattito sull'inefficacia degli strumenti di coordinamento formali che si concretizzano in «obblighi» per i vari attori, a seguito della crisi di finanza pubblica e la dispersione e frammentazione della capacità di soddisfare i bisogni pubblici. Un esempio indubbiamente rappresentativo di questo filone è rappresentato dai contributi di Rhodes che caratterizza la <i>network governance</i> come il «<i>governing without government</i>» a seguito di uno stato indebolito (<i>hollowed-out</i>). Anche per Rhodes tuttavia l'interdipendenza non esclude un certo grado di coordinamento da parte degli attori pubblici (3).</p> <p>In parte, il «<i>Governance club research programme</i>» dell'Erasmus University di Rotterdam ed i suoi principali esponenti (Kickert e Kooiman) giungono alle medesime conclusioni riguardo alla ridotta capacità di coordinamento strategico delle reti da parte dell'amministrazione pubblica (4). Questa prospettiva nasce come reazione all'approccio razionalista che enfatizza le relazioni tra un centro autoritativo e gli altri componenti del <i>network</i>. Le raccomandazioni di <i>governance</i>, seguendo l'approccio «olandese», enfatizzano una delega di potere dal centro verso le periferie.</p>
<p>Secondo approccio</p>	<p>Si riconoscono le peculiarità del soggetto pubblico che risulta incaricato del ruolo di regolamentazione e coordinamento degli attori nella rete, sebbene attraverso strumenti e logiche diverse da quelle esclusivamente gerarchiche. In altri termini, l'amministrazione pubblica non può dominare unilateralmente tutti gli altri attori, ma non si trova nemmeno in una posizione paritaria ed orizzontalmente equivalente a quella degli altri attori (Agranoff, McGuire, 2001 (5); Milward, Provan, 2003; Mayntz, 1998; Peters, Pierre, 1998; Jessop, 1998). Per questi autori la Pa è ancora un pilastro fondamentale delle reti operanti in diversi settori ed ha ancora a sua disposizione numerosi meccanismi di coordinamento strategico (si pensi ad esempio ai meccanismi di finanziamento, a strumenti di definizione degli obiettivi come i <i>Public service agreements</i>, all'accreditamento o agli strumenti di persuasione, alla regolazione normativa, ecc.).</p> <p>In questo secondo approccio si riconosce dunque un ruolo fondamentale ed insostituibile della Pa ai fini del coordinamento strategico dei <i>network</i>. L'insostituibilità della Pa dipende (Mayntz, 1998, Scharpf, 1990) da alcune caratteristiche peculiari che la differenziano dagli attori privati e che derivano, in ultima istanza, dai meccanismi di legittimazione politico-istituzionale delle moderne democrazie.</p>

(1) «*In principle, every actor who is active in the policy process can fulfil the role of manager*», cfr. Kickert, Klijn, Koppenjan (1997), p. 168.

(2) Sia Dunsire (1996) che, più criticamente, Kickert (1993), fanno riferimento al lavoro di Luhmann (1995) sulla teoria dell'autopoiesi dei sistemi sociali, punto focale del dibattito sulla crisi dello stato e lo «*Steuerungspessimismus*». Per Dunsire «*the better model is a polycentric (or centerless) network of distinct but overlapping policy communities, in each of which the state is but one group of corporate actors among many*» (p. 300, op. cit.). Egli considera i sistemi sociali come «*unregulable from any center if not altogether ungovernable*» (p. 301, op. cit.).

(3) «È lo Stato che facilita il funzionamento delle reti e che definisce i parametri dell'agire degli attori, anche se il coordinamento rimane limitato ed indiretto».

(4) Kickert parla di coordinamento «a distanza» attraverso meccanismi di persuasione ed influenza.

(5) Agranoff e McGuire (2001) definiscono le «*public management networks*» come «*multiorganizational arrangements [...] led or managed by government representatives*».

Come risulta evidente dalla lettura della tabella 2, la prima posizione vede il coordinamento strategico delle reti aziendali come una funzione diffusa che può essere ricoperta da qualunque soggetto all'interno della rete. La domanda di ricerca che questi autori si pongono è: «cosa può o deve essere il coordinamento strategico delle reti dal momento che la Pa si trova in una posizione paritaria rispetto alle altre aziende della rete?». Nella seconda prospettiva, invece, il soggetto deputato a coordinare strategicamente la rete è la Pa, l'unica depositaria della capacità/legittimità necessaria. La domanda di ricerca per questo secondo gruppo di autori è: «come può la Pa rafforzare la propria capacità di coordinamento delle reti in presenza di numerosi fallimenti della *governance*?». Le due posizioni teoriche sul coordinamento strategico delle reti interaziendali sono state testate empiricamente in alcuni interessanti studi relativi a specifici settori. Il primo approccio (che postula l'inesistenza di alcuno specifico «dovere/capacità» della Pa di esercitare il coordinamento strategico del *network*) trova rari riscontri empirici. Tra questi il più interessante è uno studio di Kickert (tabella 3) nel quale si evidenzia come nel settore dell'istruzione superiore in Olanda si rilevi un ridimensionamento consistente del ruolo di coordinamento del ministero dell'Istruzione. Il secondo approccio (che postula invece l'esistenza di un insostituibile dovere/capacità di coordinamento della Pa) trova maggiori riscontri in diversi settori: dallo sviluppo economico ai servizi di sicurezza,

dai servizi di salute mentale ai servizi sanitari e socio-assistenziali (tabella 3).

Un'attenta lettura degli studi empirici sul ruolo di coordinamento strategico esercitato dalla Pa porta a concludere che, in realtà, i due approcci teorici non sono in netta contrapposizione ma presentano punti di contatto. Da un lato, chi sostiene che la Pa non è depositaria di un diritto/dovere di coordinare gli altri attori del *network* non nega che poi di fatto essa eserciti un ruolo importante in termini di coordinamento strategico: è pur sempre uno degli attori e come tale può svolgere – sebbene non necessariamente – un ruolo di *network steering*. D'altra parte, chi postula l'insostituibilità del coordinamento pubblico, non nega che spesso mancano gli strumenti e le competenze necessarie, il che di fatto porta ad un non esercizio del diritto/dovere di coordinamento.

Se esaminata nel suo complesso la letteratura sulla *network governance* sembra suggerire che non è tanto importante ragionare «in assoluto» sull'opportunità o meno di un ruolo di coordinamento strategico della Pa: di fatto la Pa esercita un ruolo ancora insostituibile soprattutto in contesti in cui l'esigenza di tutela dell'interesse pubblico ha trovato soluzioni improntate ad un'assunzione di una responsabilità diretta e consistente da parte della Pa. Ciò è particolarmente vero nel settore su cui si concentrano i ragionamenti di questo *paper* e cioè il settore dei servizi sanitari⁹.

Se in alcuni casi il rafforzamento del ruolo di coordinamento strategico da parte del soggetto pubblico ha avuto luogo a scapito

Autore	Settore	Posizione assunta
Bache (2000) Loader (2000) Milward e Provan (1995, 1998) Martinetto (2003) Davies (2002) Foracchia e De Martino (2004) Bagdadli (2001), Meneguzzo (2003)	Sviluppo economico/recupero urbano nelle aree di Yorkshire e Humble Polizia e servizi di sicurezza Servizi mentali e prevenzione di uso di droghe ed alcol da parte dei giovani Servizi sanitari e socioassistenziali caratterizzati da reti promosse e regolamentate dalla Pa centrale Politiche di recupero urbano nel Regno Unito Social <i>network</i> nella assistenza sanitaria di base Reti nel settore culturale museale e teatrale	Pa coordinatore strategico
Kickert (1995) Soda e Salvemini (2001)	Istruzione superiore in Olanda Reti nel settore culturale e multimediale	Autoregolazione reti

Tabella 3
Studi empirici sul coordinamento strategico delle reti in vari settori

della delega di potere ed autorità verso il basso (si veda in tal senso l'analisi evolutiva del coordinamento strategico a livello locale nel sistema sanitario inglese illustrato nella **tabella 4**), altri contesti sembrano caratterizzati dalla compresenza di decentramento e di un forte ruolo di coordinamento strategico da parte del soggetto pubblico.

La trattazione che segue è volta ad arricchire il dibattito sviluppato nel tempo attorno alle due posizioni poc'anzi descritte, analizzando per l'appunto due casi selezionati dal contesto italiano e quello svizzero.

In Italia all'esigenza di tutela della salute dei cittadini è stata data una risposta (Servizio sanitario nazionale) nella quale non si può disconoscere il ruolo prioritario in termini di coordinamento esercitato dalla Pa (statale e regionale). Analogamente in Svizzera il sistema di autonomia a livello cantonale ha portato a configurare un ruolo di coordinamento strategico altrettanto interessante.

In conclusione appare condivisibile la riflessione di alcuni autori (Mayntz, 1998; Scharpf, 1990) che più che interrogarsi sul-

l'opportunità o meno di un ruolo di coordinamento strategico si concentrano sull'esame di quelle variabili di scenario e di contesto che di fatto portano la Pa ad esercitare un ruolo più o meno attivo in termini di *network steering*.

Dopo aver delineato i principali orientamenti presenti in letteratura in materia di *governance* delle reti nei sistemi sanitari, i due paragrafi che seguono indagano, da un punto di vista empirico, due casi di coordinamento strategico delle reti sanitarie, rispettivamente le reti di cura del Canton Vaud e l'Azienda sanitaria unica regionale nelle Marche.

3. Governare con BRIO: il modello delle reti di cura del Canton Vaud

L'esperienza delle reti di cura nel cantone svizzero di Vaud si caratterizza per un arco temporale piuttosto lungo. Introdotta nel 1997 per rispondere ad alcune sfide legate all'evoluzione dei sistemi sanitari, le reti di cura hanno visto una prima fase di sperimentazione (1997-2002), in cui sono state pro-

Tabella 4

L'evoluzione della *governance* e del coordinamento strategico dei servizi sanitari e socioassistenziali nel Regno Unito negli anni novanta

Governance e coordinamento strategico delle relazioni orizzontali	Inizio '90 (1990 Community Care Act)	Separazione delle responsabilità per l'acquisto e la produzione dei servizi sanitari (<i>purchaser-provider split</i>). Enfasi sulla competizione tra soggetti responsabili della produzione. Maggiore decentramento e autonomia organizzativa. Medici di base (<i>General Practitioners</i>) come perno del sistema.
	1996	Enfasi sulle <i>partnership</i> nell'erogazione dei servizi sanitari. Coordinamento implicito nel <i>contracting</i> che richiede non solo la definizione del servizio ma anche la divisione delle attività tra i diversi settori. Questa inversione di tendenza prosegue con l'introduzione dei « <i>total purchasing</i> » initiatives nelle quali consorzi di GPs sono responsabili di un ampio raggio di servizi per i propri pazienti.
	Fine '90	Introduzione dei <i>primary care groups</i> in Inghilterra con più estese responsabilità di acquisto e coordinamento dei servizi sanitari nonché responsabili dell'integrazione dei servizi sanitari con quelli socioassistenziali. Introduzione di ulteriori meccanismi di coordinamento delle aziende produttrici di servizi sanitari quali (NHS Plan, 2000): <input type="checkbox"/> <i>Health improvement programmes</i> <input type="checkbox"/> <i>Local strategic partnerships</i> <input type="checkbox"/> <i>Health action zones</i> <input type="checkbox"/> <i>Budget comuni per servizi sanitari e socioassistenziali</i> .
	Situazione attuale (DoH, 2004)	Il coordinamento strategico dei servizi sanitari: <input type="checkbox"/> Fa parte dei doveri formalmente assunti dalle aziende sanitarie di lavorare in <i>partnership</i> <input type="checkbox"/> Rientra nelle responsabilità dei <i>primary care trusts</i> di migliorare il livello di salute della popolazione <input type="checkbox"/> Orienta le strategie di fusione di aziende produttrici.
Governance e coordinamento strategico delle relazioni verticali	Il coordinamento strategico verticale dei servizi sanitari vede la presenza di un numero limitato di attori che coordinano a due livelli ed è caratterizzato da elementi di gerarchia, autonomia limitata e gestione centralizzata delle risorse (che rende risorse disponibili per finanziare il coordinamento). Da un lato il <i>Department of Health</i> decide la strategia, determina gli standard e alloca le risorse; dall'altro le <i>strategic health authorities</i> sono responsabili per il coordinamento della programmazione a livello locale e l' <i>accountability</i> delle aziende locali attraverso strumenti di <i>performance management</i> . Dalla fine degli anni '80, il coordinamento strategico da parte del centro ha subito un decentramento delle responsabilità di coordinamento, accompagnato da un aumento delle reti interaziendali.	

gettate, disegnate ed avviate le reti di cura, ed una fase successiva (esplicitata nella visione 2004-2007) in cui, dopo un primo bilancio dell'esperienza, è stata riformulata la strategia di rete e sono state ripensate le logiche e gli strumenti di coordinamento strategico delle reti.

Per meglio contestualizzare gli sviluppi più recenti, appaiono necessarie alcune considerazioni preliminari sulla storia e, soprattutto, sul contesto di riferimento in cui è maturata e si è sviluppata la scelta di introdurre le reti di cura nel Canton Vaud.

Il sistema sanitario svizzero presenta importanti specificità che lo caratterizzano come unico nel panorama europeo, con elementi di forte convergenza con il sistema sanitario statunitense. Tra queste vanno ricordate:

– la presenza di un modello assicurativo di tipo concorrenziale fondato sulla presenza di assicurazioni malattia private *non profit* (casse malati), che registrano negli ultimi anni processi di concentrazione (attualmente se ne contano ancora 101);

– la diffusione di piani assicurativi sul modello, ormai ventennale, delle *Health Maintenance Organizations* statunitensi;

– la pluralità di fonti di finanziamento, rappresentate dalle assicurazioni sanitarie e sociali, dai diversi livelli istituzionali (governo federale, cantoni, comuni), dalle assicurazioni complementari e dagli utenti stessi (Crivelli, Filippini, Mosca, 2003).

A queste specificità si aggiunge l'enfasi sulla valorizzazione dell'autonomia dei cantoni, con un ruolo di governo debole del livello federale, peraltro in fase di ridefinizione, e forti disparità tra i cantoni a livello di offerta di servizi, di accessibilità agli stessi e di spesa sanitaria. Come risulta dalla **figura 1**, esistono forti disparità nella spesa sanitaria pro capite per l'assistenza sanitaria di base: prendendo come riferimento l'anno 2000, si passa infatti dai 3200 € circa del Cantone di Basilea Città e dai livelli elevati di spesa dei Cantoni romandi (Ginevra, Vaud, Vallese) ai 1400 € circa di alcuni cantoni della Svizzera tedesca.

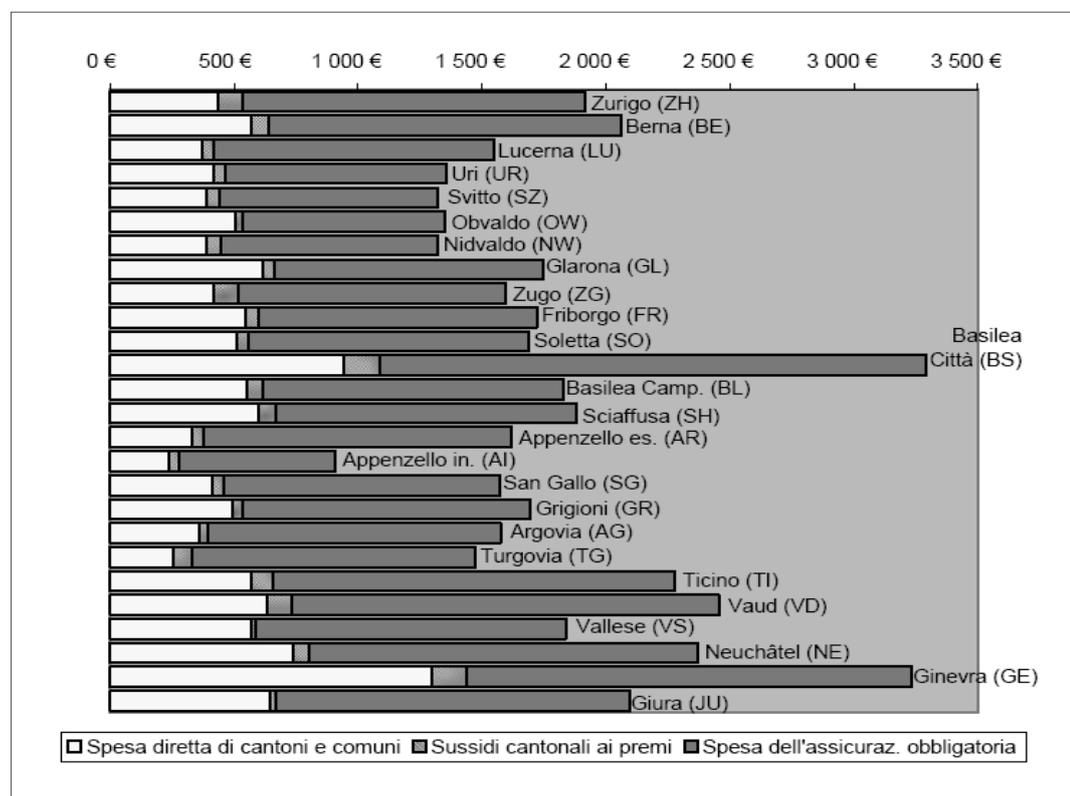


Figura 1

Spesa sanitaria pro capite per le cure di base nei cantoni svizzeri (2000)

Fonte: UFS (2002) e UFAS (2000)

Fin dalla metà degli anni '90, il Canton Vaud ha registrato, come la maggior parte dei cantoni elvetici, un'esplosione della spesa, strettamente collegata alla configurazione assunta dal sistema sanitario svizzero, basata sulla *regolazione del laissez faire*, attraverso la LAMal (Legge federale sull'assicurazione malattie) e soprattutto su una dominanza dei sistemi di terzo pagante, che vedono come attori in gioco una pluralità di fondi e piani assicurativi sanitari privati, con potere contrattuale sempre più incisivo.

La crescita della spesa si accompagnava alla necessità di individuare nuove risorse finanziarie per gli investimenti in immobili ed in tecnologia sanitaria e per interventi di manutenzione straordinaria della dotazione infrastrutturale e tecnologica esistente.

Le reti di cura non si sono però caratterizzate come risposta alla crescita dei costi del sistema sanitario cantonale ed al fenomeno della crisi finanziaria. I decisori politici, e soprattutto la tecnostuttura cantonale (servizio della salute pubblica), erano consapevoli di trovarsi in presenza di modifiche significative del quadro epidemiologico, legate alla sempre maggiore rilevanza delle patologie cronico-degenerative, delle dipendenze (alcol, droga, patologie alimentari) e delle problematiche di salute mentale.

Occorreva inoltre affrontare in modo organico le modifiche in atto nel sistema di offerta di servizi sanitari, che registrava:

- la presenza di attori pubblici (gli ospedali cantonali) e di soggetti privati *non profit* e *for profit* (medicina ambulatoriale, istituti per anziani, ospedalizzazione e cure a domicilio);
- il relativo indebolimento del ruolo dell'ospedale a fronte degli altri centri di offerta, le opportunità offerte dai nuovi sistemi di informazione e comunicazione (*Information & Communication Technology*);
- l'esigenza di un coordinamento sempre più stretto tra i diversi nodi collocati all'interno del *continuum of care*, dagli studi medici alle équipe di assistenza e cura a domicilio.

Nel 1997, il Canton Vaud ha formulato un'originale ed interessante strategia di risposta: i NOPS (Nuovi orientamenti di politica sanitaria), che prevedevano un'azione integrata su diversi ambiti, da quelli più tra-

dizionali, rappresentati dalla riorganizzazione della rete di offerta pubblica direttamente gestita dal Cantone e dal potenziamento della rete di emergenza, a quelli più innovativi, che possono essere sintetizzati come la regolazione attraverso il finanziamento e l'informazione e logiche di gestione del cambiamento e reti di cure.

Sono stati quindi introdotti nuovi sistemi di finanziamento degli ospedali, abbandonando le modalità consolidate basate sulle logiche di rimborso per prestazione (*fee for service*) a favore di sistemi di budget globale. Questi ultimi costituiscono peraltro un elemento caratterizzante delle logiche di *new public management* più che di modelli di *public governance* (Bolgiani, 2002).

I contratti di prestazione non hanno esaurito la strategia di intervento del Canton Vaud, come successo in altri cantoni della Svizzera tedesca (si pensi all'esperienza LORAS nel Canton Zurigo), e più recentemente nello stesso Canton Ticino, che sta introducendo i contratti di prestazione per regolare i rapporti tra Cantone e istituti socio-sanitari sussidiati (istituti per anziani, per invalidi e per giovani e minorenni).

Logiche di *network governance* emergono in maniera rilevante se si considera il FIACRE (Fondo per l'innovazione e l'appoggio alla costituzione delle reti di cura), un fondo alimentato dal *budget* del Canton Vaud e destinato a finanziare l'avvio delle reti di cura e di progetti di innovazione.

Il FIACRE non rappresenta però l'unica modalità di finanziamento dell'innovazione. Ai progetti d'innovazione collegati alle diverse reti di cura e, più recentemente, alle filiere di cura, giungono risorse provenienti dal governo federale (per mezzo dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali), da altri cantoni territorialmente contigui, dalle stesse organizzazioni ed istituzioni socio-sanitarie (siano esse pubbliche, private *non profit* o private *for profit*) in una logica di cofinanziamento, nonché da altri soggetti (fondazioni private) e, in alcuni casi, dalle stesse assicurazioni sanitarie private (per l'avvio delle filiere).

Le reti di cura costituiscono, come già ricordato, l'asse portante dei NOPS. In primo luogo il Cantone, mediante la LPFES (Legge sulla pianificazione ed il finanziamento delle istituzioni sanitarie d'interesse pubblico

e le reti di cura) del 1997 aveva individuato sette reti di cura, che vengono presentate nella **figura 2**. Una di queste è addirittura intercantonale, in quanto prevede il coinvolgimento dei cantoni di Vaud e Vallese: rispetto a quest'ultima, per capire la portata dell'innovazione, si provi ad immaginare la costituzione, all'interno del Sistema sanitario nazionale, di *aziende sanitarie locali interregionali*.

Nel 2003 si è registrata la fusione tra due reti e sono in corso interventi volti a ridurre il numero delle reti di cure costituendo raggruppamenti di maggiori dimensioni, con l'obiettivo di coprire con sole quattro reti l'intero territorio cantonale. I processi di fusione in corso vengono agevolati dall'attivazione di progetti in comune e dalla creazione di filiere. Sono state ad esempio attivate: una filiera in diabetologia (reti ARSOL e ReSCo), una filiera sulle cure palliative (3 reti, tra cui quella intercantonale), una filiera sulle dipendenze (reti RéNOVA e AROVAL) e una filiera sulla psichiatria comunitaria (www.nops.vd.ch e *Lettre des réseaux* 2002-2003).

In base alle direttive cantonali, le reti di cura dispongono di personalità giuridica autonoma, sono formate da un insieme di

istituzioni ed organizzazioni sanitarie, con differente assetto proprietario e diverso posizionamento nel *continuum of care*, in base ad una decisione volontaria effettuata dai diversi componenti. Le organizzazioni e le istituzioni partecipanti perseguono obiettivi condivisi di presa in carico e gestione dei pazienti e degli utenti, attivano modalità di direzione e decisione condivise e, soprattutto, mettono in comune risorse e concorrono in modo coordinato per l'acquisizione dei fondi del FIACRE.

Altre rilevanti specificità del modello delle reti di cura vodesi sono:

- l'attivazione di politiche condivise tra le diverse istituzioni sulla gestione delle risorse umane;
- l'incentivazione e la facilitazione di forme di convenzione tra i soggetti partecipanti;
- la gestione in comune della negoziazione dei contratti di prestazione con il Cantone o delle convenzioni con le imprese assicurative;
- interventi coordinati nelle diverse istituzioni, finalizzati a semplificare e razionalizzare l'erogazione dei servizi e i processi amministrativi.

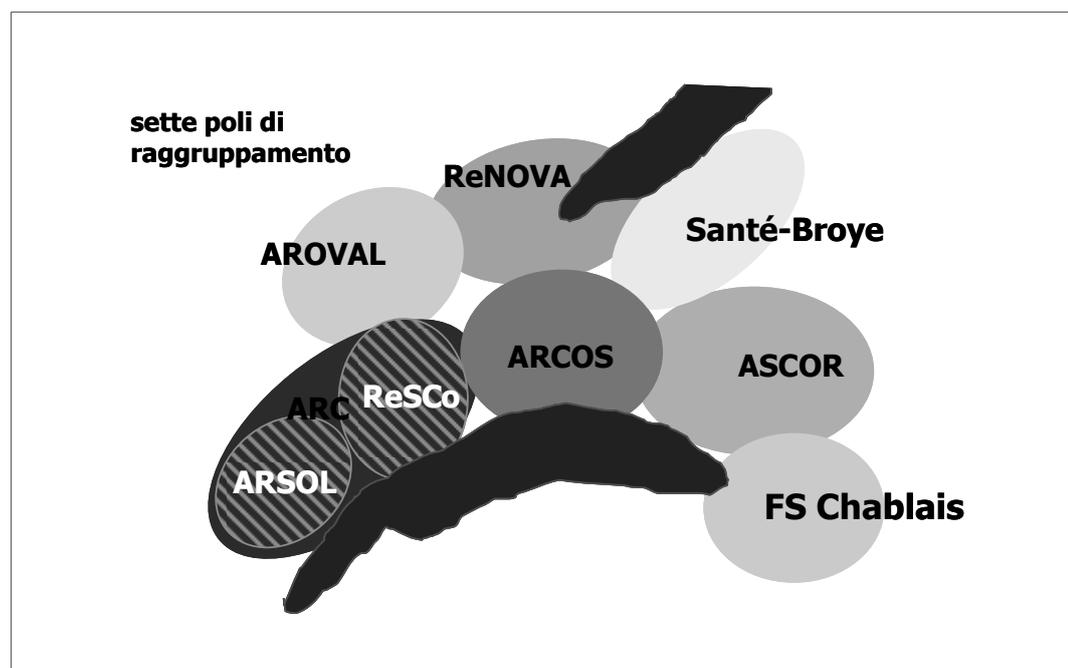


Figura 2
Le reti di cura
del Canton Vaud

Nella **figura 3** viene illustrata la logica di funzionamento di una rete di cura, sulla base del modello NOPS introdotto nel 1997. Si tratta di una sistematizzazione di percorsi diagnostico-terapeutici, che prevedono forme di coordinamento tra le diverse istituzioni, rappresentate dall'attivazione di un sistema informativo comune, da forme di orientamento tra le diverse istituzioni sanitarie e sociosanitarie, da reti/filiere di cura specializzate per determinate patologie e da *équipe* miste aventi funzione di collegamento.

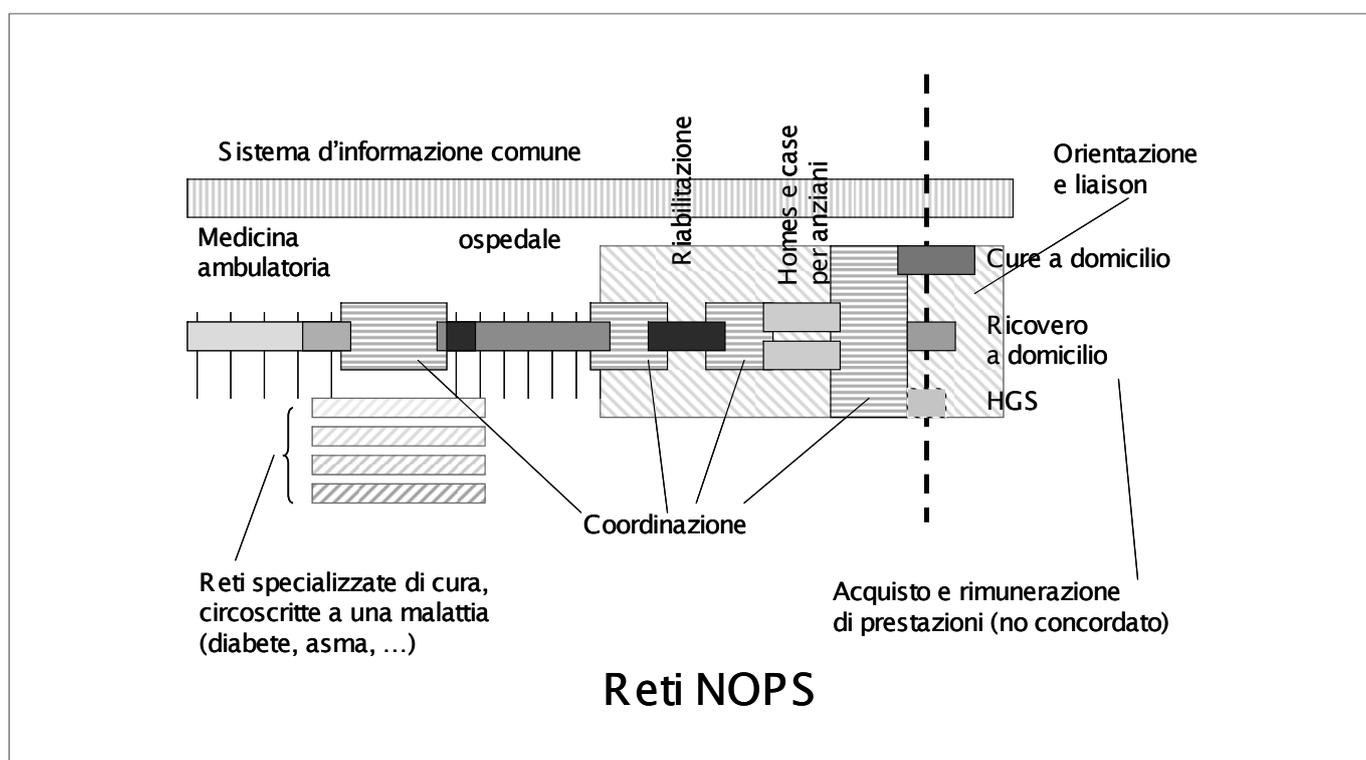
Nell'esperienza dei NOPS sono presenti logiche di *network governance* a livello di sistema sanitario, in cui l'operatore pubblico mette in campo un'incentivazione delle reti di cura, con finalità di continuità delle cure (fondata su un approccio globale alla persona e al suo ambiente di riferimento) e di garanzia dell'economicità della presa in carico (ricercando le migliori opzioni terapeutiche e le filiere di cura più adatte). Accanto alle reti di cura, il Cantone predispone adeguati strumenti d'informazione e di orientamento (i BRIO, di cui si parlerà in seguito) e un montante di risorse finanziarie destinate all'innovazione organizzativa e gestionale

(il già menzionato FIACRE). Alla *network governance* di sistema si accompagna poi la *governance* interna alle singole reti, che vede logiche, modalità e strumenti molto diversificati.

Tra i vari strumenti concepiti dalle autorità vodesi per il coordinamento strategico delle reti di cura, uno dei più rilevanti è dunque quello dei BRIO (*Bureaux régionaux d'information et d'orientation médico-sociale*), il cui concetto è stato messo a punto nel 1997 da un gruppo di lavoro composto di esponenti affiliati ai diversi partner coinvolti e adattato nel 1999 a seguito di un incontro tra rappresentanti del Dipartimento della sanità e dell'azione sociale dell'Amministrazione cantonale vodesa e delle reti di cura. Tali uffici d'informazione e d'orientamento regionali sono incaricati di:

- raccogliere e trattare le domande di presa in carico medico-sociale;
- aggiornare in tempo reale le disponibilità a livello di risorse di un determinato gruppo di istituzioni;
- assicurare tutti i compiti d'informazione e di accompagnamento necessari a un ade-

Figura 3
Le logiche di coordinamento delle reti di cura nel modello NOPS



guato orientamento dei pazienti all'interno della rete di cura.

È stato messo in evidenza che il buon funzionamento di un BRIO richiede la presenza di processi decisionali inclusivi: un'istituzione che decide di collaborare con un BRIO rinuncia infatti a gestire autonomamente le domande di ammissione che gli utenti le indirizzano, ma mantiene in ogni momento la possibilità di contestare una proposta del BRIO qualora essa dovesse rivelarsi incompatibile con la sua missione e i suoi criteri di ammissione.

Malgrado il carattere regionale dei BRIO, occorre comunque che ogni BRIO abbia accesso alle informazioni relative alle disponibilità nelle altre reti di cura, dal momento che una quota importante di individui (approssimativamente tra il 15 e il 30%) viene presa in carico al di fuori della relativa regione di domicilio.

Procedere all'orientamento dei pazienti implica che sia i fornitori di prestazioni che gli utenti e le loro famiglie dispongano delle informazioni necessarie per prendere le loro decisioni. Un BRIO si pone dunque come missione, da un lato, quella di mettere tali informazioni a disposizione dei fornitori di prestazioni, e dall'altro quella di informare e consigliare gli utenti (e le loro famiglie) sulle possibili alternative di presa in carico, nonché di assisterli nelle procedure di accesso alle varie istituzioni coinvolte. Viene così a configurarsi un cambiamento culturale non indifferente, destinato a concretizzarsi in un'elaborazione concertata di veri e propri progetti individuali di presa in carico, privilegiando i bisogni del singolo individuo.

A livello operativo, un BRIO opera nell'ambito di almeno una rete di cura riconosciuta e la sua missione consiste nel:

- centralizzare e gestire le informazioni concernenti la disponibilità di letti di lungodegenza (annunciati dagli istituti socio-sanitari o dalle divisioni di lungodegenza degli ospedali) e mettere tali informazioni a disposizione dei partner interessati;
- disporre delle informazioni relative ai posti di breve degenza¹⁰ e in unità di accoglienza temporanee (o, eventualmente, in alloggi protetti) e mettere tali informazioni a disposizione dei partner interessati;

– centralizzare le domande di ammissione nell'ambito della lungodegenza, raccogliere le valutazioni del fabbisogno disponibili e completarle, oppure procedere esso stesso a tali valutazioni, nel caso in cui non fossero disponibili;

– mettere a disposizione dei partner interessati la lista delle domande di collocamento;

– fare proposte di collocamento di lungodegenza alle persone, al loro *entourage* e alle istituzioni, nella misura in cui siano disponibili delle alternative e dei margini di scelta;

– in mancanza di alternative, negoziare con le istituzioni interessate l'attribuzione dei posti di lungodegenza disponibili, tenendo conto delle domande prioritarie (cioè quelle che necessitano di una decisione rapida);

– mettere a punto delle modalità di collaborazione con gli altri BRIO, in particolare per le persone che desiderano essere ospitate in un'altra regione.

Da un punto di vista organizzativo, un BRIO è gestito in comune tra i diversi membri della rete di cura, i quali definiscono congiuntamente le modalità di gestione. L'ufficio è composto da un responsabile, oppure da rappresentanti dei diversi fornitori di prestazioni, delegati a tempo parziale all'attività di responsabili del BRIO.

Infine va ancora notato che, per monitorare l'attività di informazione e di orientamento di tali uffici, è stata definita una lista di indicatori annuali, distribuiti su varie dimensioni rilevanti del servizio, e che i BRIO sono tenuti a fornire alle autorità cantonali competenti. Tali indicatori sono riportati nella **tabella 5**.

L'evoluzione delle logiche di coordinamento strategico delle reti sono rinvenibili nella visione NOPS 2004-2007, elaborata dal Canton Vaud sulla base di una ricognizione approfondita dei risultati conseguiti nei primi sei anni di esperienza e, soprattutto, delle criticità più rilevanti. Tra queste ultime, solo in parte imputabili a difficoltà di esercizio della funzione di coordinamento strategico da parte del livello centrale/statale, vanno ricordate:

– il finanziamento di progetti che spesso non rispondono ad una dinamica di funzionamento in rete;

– l'essere alcune reti di cura reti di fornitori di servizi e non reti di servizi;

– il legame debole tra rete di cura e logiche di *case management*;

– la mancata collaborazione tra le diverse *task force* che si occupano dei NOPS all'interno dell'amministrazione cantonale.

La strategia, a livello di *governance* di sistema sanitario, è dunque quella di confermare la focalizzazione su orientamento e collegamento, a cui affiancare, per rispondere alle criticità prima evidenziate, un programma sulle cure domiciliari basato su logiche di *case management*.

A livello di BRIO, nella visione 2004-2007 sono previste le seguenti funzioni:

– gestione della disponibilità dei posti letto e gestione coordinata del sistema di accoglienza e di prenotazione;

– coordinamento e riprogettazione della funzione di orientamento e collegamento;

– pianificazione dei ricoveri di breve durata e di urgenza;

– piattaforma informativa per le istituzioni partner della rete e per la popolazione;

– integrazione e maggior collegamento con altre reti specializzate e filiere.

Risorse finanziarie del FIACRE ed energie di progettazione e coordinamento dell'operatore pubblico andranno poi mirate ad un numero limitato di progetti, in cui venga enfatizzato il passaggio da rete di cura a filiera di cura. Come anticipato si punta, per facilitare la *governance*, a reti di maggiori dimensioni e complessità, con una sorprendente somiglianza con i processi di accorpamento e fusione tra aziende sanitarie registrati in Italia.

4. L'Azienda sanitaria unica regionale nelle Marche: *governance* di sistema sanitario e centro di offerta di servizi

Con la creazione di un'Azienda sanitaria unica regionale (Asur), la Regione Marche ha proceduto ad un originale ed organico intervento di ridefinizione del sistema sanitario regionale, che si distingue nettamente da interventi condotti in altre Regioni quali la Toscana (con la creazione delle Aree vaste e delle Società della salute), la Lombardia (che afferma un ruolo di governo dell'Assessorato rispetto al sistema delle aziende sanitarie ed ospedaliere) o l'Emilia-Romagna (dove

Tabella 5

Indicatori per il monitoraggio delle performance dei BRIO

Dimensioni	Indicatori annuali
Livello di attività del BRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di domande di ammissione indirizzate al BRIO • Numero di collocamenti organizzati dal BRIO
Collaborazione degli istituti socio-sanitari al funzionamento del BRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di letti vacanti annunciati al BRIO • Proporzioni di ammissioni di lungodegenza registrate dal BRIO in % delle ammissioni di lungodegenza totali degli istituti socio-sanitari
Rifiuto da parte degli istituti socio-sanitari	<ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di collocamenti rifiutati dagli istituti socio-sanitari malgrado la disponibilità di posti • Numero di soggiorni d'osservazione (1) rifiutati dagli istituti socio-sanitari malgrado la disponibilità di posti
Coinvolgimento del BRIO nell'orientamento dei pazienti	<ul style="list-style-type: none"> • Proporzioni di ammissioni di lungodegenza risultanti da iniziative attive intraprese dal BRIO in % delle ammissioni di lungodegenza totali degli istituti socio-sanitari • Numero di situazioni con partecipazione del BRIO che hanno dato origine a un tipo di presa in carico diverso dal collocamento
Importanza dei soggiorni di osservazione	<ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di domande di collocamento urgenti risultanti in un soggiorno d'osservazione • Numero di soggiorni d'osservazione organizzati dal BRIO • Percentuale di soggiorni d'osservazione risultanti in un ritorno a domicilio

(1) Il *soggiorno d'osservazione* è un soggiorno di carattere provvisorio proposto al paziente e al suo *entourage*, di principio, in tutte le situazioni di urgenza, d'instabilità o di assenza d'informazioni, a seguito delle quali potrebbe essere rivista l'opzione di un collocamento definitivo. In caso di svolgimento.

è prevista la costituzione di centri di servizi incentrati sulla funzione degli approvvigionamenti e degli acquisti (Meneguzzo, Cucurullo, 2003).

La creazione dell'Asur, prevista dalla Legge regionale 13/2003 di «Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale», si basa sull'esigenza di recuperare l'unitarietà del sistema su scala regionale, con una spiccata attenzione rivolta ad alcuni principi guida quali la solidarietà, equità e universalità, la sostenibilità economico-finanziaria e la qualità e appropriatezza delle cure. Il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali deve avvenire, nel rispetto delle peculiarità del contesto locale (legate a variabili di carattere epidemiologico, demografico, socioeconomico e comunitario), «anche mediante l'organizzazione a rete delle prestazioni e dei servizi» (art. 1).

L'attribuzione di una missione all'Asur è stata effettuata tenendo conto dell'esistenza di una pluralità di attori all'interno del Sistema sanitario regionale. Tra questi, troviamo il Dipartimento servizi alla persona e alla comunità (Dspc), a cui sono affidati compiti di governo e coordinamento complessivo del Ssr, e l'Agenzia regionale sanitaria (Ars),

avente finalità di supporto tecnico alla programmazione sanitaria mediante:

- l'effettuazione di analisi epidemiologiche;
- la collaborazione allo sviluppo dei piani comunitari della salute;
- la supervisione dell'accreditamento delle istituzioni;
- il sostegno metodologico alle attività di *technology assessment*, valutazione dell'appropriatezza e della qualità dei servizi, definizione e gestione dei percorsi assistenziali, rilevazione della qualità percepita e *risk assessment*;
- il coordinamento di programmi per l'aggiornamento del personale delle aziende sanitarie;
- il coordinamento di attività di ricerca e di valutazione programmatica a livello regionale, nazionale internazionale¹¹.

L'Asur si articola in 13 zone territoriali (in pratica le 13 Usl esistenti al momento della riforma), le quali sono suddivise in distretti e comprendono i presidi ospedalieri. Accanto all'Asur, vi sono due Aziende ospedaliere: gli Ospedali Riuniti di Ancona e l'Ospedale San Salvatore di Pesaro. La **figura 4** illustra

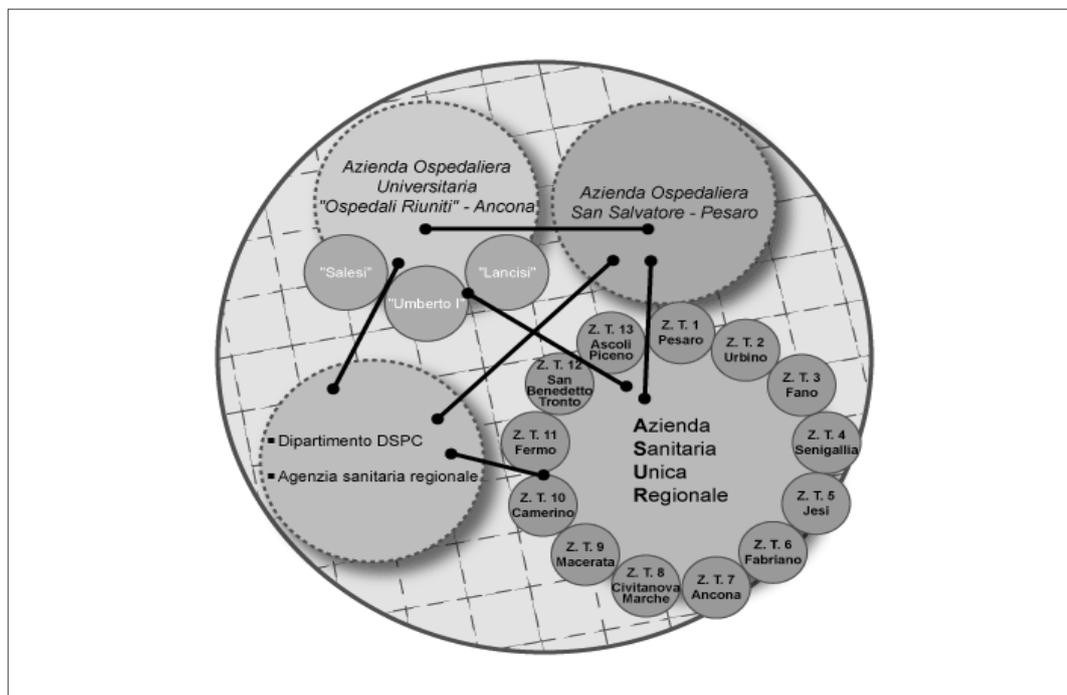


Figura 4

Il modello di gestione del Servizio sanitario regionale delle Marche

il modello di organizzazione del Sistema sanitario regionale marchigiano.

Nelle intenzioni dei promotori, l'Asur dovrebbe assumere il compito di indirizzo strategico del sistema, lasciando alle zone territoriali la gestione operativa. Le zone territoriali sono dotate di autonomia gestionale e professionale, e possono di conseguenza definire autonomamente l'impiego dei fattori produttivi e delle risorse assegnate. Alle zone territoriali è assegnata tutta una serie di competenze assolutamente rilevanti per la programmazione e la gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari sul proprio territorio di riferimento, che sono elencate nel **box 1**.

Già a livello di attribuzioni alle zone territoriali risulta dunque evidente l'approccio integrato, sia a livello di considerazione dei numerosi *stakeholder* presenti all'interno del Ssr (regione, enti locali, fornitori di prestazioni, utenti, organizzazioni sindacali, ecc.), sia in relazione al coordinamento tra gli stessi.

Ancora più evidente risulta la rilevanza dell'integrazione tra i diversi attori del sistema, e quindi dell'implementazione di logiche di rete, se si considerano le attribuzioni assegnate ai distretti, indicate nel **box 2**.

Il ruolo di *governance* dell'Asur si sviluppa su piani diversi e rappresenta un modello complesso in cui l'operatore pubblico gioca, oltre al ruolo di regolatore, anche quello di centro di offerta di servizi strategici destinati

a facilitare il riorientamento del sistema sanitario, in stretto coordinamento con la logica di *governance* del sistema economico e sociale regionale prevista dal Piano regionale di sviluppo. Tali piani di azione strategica si riferiscono al:

- coordinamento e controllo strategico;
- assunzione di un ruolo di centro di servizi qualificato, con funzioni di gestione centralizzata di attività legate al processo di acquisto, alla gestione e valorizzazione del patrimonio, alla programmazione e gestione finanziaria (dalla tesoreria unica alla finanza di progetto), al sistema informativo e al controllo di gestione;
- sviluppo di modalità di partenariato con le autonomie locali (province, comuni e comunità montane), il terzo settore e il *non profit* operante nei settori socio-assistenziale e socio-sanitario, gli organismi di rappresentanza degli utenti, le imprese private fornitrici di beni e servizi e gli intermediari finanziari.

In alcune azioni strategiche sono già stati conseguiti risultati interessanti. A livello di gestione finanziaria, ad esempio, si è proceduto all'avvio della gara per l'affidamento del servizio di tesoreria unica per l'Asur e le due Aziende ospedaliere della Regione. La presenza di un unico bando è senz'altro in grado di rendere più elevato il grado di competizione tra i partecipanti alla gara e di in-

Box 1

Competenze delle zone territoriali all'interno dell'Asur della Regione Marche

Fonte: L. reg. 13/2003, art. 9

- a) Definizione degli obiettivi di salute secondo gli indirizzi delineati dalla pianificazione aziendale e al loro perseguimento attraverso i piani di attività zonali (Paz), da definire ed attuare in accordo con i soggetti erogatori dei servizi
- b) Programmazione organizzativa ed operativa per la gestione delle risorse strumentali ed umane dei servizi sanitari di zona
- c) Integrazione, sia a livello programmatico che di attuazione, dei servizi sanitari con i servizi sociali
- d) Coordinamento dei servizi sanitari di zona relativi ai differenti livelli assistenziali (ospedale, distretto, prevenzione)
- e) Rilevazione, orientamento e valutazione della domanda socio-sanitaria, verifica del grado di soddisfacimento della stessa e valutazione complessiva dei consumi
- f) Distribuzione delle risorse assegnate e corretta distribuzione delle stesse
- g) Gestione dei rapporti di informazione e collaborazione con la Conferenza dei Sindaci
- h) Negoziazioni con le organizzazioni sindacali, sulla base di indirizzi aziendali, per le intese e gli accordi aventi valenza zonale

- a) Assicurare in modo unitario il soddisfacimento della domanda di salute espressa dalla comunità locale
- b) Individuare i livelli appropriati di erogazione dell'offerta dei servizi necessari a soddisfare i bisogni degli utenti
- c) Assicurare la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, accedendo alle risorse del servizio sanitario regionale ed alle altre risorse disponibili
- d) Curare l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici convenzionati e dai servizi direttamente gestiti
- e) Sviluppare iniziative di educazione alla salute e di informazione agli utenti sulle attività complessivamente garantite dal servizio sanitario regionale
- f) Garantire la fruizione, entro limiti temporali massimi definiti dalla programmazione aziendale e zonale, dei servizi erogati dai presidi distrettuali e l'accesso programmato a quelli forniti dagli altri presidi, assicurando in particolare l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri

Box 2

Competenze dei distretti all'interno dell'Asur della Regione Marche

Fonte: L. reg. 13/2003, art. 13

crementare sensibilmente il potere negoziale nei confronti del sistema bancario. La gestione del servizio di tesoreria unica dovrebbe evolvere in futuro verso un sistema informativo per la gestione della liquidità, con la predisposizione di un vero e proprio *cash management on line*, destinato a consentire una gestione unitaria e integrata dei flussi finanziari e un notevole abbattimento degli oneri finanziari in caso di ricorso a capitale dei terzi. Inoltre, una migliore gestione dei pagamenti ai fornitori dovrebbe permettere di spuntare prezzi più favorevoli in occasione delle future gare per l'acquisto di beni e servizi, in quanto tali prezzi oggi includono solitamente una quota d'interesse implicito derivante dal mancato ossequio dei termini di pagamento (Aprile, 2004).

In relazione alla gestione degli acquisti, va segnalato l'avvio della prima sperimentazione – limitata ai prodotti antisettici e disinfettanti – nell'ambito del progetto *e-market*, un sistema di approvvigionamento basato sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (*e-procurement*) in cui l'abilitazione dei prodotti è fatta a priori e i prodotti, abilitati in base ad una serie di requisiti prestabiliti da un bando pubblico, vengono proposti *on line*. Questo progetto, promosso dall'Asur e dal Servizio informatico regionale, dovrebbe tra l'altro costituire il primo tassello di un *marketplace* regionale esteso all'intero settore della pubblica amministrazione.

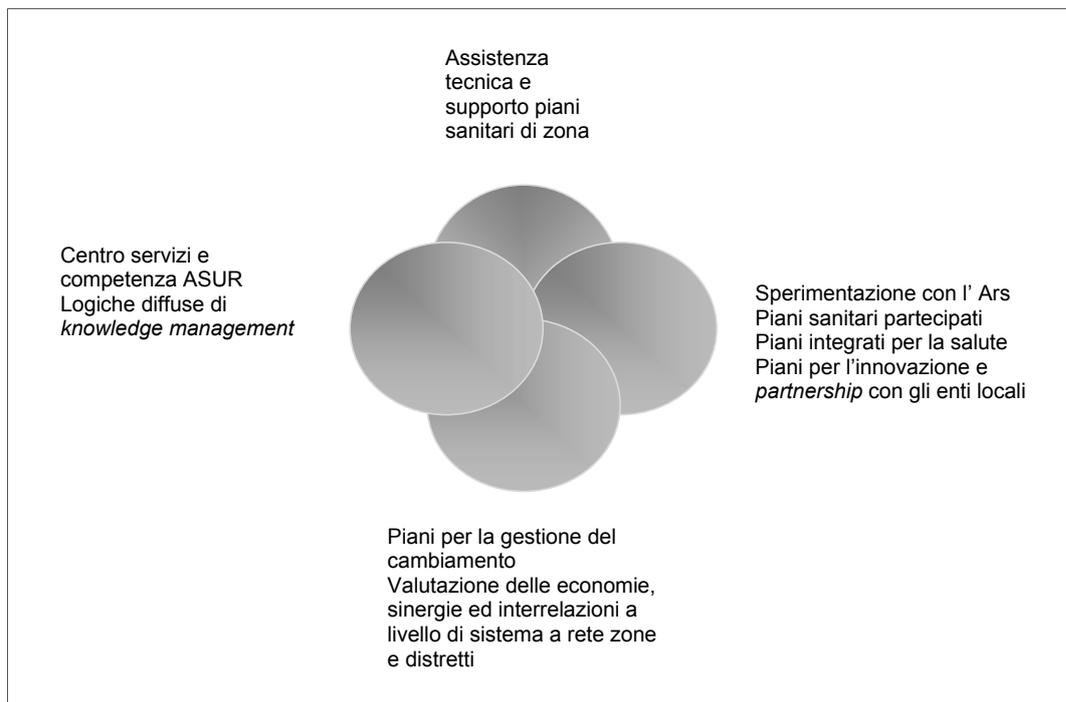
Un'altra tematica sulla quale l'Asur sta lavorando in vista di un coordinamento sul territorio regionale è la gestione del rischio,

con l'avvio di attività mirate alla riduzione degli errori. L'obiettivo vuole essere quello di aumentare la sicurezza del paziente, migliorando l'efficienza e la qualità del sistema sanitario e riducendo nel contempo i costi aggiuntivi derivanti dagli errori. In particolare, sono previste l'individuazione di un responsabile del rischio clinico in ogni zona territoriale e la costituzione di un comitato aziendale del rischio clinico in staff al Direttore sanitario, come pure l'elaborazione di disposizioni unificate per la redazione di regolamenti.

Di particolare interesse sono inoltre i contenuti presentati nella **figura 5**, che caratterizzano l'azione di *governance* e coordinamento del sistema a rete di zone e distretti. Tra le diverse leve di manovra, va sicuramente messa in rilievo l'attività di assistenza tecnica e di supporto alla formulazione dei Piani attuativi di zona (Paz), che dovranno progressivamente essere riorientati strategicamente in Piani comunitari per la salute. Questi ultimi sono destinati a divenire occasione per lo sviluppo di progetti di innovazione e per la formulazione e messa in atto di piani per la gestione del cambiamento nelle diverse zone. Obiettivo di questi piani sarà la gestione del processo di transizione dall'attuale assetto istituzionale al nuovo modello organizzativo, processo finalizzato a verificare la possibilità di conseguimento di economie di scala nella produzione ed offerta di servizi e nelle attività amministrative, logistiche ed alberghiere.

Figura 5

I pacchetti d'intervento dell'azione sulla *governance* (2004)



A questi interventi si affianca la sperimentazione, a livello di zone e distretti, di progetti legati alla *customer satisfaction*, anche in collegamento con progetti in atto a livello nazionale (attraverso il Dipartimento della funzione pubblica - Programma cantieri) e l'introduzione, sempre in chiave sperimentale e in due zone pilota, del bilancio sociale integrato tra zone ed enti locali, in stretto coordinamento con esperienze pilota in atto presso altre regioni (Umbria), in cui siano fornite informazioni su impatti, risultati e servizi messi a disposizione in modo coordinato da enti locali, terzo settore, associazionismo, volontariato e sistema a rete di zone e distretti.

Altre regioni sono attualmente interessate all'impostazione complessiva del Ssr marchigiano (anche la Regione Friuli-Venezia Giulia ha infatti annunciato di voler costituire un'azienda sanitaria unica regionale) o a singoli progetti in corso presso l'Asur (la Regione Piemonte ha ad esempio manifestato interesse per il progetto *e-market*).

5. Conclusioni

Il presente articolo ha identificato nella letteratura due diversi approcci al coordina-

mento strategico dei *network*. Se il primo approccio vede il coordinamento strategico delle reti come una funzione diffusa che può essere ricoperta da qualunque soggetto all'interno della rete, nel secondo il soggetto deputato a coordinare strategicamente la rete è la Pa, l'unica depositaria della capacità/legittimità necessaria. Un'attenta lettura degli studi empirici sul ruolo di coordinamento strategico esercitato dalla Pa porta a concludere, da un lato, che i due approcci teorici non sono in netta contrapposizione ma presentano punti di contatto, e sembra suggerire, dall'altro, la sterilità di ragionamenti «assoluti» sull'opportunità o meno di un ruolo di coordinamento strategico della Pa.

Nei due casi indagati – quello delle reti di cura del Canton Vaud e quello dell'Azienda sanitaria unica della Regione Marche – l'approccio prevalente sembra essere il secondo, andando ad avvalorare la maggior mole di riferimenti empirici già presenti in letteratura rispetto all'impostazione basata sull'autoregolazione.

Nel Canton Vaud, il ruolo del soggetto pubblico si profila come fondamentale in termini d'impulso alla cooperazione. I Nuovi orientamenti di politica sanitaria – che hanno portato alla configurazione delle reti di cura

come elemento organizzativo principale del tessuto sanitario e sociosanitario cantonale – hanno potuto con maggiore facilità dipanare i loro effetti perché legittimati a monte dalla legge sulla pianificazione ed il finanziamento delle istituzioni sanitarie d'interesse pubblico e le reti di cura. Certo tali orientamenti sono nati da una capillare attività di negoziazione e di mediazione portata avanti con la partecipazione di tutti i principali attori del settore sanitario cantonale, ma ben difficilmente un'ottica così decisamente orientata al partenariato tra gli attori avrebbe potuto imporsi in tempi relativamente brevi senza l'imprescindibile ruolo guida svolto dal Cantone.

Tale ruolo guida si sostanzia nel finanziamento dei progetti d'innovazione e dell'avvio delle reti di cura, messo in atto con il Fondo per l'innovazione e l'appoggio alla costituzione delle reti di cura. In tempi in cui la scarsità delle risorse nel settore sanitario è sempre più acuta, risulta evidente come l'incentivo finanziario concesso dal Cantone divenga di primaria importanza per l'affermarsi di logiche di partenariato. Anche in questo caso l'attore pubblico non è l'unico a profilarsi come finanziatore, in quanto anche le altre organizzazioni sanitarie e sociosanitarie, alcune fondazioni private e delle assicurazioni malattia contribuiscono in varia misura, ma resta il fatto che senza il ruolo propulsore del Cantone difficilmente si avrebbe un coordinamento strategico efficace.

Un altro aspetto, oltre alla legittimazione legale e al finanziamento, su cui il Canton Vaud in qualità di soggetto pubblico esplica la sua funzione di regolazione del sistema, è l'informazione. Con la creazione dei BRIO, il coordinamento strategico delle reti di cura si configura come un processo incentrato sull'informazione e sulla diffusione della stessa tra *équipe* del BRIO, fornitori di prestazioni, pazienti e familiari. Soltanto in questo modo può essere garantita una presa di decisioni improntata alla trasparenza e che garantisca in ultima analisi agli utenti la possibilità di scegliere il percorso assistenziale migliore in modo consapevole, seguendo un'ottica di continuità delle cure. Anche in relazione alla nascita dei BRIO, peraltro, il Servizio di salute pubblica e il Servizio delle assicurazioni sociali del Canton Vaud hanno assunto una funzione trainante, sancendo l'obbligo

che ogni rete di cura debba dotarsi di un dispositivo d'informazione e di orientamento conforme ad un quadro di riferimento ben preciso.

Infine, l'elaborazione di un set di indicatori che i BRIO devono fornire periodicamente alle autorità cantonali competenti sta a segnalare come il soggetto pubblico non si trovi in una posizione orizzontalmente equivalente rispetto agli altri soggetti, bensì in una posizione di preminenza nella *governance* del sistema. In altre parole il Cantone esercita, accanto al ruolo di garante della legalità, di promotore dell'innovazione organizzativa e di finanziatore, un ruolo di controllo del comportamento degli attori in gioco.

Altrettanto rilevante e preminente risulta il ruolo di coordinamento strategico del soggetto pubblico nel caso della Regione Marche, benché avvalendosi di strumenti parzialmente diversi. Con la creazione dell'Azienda sanitaria unica regionale, infatti, viene inequivocabilmente esplicitata la suddivisione dei ruoli tra Asur, a cui spetta il compito di indirizzo complessivo del sistema, e zone territoriali e distretti, a cui è attribuita la gestione operativa. Se le zone territoriali sono destinate, con il nuovo corso, ad assumere un'autonomia gestionale superiore rispetto alle Usl precedentemente esistenti, permane indiscutibile il ruolo dell'ente pubblico come attore sovraordinato rispetto alle altre componenti del Sistema sanitario regionale. Infatti, se nella definizione dei compiti delle zone territoriali e dei distretti risulta evidente l'applicazione di un approccio integrato, sia dal punto di vista della considerazione dei diversi *stakeholder* che del loro coordinamento, l'operatore pubblico si pone sia come regolatore dell'intero sistema sia come centro di offerta centralizzato di servizi a rilevanza strategica a beneficio di tutti i partner della rete, tra cui vanno annoverati la gestione degli acquisti (*e-market*), la programmazione e gestione finanziaria (servizio di tesoreria unica, finanza di progetto), la gestione del rischio (progetto di riduzione degli errori), la configurazione del sistema informativo e l'assistenza tecnica alla formulazione dei Piani attuativi di zona.

Pur prevalendo in entrambi i casi indagati l'approccio che conferisce al soggetto pubblico una dote intrinseca nell'esercitare la *network governance*, ponendolo di con-

sequenza in una posizione particolarmente profilata rispetto agli altri attori del sistema, resta comunque un fatto che tale dote non risulta incompatibile con meccanismi di coordinamento «dal basso». Soprattutto a livello operativo-gestionale, sia nelle reti di cura del Canton Vaud che nelle reti per l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari e sociosanitari della Regione Marche vengono concessi importanti margini di autonomia nell'organizzazione delle attività ai diversi partner coinvolti, confermando l'assunto che vede i due approcci al coordinamento strategico dei *network* – quello dell'autoregolazione e quello del coordinamento prevalente da parte della Pa – come complementari piuttosto che contrapposti.

Note

1. Il modello della *public governance* è visto come un ampliamento, integrazione o arricchimento del «paradigma» del NPM (Meneguzzo, 1995). Tale evoluzione dal NPM alla PG ha riguardato principalmente il rapporto tra livello politico e amministrativo; un affinamento degli strumenti di coinvolgimento degli *stakeholder* nella definizione ed implementazione delle politiche pubbliche; una evoluzione delle relazioni di collaborazione interne ed esterne alla Pa; ed aspetti di *accountability* della Pa verso i cittadini (Jones *et al.*, 2004; Cepiku, 2005).
2. Per Rhodes (1996, p. 658) «*networks are an alternative to, not a hybrid of markets and hierarchies*». Per altri autori (Mayntz, 1993), in maniera alquanto discutibile, le reti combinano elementi caratterizzanti il mercato (molteplicità di attori), ed elementi presenti nella gerarchia (gli attori perseguono obiettivi comuni).
3. Per una possibile classificazione delle risorse condizionate nelle reti interaziendali si veda Cepiku, Meneguzzo (2004).
4. Van Kersbergen e Van Waarden (2004) hanno registrato una crescita esponenziale nel numero di articoli su riviste di public management (24 nel 1990, 510 nel 1999 e 603 nel 2000) e nei libri venduti in Olanda contenenti la parola «governance» nel titolo (23 nel 1990, 154 nel 1999 e 119 nel 2000).
5. «*Networks have been viewed as an important concept in public administration research for the past twenty years*». Cfr. Milward, Provan (1998), p. 387. Per una comparazione dei diversi approcci allo studio degli aggregati interaziendali si veda Cepiku, Meneguzzo (2004).
6. La letteratura sul coordinamento strategico dei *network*, intende il concetto in senso ampio come «*monitoring in order to redirect actions*», cfr. Kenis (2002), p. 2. Il concetto include termini come *accountability*, responsabilità, *steering*, *stewardship* (definita come *accountability* senza controllo da Kenis, *op. cit.*; oppure come «*the capacity of government to make and implement policy*» da Pierre e Peters, 2000, p. 1), *meta-governance*, ecc.
7. Ciò è vero con riferimento alle scienze sociali. Kenis (2002, p. 5) ha rilevato la presenza di 129 articoli sul tema del coordinamento/controllo delle reti, di cui 9 relativi alle scienze sociali e 120 studi di ingegneria.
8. Per una classificazione alternativa si veda Dirven *et al.* (1998) citato in Nelissen (2002), p. 6.
9. L'esigenza di un migliore coordinamento delle reti presenti nel settore sanitario viene evidenziata dall'*Economist* (2004): «*Health care is poorly coordinated, which is a particular drawback for the growing number of patients with chronic conditions required sustained rather than occasional medical care. Effective integration of services provided by primary-care physicians and hospitals is still all too rare*». Simili considerazioni avanza anche l'OCSE (2004) che segnala: «*health-care organisations, hospitals and physicians typically operate as separate silos*».
10. Con *soggiorno di breve degenza* s'intende, secondo il dispositivo di presa in carico delle persone dipendenti (anziane, malate o portatrici di handicap) del Canton Vaud, un periodo di permanenza temporanea in un istituto socio-sanitario, in una divisione di lungodegenza di un ospedale oppure in centro di trattamento e di riabilitazione avente l'obiettivo di favorire e di prolungare il mantenimento nel loro ambito di vita di persone dipendenti, momentaneamente afflitte da problemi di salute non gestibili a domicilio. Grazie a un soggiorno di breve degenza, i pazienti e le persone che li assistono normalmente a domicilio possono riguadagnare le forze necessarie per tornare a intraprendere le attività della vita quotidiana, rispettivamente ad assumersi le attività di assistenza alla persona bisognosa.
11. Si veda il DGR n. 1 dell'8 gennaio 2003. Si ricordi che l'Asr come ente strumentale della Regione Marche è stata istituita con la L. reg. 26/96.

B I B L I O G R A F I A

- ACEVEDO B., COMMON R. (2004), *Governance and the management of networks in the public sector: UK drugs policy since 1995*, Political Studies Association.
- AGRANOFF R., MCGUIRE M. (2001), «Big questions in public network management research», *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 11, 3, pp. 295-326.
- AIROLDI G. (1998), «Gli assetti istituzionali di impresa: inerzia, funzioni e leve», in G. Airolidi, G. Forestieri (a cura di), *Corporate governance: analisi e prospettive del caso italiano*, Etas, Milano.
- APRILE A. (2004), «Una tesoreria unica taglia-costi», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 18/10/2004.
- BACHE I. (2000), «Government within governance: Network steering in Yorkshire and the Humber», *Public Administration*, Vol. 78, 3, pp. 575-592.
- BJÖRK P.G., JOHANSSON H.S.H. (2001), *Multi-level governance for improved public services in Sweden: The actor-dimension of co-ordination*, Paper presented at the conference «Multi-Level Governance: An Interdisciplinary Perspective», University of Sheffield, UK, 28-3 June.
- BOLGIANI I. (2002), *L'application des nouvelles méthodes de gestion publique dans les secteurs sanitaire et hospitalier: risques et opportunités*, Cahiers d'études de la SPSS, 66.
- BORGONOV I. (2001), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BURAU V. (1997), «Decentramento e "governo" dell'assistenza sanitaria: il caso della Germania», *Assistenza Sociale*, 1-2, gennaio-giugno, pp. 61-71.
- CEPIKU D. (2003), «La qualità in ambito sanitario: riflessioni a margine della 2ª Conferenza sulla qualità di Copenhagen», *Mecosan*, 46.
- CEPIKU D. (2005), «Governance: riferimento concettuale o ambiguità terminologica nei processi di innovazione della PA?», *Azienda Pubblica*, 1-2.
- CEPIKU D., MENEGUZZO M. (2004), *Public sector networks: What can we learn from different approaches?*, Osborne S. et al., *Challenges of public management reforms. Theoretical perspectives and recommendations*, IRSPM-Budapest University, Hungary, pp. 103-133.
- CRIVELLI L., FILIPPINI M., MOSCA I. (2006), «Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons», *Health Economics* (in via di pubblicazione).
- DAVIES J.S. (2002), «The governance of urban regeneration: a critique of the "governing without government" thesis», *Public Administration*, Vol. 80, 2, pp. 301-322.
- Department Of Health (1995), *Tackling drugs together*, London, Home Office.
- DUNSIRE A. (1996), «Tipping the balance: autopoiesis and governance», *Administration & Society*, Vol. 28, 3, pp. 299-334.
- EGGERS W.D., GOLDSMITH S. (2003), «Networked government», *Government Executive*, 35/8, June, pp. 28-33.
- ÉTAT DE VAUD (1985), *Loi sur la santé publique*.
- ÉTAT DE VAUD (1997), *Rapport NOPS (Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire)*.
- ÉTAT DE VAUD (1998), *NOPS: construire les réseaux de soins. Priorités et objectifs pour la phase de transition*, Service de la santé publique.
- ÉTAT DE VAUD (1998), *NOPS: construire les réseaux des soins. Cahier des charges*, Service de la santé publique.
- ÉTAT DE VAUD, *La lettre des réseaux*, in *www.nops.vd.ch*, Service de la santé publique.
- HUDSON B. (2002), «Integrated care and structural change in England: the case of care trusts», *Policy Studies*, Vol. 23, 2, pp. 77-95.
- JESSOP B. (1998), «The rise of governance and the risks of failure: the case of economic development», *International Social Science Journal*, 155.
- JONES L.R., SCHEDLER K., MUSSARI R. (a cura di) (2004), *Strategies for Public Management Reform*, Elsevier-JAI Press.
- KENIS P. (2002), *The external control of networks*, Paper presented at the International Conference on the Empirical Study of Governance, Management and Performance, Spain.
- KETTL D.F. (2002), *The transformation of governance: Public administration for the twenty-first century*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- KICKERT W., KLJN E.H., KOPPENJAN J.F.M. (a cura di) (1997), *Managing Complex Networks, Strategies for the Public Sector*, SAGE Publications, London.
- KICKERT W.J.M. (1993), «Autopoiesis and the science of (public) administration: essence, sense and non-sense», *Organization studies*, 14/2.
- KICKERT W.J.M. (1995), «Steering at a distance: A new paradigm of public governance in Dutch higher education», *Governance*, Vol. 8, 1, pp. 135-157.
- KOOIMAN J. (1993), «Social-Political Governance», in J. Kooiman (a cura di) (1993).
- KOOIMAN J. (2003), *Governing as Governance*, Sage Publications, London.
- KOOIMAN J., VAN VLIET M. (1993), «Governance and public management», in K.A. Eljassen, J. Kooiman, *Managing public organizations: lessons from contemporary European experience*, Sage, London.
- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità. Strategia e gestione*, Egea, Milano.
- LOADER I. (2000), «Plural policing and democratic governance», *Social and legal studies*, Vol. 9, 3, pp. 323-345.
- LUHMANN N. (1995), *Social systems*, Stanford University Press, California.
- MARTINETTO M. (2003), «Governing beyond the centre: a critique of the anglo-governance school», *Political Studies*, Vol. 51, pp. 592-608.
- MAYNTZ R. (1993), «Governing Failures and the Problem of Governability: Some Comments on a Theoretical Paradigm», in J. Kooiman (a cura di) (1993).
- MAYNTZ R. (1998), *New challenges to governance theory*, Jean Monet Chair Papers N. 50, European University Institute.

- MENEGUZZO M. (1999), *Managerialità, innovazione e governance: la P.A. verso il 2000*, Aracne, Roma.
- MENEGUZZO M. (2000), «I terreni dell'innovazione organizzativa: le reti sanitarie multiospedaliere e multiservizi», in M. Bergamaschi (a cura di), *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.
- MENEGUZZO M. (2003), «Le reti sanitarie multiospedaliere e multiservizi: esperienze e prospettive di sviluppo nelle aree metropolitane», in N. Dirindin (a cura di), *Cooperazione e competizione nel servizio sanitario*, Il Mulino, Bologna.
- MENEGUZZO M. (a cura di) (1996), *Strategia e gestione di reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- MENEGUZZO M., CUCCURULLO C. (2003), «Ricentralizzazione delle Regioni ed autonomia delle aziende sanitarie: le tendenze in atto nell'era del federalismo sanitario», in *Rapporto CEIS - Sanità 2003*, Università di Roma Tor Vergata.
- MENEGUZZO M., RONCETTI L., ROSSI A.G. (2004) «Ricentralizzazione delle Regioni (grip back) e aziende sanitarie: centrali di acquisto e servizi in rete» in *Rapporto CEIS - Sanità 2004*, Università di Roma Tor Vergata.
- MILWARD H.B., PROVAN K.G. (1998), «Measuring network structure», *Public Administration*, Vol. 76, Summer, pp. 387-407.
- MILWARD H.B., PROVAN K.G. (2000), «Governing the hollow state», *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 10, 2, pp. 359-379.
- MILWARD H.B., PROVAN K.G. (2003), *Managing the hollow state: Collaboration and contracting*, Paper presented at the National Public Management Research Conference, Tucson, University of Arizona, October.
- MONTEDURO F. (2004), «Relazioni di collaborazione tra amministrazioni pubbliche e nuove esigenze di accountability», in M. Meneguzzo (a cura di), *Network pubblici: strategia, struttura e governance* (in corso di pubblicazione).
- NELISSEN N. (2002), «The administrative capacity of new types of governance», *Public Organization Review*, 2, pp. 5-22.
- OECD (2004), *Towards high-performing health systems*, OECD, Paris.
- OECD/PUMA (2002), *Distributed Public Governance. Agencies, Authorities and other Autonomous Bodies*. OECD, Paris.
- PETERS G.B., PIERRE J. (1998), «Governance without Government? Rethinking Public Administration», *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 8, 2.
- PIERRE J. (a cura di) (2000), *Debating governance: authority, steering and democracy*, Oxford University Press.
- PIERRE J., PETERS G.B. (2000), *Governance, politics and the State*, St. Martin's Press, New York.
- PILONATO S. (2004), «Network approach: quali nuove specificità per il controllo di gestione strategico dell'ente locale?», *Liuc Papers*, n. 140, Serie Economia e Istituzioni 12, suppl. a gennaio.
- PROVAN K., MILWARD H. (1995), «A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: a comparative study of four community mental health systems», *Administrative Science Quarterly*, 44, pp. 1-33.
- REGIONE MARCHE (2004), *Cantiere ASUR: le azioni strategiche*.
- REICHARD C. (2001), «New approaches to public management» in K. König, H. Siedentopf, *Public Administration in Germany*. Nomos, Baden-Baden.
- RHODES R.A.W. (1996), «The New Governance: Governing without Government», *Political Studies*, Vol. 44.
- RHODES R.A.W. (1997), *Understanding Governance, policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Open University Press, Buckingham.
- RHODES R.A.W. (2000), «Governance and public administration» in J. Pierre (a cura di) (2000), *Debating governance: Authority, steering and democracy*, Oxford University Press.
- ROBERTS A. (2004), *Transborder service systems: Pathways for innovation or threats to accountability?*, IBM Center for the Business of Government, Market-based government Series.
- SCHICK A. (2003), «The performing State: reflection on an idea whose time has come but whose implementation has not», *OECD Journal on Budgeting*, Vol. 3, 2.
- SHARPF F.W. (1990), «Inner circles or hollow cores? Elite networks in national policy systems», *Journal of Politics*, Vol. 52, 2, pp. 356-390.
- STOKER G. (1998), «Governance as theory: five propositions», *International Social Science Journal*, Vol. 50, 1.
- THE ECONOMIST (2004), «The health of nations. A survey of health-care finance», July 17th.
- UFAS (2000), *Statistiques de l'assurance-maladie 2000*, Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna.
- UFS (2002), *Coûts du système de santé*, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel.
- UNDP (1995b), *A Strategy Paper on Governance*, Mimeo, New York.
- VAN KERSBERGEN K., VAN WAARDEN F. (2004), «Governance as a bridge between disciplines: cross-disciplinary inspiration regarding shifts in governance and problems of governability, accountability and legitimacy», *European Journal of Political Research*, 43, Blackwell Publishing, Oxford.
- WORLD BANK (1992), *Governance and Development*, World Bank Report, Washington DC.

Le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (fondazioni Irccs)

MASSIMO OCCHIENA

The essay analyzes the Irccs foundations from a juridical point of view. On the basis of the regulation established (D.L.vo N° 288/2003 and sentence N° 270/2005 by Constitutional Court) we illustrate the most important aspects regarding organization and management of these corporations. Moreover, we confirm they are public rights foundations, specified on the model of the «fondazioni di partecipazione», that has guaranteed participation of the local corporations to the management of the Irccs but for the same reasons it couldn't let attracting private investments. Moreover, taking the Irccs foundations as a starting-point, we prove no privatization process of the health sector is being carried out in Italy. This sector is dominated by «publicizing» phenomena because the high cost of the NHS weighs on the budget of the State and of the Regions.

Note sugli autori

Massimo Occhiena è Professore associato di Diritto amministrativo presso l'Università Luigi Bocconi

1. L'utilizzazione delle fondazioni nel diritto pubblico: in particolare, nel settore della ricerca e cura medica di alta specialità

Dopo averle «riscoperte» all'inizio degli anni Novanta del secolo scorso con la c.d. «legge Amato-Carli» (L. 30 luglio 1990, n. 218)¹, il legislatore ha utilizzato le fondazioni in molteplici ambiti sensibili dell'ordinamento, compresi alcuni che, dall'inizio del Novecento, sono tradizionalmente riservati alla mano pubblica. Negli anni più recenti le fondazioni hanno infatti assunto un ruolo centrale nei settori bancario, sanitario, universitario, teatrale, senza dimenticare quello della gestione e valorizzazione dei beni culturali. Diverse le conseguenze di questo fenomeno, di cui pare di poterne segnalare soprattutto due.

La prima consiste nel superamento del disfavore che il nostro ordinamento giuridico ha tradizionalmente riservato a questi organismi intermedi²: risentendo dell'influenza francese, la normativa codicistica ha fortemente inibito lo sviluppo di tali enti che, in altri Stati europei (Germania, Regno Unito, Spagna), rappresentano storicamente uno dei pilastri della società civile organizzata (Velo, Pezzetti, 2001, p. 181 e ss.; Zoppini, 1995, p. 25 e ss.).

La seconda conseguenza è la frammentazione della disciplina giuridica in materia di fondazioni. L'impiego di questi enti nei diversi settori regolati dal diritto pubblico è avvenuto mediante l'istituzione da parte del legislatore di tipologie di fondazioni per lo più non riconducibili alle regole generali poste dal libro I, titolo II del codice (si veda l'esempio paradigmatico delle fondazioni

SOMMARIO

1. L'utilizzazione delle fondazioni nel diritto pubblico: in particolare, nel settore della ricerca e cura medica di alta specialità
2. Le caratteristiche generali degli Irccs
3. La trasformazione degli Irccs pubblici in fondazioni Irccs: analisi della riforma attuata dal D.L.vo 288/2003
4. La connotazione pubblicistica per le fondazioni Irccs e lo «spazio» per le fondazioni e le società Irccs di diritto privato
5. Le ragioni della trasformazione degli Irccs in fondazioni: il coinvolgimento delle Regioni e degli enti locali. Il problema degli investimenti e dei finanziamenti privati
6. Le fondazioni Irccs alla stregua di «fondazioni di partecipazione»: pregi e difetti del modello
7. Fondazioni Irccs, fondazioni sanitarie e «sindrome da legge Crispi»: l'inesistente «privatizzazione» della sanità italiana

bancarie). Il processo di «ammodernamento» (Predieri, 1969, p. 1117 e ss.) di queste istituzioni ha seguito dunque una logica relativista, nel senso che – al di là della riforma in punto di riconoscimento apportata dal D.P.R. 10 febbraio 2000, n. 361 – si assiste ad una sorta di adattamento dell'istituto giuridico della fondazione alle esigenze del settore in cui esso è utilizzato, essendone disciplinati i profili di organizzazione e di funzionamento secondo modalità sempre diverse.

Rientrano a pieno titolo in questo quadro le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (fondazioni Irccs), parte del più ampio fenomeno del crescente ricorso alla figura giuridica della fondazione nel settore sanitario. Mentre, in generale, l'introduzione delle fondazioni in sanità per lo svolgimento di attività *core* (ossia di esternalizzazione delle attività sanitarie e che dunque non svolgono funzioni di mero supporto) avviene in applicazione della disciplina prevista in materia di «sperimentazioni gestionali» (cfr. Dugato, 2000), «timidamente» inaugurate dall'art. 4, comma 6, L. 30 dicembre 1991, n. 412³ e poi più ampiamente regolate dall'art. 9-*bis*, D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502⁴, le fondazioni operanti nel settore della ricerca nel campo biomedico e della organizzazione e gestione dei servizi sanitari di ricovero e cura di alta specialità sono invece regolate da una normativa *ad hoc*. Più specificamente, recependo la delega *ex art.* 42, L. 16 gennaio 2003, n. 3, con il D.L.vo 16 ottobre 2003 n. 288, è stato disposto il riordino degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) pubblici, prevedendone la trasformazione in fondazioni⁵, chiamate a rispettare una disciplina affatto diversa rispetto al modello civilistico della fondazione di diritto privato (artt. 14 ss., cod. civ.).

Prima di trattare in modo più approfondito le fondazioni Irccs, pare necessario un breve inquadramento generale per chiarire i tratti peculiari degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

2. Le caratteristiche generali degli Irccs

Gli Irccs sono organizzazioni sanitarie che coniugano compiti e funzioni di ricerca scientifica biomedica di alta specializzazione con quelli di assistenza e cura ospedaliera, coprendo i più importanti settori di studio,

di ricerca e di assistenza nel campo medico (cfr. L. 12 febbraio 1968, n. 132; D.P.R. 31 luglio 1980, n. 617; L. 23 dicembre 1978, n. 833; D.L.vo 30 giugno 1993, n. 269; D.L.vo n. 288/2003, cit.).

Essi sono di proprietà privata (nel qual caso sono denominati «di diritto privato», di cui seguono le regole) o pubblica (detti «di diritto pubblico»). L'art. 1, comma 1, D.L.vo 288/2003 (che sul punto offre una specie di definizione «ricognitiva», senza introdurre elementi di novità rispetto al passato) stabilisce che tanto gli Irccs pubblici quanto quelli privati sono «a rilevanza nazionale» (e non «enti nazionali», il che – come meglio verrà precisato in seguito – ne esclude la sottoposizione alla potestà legislativa esclusiva statale, non rientrando nell'ipotesi dell'art. 117, comma 2, lett. g), Cost.)⁶, dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

Il compito di tali strutture è cioè di sviluppare innovazioni e di assicurare il trasferimento alla pratica medica delle più importanti e recenti scoperte nel settore biomedico. La loro peculiarità è quindi di essere enti ibridi, posti al confine tra ricerca ed assistenza, chiamati ad effettuare attività di ricerca che deve trovare necessariamente sbocco in applicazioni terapeutiche negli ospedali in cui tali terapie vengono testate.

Già prevista dall'art. 47 del D.P.R. 616/1980, questa compresenza dei profili della ricerca e dell'assistenza (che costituiscono momenti essenziali ed inscindibili e tra cui sussiste «reciproca strumentalità» ed «equivalenza qualitativa»)⁷ determina la tipicità della natura degli Irccs, che li distingue dalle «ordinarie strutture del servizio sanitario – dove l'attività di ricerca occupa una posizione marcatamente secondaria quando non è del tutto assente →» (Salustri, 2004), quali gli ospedali generali. Il fatto di essere estranei all'organizzazione universitaria li differenzia dai policlinici universitari, con cui tuttavia condividono l'attività di ricerca.

A proposito di quest'ultima, occorre precisare che l'attività degli Irccs ad oggi esistenti ha per oggetto aree di ricerca definite, sia che

essi abbiano ricevuto il riconoscimento per una singola materia (Irccs monotematici, in relazione ai seguenti settori: dermatologia, gastroenterologia, geriatria, malattie genetiche ed eredo-familiari, malattie infettive, neurologia e psichiatria, oftalmologia, oncologia, ortopedia, patologie cardiovascolari, pediatria, riabilitazione neuromotoria e malattie professionali) sia che l'abbiano ricevuto per più aree biomediche integrate (Irccs politematici che si occupano dei seguenti campi della scienza medica: biotecnologie e tecnologie biomediche, cardiovascolare, trapiantologia, emergenza-urgenza; infettivologia, biotecnologie e tecnologie biomediche, trapiantologia, informatica medica e modelli di gestione; malattie metaboliche, biotecnologie e tecnologie mediche; auxologia, endocrinologia metabolica, riabilitazione; medicina occupazionale, riabilitazione, patologie croniche, degenerative, disabilitanti).

L'attività di ricerca scientifica si distingue in corrente (quella «diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito della biomedicina

e della sanità pubblica») e finalizzata (quella «attuata attraverso specifici progetti e diretta al raggiungimento dei particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal piano sanitario nazionale») e viene programmata in coerenza con il programma di ricerca sanitario previsto dall'art. 12-*bis* del D.L.vo n. 502/1992, nonché con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguibili in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più enti (così art. 8 del D.L.vo n. 288/2003)⁸. Dal punto di vista organizzativo, per assicurare la circolazione delle conoscenze e del personale, le migliori condizioni assistenziali e le terapie più avanzate ai pazienti, gli Irccs (e le fondazioni Irccs) sono comunque chiamati a realizzare sistemi e misure di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le Università, con gli istituti di riabilitazione e con le analoghe strutture a decrescente intensità di cura.

Al fine di meglio comprendere la realtà degli Irccs, dalla **tabella 1** si evince che nel

Regioni	Numero Irccs diritto privato anno 2005	Numero Irccs diritto pubblico anno 2005	Numero Irccs diritto privato anno 2003	Numero Irccs diritto pubblico anno 2003	Posti letto Irccs anno 2003
Piemonte	2		2		659
Valle d'Aosta					
Lombardia	14	5	14	5	4982
Provincia Autonoma di Bolzano					
Provincia Autonoma di Trento					
Veneto	1	2			22
Friuli-Venezia Giulia	3	1	1	2	109
Liguria	1	2	1	2	534
Emilia-Romagna		1		1	331
Toscana	2	0	1	1	139
Umbria					
Marche	0	3		3	106
Lazio	7	2	4	4	1740
Abruzzo					
Molise	1		1		195
Campania	2	1	2	1	347
Puglia	2	2	2	2	1430
Basilicata		1		1	
Calabria	0	1		1	68
Sicilia	1	0	1		314
Sardegna	1			1	38
Italia	37	21	29	24	11014

Tabella 1

Numero Irccs anni 2003 e 2005, distribuzione regionale e posti letto anno 2003

Fonte: elaborazione CER GAS - Bocconi su dati Ministero della salute, febbraio 2006

2005 essi erano 58 (37 di diritto privato e 21 di diritto pubblico), con un incremento di 5 strutture rispetto al 2003 (29 di diritto privato; 24 di diritto pubblico) e che la Regione con la maggiore concentrazione di istituti è la Lombardia (14 privati e 5 pubblici, numero invariato nel 2005 rispetto al 2003). Interessante è anche il dato (riferito al 2003) dei posti letto degli Irccs, il cui totale (11014) rappresenta circa il 4% del totale (pari a 277.977) dei posti letto che sempre nel 2003 offrivano in Italia le strutture pubbliche e quelle private accreditate⁹.

Molto interessanti anche i dati relativi all'attività ospedaliera per regime di ricovero degli Irccs, messi a confronto con i dati relativi alle altre strutture sanitarie italiane (tabella 2), da cui emerge che gli Irccs coprono circa il 5% del totale dei ricoveri presso le strutture sanitarie nazionali di cui il 4,7% del totale degli acuti trattati; il 14,8% dei casi di riabilitazione e il 5% di quelli di lungodegenza.

Ora, tenendo conto che, su base annua, il c.d. «costo al nuovo» di un posto letto comprensivo della strumentazione di supporto si aggira intorno ai 300.000 euro, si può indi-

care il *budget* annuo complessivo di queste strutture in 3,4 miliardi di euro circa, cui deve aggiungersi il valore del patrimonio immobiliare.

Tornando all'indagine giuridica, l'unione delle prestazioni di ricerca con quelle di assistenza e ricovero comporta la compresenza nel settore dei poteri legislativi statali e di quelli regionali. Infatti, mentre nel sistema precedente all'entrata in vigore della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, allo Stato era riservato il potere legislativo in relazione alla materia della ricerca scientifica, laddove la disciplina dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera era rimessa alla potestà legislativa concorrente, nel nuovo sistema costituzionale conseguente alla riforma del titolo V, tanto la ricerca scientifica quanto la tutela della salute (in quanto non riconducibile alla «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale», di potestà legislativa esclusiva statale, ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.) sono materie di legislazione concorrente *ex art.* 117, comma 3, Cost.

Tabella 2

Distribuzione dimessi per regime assistenziale anno 2003

Fonte: elaborazione CERGIS - Bocconi su dati Ministero della salute, febbraio 2006

Tipo istituto	Acuti				Riabilitazione				Lungodegenza	
	Regime ordinario		Day hospital		Regime ordinario		Day hospital			
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Aziende ospedaliere	2.621.220	31,0	1.257.368	35,2	38.510	14,8	15.713	29,3	8.785	9,3
Ospedali a gestione diretta	3.617.138	42,8	1.411.325	39,5	34.249	13,1	11.053	20,6	38.585	40,9
Policlinici universitari	240.630	2,8	220.073	6,2	945	0,4	887	1,7	-	-
Irccs	348.255	4,1	223.028	6,2	36.229	13,9	10.340	19,3	4.670	5,0
Ospedali classificati	280.164	3,3	114.979	3,2	11.522	4,4	487	0,9	1.065	1,1
Istituti qualificati presidio Usl	45.903	0,5	23.743	0,7	5.413	2,1	1.336	2,5	721	0,8
Enti di ricerca	3.556	0,0	412	0,0	-	-	-	-	-	-
Case di cura private accreditate	1.218.940	14,4	317.871	8,9	129.410	49,6	13.728	25,6	40.425	42,9
Case di cura private	67.665	0,8	4.943	0,1	4.636	1,8	54	0,1	22	0,0
Totale	8.443.471	100,0	3.573.742	100,0	260.914	100,0	53.598	100,0	94.273	100,0

Questo il quadro costituzionale vigente, cui si farà riferimento nella ricostruzione che verrà operata in questo scritto. Occorre però ricordare che è stato pubblicato¹⁰ il testo della legge costituzionale recante «Modifiche alla Parte II della Costituzione», per la cui entrata in vigore occorre tuttavia attendere l'esperimento della consultazione popolare mediante *referendum* che si terrà il 25 giugno 2006.

Nell'ottica della c.d. «devolution», la nuova disciplina costituzionale depenna la «tutela della salute» tra le materie di competenza concorrente, prevedendo che lo Stato abbia competenza esclusiva quanto alla fissazione delle «norme generali sulla tutela della salute» (cfr. la nuova lett. *m-bis*), dell'art. 117, comma 2, Cost.) e le Regioni competenza esclusiva in materia di «assistenza e organizzazione sanitaria» (art. 117, comma 4, lett. *a*). In attesa di conoscere le sorti del *referendum* e le linee interpretative della giurisprudenza costituzionale che si formerà sul punto, alla luce del mantenimento ad opera del nuovo testo costituzionale dei poteri statali di indirizzo generale in materia sanitaria, nonché di quelli diretti ad assicurare una disciplina comune laddove sussistano «esigenze di carattere unitario», non pare che in materia di Irccs e di fondazioni Irccs la riforma comporti mutamenti rispetto al quadro normativo risultante dal combinato disposto dei vigenti artt. 117 e 118 Cost. e delle norme che compongono il D.L.vo 288/2003, siccome interpretato dalla Corte costituzionale¹¹.

A proposito della decisione in ultimo citata, si precisa che essa è intervenuta a seguito dei ricorsi proposti da alcune Regioni contro il D.L.vo n. 288/2003, ritenuto in parte lesivo della potestà legislativa regionale concorrente nel settore della ricerca scientifica e della tutela della salute. Come verrà meglio specificato, accogliendo parte delle doglianze sollevate dalle Regioni ricorrenti, nella citata sentenza la Consulta ha dichiarato l'incostituzionalità di alcune disposizioni del decreto di riordino o perché eccessivamente dettagliate ed analitiche, o perché attribuiscono rilevanti poteri di controllo amministrativo in capo ad organi statali, con conseguente illegittima compressione dei poteri regionali.

3. La trasformazione degli Irccs pubblici in fondazioni Irccs: analisi della riforma attuata dal D.L.vo 288/2003

Ciò detto in relazione agli elementi distintivi degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, fatta salva la possibilità di istituire nuovi Irccs¹², il D.L.vo 288/2003 ha disposto che gli Irccs pubblici possano trasformarsi in «fondazioni di rilievo nazionale». L'art. 12 del decreto precisa che «è fatta salva l'autonomia giuridico-amministrativa degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato»: norma rispettosa dell'art. 42, comma 1, lettera *a*), L. 3/2003, con cui è stato delegato il Governo a disciplinare la trasformazione in fondazioni dei soli Irccs di diritto pubblico.

Ai sensi dell'art. 2, comma 1, del decreto 288/2003, la procedura di alterazione della soggettività giuridica ha inizio con istanza della Regione in cui l'istituto ha la sua sede prevalente ed è attuata (*ex art. 3, D.L.vo 288/2003, cit.*) con decreto del Ministro della salute che, previa intesa con la Regione interessata, approva il testo dello statuto proposto dal medesimo ente regionale. Secondo Corte cost. 270/2005, *cit.*, questo procedimento è conforme al dettato degli artt. 117 e 118 Cost., in quanto garantisce la «sostanziale uniformità di valutazione» tra Stato e Regioni, laddove la necessità di acquisire previamente l'intesa «assicura la partecipazione paritaria della Regione direttamente interessata» nell'*iter* di trasformazione.

L'art. 2, comma 1, del D.L.vo 288/2003, statuisce che «Sono enti fondatori il Ministero della salute, la Regione ed il Comune in cui l'Istituto da trasformare ha la sede effettiva di attività e, quando siano presenti, i soggetti rappresentativi degli interessi originari». Anche dopo l'istituzione, la stessa norma consente che si aggiungano in qualità di partecipanti altri enti pubblici e soggetti privati che, in assenza di conflitto di interessi, «condividano gli scopi della fondazione ed intendano contribuire al loro raggiungimento». Gli statuti devono disciplinare «le modalità e le condizioni della loro partecipazione, ivi compreso l'apporto patrimoniale loro richiesto all'atto della adesione e le modalità di rappresentanza nel consiglio di amministrazione». Sul punto si tornerà ampiamente *infra* (cfr. §§ 5 e 6).

A dispetto della denominazione legale di «fondazioni Irccs», questi enti sono (*recte*, rimangono) soggetti di diritto pubblico. L'art. 2, comma 1, D.L.vo 288/2003, precisa che la trasformazione in fondazioni lascia impregiudicata la natura pubblica degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico. Regime della pubblicità che non è solo enunciato, trovando ampie conferme nelle modalità di finanziamento (gravante sui bilanci dello Stato, delle Regioni e degli enti locali), nelle caratteristiche dell'organizzazione di tali enti, nel regime dei beni rientranti nel patrimonio delle fondazioni Irccs, nel regime dell'attività e, infine, anche in quello della responsabilità cui questi soggetti sono sottoposti (su questi aspetti, cfr. il successivo § 4).

La statuizione contenuta nel comma 1 dell'art. 3 del decreto, secondo cui «Alle Fondazioni Irccs si applicano, per quanto compatibili con le disposizioni del presente decreto legislativo, le disposizioni di cui al Libro I, Titolo II del codice civile» sembra pertanto doversi interpretare nell'ottica della residualità della disciplina applicabile agli Irccs trasformati in fondazioni, regolati prevalentemente dalle norme del D.L.vo 288/2003, manifestamente derogatorie rispetto alle disposizioni del codice civile sulle persone giuridiche private.

Il decreto di riordino ha posto queste strutture sotto la vigilanza pubblica. Già prevista, in generale, dal D.L.vo n. 269/1993 per gli Irccs (rispetto ai quali l'art. 1, comma 2, D.L.vo 288/2003, precisa che restano ferme le funzioni di vigilanza spettanti al Ministro della salute), il D.L.vo 288/2003, cit., ha stabilito nel suo testo originario tutta una serie di poteri di vigilanza e controllo in capo al Ministro e alle Regioni. Tali poteri sono stati sensibilmente ridimensionati dalla Corte costituzionale, che ha ridotto l'ampiezza della vigilanza esercitabile da parte dello Stato.

A seguito delle precisazioni operate nella sentenza n. 270/2005, risultano censurati i compiti di controllo affidati, in generale (art. 1, comma 2, D.L.vo cit.), al Ministro della salute e, in particolare (art. 16, commi 1 e 2, D.L.vo 288/2003), per gli aspetti finanziari, al Ministero dell'economia nonché, per quelli di legittimità e regolarità dell'azione amministrativa, ad appositi comitati paritetici (formati da due componenti designati dal

Presidente della Regione e due dal Ministro della salute). Questi ultimi erano chiamati dal testo del decreto di riordino a svolgere controlli amministrativi di tipo preventivo sugli atti fondamentali degli Irccs: le deliberazioni concernenti le modifiche statutarie, la partecipazione in enti e società, l'avvio delle attività strumentali, il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale ed il bilancio di esercizio, nonché le deliberazioni di programmi di spesa pluriennali, la dotazione organica iniziale e le sue revisioni. A questo riguardo, la Corte ha affermato che è contrario alla Costituzione l'aver attribuito al Ministro della salute, anche mediante altri organi amministrativi (quali i comitati paritetici) «veri e propri poteri di controllo amministrativo» su enti, quali gli Irccs, qualificati alla stregua di «autonomi, dotati di propri statuti ed organi di controllo interni, ed operanti nell'ambito della legislazione regionale di tipo concorrente».

La Consulta ha invece giudicato conforme alla Costituzione la potestà ministeriale di controllo e di scioglimento degli organi delle fondazioni, nonché il potere di nominare un commissario straordinario d'intesa con il Presidente della Regione interessata, in quanto, alla luce dell'art. 118 Cost., sussistono «esigenze di carattere unitario» volte a garantire «fondamentali caratteristiche organizzative comuni» di tali enti¹³.

Al pari degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici non trasformati e di quelli privati, le fondazioni Irccs sono sottoposte al «riconoscimento del carattere scientifico», adottato dal Ministero della salute, d'intesa con il Presidente della Regione interessata (art. 13, D.L.vo 288/2003). Corte cost. n. 270/2005 ha dichiarato legittimo tale potere ministeriale, in quanto garantisce «una sostanziale uniformità di valutazione» dei requisiti per il riconoscimento, mentre la necessità dell'intesa «assicura la partecipazione paritaria della Regione direttamente interessata», in linea con lo svolgimento delle funzioni amministrative nelle materie di legislazione concorrente¹⁴. La Corte ha invece censurato il terzo e quarto periodo dell'art. 13, cit., che prevedevano in modo dettagliato composizione e modalità di designazione del consiglio di amministrazione delle fondazioni in cui insiste la prevalenza del corso formativo di medicina e chirurgia

e per cui l'Università contribuisce in misura pari ad almeno un terzo del patrimonio indisponibile. Queste disposizioni sono state giudicate dalla Consulta invasive dell'autonomia statutaria delle fondazioni ed eccedenti il potere legislativo statale nelle materie concorrenti, limitato ai sensi dell'art. 117, comma 3, Cost., alla determinazione dei principî fondamentali.

L'art. 13, D.L.vo 288/2003 stabilisce che il riconoscimento (che accomuna Irccs pubblici, privati e fondazioni Irccs) possa avvenire con riferimento ad un'unica specializzazione disciplinare (limite elevato a due – «purché tra loro complementari ed integrate» – per i policlinici). Esso segue la procedura regolata dall'art. 14 del D.L.vo cit. ed è diretto a riscontrare il possesso da parte dell'ente sottoposto a valutazione non solo di requisiti che emergono a seguito di una verifica semplice, ossia che si sostanzia in un giudizio di sussistenza/insussistenza (quali il possesso della personalità giuridica di diritto pubblico o di diritto privato, della titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento sanitari, di certificazioni di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute), ma anche di requisiti che debbono essere oggetto di verifiche complesse che ne dimostrino l'economicità e l'efficienza dell'organizzazione, la qualità delle strutture e livello tecnologico delle attrezzature, il livello di eccellenza dell'attività di ricerca e di quella sanitaria svolte negli ultimi tre anni, la capacità sia di inserirsi in rete con istituti di ricerca della stessa area di riferimento e di collaborazioni con altri enti pubblici e privati, sia di attrarre finanziamenti pubblici e privati indipendenti (art. 13, cit.).

La sussistenza di detti requisiti deve essere provata ogni tre anni dagli istituti, che devono inviare la necessaria documentazione al Ministero della salute, che ha il potere di confermarla o revocarla; qualora si verifici la sopravvenuta carenza delle condizioni per il riconoscimento, informata la Regione, il Ministero assegna all'ente un termine non superiore ad un anno entro il quale sanare la situazione (art. 15, comma 1, D.L.vo 288/2003).

Il riconoscimento scientifico consente alle fondazioni Irccs (e agli istituti non trasformati) di beneficiare, *ex art. 10, D.L.vo 288/2003*, del finanziamento annuo per l'atti-

vità di ricerca gravante sul fondo sanitario nazionale (di cui all'art. 12, D.L.vo 502/1992). A questo riguardo, Corte cost., n. 270/2005, ha riconosciuto legittima la norma *ex art. 10, comma 1, D.L.vo 288/2003*, che consente al Ministro della salute di stabilire annualmente quote riservate al finanziamento di progetti gestiti mediante organizzazioni in rete. Questa disposizione, infatti, concretizza uno strumento che, coerentemente all'art. 118, comma 1, Cost., consente al Ministro di esercitare poteri e responsabilità che non possono che «spettare naturalmente ad un organo che riesca ad avere una visione d'insieme della complessiva capacità e specificità degli Irccs, anche in relazione alle mutevoli tendenze della ricerca scientifica in materia sanitaria a livello internazionale ed a livello comunitario». Sotto altro punto di vista, si osserva che la Consulta aveva già dichiarato che, in presenza di obiettivi di finanza pubblica e contenimento della spesa sanitaria al cui rispetto sono tenute Regioni e Province autonome, sono giustificate ingerenze statali a fronte del concorso dell'erario nel finanziamento della spesa sanitaria¹⁵.

Per quanto concerne le caratteristiche dell'attività di ricerca scientifica, le fondazioni Irccs seguono la stessa disciplina degli istituti non trasformati, già illustrata *supra* nel § 2.

4. La connotazione pubblicistica per le fondazioni Irccs e lo «spazio» per le fondazioni e le società Irccs di diritto privato

Secondo quanto accennato, le fondazioni Irccs sono enti pubblici. Conclusione che si ricava non solo dall'espressa qualifica operata dal citato art. 2, comma 1, del D.L.vo 288/2003, ma anche dalle caratteristiche delle norme contenute in questo decreto.

La pervasività della disciplina pubblicistica sulle fondazioni Irccs emerge con chiarezza già nella regolazione del loro momento istitutivo: l'art. 2, comma 2, D.L.vo 288/2003, precisa infatti che «Sono enti fondatori il Ministero della salute, la Regione ed il comune in cui l'istituto da trasformare ha la sede effettiva di attività e, quando siano presenti, i soggetti rappresentativi degli interessi originari».

Oltre che ai soggetti pubblici, l'art. 2, D.L.vo 288/2003, statuisce tanto nel comma 1, quanto nel comma 2, che le fondazioni

Ircs sono «aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati» che possono aggiungersi alla compagine iniziale qualora «condividano gli scopi della fondazione ed intendano contribuire al loro raggiungimento», con l'unico limite che non sussistano ipotesi di conflitto di interessi. Questa «apertura al privato» non serve a mitigare la connotazione pubblica delle fondazioni, quanto piuttosto a garantire che queste ultime traggano la fonte del loro sostentamento finanziario anche da soggetti che non siano enti pubblici. L'inclusione dei privati pare infatti doversi interpretare nell'ottica propria delle c.d. «fondazioni di partecipazione» (cfr. *infra*, § 5).

Anche l'autonomia organizzativa di tali enti risulta fortemente limitata dalla disciplina posta dal D.L.vo 288/2003. Per quanto la compressione degli spazi di scelta a causa delle ingerenze di soggetti pubblici è stata ridotta a seguito dell'intervento della Corte costituzionale, si osserva che ciò è avvenuto soltanto mediante la declaratoria di illegittimità costituzionale delle designazioni riservate dal D.L.vo 288/2003 agli organi dello Stato, lasciando tuttavia il campo libero alle eventuali intromissioni ad opera delle Regioni. Infatti, venute meno le norme che riservavano al Ministro della salute poteri di scelta in merito alla composizione del consiglio di amministrazione, alla nomina del presidente del consiglio di amministrazione e alla formazione del collegio sindacale¹⁶, appare alquanto improbabile che le Regioni lascino all'autonomia statutaria delle fondazioni la determinazione delle regole da seguire per designare tali fondamentali organi, senza introdurre un'apposita disciplina legislativa.

Inoltre, sul fronte dei poteri pubblici di vigilanza e controllo, per quanto la Corte costituzionale abbia in parte diminuito quelli attribuiti dal D.L.vo 288/2003 allo Stato (cfr. *supra*), si rileva come, oltre al permanere dei poteri statali (d'intesa con la Regione interessata) di revisione/revoca del riconoscimento (art. 15), di scioglimento dei consigli di amministrazione delle fondazioni Ircs e di nomina di un commissario straordinario (art. 16), le Regioni possano comunque introdurre, a livello di legislazione attuativa, forme di controllo attribuendole a organi regionali o locali (seppure con il limite rappresentato dall'esigenza di assicurare l'autonomia degli Ircs).

Oltre a queste considerazioni di *ius cogens*, ponendosi nella prospettiva dello *ius conditum*, anche dopo l'intervento della Corte costituzionale è dato rilevare come il D.L.vo 288/2003 regoli in modo puntuale e dettagliato l'organizzazione delle fondazioni in analisi. Queste appaiono carenti di quell'autonomia che è propria non già solo delle fondazioni propriamente dette, ma anche, per restare nel settore dell'organizzazione della sanità, delle aziende sanitarie locali (che, ai sensi dell'art. 3, comma 1-*bis*, D.L.vo 502/1992, possono disciplinare «la loro organizzazione ed il funzionamento... con atto aziendale di diritto privato»).

In primo luogo, l'organizzazione di tali fondazioni è dettata con estrema precisione dal decreto di riordino, che vincola le disposizioni statutarie. A questo riguardo, si osserva che se è vero che spetta agli statuti disciplinare le modalità e le condizioni di partecipazione degli enti che non rientrano tra i fondatori *ex lege*, nonché stabilire l'apporto patrimoniale richiesto all'atto della adesione e le modalità di rappresentanza nel consiglio di amministrazione, è altrettanto vero che tali tavole di fondazione sono redatte dalla Regione interessata, proposte al Ministro della salute e infine approvate da quest'ultimo d'intesa con il Presidente regionale. Pertanto, l'adozione dello statuto ad opera del consiglio di amministrazione si risolve in una mera ratifica di quanto già previsto da Stato e Regione in accordo tra loro. D'altronde, in caso di mancata adozione dello statuto da parte del consiglio di amministrazione, l'art. 3, comma 5, D.L.vo cit., precisa che tale atto venga adottato da un commissario *ad acta* nominato dal Ministro della salute, d'intesa con il Presidente della Regione interessata.

In secondo luogo, il decreto di riordino stabilisce quali sono gli organi direttivi e di gestione delle fondazioni Ircs – presidente, consiglio di amministrazione, collegio sindacale, direttore generale, direttore scientifico – disponendo anche in merito alle funzioni degli stessi. Ad esempio, in merito al collegio sindacale (nominato dal direttore generale ai sensi dell'art. 4, comma 4 D.L.vo 288/2003), l'art. 4, commi 1 e 2, D.L.vo cit., prescrive che esso dura in carica tre anni, che è chiamato a verificare l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico, a vigilare sull'osservanza della legge, nonché ad

accertare la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, anche effettuando periodicamente verifiche di cassa. L'art. 3, comma 4, del decreto stabilisce che gli organi «operativi» della fondazione sono il direttore generale, che ha funzioni di gestione, nominato dal consiglio di amministrazione tra soggetti esterni allo stesso e il direttore scientifico, nominato dal Ministro, sentito il presidente della Regione. Sul punto è interessante notare che l'art. 15, comma 1, D.L.vo 288/2003 (norma passata indenne al sindacato di Corte cost. n. 270/2005) stabilisce che in caso di sopravvenuta carenza dei requisiti prescritti per il riconoscimento del carattere scientifico delle fondazioni Irccs, il Ministro della salute e la Regione competente possono immediatamente sostituire i propri membri designati all'interno dei consigli di amministrazione.

Invece, pur essendo espressamente previsti dall'art. 11 al fine di stabilirne la durata in carica e i requisiti soggettivi per potere essere nominati, il decreto non statuisce nulla quanto alle modalità di nomina e alle funzioni del direttore sanitario e di quello amministrativo. Queste ultime sono dunque lasciate all'autonomia delle fondazioni: pertanto, esse dovranno essere regolate nello statuto e adottate dal consiglio di amministrazione, sebbene è logico pensare che il potere di nomina spetti al direttore generale, in conformità a quanto disposto per le aziende sanitarie locali dall'art. 3, comma 1-*quinquies*, D.L.vo 502/1992.

In terzo luogo, l'impronta pubblicistica è ben visibile anche in materia di responsabilità del personale, che pare assoggettata alla disciplina pubblicistica. Posto che i fondi per la ricerca provengono dallo Stato e dalle Regioni (oltre che, eventualmente, da privati) e vista la loro destinazione vincolata, pare che sussista la giurisdizione della Corte dei conti tanto nella materia della responsabilità amministrativa, quanto in quella dei consuntivi contabili¹⁷.

In quarto luogo, per quanto attiene all'organizzazione delle fondazioni Irccs, si osserva che, trattandosi di enti pubblici (come espressamente statuito dal D.L.vo 288/2004), esse sono titolari del c.d. «potere di organizzazione» (art. 5, D.L.vo 30 marzo 2001, n. 165), ossia di determinare mediante

«atti organizzativi... le linee fondamentali di organizzazione degli uffici... gli uffici di maggiore rilevanza e i modi di conferimento della titolarità dei medesimi... le dotazioni organiche complessive» (art. 2, D.L.vo 165/2001, cit.).

Preme osservare che l'art. 11 del D.L.vo 288/2003 prevede che il rapporto di lavoro del personale delle fondazioni Irccs ha «natura privatistica» (lasciando comunque i dipendenti liberi di scegliere di mantenere, ad esaurimento, il rapporto di diritto pubblico oppure di passare al contratto privatistico entro 180 giorni dalla data di trasformazione in fondazione); mentre quello degli istituti non trasformati è sottoposto alla disciplina del D.L.vo 502/1992, del D.L.vo 165/2001 e della contrattazione collettiva¹⁸. Posto che a partire dall'entrata in vigore del D.L.vo 3 febbraio 1993, n. 29, la disciplina del lavoro presso le amministrazioni pubbliche segue i principi e le regole del diritto privato, il senso della norma pare essere che le fondazioni Irccs possono prescindere dalla contrattazione collettiva nazionale di comparto, applicando al proprio personale il contratto della sanità privata (come peraltro dispongono alcuni statuti di fondazioni Irccs).

Si tratta però di una soluzione normativa eccentrica, che a fatica si inserisce nel quadro normativo generale. In quanto enti pubblici, ai sensi dell'art. 46, D.L.vo 165/2001, le fondazioni Irccs sono legalmente rappresentate agli effetti della contrattazione collettiva nazionale dall'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (Aran), chiamata dalla legge a svolgere ogni attività relativa alla negoziazione e definizione dei contratti collettivi di comparto. Comunque sia, ciò che non pare revocabile in dubbio è la sussistenza dei suddetti poteri organizzativi di natura pubblica in capo agli organi di governo e di gestione delle fondazioni Irccs.

In ultimo, anche il regime giuridico dei beni ricalca la natura pubblica delle fondazioni Irccs. L'art. 7, comma 4, stabilisce che entro novanta giorni dal loro insediamento i consigli di amministrazione debbano redigere lo stato patrimoniale, individuando i beni direttamente utilizzati per gli scopi istituzionali, da considerarsi indisponibili ed inalienabili (si rammenta, che l'art. 4, comma 236, della L. 350/2003, c.d. «legge finanziaria per

il 2004», ha autorizzato gli Irccs non trasformati in fondazioni a vendere i beni immobili per far fronte ai debiti pregressi).

Alla luce di quanto osservato, trova conferma il carattere della pubblicità delle fondazioni Irccs. Tra l'altro, pure Corte cost., n. 270/2005 le ha espressamente qualificate alla stregua enti pubblici.

Al di là di delle definizioni enunciate, è dall'*iter* logico-interpretativo seguito dalla Corte nella sentenza citata ad evincersi che si tratta di enti pubblici, e non già di fondazioni propriamente dette. Non a caso, infatti, nello scrutinio di legittimità della L. n. 3/2003 e del D.L.vo 288/2003, la Consulta ha esaltato la natura pubblica di tali enti, escludendone l'inclusione nell'organizzazione amministrativa dello Stato, facendo passare pressoché in secondo piano la possibilità ermeneutica di ricondurre tali disposizioni di legge alla materia dell'«ordinamento civile» (di cui fanno parte le fondazioni), riservata allo Stato dall'art. 117, comma 2, lett. *l*), Cost.¹⁹. In modo condivisibile, la sentenza n. 270/2005 non si sofferma sull'aspetto formale del *nomen iuris* «fondazione», risolvendo piuttosto il problema di determinare la titolarità del potere legislativo alla luce dell'effettiva natura delle fondazioni Irccs, siccome risultante dal tipo di attività svolta, dalle caratteristiche della loro organizzazione, dalla provenienza dei finanziamenti di cui godono.

Né contraddice la definizione di ente pubblico il fatto che la Consulta abbia riconosciuto margini di autonomia (soprattutto nelle modalità di designazione degli organi direttivi) in capo alle fondazioni Irccs. La maggiore o minore autonomia non è infatti indice della natura pubblica o privata di un ente, giacché come ampiamente e autorevolmente dimostrato in dottrina l'autonomia è concetto proprio anche degli enti pubblici (Romano A., 1987, p. 30 e ss.; Romano S., 1983). Questo perché in essi è individuabile tanto l'autonomia in senso soggettivo – la capacità di darsi un ordinamento –, quanto l'autonomia in senso oggettivo, ossia quei caratteri oggettivi dell'ordinamento derivato che ripete caratteristiche proprie dell'ordinamento derivante. Piuttosto, la vera differenza è data dagli scopi dell'autonomia pubblica rispetto a quella privata, in quanto la prima delle due è la sola che ha alla base una presa di posizione da parte della legge (dell'ordi-

namento generale) funzionalizzata al perseguimento di interessi pubblici.

Il fatto che le fondazioni Irccs abbiano natura pubblica ha importanti conseguenze sull'attività/gestione di tali enti.

Quanto alle funzioni di ricerca e di assistenza che essi possono svolgere, come visto (cfr. § 3), esse sono fissate espressamente dall'art. 8 del D.L.vo 288/2003.

Dal punto di vista dell'affidamento dei relativi servizi sanitari, l'art. 2, comma 1, del decreto elimina alla radice tutti gli eventuali problemi collegati alle procedure che devono essere seguite dagli enti regionali: questa norma precisa che le fondazioni Irccs perseguono «finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo... dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari».

Su altro fronte, posta la natura di enti pubblici delle fondazioni Irccs, sembra indiscutibile che per soddisfare la loro domanda di opere, servizi e forniture esse debbano applicare la normativa sugli appalti pubblici allorché si rivolgano al mercato. Qualora, invece, per lo svolgimento di attività strumentali, tali enti costituiscano o partecipino a consorzi, società di persone o capitali con soggetti pubblici o privati, la scelta del socio deve avvenire (come precisato dall'art. 9, D.L.vo 288/2003) nel rispetto della normativa interna e comunitaria siccome interpretata dalla costante giurisprudenza, ossia mediante espletamento di una gara pubblica²⁰.

Procedura ad evidenza pubblica che le fondazioni Irccs paiono chiamate a rispettare anche per la scelta del socio privato in caso di costituzione di società miste di persone o di capitali con lo scopo di trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale (cfr. art. 8, comma 5, D.L.vo 288/2003, su cui v. *infra*, § 5).

Relativamente all'affidamento di prestazioni da parte degli enti in esame al consorzio/società partecipato, potrà derogarsi alle regole dell'evidenza pubblica se ricorrono i presupposti fissati dalla Corte di Giustizia delle Comunità europee per potersi applicare il sistema dell'*in house providing*²¹.

Per ragioni di completezza, ricordate che l'art. 12, D.L.vo 288/2003, fa salva «l'autonomia giuridico-amministrativa degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato» esistenti, preme puntualizzare che ai sensi della disciplina contenuta

nel decreto cit. è comunque possibile istituire *ex novo* Irccs di diritto privato. Infatti, l'art. 13, comma 2, D.L.vo cit., dispone che ai fini del riconoscimento ministeriale del carattere scientifico «le strutture private debbono costituirsi in una delle forme giuridiche disciplinate dal codice civile» (soprattutto fondazioni e società). Ovviamente questi Irccs sono soggetti privati, cui non si applica il decreto 288/2003 (che riguarda le fondazioni Irccs pubbliche e gli istituti non trasformati), ad eccezione dell'art. 12, che assoggetta l'assunzione del personale sanitario (cui si applica il contratto di lavoro dei dipendenti delle strutture sanitarie private) a «procedure di selezione e di valutazione dei candidati atte a verificarne la professionalità e l'esperienza», dirette a verificare il possesso «degli stessi requisiti previsti per le corrispondenti qualifiche degli enti e strutture del Servizio sanitario nazionale». Anche agli Irccs privati sono poi applicabili le norme del decreto connesse al finanziamento ministeriale dell'attività di ricerca da cui consegue l'assoggettamento alla giurisdizione della Corte dei conti delle questioni relative alla scorretta utilizzazione di questi fondi (cfr. Cass., Sez. Un., 1° marzo 2006, n. 4511). Allorché, invece, il nuovo Irccs di diritto privato assuma la natura di fondazione, ad esso saranno applicabili anche altre tre norme del D.L.vo 288/2003: gli artt. 13 e 14, per quanto attiene al riconoscimento; l'art. 15, in relazione ai poteri di revisione e di revoca del riconoscimento medesimo attribuiti al Ministro della salute e alle Regioni.

A questi Irccs di diritto privato possono partecipare anche enti pubblici (Regioni, Province, Comuni). Il che potrebbe determinare l'obbligo di rispettare la normativa sugli appalti pubblici, qualora ricorrano i presupposti per qualificare tali istituti alla stregua di organismi di diritto pubblico²².

5. Le ragioni della trasformazione degli Irccs in fondazioni: il coinvolgimento delle Regioni e degli enti locali. Il problema degli investimenti e dei finanziamenti privati

La trasformazione degli Irccs in fondazioni ne lascia dunque invariata la natura pubblica: si chiamano «fondazioni», ma sono in realtà enti pubblici. Pertanto, il fatto che con

la riforma attuata dal decreto 288/2003 sia stato utilizzato un istituto giuridico di derivazione civilistica non deve ingannare: il settore non è stato privatizzato. Inevitabile chiedersi perché il legislatore abbia fatto ricorso alle fondazioni per riformare gli Irccs.

Sul piano delle valutazioni generali, non può non osservarsi che il ricorso alla figura giuridica della fondazione è probabilmente (anche) il frutto di un'incontestabile «moda». Come accennato nelle premesse, il legislatore ne ha fatto negli ultimi anni un crescente utilizzo, probabilmente anche con l'introduzione di elementi di privatizzazione nei più svariati settori dell'intervento pubblico.

Probabilmente, ciò avviene anche perché, a ben vedere, tra fondazioni ed enti pubblici possono intravedersi punti di convergenza e una sostanziale «vicinanza prospettica». Entrambi perseguono scopo di lucro oggettivo, ma non soggettivo, ossia possono/deverno avere ricavi, ma non hanno quale fine la distribuzione degli utili. Il patrimonio della fondazione è destinato allo scopo prescelto, il che conforta rispetto ad un utilizzo non coerente con gli scopi che l'ente pubblico conferente deve perseguire nel settore di intervento. Per quanto «di partecipazione» (cfr. *infra*, § 6), la fondazione ha comunque una struttura organizzativa che, in relazione agli organi decisori, è di per sé «chiusa», o comunque «non aperta» come avviene per altri soggetti privati (ad esempio le associazioni, per restare nell'ambito del lucro oggettivo). Infine, la fondazione è soggetta al controllo e alla vigilanza pubblica, evidenti elementi di contatto con la realtà normativa in cui si muovono gli enti pubblici.

Per quanto riguarda più da vicino le fondazioni Irccs, queste sono probabilmente da inquadrarsi in un più ampio disegno di (lenta e) progressiva «privatizzazione» del settore sanitario dal punto di vista delle logiche di gestione, che allo stato incontra ancora resistenze e che richiede il perfezionamento di strumenti giuridici – e le fondazioni da questo punto di vista appaiono assai funzionali che assicurino l'erogazione e lo sviluppo dei servizi sanitari senza pregiudicare i poteri di indirizzo e controllo, nonché la stessa «proprietà», da parte degli enti pubblici.

Accanto a queste considerazioni, pare che nel caso degli Irccs abbiano pesato altre im-

portanti ragioni per prevederne la trasformazione in fondazioni.

Una sembra riguardare il piano della c.d. «governance» ed attiene alla necessità di rilanciare il ruolo delle Regioni e degli enti locali negli istituti di ricerca e cura a carattere scientifico²³.

Per quanto riguarda le Regioni, si trattava di coinvolgerle maggiormente nella gestione degli Irccs, il cui ingente disavanzo di gestione si spiega anche con la circostanza che gli enti regionali si limitavano a finanziare le prestazioni tariffabili in modo indifferenziato rispetto alle altre strutture nosocomiali (Rampulla, Tronconi, 2004), restando del tutto estranee alle altre funzioni svolte dagli istituti, che pure rappresentano una quota importante dei loro bilanci (circa il 40%).

Sul fronte dei Comuni e delle Province, le fondazioni assecondano la «crescente pressione per un ritorno degli enti locali ad un ruolo di indirizzo nel settore sanitario», in quanto è stato evidenziato come «l'organo monocratico del direttore generale» non sia sempre in grado di «monitorare e sintetizzare tutte le istanze degli *stakeholder*», mentre la Regione spesso volte si manifesta «ente troppo distante dalle specificità dei singoli territori e, in parte, troppo impegnato nella ricerca dell'equilibrio economico» (Cantù, Longo, Otto, 2005). Pertanto, le fondazioni sanitarie e, per quanto qui maggiormente interessa, le fondazioni Irccs consentono un notevole recupero del ruolo degli enti locali, che tra l'altro assicurano un maggiore coinvolgimento anche delle altre componenti sociali e delle forze economiche private stanziate sul territorio.

Quanto in ultimo accennato illumina la seconda ragione che sembra avere suggerito la trasformazione degli Irccs in fondazioni, ossia il tentativo di attrarre capitali privati. Come ricordato in precedenza, l'art. 2, comma 2, D.L.vo 288/2003, «apre» queste fondazioni ai soggetti privati, che «possono aderire in qualità di partecipanti, purché in assenza di conflitto di interessi».

Più nel dettaglio, l'art. 8, comma 5, D.L.vo cit., prevede infatti che «Al fine di trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale e salvaguardando comunque la finalità pubblica della ricerca, le istituzioni e gli enti disciplinati dal presente decreto legislativo possono stipulare accordi e convenzioni, co-

stituire e/o partecipare a consorzi, società di persone o di capitali, con soggetti pubblici e privati di cui sia accertata la qualificazione e l'idoneità». Inoltre, gli enti sono abilitati dalla legge a «sperimentare nuove modalità di collaborazione con ricercatori medici e non medici, anche attraverso la contitolarità di quote o azioni negli enti e società di cui al comma 5» (art. 8, comma 6). Il legislatore ha ridotto al minimo i limiti sostanziali e procedurali per ricorrere alle predette figure organizzative, specificando che gli accordi e le convenzioni devono disciplinare:

«a) le modalità di distribuzione dei profitti connessi alla eventuale brevettazione dei risultati ed al loro sfruttamento, vincolandone in ogni caso la destinazione al finanziamento delle attività istituzionali;

b) adeguate regole di trasparenza dei flussi finanziari, con obblighi di rendicontazione;

c) obiettivi e tempi certi per il loro raggiungimento;

d) idonee modalità di informazione, verifica e controllo dell'andamento del programma da parte degli organi di indirizzo e degli organi di gestione».

Limiti assai contenuti, soprattutto se confrontati con la disciplina vigente in materia di società miste a capitale pubblico e privato in cui soci siano le aziende del Servizio sanitario nazionale, la cui partecipazione è possibile soltanto nella misura in cui esplicitamente prevista nei programmi di sperimentazione adottati dalle Regioni, chiamate a motivare in ordine alle ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, al miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del piano sanitario regionale e ad evidenziare gli elementi di garanzia, con particolare riguardo agli stringenti criteri dettati dall'art. 9-*bis* del D.L.vo 502/1992.

Inoltre, l'art. 9 del D.L.vo 288/2003, consente alle fondazioni Irccs (ma anche agli istituti non trasformati) di esercitare attività strumentali diverse da quelle istituzionali, purché compatibili con le finalità statutarie, in relazione a cui possono stipulare accordi e convenzioni, costituire e/o partecipare a consorzi e società di persone o di capitali con soggetti pubblici e privati, scelti – come visto *supra* (§ 4) – nel rispetto della normativa

nazionale e comunitaria, purché i proventi derivati da tali attività siano destinati in misura prevalente alla ricerca e alla qualificazione del personale.

Anche in considerazione di questa norma, è evidente come nel caso delle fondazioni Irccs il legislatore abbia voluto offrire la possibilità ai privati (in specie le società operanti nel campo della ricerca medica e farmacologia) che ne prendono parte di sfruttare dal punto di vista economico il bagaglio di conoscenze e i risultati delle ricerche raggiunti da questi enti.

Oltre a ciò, con la riforma si è probabilmente inteso dare «copertura normativa» all'esigenza di attrarre investimenti privati nella ricerca biomedica. A tal proposito, se è vero che è da tempo risolta in senso affermativo la controversia teorica e giurisprudenziale in ordine al potere degli enti pubblici di costituire associazioni, fondazioni o società di diritto privato (rientrando nell'esercizio della propria autonomia privata funzionalizzata la possibilità di costituire e partecipare ad enti *non-profit* come a società di capitali con fini di lucro, purché perseguano finalità ed interessi omogenei a quelle dell'ente), è altrettanto vero che il D.L.vo 288/2003 ha il merito di fornire agli operatori il conforto normativo per applicare in modo strutturale forme gestionali e di *partnership* pubblico-privata.

Va comunque sottolineato (e il punto verrà ripreso nel § 7) che la partecipazione alle fondazioni Irccs non pare, allo stato, particolarmente appetibile per gli imprenditori privati. Accanto alle note carenze di società e gruppi imprenditoriali impegnati in Italia nella ricerca biomedica e farmacologica, gli Irccs sono poco attraenti a causa della grave crisi economica che li attanaglia e che lascia poche speranze di remunerazione ai soggetti *profit*, i quali, a fronte dell'impegno di capitali, hanno quale «unico riscontro quello di concorrere eventualmente a nominare un amministratore», senza perciò potere incidere in modo significativo nella gestione dell'ente (Rampulla, Tronconi, 2004, p. 149). Né questi problemi sembrano potersi superare avvalendosi della ricordata possibilità per le fondazioni Irccs di costituire con soggetti privati (scelti, come già specificato nel § 4, mediante espletamento di gara pubblica) consorzi o società volti allo sviluppo della ricerca e allo

sfruttamento industriale della medesima. Infatti, la potenziale appetibilità di questi enti a partecipazione mista per gli imprenditori del settore della ricerca biomedica e farmacologica, che si troverebbero al riparo dalla necessità di contribuire al disavanzo corrente delle fondazioni Irccs, si scontra con una sorta di patto leonino introdotto dall'art. 8, comma 5, del D.L.vo 288/2003, che enuncia la regola secondo cui «In nessun caso eventuali perdite dei consorzi e delle società partecipate possono essere poste a carico della gestione» degli enti.

6. Le fondazioni Irccs alla stregua di «fondazioni di partecipazione»: pregi e difetti del modello

Desti qualche perplessità la particolare tipologia di fondazione regolata dal D.L.vo 288/2003.

In primo luogo, si è visto come l'art. 2, D.L.vo cit., consenta a soggetti privati di partecipare a queste fondazioni, di cui afferma contemporaneamente la natura pubblica. Da questo punto di vista, si riscontra l'interessante fenomeno di un soggetto pubblico di cui fa parte integrante un soggetto privato.

In secondo luogo, l'attenta lettura della delega contenuta nell'art. 42 della L. 3/2003, non sembra essere stata fedelmente recepita in sede di attuazione: infatti, il legislatore delegante intendeva istituire fondazioni di diritto privato e non di diritto pubblico, come si deduce dalla lettera *l*) dell'art. 42, comma 1, cit., laddove è previsto che il delegato avrebbe dovuto «prevedere che le erogazioni liberali da parte di soggetti privati verso i nuovi enti di diritto privato avvengano in regime di esenzione fiscale».

In terzo luogo, come si è già avuto modo di sottolineare, il modello utilizzato per queste fondazioni è essenzialmente quello delle c.d. «fondazioni di partecipazione», che rappresentano la sintesi dell'elemento personale, proprio delle associazioni, e dell'elemento patrimoniale, tipicamente presente nelle fondazioni. Grazie alla loro struttura aperta, esse consentono l'allargamento della compagine dei soggetti che la compongono, aggiungendone altri rispetto ai fondatori. A seconda dei casi, generalmente si distingue tra fondatori aderenti (subentrano successivamente se ottengono maggioranze qualifi-

cate del consiglio di indirizzo), partecipanti sostenitori (contribuiscono sostenendo tutta l'attività dell'ente), partecipanti a progetti speciali (contribuiscono a sostenere progetti specifici). In altre parole, data una certa compagine iniziale e costitutiva, si vuole ottenere il risultato di facilitare l'apporto di nuovi capitali da aggiungere alla dotazione patrimoniale iniziale.

Fondazioni di partecipazione, dunque. Per quanto eccentriche rispetto al modello codicistico, esse sembrano ormai definitivamente entrate a fare parte del nostro ordinamento ad opera della legislazione speciale (oltre al caso qui in analisi, si pensi a quello delle fondazioni per la gestione dei beni culturali pubblici previste dall'originario testo dell'art. 115, D.L.vo 42/2004; la del. G.R. Lombardia 5 agosto 2004, n. 7/18575, «Linee guida per l'attivazione di collaborazioni tra Aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati», le indica esplicitamente quale strumento utilizzabile per l'attivazione nel settore sanitario di forme sperimentali di collaborazione tra soggetti di diritto pubblico e di diritto privato).

La loro ragion d'essere nel settore degli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico si apprezza soprattutto sul fronte della scelta dei membri partecipanti. Infatti, la forma «aperta» delle fondazioni di partecipazione rende possibile a qualsiasi soggetto che non abbia conflitti di interesse di affiancarsi agli enti pubblici fondatori, nel rispetto delle condizioni e delle modalità di partecipazione previste in generale dagli statuti, anche in relazione all'apporto patrimoniale.

Ciò parrebbe consentire di escludere la necessità di ricorrere all'evidenza pubblica per la scelta del soggetto partecipante alle fondazioni Irccs, anche perché, in linea di massima, tali enti soddisfano bisogni di interesse generale aventi carattere non industriale o commerciale. Il discorso potrebbe tuttavia complicarsi in ipotesi di partecipazione di una società privata che intendesse supportare uno o più settori della ricerca biomedica condotta dalla fondazione con il fine esclusivo di sfruttarne i risultati in ambito industriale (fattispecie evidentemente diversa da quella prevista dall'art. 8, D.L.vo 288/2003 della costituzione da parte della fondazione di una società mista per lo sfruttamento industriale della ricerca, in cui sembra scontato l'ob-

bligo di applicare le procedure ad evidenza pubblica, come già indicato nei §§ 4 e 5).

Dal punto di vista giuridico, si discute però sulla coerenza al quadro normativo delle fondazioni di partecipazione. Si evidenzia come la fondazione consista in un patrimonio destinato ad uno scopo, che richiede il distacco fra la volontà del fondatore e quella degli amministratori chiamata a realizzarla. Nelle fondazioni in analisi, invece, si prevede una strana commistione di compiti in capo agli enti fondatori, che conferiscono il patrimonio utile al perseguimento dello scopo e che tuttavia contribuiscono attivamente a perseguire e realizzare. In buona sostanza, ne scaturisce un «tipo» che si connota per la circostanza di coniugare l'elemento personale proprio delle associazioni a quello patrimoniale proprio delle fondazioni. E cioè di non possedere carattere associativo, in quanto costituito per la destinazione di un patrimonio a un dato scopo, e nemmeno implicare la separazione fra la volontà del soggetto fondante e la sua diretta capacità di concorrere ad amministrarlo.

Per quanto concerne più da vicino le fondazioni Irccs, riflettendo sulla posizione degli enti pubblici, si rileva come essi svolgano ruoli che il modello della fondazione prescriverebbe ricoperti da soggetti diversi. Un ente pubblico ne è il promotore (la Regione); più enti pubblici ne sono fondatori (lo Stato, la/le Regione/i e il Comune); due enti pubblici svolgono funzioni di vigilanza e controllo (Stato e Regioni). Soprattutto la duplicazione di funzioni interne (socio fondatore/soggetto della fondazione) ed esterne (soggetto con funzioni rilevanti di vigilanza e di controllo dell'attività) segnalano una certa contraddittorietà di fondo del modello, che denota una forte alterazione dei normali rapporti tra fondatore e fondazione. Le tavole di fondazione non hanno, come avviene nel modello civilistico, carattere trascendente dalla volontà del fondatore-ente pubblico che, oltretutto, avendo il potere di nomina degli organi-chiave della fondazione, nel momento dinamico dell'attività della fondazione finisce con l'esprimere le linee di indirizzo e contemporaneamente con l'operare le scelte gestionali, regolando anche i rapporti con eventuali nuovi soggetti con cui la fondazione entra in contatto.

7. Fondazioni Irccs, fondazioni sanitarie e «sindrome da legge Crispi»: l'inesistente «privatizzazione» della sanità italiana

Si è detto che le fondazioni Irccs hanno poco (o nulla) a che vedere con le fondazioni regolate dagli artt. 14 ss. del codice civile. Ciò comporta conseguenze organizzative e gestionali di non poco conto: si pensi alla loro assoggettabilità alla normativa degli appalti pubblici. D'altronde, il settore sanitario e quello dell'assistenza non sembrano interessati – come talvolta frettolosamente affermato – da uno strisciante processo di privatizzazione, risentendo in modo assai accentuato (invero da sempre) della presenza pubblica e dell'influenza della «pubblicizzazione» degli enti. Il fatto che gli Irccs pubblici possano trasformarsi in fondazioni non significa il passaggio dal «pubblico» al «privato», ma il tentativo di introdurre metodi gestionali informati alle tecniche aziendalistiche, senza dunque sottrarre al circuito pubblicistico il momento di determinazione delle politiche e delle attività di questi enti.

Quanto alle fondazioni Irccs, esse sono state tipizzate in forma pubblicistica perché se ne è voluto fare uno strumento di utilizzazione privilegiato nel settore della ricerca biomedica, della gestione dei servizi sanitari e delle prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

Ciò ha comportato la creazione del «tipo», che è elemento confortante per gli amministratori e dirigenti pubblici, così come per i privati partecipanti a queste fondazioni, soprattutto quando si parla di privati che investono (o meglio, dovrebbero investire) somme cospicue in vista di un tornaconto economico. Allo stesso tempo, la previsione del «tipo» è stata accompagnata dal riconoscimento in capo a queste fondazioni del requisito della pubblicità. Ne è così sortita una figura che porta un *nomen iuris* tratto dal codice civile, ma che segue una disciplina pressoché totalmente pubblica. Il legislatore non se l'è sentita di svincolare gli Irccs dal regime pubblicistico, assoggettandoli unicamente alle norme di diritto comune: si è quindi limitato a modificare gli Istituti di cura e ricerca, trasformandoli nel nuovo modello di enti pubblici/fondazioni Irccs.

Natura pubblica che, d'altronde, rispetta la titolarità pubblica del capitale di tali

enti, finanziati pressoché totalmente da Stato, Regioni ed enti locali, che ne coprono gli ingenti disavanzi di bilancio. Invece che instaurare forme di coesione tra pubblico e privato, mediante un impegno duraturo di imprenditori con il conferimento di capitale destinato alle spese correnti, le fondazioni Irccs sembrano piuttosto destinate a beneficiare di episodiche erogazioni di contributi da parte di privati, interessati a partecipare alle stesse mediante erogazioni liberali (la cui contropartita è un favorevole regime fiscale: art. 7, comma 5, D.L.vo 288/2003), esercitando prerogative di governo senza tuttavia far fronte al disavanzo sociale, lasciato a carico della pubblica committenza.

A questo proposito, a livello applicativo, si segnala il caso della Fondazione Irccs «Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena» di Milano, autorizzata con il D.M. 29 gennaio 2004. Accanto ai membri fondatori (Ministero della salute, Regione Lombardia, Comune di Milano e Arcidiocesi di Milano in rappresentanza degli interessi originari dell'Irccs Ospedale Maggiore Policlinico) (cfr. ancora Cantù, Longo, Otto, 2005, p. 318 ss.), il 24 ottobre 2005 ha fatto ingresso come partecipante la Fondazione Fiera Milano. L'accordo pubblico-privato che è stato sottoscritto prevede un apporto patrimoniale o «patrimonialmente valutabile» (trattandosi anche di apporto di esperienza, *know how* e capitali) pari a 12.850.000 euro, che verrà corrisposto nel corso di sette esercizi²⁴. Si tratta di una somma rilevante, ma che rappresenta piccola cosa se rapportata ad una gestione annua che sfiora i 500 milioni.

Allargando il campo di indagine, pare che la sanità sia molto lontana dalla privatizzazione dell'assetto proprietario e semmai, quasi a risentire di una sorta di «sindrome da legge Crispi», ancora interessata da fenomeni di compressione della libertà associativa privata, «vestita» necessariamente con i crismi della pubblicità. Valga un significativo esempio.

Nell'ambito delle misure finalizzate al riordino ed al risanamento economico dell'Ordine Mauriziano di Torino, con la legge 21 gennaio 2005, n. 4, che ha convertito, con modificazioni, il decreto-legge 19 novembre 2004, n. 277, il legislatore ha tenuto in vita l'Ordine Mauriziano (così rispettan-

do la XIV Disposizione transitoria e finale della Costituzione) e al contempo istituito *ex novo* un soggetto, la Fondazione Ordine Mauriziano, chiamata a conservare e gestire il patrimonio dell'Ordine con l'obiettivo di risanare il dissesto finanziario dell'Ente. In particolare, l'art. 1, comma 1, della legge cit. afferma che il conservato Ente Ordine Mauriziano di Torino «è costituito» oltre che dal presidio ospedaliero «Umberto I di Torino» anche dall'«Istituto per la ricerca e la Cura del Cancro (Ircc) di Candiolo». Quest'ultimo, è tuttavia di proprietà della Fondazione Piemontese per la Ricerca sul Cancro, che da tempo aveva dato all'Ordine Mauriziano in comodato d'uso gratuito l'immobile e tutte le cose mobili (attrezzature scientifiche, arredi, ecc.) in esso contenute.

A questa impropria «pubblicizzazione» dell'Ircc di Candiolo operata dalla norma statale (che erroneamente lo collega all'Ordine Mauriziano anziché riconoscerne la proprietà in capo alla Fondazione Piemontese per la Ricerca sul Cancro e richiamare il comodato d'uso gratuito intercorrente tra questi due enti) ha fatto seguito l'art. 2, comma 1, della L.R. 39/2004, che ha abilitato il Presidente della Giunta regionale del Piemonte ad adottare un decreto con cui l'Ente ospedaliero «Ente Ordine Mauriziano di Torino» è stato costituito in «Azienda sanitaria ospedaliera (Aso)» con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, denominata «Ordine Mauriziano di Torino».

Continuando lunga la stessa linea di pensiero, piuttosto che stimolare riflessioni sulla privatizzazione della sanità, il crescente successo applicativo delle fondazioni sanitarie impone di chiedersi se, pur di renderlo del tutto compatibile al settore pubblico, non si finisca con il distorcere il senso d'essere, il contenuto ontologico del modello giuridico della fondazione. Infatti, la sorte delle fondazioni sanitarie pare già segnata: esse rischiano di fare la fine delle società di capitali partecipate da enti territoriali nel settore dei servizi pubblici. Il rischio è cioè quello di fare di questi soggetti né «dei pubblici» né «dei privati», con la conseguenza di generare i ben noti problemi dal punto di vista dell'individuazione della normativa applicabile

(scelta dei soci, approvvigionamento *in house* o mediante gara pubblica, controlli, ecc.).

Potrebbe affiancarsi un'ulteriore considerazione generale a tale ultima sollecitazione. Almeno nel momento genetico, le fondazioni di diritto pubblico – di diritto amministrativo – si fondano su una legge che destina un certo patrimonio ad uno scopo di interesse pubblico. Patrimonio derivante da enti pubblici e su cui grava, pertanto, una precedente scelta di funzionalizzazione al pubblico interesse, la cui destinazione è rimessa unicamente al legislatore. L'opzione politica di istituire per legge alcune fondazioni (pubbliche) avviene dunque nel rispetto del principio derivante dall'art. 97, Cost., che ancora alla *voluntas legis* le scelte in ordine alla soggettività pubblica. Ci si trova quindi al cospetto di soggetti formalmente di diritto privato «prestati» al diritto pubblico, all'interesse pubblico. Questo, forse, in una prospettiva sistematica, il senso delle fondazioni di settore regolate da norme pubblicistiche.

Tornando alle fondazioni Irccs, pare comunque di potere segnalare un innegabile «merito» del decreto 288/2003. Con esso è stata operata la scelta per la natura pubblica delle fondazioni Irccs che, comunque, all'atto pratico, si sarebbe imposta nella prassi operativa, accompagnando i diversi momenti (organizzazione, attività contrattuale, controlli sulla gestione) della vita di questi soggetti immateriali. Il pensiero, ancora una volta, corre alle società di capitali partecipate da soggetti pubblici e, in particolare, a quelle per la gestione dei servizi pubblici partecipate dagli enti locali.

Il «merito», insomma, del decreto sulle fondazioni Irccs è di avere evitato di generare l'ennesimo fenomeno di soggetto giuridico in crisi di identità.

Note

1. Sulle fondazioni bancarie, cfr. Amorosino (2003), p. 1684 e ss.; Merusi (2002), p. 1141 e ss.; Morbidelli, (2000), p. 217 e ss.; Merusi, (2000); Amorosino, Capriglione (1999).
2. Sulla ricostruzione della parabola storica delle fondazioni, v. le considerazioni svolte da Romano-Tassone (2005) e da Bellezza, Florian (1998), Iorio (1997), Zoppini (1995), Galgano (1989).
3. Norma che consentiva in deroga alla normativa vigente e nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti «sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità

- di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, istituzioni ed associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi».
4. Nella sua attuale versione conseguente alle modifiche introdotte dall'art. 3, comma 6, D.L. 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, in L. 16 novembre 2001, n. 405 e dall'art. 11, D.L.vo 7 dicembre 1993, n. 517 e, infine, dall'art. 10, D.L.vo 19 giugno 1999, n. 229, la norma prevede che per «lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute» si possa ricorrere a «forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato» nel quadro di «programmi di sperimentazione» adottati dalla Regione o dalla provincia autonoma interessata, «motivando le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale», prevedendo altresì norme specifiche in relazione ad elementi di garanzia espressamente indicati nel comma 2. Alla luce di questa norma, pare dunque di potere affermare che l'eventuale costituzione di fondazioni per lo svolgimento di attività *no core* (attività non istituzionali, di natura non sanitaria o diagnostica e dunque di supporto a carattere strumentale) prescinde dal procedimento autorizzatorio che a monte richiede la predisposizione del programma di sperimentazione; su queste tematiche, cfr. Angelini (2006).
5. Si osserva che nel disegno a suo tempo tracciato dall'art. 4, D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, era previsto che gli Irccs potessero «essere costituiti o confermati in aziende» al fine di soddisfare «specifiche esigenze assistenziali, di ricerca scientifica, nonché di didattica del Servizio sanitario nazionale».
6. Sul punto cfr. Corte costituzionale, 7 luglio 2005, n. 270, in www.cortecostituzionale.it, che ricorda come durante l'iter di approvazione del D.L.vo 288/2003 era stata proposta la diversa qualificazione degli Irccs alla stregua di «enti nazionali», definizione abbandonata a seguito delle osservazioni mosse dalla Commissione igiene e sanità del Senato, dalla Conferenza Stato-Regioni e dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, recepite dalla dodicesima Commissione del Senato nella seduta del 30 luglio.
7. Così Cons. Stato, Sez. I, 25 settembre 2002, n. 1541, in www.giustizia-amministrativa.it.
8. Ciò in coerenza con la definizione da parte del Ministero della salute di un organico Programma di ricerca sanitaria (cfr. art. 11, comma 3, D.L.vo, 19 giugno 1999, n. 229) che, tenendo conto degli obiettivi individuati dal Piano sanitario nazionale dovrà definire su base triennale le corrispondenti strategie di ricerca e l'allocatione delle risorse a ciò dedicate, assicurando le indispensabili sinergie tra ricerca pubblica e ricerca privata. In particolare, in sede ministeriale si è inteso costituire reti strutturali e progetti coordinati tra diverse istituzioni anche per favorire la partecipazione ai programmi europei di ricerca; sul punto, cfr. «Le indicazioni di priorità espresse dalle Regioni, dai ministeri e dalle parti sociali», in www.ricercaitaliana.it.
9. I dati relativi ai posti letto sono stati tratti da Carbone, Lecci, (2005), 55, tabella 2.8.
10. Cfr. Gazz. Uff. Rep. it. del 18 novembre 2005, n. 269.
11. Corte Costituzionale, 7 luglio 2005, n. 270, cit.
12. L'art. 13, D.L.vo 288/2003, dispone che l'istituzione di nuovi Irccs «deve essere coerente e compatibile con la programmazione sanitaria della Regione interessata» ed è subordinata al riconoscimento del carattere scientifico che è disposto dal Ministro della salute d'intesa con il presidente della Regione e che avviene «con riferimento a un'unica specializzazione disciplinare coerente con gli obiettivi della programmazione scientifica nazionale» ex art. 12-bis, D.L.vo 502/1992 «ed ai soli presidi nei quali la stessa attività è svolta».
13. Si v., ancora, Corte costituzionale, 7 luglio 2005, n. 270, cit.
14. Sulle intese e sulle altre forme di «attività concertative e di coordinamento orizzontale... che devono essere condotte in base al principio di lealtà» nelle materie di legislazione concorrente, cfr. Corte costituzionale, 1° ottobre 2003, n. 303, in *Foro it.*, 2004, I, p. 1004 e ss.
15. Corte costituzionale, 27 gennaio, 2005, n. 36, in www.cortecostituzionale.it. In via interpretativa, pare dunque legittimo l'art. 6 della L. 14 maggio 2005, n. 80 (che ha convertito in legge il D.L. 14 marzo 2005, n. 35) che, al fine di favorire la crescita del sistema produttivo nazionale e di rafforzare le azioni dirette a promuovere un'economia basata sulla conoscenza, ha stabilito di destinare una quota pari ad almeno 30% del Fondo rotativo per il sostegno alle imprese (art. 1, comma 354, L. 30 dicembre 2004, n. 311) «al sostegno di attività, programmi e progetti strategici di ricerca e sviluppo delle imprese da realizzare anche congiuntamente a soggetti della ricerca pubblica, ivi compresi... gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) pubblici e privati, nonché gli Irccs trasformati in fondazioni ai sensi del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288».
16. Quanto al consiglio di amministrazione, l'art. 3, comma 2, D.L.vo 288/2003, prevedeva il numero massimo dei consiglieri (sette, elevabili a nove per consentire l'elezione di un rappresentante degli interessi originari e di uno dei soggetti partecipanti) e le modalità di nomina (tre designati dal Ministro della salute, tre dal Presidente della Regione – di cui uno designato congiuntamente dai Presidenti regionali qualora l'istituto abbia sede in più Regioni – e uno dal Comune). Ai sensi dell'art. 3, comma 3, D.L.vo cit., il presidente della fondazione Irccs doveva essere scelto dal consiglio medesimo tra i componenti designati dal Ministro della salute e dal Presidente della Regione. Il collegio sindacale doveva invece essere formato secondo l'art. 4, comma 3, da cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno designato dal Ministro dell'economia e delle finanze, uno dal Ministro della salute e uno dall'organismo di rappresentanza delle autonomie locali o dal Rettore dell'Università cui appartiene la Facoltà di medicina che si avvale della fondazione per l'organizzazione dei corsi universitari.

17. Sul punto cfr. S. STARO, *Salute del Presidente in occasione dell'apertura dell'Anno giudiziario 2004 della Corte dei Conti Regione Campania*, in www.corteconti.it.
18. Confermando il contenuto dell'art. 4, comma 1, D.L.vo 269/1993, che nel disciplinare lo stato giuridico e il trattamento economico del personale dipendente degli Irccs pubblici dispone che « il rapporto di lavoro del personale degli Istituti di diritto pubblico è disciplinato dalle disposizioni contenute nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e nel decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 ». Per quanto concerne, invece, il personale dipendente degli Irccs pubblici che svolge attività di ricerca sperimentale e clinica, l'art. 4, D.L.vo 269/1993 rinviava ad un regolamento, che non è stato mai emanato. Il che ha determinato alcuni problemi quanto al trattamento giuridico ed economico dei ricercatori Irccs. A questo riguardo, la circolare del Ministro della salute del 9 aprile 2004 ha stabilito che tale trattamento debba essere equiparato a quello del personale medico di corrispondente livello, svolgendo il personale degli Irccs applicato alla ricerca un'attività particolarmente qualificata ed importante per tutto il Servizio sanitario nazionale.
19. Corte costituzionale, 7 luglio 2005, n. 270, cit., ha affermato che «la trasformazione degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico in fondazioni» concerne «un procedimento del tutto innovativo e che per di più opera con riferimento ad un nuovo tipo di soggetto giuridico (la Fondazione Irccs di diritto pubblico) che è nella esclusiva disponibilità del legislatore statale, dal momento che corrisponde ad una nuova tipologia di persona giuridica che esige necessariamente una disciplina uniforme della sua fondamentale caratterizzazione organizzativa». Si osserva che la riconduzione della disciplina in materia di tali enti all'ordinamento civile è stato argomento difensivo utilizzato dall'Avvocatura dello Stato non a supporto della legittimità del D.L.vo 288/2003, ma dell'art. 4, comma 236, L. 24 dicembre 2003, n. 350, impugnato dalla Regione Emilia-Romagna. Questa norma prevede che gli Irccs, al fine di ripianare i debiti pregressi fino al 31 ottobre 2003, possano procedere alla alienazione del proprio patrimonio e che «le modalità di attuazione sono autorizzate con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze» (cfr. punto 19 della ricostruzione in fatto della sentenza citata).
20. Sul punto, *ex multis*, v. Fracchia (2000), p. 805 e ss.
21. In materia, da ultimo e per tutti, Ursi, 2005a, p. 136 e ss. 2005b, p. 179 e ss.
22. In materia, cfr. Casetta (2005), p. 235 e ss.
23. In generale, sul ruolo dei soggetti pubblici nei processi di razionalizzazione della *governance*, v. Longo, 2005.
243. I dati riportati nel testo sono tratti dal bilancio al 30 giugno 2005 della Fondazione Fiera di Milano, pubblicato in www.fondazionefieramilano.it.

B I B L I O G R A F I A

- AMOROSINO S. (2003), «Le fondazioni di origine bancaria tra dirigismo amministrativo, controllo politico ed autonomia privata» (nota a Tar Lazio, Roma, sez. III, 8 febbraio 2003 n. 803), *Il Foro amministrativo T.A.R.*, fasc. 5, pp. 1684-1695.
- AMOROSINO S., CAPRIGLIONE F. (a cura di) (1999), *Le fondazioni bancarie. Dalla L. n. 218/90 al D.L.vo n. 153/99*, Cedam, Padova.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (a cura di) (2005), *Rapporto OASI 2005. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- ANGELINI F.G. (2006), «Processi e forme di esternalizzazione nel SSN: verso la privatizzazione della sanità?», *Sanità pubbl. e privata*, in corso di pubblicazione.
- BELLEZZA E., FLORIAN F. (1998), *Le fondazioni nel terzo millennio*, Passigli, Firenze.
- CANTÙ E., LONGO F., OTTO M. (2005), «Le fondazioni sanitarie lombarde», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), Egea, Milano.
- CARBONE C., LECCI F. (2005), «La struttura del Ssn», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), Egea, Milano.
- CASETTA E. (2005), *Manuale di diritto amministrativo*, Giuffrè, Milano.
- DUGATO M. (2000), «Commento all'art. 9-bis», in F.A. Roversi Monaco (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Maggioli, Rimini.
- FRACCHIA F. (2000), «La Suprema corte impone il rispetto delle procedure ad evidenza pubblica nella scelta del socio privato delle società a prevalente partecipazione pubblica degli enti locali: un ulteriore allontanamento dal modello privatistico?», *Foro it.*, I, p. 805 e ss.
- GALGANO F. (1989), voce «Fondazione. I) Diritto Civile», *Enc. giur. Treccani*, XIV, Roma.
- IORIO G. (1997), *Le fondazioni*, Giuffrè, Milano.
- LONGO F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse*, Egea, Milano.
- MERUSI F. (2000), *Dalla banca pubblica alla fondazione privata. Cronache di una riforma decennale*, Giappichelli, Torino.
- MERUSI F. (2002), «Sull'incerta natura delle fondazioni bancarie», *Giornale di diritto amministrativo*, n. 11, p. 1141 e ss.
- MORBIDELLI G. (2000), «Procedure di approvazione e rappresentanza nei nuovi statuti delle (ex) fondazioni bancarie», *Diritto Amministrativo*, p. 217 e ss.
- PREDIERI A. (1969), «Sull'ammodernamento della disciplina delle fondazioni e istituzioni culturali di diritto privato», *Riv. trim. dir. proc. civ.*, p. 1117 e ss.

- RAMPULLA F.C., TRONCONI L.P. (2004), «Il decreto legislativo di riforma degli Irccs: una opportunità perduta», *Sanità pubblica e privata*, n. 2, pp. 125-149.
- ROMANO A. (1987), voce «Autonomia nel diritto pubblico», in *Dig. disc. pubbl.*, II, Torino, p. 30 e ss.
- ROMANO S. (1983), «Autonomia», in *Frammenti di un dizionario giuridico*, Milano (dall'ediz. del 1947).
- ROMANO-TASSONE A. (2005), «Le fondazioni di diritto amministrativo: un nuovo modello», *www.diritto-amministrativo.org*.
- SALUSTRI A. (2004), «Il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, nella prospettiva del processo di riforma degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico», *Sanità Pubblica*, n. 7/8, pp. 713-756.
- SILVESTRINI R. (1999) «Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico», Supplemento straordinario del Bollettino delle Ricerche, periodico trimestrale del Ministero della sanità, in *www.ministerosalute.it*.
- URSI R. (2005a), «Una svolta nella gestione dei servizi pubblici locali: non c'è «casa» per le società a capitale misto», *Foro it.*, IV, p. 136 e ss.
- URSI R. (2005b), «Le società per la gestione dei servizi pubblici locali a rilevanza economica tra *outsourcing* e *in house providing*», *Diritto amministrativo*, vol. 13, n. 1, pp. 179-221.
- VELO D., PEZZETTI R. (2001), «Fondazioni e sussidiarietà: l'esperienza europea», *Non Profit*, n. 2, pp. 181-209.
- ZOPPINI A. (1995), *Le fondazioni dalla tipicità alle tipologie*, Jovene, Napoli.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

- 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;
- 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito. Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

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

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

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 secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenz (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

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

Governo clinico e contenimento della spesa farmaceutica

A. CAMPI, S. CARLINI, F. FOGLIETTA, B. MAZZANTI, P. SCANAVACCA

The pharmaceutical expense is an important fact in the control of the production costs for the Local Health Authorities. During the last years, the main strategic goal of Ferrara Local Health Authority has been to contain the pharmaceutical expenditures. Such objective has been pursued through a better control of the medical prescriptions, prescribing them only when really necessary, the application of the norms in order to reduce the purchase prices (see generic drugs); the distribution of the drugs directly to the customers; the reorganization of the hierarchical structure towards inter-departments between Ferrara Local Health Authority and Ferrara Public Hospitals. In this article we are going to talk about the path followed by Ferrara Local Health Authority during the last three years, aiming to reach this important objective.

Note sugli autori

Azienda Usl di Ferrara:

Anna Campi è Responsabile dell'Unità operativa assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale
Stefano Carlini è Direttore dell'Unità operativa programmazione e controllo di gestione
Fosco Foglietta è Direttore Generale
Bertilla Mazzanti è Responsabile della Politica del Farmaco

Paola Scanavacca è Direttore del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale dell'Azienda Usl di Ferrara e della Azienda Ospedaliera S. Anna

1. Premessa

Il contenimento della spesa farmaceutica esterna rappresenta un obiettivo rilevantissimo per ciascuna delle Aziende Usl operanti nel nostro Paese. Ridurre o contenere tale spesa costituisce, infatti, una delle poche finalità che, incidendo su di un volume di spesa estremamente elevato, permette – anche solo raggiungendo piccoli risultati in termini percentuali – di ottenere esiti economicamente assai interessanti. Inoltre, le modalità di intervento possono essere molteplici e differenziate consentendo, di conseguenza, di realizzare azioni articolate e diffuse, distribuite su di un ampio numero di centri di responsabilità e frutto di progettazioni condivise e trasversali. Infine, i fattori produttivi su cui agire allo scopo di assicurare tali interventi sono in larga parte di natura organizzativa, gestionale e operativa (anche se non manca una forte componente di ordine culturale) e possono essere quindi più facilmente governati dal management aziendale.

L'Ausl di Ferrara – coerentemente con questa premessa – ha fatto del contenimento della spesa farmaceutica esterna uno dei suoi principali obiettivi strategici e ha cercato di perseguirlo sviluppando una serie di approcci che si possono sintetizzare nei termini seguenti:

– le prescrizioni, e quindi il consumo di farmaci, devono essere costantemente orientati al rispetto di criteri sempre più efficaci nel garantire livelli di maggiore appropriatezza;

– nella prassi prescrittiva devono trovare applicazione diffusa ed incisiva alcuni principi di farmaco-economia;

– la distribuzione diretta del farmaco deve realizzarsi nel modo più ampio e incisivo possibile;

SOMMARIO

1. Premessa
2. Contesto
3. Azioni
4. Risultati
5. Conclusione

– lo sviluppo di una «politica» del farmaco così connotata non può realizzarsi appieno se si prescinde da un insieme di soluzioni organizzative che puntano ad ottenere una visione strategica, complessiva ed integrata, fra tutti i «soggetti» tecnici che, all'interno della o delle aziende (territoriale ed ospedaliera) sono responsabili di interventi prescrittivi ed erogativi.

1.1. La strategia della appropriatezza

L'esercizio della responsabilità di «Governo» aziendale comporta che il tema della appropriatezza non assuma mai i caratteri di una mera elaborazione scientifica. Deve acquisire, invece, quelli di una progettazione programmatoria volta a ridurre le distanze esistenti fra il dato di realtà – che misura la quantità di prestazioni effettivamente fruite degli utenti – e un riferimento ideale che assuma i caratteri del parametro di confronto.

Tale parametro delimita i confini della appropriatezza e rappresenta l'obiettivo cui tendere attraverso quelle azioni che vengono progettate allo scopo di rimuovere le cause che determinano fenomeni di consumo eccessivi e non giustificabili.

Si è, pertanto, riflettuto su quali potessero essere le modalità attraverso cui stabilire i parametri di riferimento partendo dalla consapevolezza che, nel caso delle prescrizioni farmaceutiche, si tratta di *appropriatezza clinica*. Perseguendola, si cerca di stabilire quale sia il trattamento che – in rapporto al particolare tipo di bisogno espresso dalla persona – garantisce il massimo di efficacia possibile utilizzando in misura essenziale i fattori produttivi necessari allo scopo.

Ai fini programmatori è risultato essere, invece, di estremo interesse distinguere fra *appropriatezza assoluta* e *appropriatezza relativa*.

La prima discende dalla predeterminazione di una consolidata evidenza scientifica da cui dedurre quei riferimenti parametrici ai quali deve tendere, modificandosi, la realtà oggetto di valutazione e di revisione progettuale.

La standardizzazione ottimale dei livelli di consumo ottenuta in tal modo mal si concilia, però, con le esigenze ed i vincoli della programmazione aziendale.

Molto spesso, infatti, il *gap* fra i parametri di appropriatezza e la situazione reale risulta essere così consistente da richiedere l'attivazione di un processo, graduale e tendenziale, da articolarsi in più esercizi finanziari.

Per rapportare, quindi lo sforzo teso alla appropriatezza alla necessità di prevederne i valori su base programmatoria annuale è quanto mai utile introdurre il criterio della «appropriatezza relativa».

Questa si commisura, induttivamente, alla specifica realtà del consumo di prestazioni espresse da ciascuna azienda e i parametri di appropriatezza vengono stabiliti assumendo, come riferimento, i consumi medi (o le *best-performance* di consumo, a seconda della incisività che si vuole ottenere nel mutare la situazione esistente) espressi dalla popolazione considerata.

In rapporto alle prestazioni farmaceutiche della Ausl di Ferrara, tali medie fanno riferimento alla dimensione distrettuale e comunale raffrontate con bacini di utenza comunali o sub-comunali (per quanto concerne la città di Ferrara).

La «appropriatezza relativa» si è, dunque, ricercata fissando programmaticamente la riduzione della forbice fra i consumi reali e quelli medi, zona per zona, e aggredendo primariamente i picchi più alti, non giustificati da alcuna condizione demografica (stratificazioni della popolazione per fasce di età) o epidemiologica evidenziabile.

1.2. La strategia della economicità

Indipendentemente dall'andamento dei consumi di prestazioni, la prescrizione dei farmaci deve comunque essere sempre di più orientata alla applicazione sistematica di alcuni indirizzi di tipo farmaco-economico. Se ne richiamano essenzialmente due:

– la ricerca della confezione meno costosa a parità di efficacia terapeutica del farmaco (minimizzazione dei costi);

– la propensione a prescrivere e a utilizzare di più, anche in ambito ospedaliero, il farmaco generico.

Il primo punto può essere perseguito sostanzialmente attraverso due tipi di iniziative; da un lato, le strutture tecniche aziendali deputate alla politica del farmaco (nel caso

specifico della Ausl di Ferrara e della Azienda ospedaliero universitaria: il dipartimento interaziendale) concretizzano un poderoso flusso informativo – fatto di incontri divulgativi e formativi; di materiale aggiornato e facilmente consultabile; di *input* mirati via *intranet* e sito *web*; ecc. – finalizzato a rendere più semplice ai medici prescrittori la possibilità di identificare, a parità di principio attivo e/o di indicazione terapeutica, il farmaco più conveniente.

Dall'altro lato, un rapido e incisivo lavoro di revisione del Prontuario terapeutico ospedaliero provinciale guidato dalla applicazione della metodologia delle «equivalenze terapeutiche».

Di tale equivalenza tra molecole diverse (aventi però le stesse indicazioni terapeutiche principali) ci si è avvalsi nella formulazione del capitolato posto alla base delle nuove gare di acquisto dei farmaci da parte delle aziende.

Ci si è resi conto, infatti, che solo in questo modo (peraltro piuttosto osteggiato dell'industria farmaceutica) si riescono ad ottenere importanti risultati economici attraverso la riduzione del prezzo dei farmaci esclusivisti, presenti sul mercato, che si vedono messi a confronto con principi attivi di pari efficacia/sicurezza sostanzialmente sovrapponibili ma dal costo decisamente inferiore.

Naturalmente, i risultati economici sono tanto più consistenti quanto più capillare riesce ad essere l'azione orientata a stabilire la equivalenza fra molecole diverse.

Il successo di tale azione deriva, peraltro, dalla capacità di coinvolgimento che le strutture aziendali riescono ad esprimere nei confronti dei clinici, ottenendone la condivisione fin dal momento della revisione del Prontuario terapeutico e assicurandosene, così, la coerente adozione nei successivi momenti prescrittivi.

Il secondo obiettivo – incrementare il ricorso al farmaco generico – può, a sua volta, essere di più e meglio perseguito se si realizzano due condizioni ulteriori, rispetto alla sensibilizzazione forte già esplicita nei confronti dei medici di medicina generale:

– si sollecitano anche i medici ospedalieri a prescrivere, ove possibile, farmaci generici equivalenti, fornendo loro, peraltro, note illustrative aggiornate con riferimento peculiare

ai prodotti più diffusamente impiegati nelle prassi prescrittive di ciascuna unità operativa;

– si stabiliscono accordi con le farmacie territoriali (nell'ambito dei molteplici protocolli che normalmente le aziende stipulano con Federfarma e con la Associazione delle farmacie comunali) affinché il farmacista rispetti la indicazione di genericità esplicitamente espressa dal medico prescrittore (e, in particolare, dal medico di medicina generale) con riferimento ad uno specifico farmaco.

1.3. La strategia della distribuzione diretta

L'obiettivo da raggiungere risulta essere di una semplicità assoluta: ampliare i confini della distribuzione diretta (alla dimissione) ben oltre le «mura» ospedaliere, per assicurarla anche all'interno di tutti i servizi residenziali e semiresidenziali, domiciliari e ambulatoriali in cui si realizza la «presa in carico» o si definisce un percorso di continuità assistenziale (ad esempio, per la gran parte delle patologie croniche) a favore di ciascun utente.

Ovviamente, per poter ottenere un tale risultato occorre sviluppare uno sforzo di coordinamento, fra innumerevoli ambiti di attività; di sensibilizzazione, nei confronti di centinaia di professionisti e di strutturazione organizzativa dei percorsi distributivi; all'interno di un elevatissimo numero di servizi, che può essere ottenuto solo se si verificano alcune premesse: una fortissima volontà espressa dagli organi di governo aziendali; una azione costante di monitoraggio; valutazione e stimolazione ulteriore da parte delle direzioni sanitarie; la creazione di una struttura tecnica di coordinamento e di indirizzo granitica ed efficiente.

1.4. La strategia organizzativa

Una visione strategica e gestionale, complessiva ed integrata, fra tutti i «soggetti» tecnici che, all'interno della o delle aziende, sono corresponsabili della realizzazione delle strategie sopra accennate, la si può ottenere solo promuovendo la costituzione di una struttura organizzativa interaziendale – forte, stabile, altamente qualificata sul piano professionale – cui afferiscono plurime funzioni

programmatorie, progettuali, gestionali, di verifica, valutazione e controllo, formative e informative; più in generale, di «governo clinico» del farmaco.

Nella esperienza delle Aziende, territoriale e ospedaliera universitaria di Ferrara, questa struttura organizzativa ha assunto i caratteri del «Dipartimento interaziendale del farmaco» quale dipartimento gestionale e quindi titolare sia di *budget* proprio che di *budget* «trasversale», ad esso attribuiti congiuntamente – attraverso i processi di negoziazione – dalle due Direzioni generali.

Di fatto, l'organizzazione dipartimentale delle attività farmaceutiche, proponendosi come strumento di equilibrio e di coordinamento tra unità operative, caratterizzate da responsabilità gestionali dirette ed autonome, realizza un'area farmaceutica complessiva in grado di garantire sia la qualità dell'erogazione dei servizi, sia la capacità progettuale per il raggiungimento dell'obiettivo di qualificazione della spesa farmaceutica.

Al Dipartimento dell'assistenza farmaceutica afferiscono unità operative, moduli organizzativi e funzionali, settori caratterizzati da specifiche aree omogenee di attività, cui corrispondono autonomi e distinti livelli di responsabilità che, nel loro insieme, assolvono in maniera razionale ai compiti previsti dalle leggi nazionali, regionali e dai regolamenti in materia di assistenza farmaceutica in ambito ospedaliero e territoriale, sviluppando altresì attività di didattica e formazione.

Le principali funzioni che connotano il funzionamento del «Dipartimento interaziendale del farmaco» sono sintetizzate nel **box 1**.

Da notare come il quarto e il quinto punto contengano una serie di competenze e compiti destinati a supportare al meglio l'esplicitarsi delle strategie (della appropriatezza, della farmacoeconomia, della distribuzione diretta) poc'anzi illustrate.

1.5. Esperienza e risultati

Facendo leva sull'approntamento e sulla realizzazione di approcci clinici, organizzativi e gestionali capaci di realizzare le linee strategiche poste alla base della «politica del farmaco» delle aziende ferraresi e di perseguire, quindi, con buon successo il

«governo clinico» e il contenimento della spesa farmaceutica, si è andata sviluppando – nel concreto della esperienza – una azione poliforme di cui si ritiene utile fornire qualche, ulteriore elemento descrittivo di dettaglio.

2. Contesto

L'Ausl di Ferrara è un'azienda sanitaria territoriale che serve un territorio di 2.631 mq. suddiviso in 26 comuni con una popolazione di circa 348.000 abitanti che rappresenta l'8% della popolazione dell'Emilia Romagna. Il suo bacino demografico è caratterizzato da un alto indice di vecchiaia il più alto tra le province della regione. Il territorio della provincia ferrarese è caratterizzato dalla presenza di un'altra Azienda sanitaria pubblica, l'Azienda ospedaliera S. Anna che eroga assistenza specialistica e ospedaliera sia di bassa che di alta specialità. Le risorse economiche garantite dal Fondo sanitario regionale a questa provincia rappresentano una quota pari al 9% del totale delle risorse assegnate alle Aziende regionali. L'Ausl di Ferrara, in particolare è storicamente caratterizzata da una situazione di perdita economica che nel 2002 rappresentava il 13,7% della complessiva perdita regionale (**grafico 1**).

La spesa farmaceutica territoriale, ovvero l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per i farmaci erogati dalle farmacie aperte al pubblico, rappresenta una quota consistente dei costi di produzione delle Aziende territoriali. Basti pensare che mediamente, a livello nazionale, rappresenta circa il 15% dei costi sostenuti dallo Stato per garantire i livelli assistenziali. Nel caso dell'Ausl di Ferrara incide per il 12,3% nei costi di produzione aziendali, il che la rende un fattore altamente significativo in termini di possibili recuperi di economicità complessiva del sistema di produzione ed erogazione dei servizi.

Lo stesso governo regionale pone particolare attenzione alla spesa farmaceutica mantenendone un costante monitoraggio sulle diverse province di competenza.

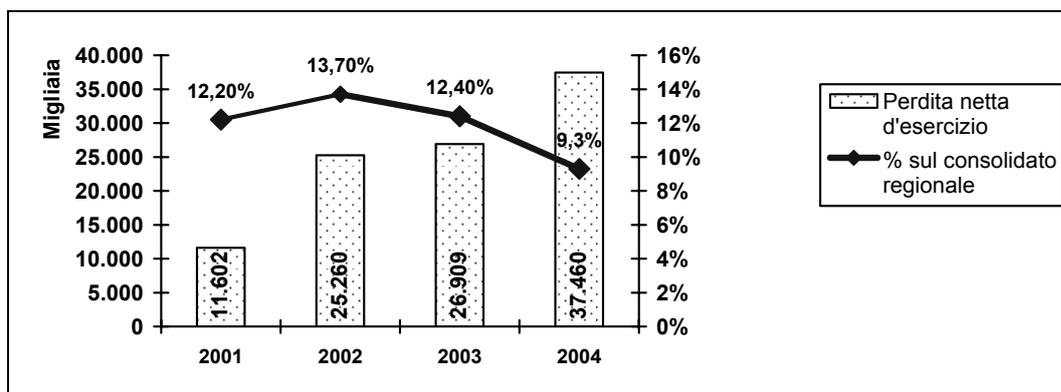
Nell'anno 2002 la Provincia di Ferrara occupava il secondo posto nella classifica dell'Emilia-Romagna tra province con la spesa farmaceutica più alta, inoltre re-

Box 1

1) Programmazione, coordinamento e controllo assistenza farmaceutica	<ul style="list-style-type: none"> – <i>organizzazione interna, piani di lavoro e verifica periodica;</i> – <i>previsioni e verifiche periodiche inerenti il budget;</i> – <i>rapporti con altre Aziende e altri enti (Regione, Ministero della salute, ecc.) inerenti l'assistenza farmaceutica.</i>
2) Procedure di acquisizione	<ul style="list-style-type: none"> – <i>raccolta e definizione fabbisogni con i destinatari delle risorse;</i> – <i>controlli idoneità e validazione delle richieste dei Reparti e Servizi;</i> – <i>predisposizione capitolati tecnici;</i> – <i>procedure di gara (coordinamenti, partecipazione a commissioni tecniche per valutazioni e scelte, ecc.);</i> – <i>studio e ricerca sui prodotti nuovi, istruttoria per l'eventuale acquisizione.</i>
3) Logistica:	<ul style="list-style-type: none"> – <i>gestione magazzino farmaceutico per prodotti in scorta (controllo giacenze, procedure di approvvigionamento, scadenze, inventario, ecc.);</i> – <i>controlli quali/quantitativi prodotti in entrata, anche rispetto ai requisiti di legge;</i> – <i>allestimento per distribuzione ai centri di costo;</i> – <i>gestione richieste prodotti specifici (es. acquisti all'estero);</i> – <i>gestione entrata e uscita prodotti in transito;</i> – <i>gestione stupefacenti;</i> – <i>gestione farmaci per sperimentazione clinica;</i> – <i>procedure relative a sequestri, ritiri dal commercio, ecc.</i>
4) «Governo Clinico», Informazione, documentazione scientifica e controllo:	<ul style="list-style-type: none"> – <i>valutazioni, Farmaceutici e Repertori Dispositivi Medici analisi e controllo delle richieste, delle prescrizioni, dei consumi e della spesa sia in ambito ospedaliero che territoriale;</i> – <i>conseguenti strategie per «qualificazione» degli stessi;</i> – <i>gestione dei Prontuari e Diagnostici;</i> – <i>attività e gestione relative a commissioni (Commissione terapeutica provinciale, Commissione infezioni ospedaliere, ecc.);</i> – <i>informazione sul farmaco e sulle caratteristiche dei prodotti gestiti;</i> – <i>attività ispettiva agli armadi di reparto;</i> – <i>coordinamento, informazione, gestione e controllo relativo ai «Piani terapeutici»;</i> – <i>monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche in ambito ospedaliero, territoriale e alla dimissione;</i> – <i>predisposizione dei flussi informativi richiesti da Ministero, Regione, Azienda UsI ed altri organi autorizzati, sia per l'attività ospedaliera che per quella di farmaceutica convenzionata;</i> – <i>informazioni a medici e pazienti inerenti le modalità di prescrizione ed erogazione dei medicinali sul territorio.</i>
5) Erogazione diretta dei farmaci ai pazienti nell'ambito della L. 405/01	
6) Farmacovigilanza e Vigilanza Dispositivi Medici	<ul style="list-style-type: none"> – <i>raccolta e gestione delle segnalazioni di reazioni avverse da farmaci e di incidenti o mancati incidenti da dispositivi medici.</i>
7) Informatizzazione, elaborazione e controllo dati:	<ul style="list-style-type: none"> – <i>manutenzione e implementazione dell'anagrafica dei prodotti;</i> – <i>consumi per Fattore produttivo, Centro di costo, ecc.</i>
8) Attività di vigilanza su Farmacie convenzionate, Dispensari, Grossisti e Depositi	
9) Adempimenti istruttori ed amministrativi inerenti la Farmaceutica Convenzionata	
10) Produzione galenica	<ul style="list-style-type: none"> – <i>di tipo tradizionale e personalizzata per singolo paziente (farmaci antitumorali, sacche per nutrizione parenterale totale, farmaci orfani, terapie pediatriche, ecc.)</i>

Grafico 1

Indicatori di sostenibilità economico-finanziaria e patrimoniale. Servizio programmazione economico finanziaria della Direzione generale sanità e politiche sociali Emilia-Romagna



	2001	2002	2003	2004
Perdita netta d'esercizio	11.602.000	25.260.000	26.909.000	37.460.000
% sul consolidato regionale	12,20%	13,70%	12,40%	9,3%

gistrava un incremento della spesa farmaceutica netta rispetto all'anno precedente del 6,49%, contro una media regionale del 5,76% (tabella 1).

Dato un siffatto quadro generale: il tema della spesa farmaceutica è stato affrontato congiuntamente dalle due Aziende sanitarie ferraresi, l'Azienda ospedaliera S. Anna e l'Ausl territoriale.

3. Azioni

Si è proceduto ad un'analisi delle principali differenze dei consumi farmaceutici con la media regionale, individuando le aree prescrittive nelle quali attivare azioni mirate.

Le principali azioni messe in campo, con avvio nell'anno 2002 e prosecuzione negli anni successivi, hanno riguardato:

Tabella 1

Spesa farmaceutica della Regione Emilia-Romagna, anno 2002

Aziende Usi	Importo lordo	Var. % 02/01	Importo netto	Var. % 02/01	Pop. residente al 31/12/01	Spesa lorda pro capite	Spesa netta pro capite
Anno 2002							
101 Piacenza	50.751.629,01	7,88%	48.477.331,17	7,08%	268.004	189,37	180,88
102 Parma	85.135.651,40	7,83%	81.023.509,03	6,98%	402.330	211,61	201,39
103 Reggio Emilia	79.893.197,62	7,61%	76.280.654,71	6,75%	462.858	172,61	164,80
104 Modena	122.336.386,88	2,13%	116.482.642,67	1,50%	639.315	191,36	182,20
105 Bologna Sud	48.160.741,36	7,30%	45.958.279,02	6,47%	244.869	196,68	187,69
106 Imola	19.682.078,49	4,56%	18.813.412,72	3,87%	107.181	183,63	175,53
107 Bologna Nord	37.755.496,88	8,33%	35.950.971,18	7,29%	196.392	192,25	183,06
108 Bologna Città	93.063.486,01	6,75%	88.256.229,70	6,34%	378.356	245,97	233,26
109 Ferrara	75.461.837,44	7,41%	72.180.371,83	6,49%	347.084	217,42	207,96
110 Ravenna	75.728.809,68	8,81%	72.286.864,82	7,94%	354.162	213,83	204,11
111 Forlì	36.841.658,30	6,50%	35.163.877,86	5,77%	172.790	213,22	203,51
112 Cesena	37.842.457,16	7,81%	36.161.476,78	6,98%	186.601	202,80	193,79
113 Rimini	56.320.280,84	5,00%	53.603.050,43	4,50%	277.153	203,21	193,41
Emilia-Romagna	818.973.711,07	6,50%	780.638.671,92	5,76%	4.037.095	202,86	193,37

– azioni finalizzate all'appropriatezza prescrittiva in particolare nell'area cardiovascolare, con l'intento di fornire ai Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Medici specialisti ospedalieri e convenzionati, strumenti convalidati e condivisi per una corretta prescrizione attraverso la stesura di Linee guida e Protocolli clinici, attività di informazione-formazione, attività di controllo della prescrizione;

– l'implementazione dell'erogazione diretta dei farmaci da parte delle strutture sia dell'Ausl che dell'Azienda ospedaliera.

I risultati delle azioni intraprese sono stati costantemente monitorati.

3.1. Erogazione diretta farmaci

L'azione che ha inciso maggiormente sul risparmio della spesa farmaceutica convenzionata è l'erogazione diretta dei farmaci che l'Ausl ha perseguito a partire dal 2002 incrementando le azioni di contenimento fino a raggiungere il maggior risultato nel 2004.

Utilizzando tutte le possibilità previste dalla L. 405/2001, recante «Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria» e dalla delibera della Regione Emilia-Romagna n. 539/2002 «Provvedimenti in materia farmaceutica in attuazione della L. 405/01», l'Ausl e l'Azienda ospedaliera hanno realizzato un volume di erogazione che nell'anno 2004, valorizzato come costo al pubblico, ha raggiunto i 20.708.000 di euro (grafico 2).

Fin dai momenti iniziali di tale progetto si propose alle Associazioni sindacali delle farmacie un accordo per la distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo, in attuazione dell'art. 8 comma 1 punto a) della L. 405, ma nonostante diversi tentativi tale accordo non è mai arrivato a conclusione. Ci si è quindi orientati verso l'erogazione effettuata direttamente dalle strutture aziendali.

Già nel 2001 l'Ausl aveva attivato l'erogazione diretta dei farmaci appartenenti all'ex allegato 2 secondo la normativa allora vigente D.M. 22 dicembre 2000 «Revisione delle note riportate nel Provvedimento 30 dicembre 1993 di riclassificazione dei medicinali e successive modificazioni». Infatti, lo stesso decreto introduceva la possibilità,

per i farmaci sottoposti a stesura del Piano terapeutico da parte di Centri specializzati universitari o delle Aziende sanitarie individuati dalle Regioni, di attivare la distribuzione diretta anche tramite le strutture pubbliche.

L'erogazione diretta dei farmaci soggetti a stesura del Piano terapeutico è stata pertanto attivata, in minima parte nell'anno 2001 e progressivamente potenziata negli anni successivi dalle strutture dell'Ausl e da quelle dell'Azienda ospedaliera che, grazie anche all'attivazione del Dipartimento farmaceutico interaziendale, ha svolto una azione di sensibilizzazione e monitoraggio e ha contribuito notevolmente all'attività di erogazione diretta.

Nel 2002 in conformità alla L. 405 /2001 è stata attivata l'erogazione diretta a:

- pazienti dimessi da DH o da ricovero ordinario;
- pazienti diabetici dopo visita specialistica (presa in carico di pazienti);
- pazienti in assistenza residenziale e semiresidenziale.

Le iniziative intraprese negli anni successivi sono state:

- l'incremento dell'erogazione di farmaci soggetti a Piano terapeutico e duplice via di distribuzione;
- l'erogazione dei farmaci in dimissione da ricovero e dopo visita specialistica ambulatoriale, per assicurare al paziente la continuità terapeutica ospedale-territorio e quale strumento per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei medici specialisti (**box 2**);
- l'attivazione degli ambulatori afferenti alla Psichiatria;
- la presa in carico dei pazienti con patologia grave e/o di carattere cronico soggetti a frequenti *follow-up* assistenziali come glaucoma, morbo di Chron, progetto Ministeriale CRONOS, artrite reumatoide, diabete, trapiantati, pazienti oncologici.

L'erogazione diretta dei farmaci ai pazienti in assistenza domiciliare integrata (ADI I e II) è stata attivata negli anni 2003-2004.

Dal grafico riportato (**grafico 2**) è possibile seguire l'andamento dell'erogazione diret-

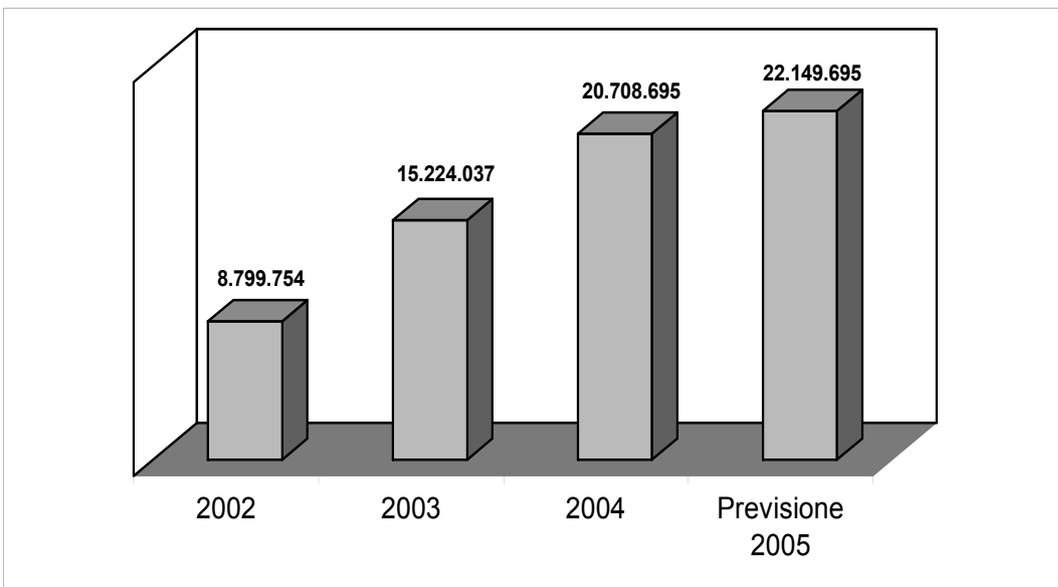
Box 2

Discipline cliniche ambulatoriali ove è stato attivato il percorso assistenziale di distribuzione diretta

- Urologia	Antiandrogeni, farmaci per ipertrofia prostatica benigna, antibiotici;
- Reumatologia	Immunosoppressori, bifosfonati;
- Dermatologia	Antipsoriasici;
- Ortopedia	EBPM, bifosfonati, antibiotici;
- Malattie Infettive	antibiotici, antimicotici sistemici;
- Gastroenterologia	PPI e terapia eradicante HP, farmaci per Morbo di Chron;
- UVA	anticolinesterasici, antipsicotici;
- Neurologia	antiemcranici, alcuni antiparkinson;
- Oncologia	antiemetici antiserotoninergici, antiblastici orali;
- Ginecologia	antiemetici antiserotoninergici, EBPM;
- Ematologia	antiblastici orali, antiemetici antiserotoninergici, antibiotici, antimicotici sistemici, cortisonici, ecc.;
- Oculistica	colliri antiglaucoma, farmaci immunosoppressori;
- Diabetologia adulti e pediatrica	farmaci antidiabetici;
- Nefrologia	farmaci immunosoppressori, antiipertensivi, cortisonici, antibiotici, statine;
- Cardiologia	antiipertensivi, statine, antiaritmici;
- Pneumologia	antiasmatici, antibiotici;
- Psichiatria	antipsicotici, antidepressivi;
- Ambulatorio malattie metaboliche	antiipertensivi, statine, ipoglicemizzanti orali;
- Radioterapia	antibiotici, cortisonici sistemici, antiblastici orali.

Grafico 2

Erogazione diretta. Anno 2002, 2003, 2004 e previsione 2005. Risparmio farmaceutica convenzionata



	2002	2003	2004	Previsione 2005
Ausl di Ferrara	8.799.754	15.224.037	20.708.695	22.149.695

ta, valutato in termini di risparmio sulla farmaceutica convenzionata, negli anni 2002, 2003, 2004 e 2005 (dato di previsione).

La realizzazione di questo obiettivo è stata attuata grazie al coinvolgimento di numerose figure professionali afferenti a: Dipartimento farmaceutico interaziendale, Dipartimenti medici, chirurgici, salute mentale, Direzioni ospedaliere, Direzioni infermieristiche, Dipartimenti cure primarie nonché Medici di medicina generale e Medici specialisti convenzionati.

L'attuazione del progetto naturalmente ha comportato diverse difficoltà di carattere organizzativo e gestionale che comunque sono state superate.

Sono stati effettuati:

- incontri con i responsabili di Unità operativa di tutti i Presidi ospedalieri e dell'Azienda ospedaliera al fine di promuovere l'erogazione diretta a pazienti dimessi da *day hospital*, ricovero ordinario o dopo visita specialistica. Tale attività è stata posta come obiettivo ai singoli professionisti;

- accordi con le Organizzazioni sindacali dei Medici specialisti convenzionati;

- accordi con le associazioni sindacali degli infermieri in relazione al ruolo dell'infermiere nell'assistenza domiciliare;

- accordi con i responsabili delle strutture residenziali e semiresidenziali per la definizione dei percorsi;

- incontri con i Medici di medicina generale per valutare l'opportunità di invitare i pazienti in terapia con farmaci sottoposti a Piano terapeutico a recarsi presso la farmacia ospedaliera per l'approvvigionamento del farmaco.

È da sottolineare che l'attività di erogazione diretta è stata impostata, quando effettuata dal farmacista, per ottenere contemporaneamente oltre al risultato economico anche:

- un intervento diretto in tempo «reale» sull'appropriatezza prescrittiva dei medici ospedalieri con azione di informazione-formazione;

- un intervento di informazione ai cittadini/pazienti.

Il percorso di erogazione diretta prevede la stesura della lettera di dimissione da parte

del medico dell'Unità operativa, il successivo invio per via informatica o fax al Servizio di Farmacia, consentendo una preliminare verifica di quanto prescritto rispetto alle limitazioni d'impiego previste dalle specifiche Note¹ AIFA e alle indicazioni autorizzate dal Ministero della salute ed eventuale chiarimento con il medico prescrittore, quindi successivo invio dei pazienti/parenti in Farmacia con lettera di dimissione già priva di non conformità.

Tra i vantaggi di questa modalità il più importante è quello che viene ad essere azzerata l'inappropriatezza prescrittiva, in quanto tutto ciò che non è conforme alle limitazioni delle specifiche note AIFA non viene erogato a carico del Servizio sanitario nazionale; inoltre si ha come riflesso il miglioramento dell'appropriatezza dell'impiego dei farmaci anche all'interno dell'ospedale, consentendo una funzione di informazione e formazione sulle categorie di medici che operano in strutture di ricovero e che, non essendo normalmente chiamati a prescrivere su ricettario del Servizio sanitario nazionale, non hanno dimestichezza con la normativa vigente (note AIFA, Piani terapeutici, Terapia del dolore, fasce di concedibilità, pluriprescrizioni).

Nel 2004 si è implementata una notevole azione di verifica sugli ambulatori al fine di presidiare il controllo della prescrizione in questo ambito, che costituisce uno dei nodi di induzione della spesa territoriale.

L'erogazione diretta dei farmaci, oltre a favorire un approccio terapeutico che permette di dare realizzazione alla continuità ospedale-territorio in ambito farmaceutico, consente un effettivo monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva con conseguente chiarimento immediato con il prescrittore e modifica della prescrizione prima che il farmaco sia erogato.

Al paziente viene inoltre fornita, durante l'erogazione, un'informazione chiara sulla rimborsabilità dei farmaci riducendo quindi la possibile sensazione di conflittualità tra medico ospedaliero e Mmg, ad esempio sulla prescrizione dei farmaci con nota AIFA.

Durante l'erogazione, al paziente vengono date le informazioni sulla tipologia dei farmaci prescritti, sulle loro modalità di assunzione e sui loro possibili effetti collaterali, quando necessario.

Il medico prescrittore viene invece contattato, prima dell'erogazione, per segnalargli le interazioni farmacologiche rilevanti presenti, in modo che possa valutarle e confermare o meno la prescrizione.

Attraverso il monitoraggio in erogazione diretta emergono le principali aree di criticità che necessitano di specifici interventi di informazione-formazione e di definizione di protocolli terapeutici e linee-guida.

3.2. linee guida e protocolli clinici

Sono intesi come strumenti finalizzati a fornire indicazioni alla scelta prescrittiva in riferimento all'appropriatezza, all'efficacia e ai principi di farmacoeconomia.

Iperensione arteriosa

Sono state elaborate Linee guida dell'iperensione arteriosa da una Commissione tecnica costituita da medici specialisti, medici di medicina generale, farmacisti e medici del Dipartimento delle cure primarie, con lo sco-

po di formulare indirizzi terapeutici secondo le linee guida internazionali in riferimento anche al costo-beneficio e costo-terapia dei farmaci prescelti.

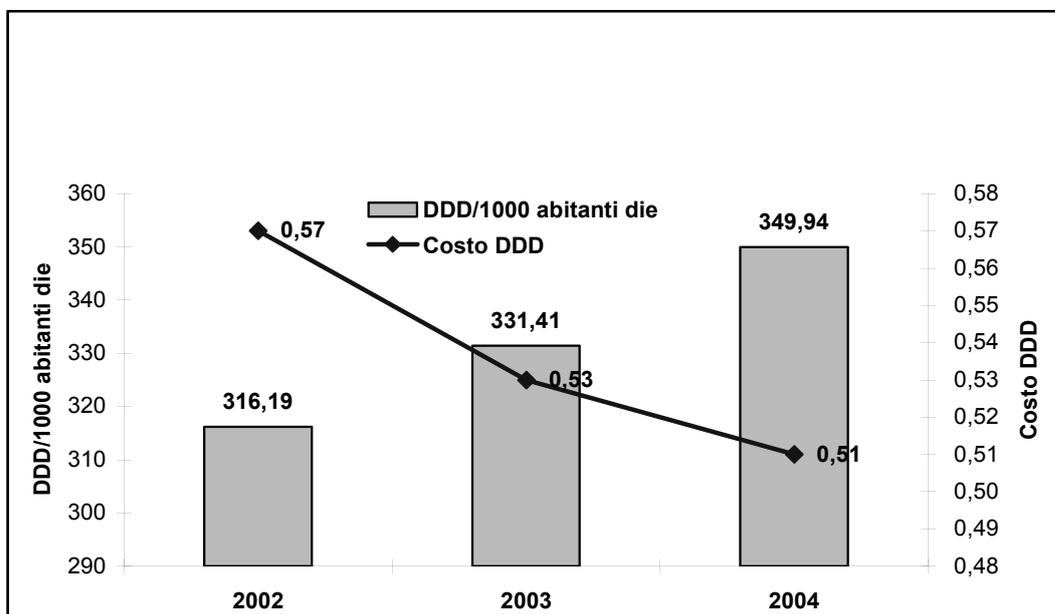
La costituzione dei Nuclei delle cure primarie e l'accordo tra l'Ausl e le organizzazioni sindacali dei Medici di medicina generale hanno consentito di applicare le Linee guida e di riportare una significativa modifica delle scelte terapeutiche dei farmaci antipertensivi secondo criteri di appropriatezza terapeutica e di costi in linea con l'andamento prescrittivo regionale.

Dal 2002 al 2004 (**grafico 3**) si è registrato un progressivo incremento delle DDD associato ad una progressiva riduzione dei costi DDD.

Considerando che la prescrizione dei farmaci antipertensivi comprende i nuovi casi/anno (pazienti che incidono ulteriormente sui consumi e sui costi), si evidenzia un orientamento volto alla scelta di molecole che, a pari equivalenza terapeutica, sono caratterizzate da costi meno elevati.

Grafico 3

Antipertensivi DDD/1000 abitanti die - Costo DDD 2002, 2003, 2004



La DDD è definita come la dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto, con riferimento all'indicazione terapeutica principale del farmaco stesso.

	2002	2003	2004
DDD/1000 abitanti die	316,19	331,41	349,94
Costo DDD	0,57	0,53	0,51

Si è rilevato inoltre che l'andamento prescrittivo nello stesso periodo ha subito modificazioni, in conformità ai contenuti delle Linee guida, incrementando la prescrizione di diuretici e betabloccanti e riducendo la prescrizione di calcioantagonisti, che nel 2002 rappresentavano il 22,40% delle prescrizioni in DDD 10.000 *ab. die*, passando nel 2004 al 18,85% (-5%).

Dal **grafico 4** si evidenzia lo scostamento % dei consumi realizzato nel 2004 per le principali categorie di farmaci ad uso antiipertensivo.

Anche dal confronto con la media regionale (**grafico 5**) si riscontra un maggiore utilizzo di molecole caratterizzate da costi meno elevati, come i diuretici (+ 51,53%), e un minor consumo ad esempio di sartani (- 15,17 %).

Dal 2002 al 2004 lo scostamento percentuale di spesa procapite pesata per tali farmaci tra la Asl e la media RER si è progressi-

vamente abbassato passando dal + 8,1% al + 1,22% (**grafico 6**).

Dislipidemie

Nel 2004 la verifica delle prescrizioni di farmaci ipolipemizzanti ha evidenziato una inappropriata prescrizione in riferimento alle indicazioni terapeutiche e alla nota Cuf² n. 13 allora vigente. Lo scostamento dalla media regionale in termine di DDD risultava del + 5,58%. L'Ausl ha pertanto ritenuto opportuno costituire un Tavolo tecnico interaziendale per l'Organizzazione dell'assistenza al paziente con elevato rischio cardiovascolare, composto da medici specialisti di entrambe le Aziende sanitarie, Medici di medicina generale, un Farmacista ospedaliero e un medico del Dipartimento di cure primarie, per fornire ai Medici di medicina generale indicazioni sulla diagnosi e terapia con specifico riferimento all'appropriatezza prescrittiva degli ipolipemizzanti, in partico-

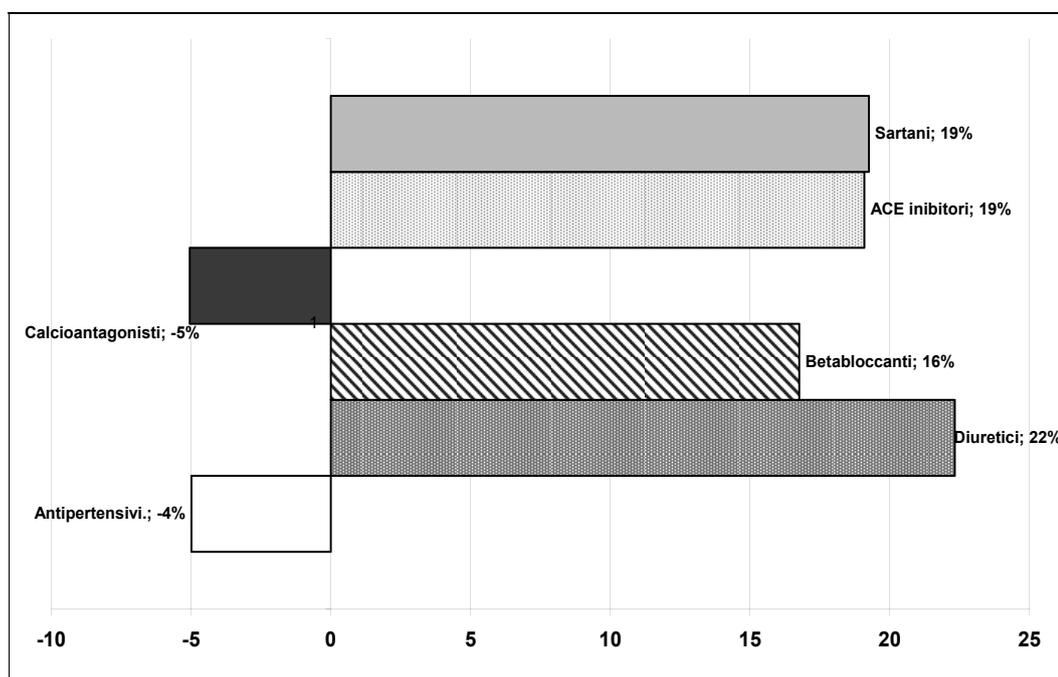
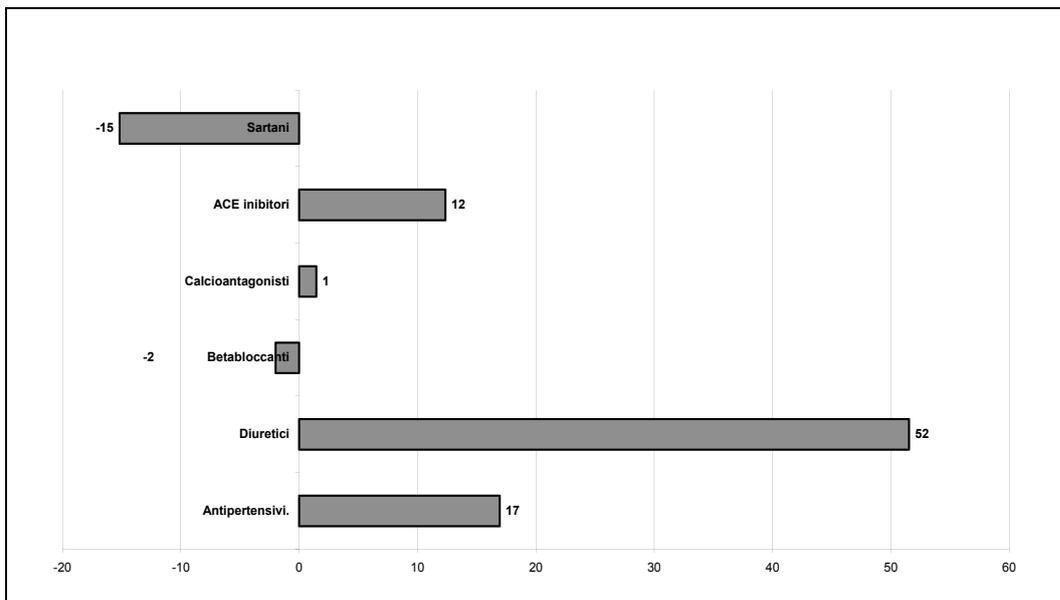


Grafico 4
Cardiovascolari a prevalente uso antiipertensivo.
Scostamento percentuale DDD 10.000 *ab. die* Asl FE anno 2004 vs 2002

Sartani	+ 19%
ACE inibitori	+ 19%
Calcioantagonisti	- 5%
Betabloccanti	+ 16%
Diuretici	+ 22%
Antipertensivi	- 4%

Grafico 5

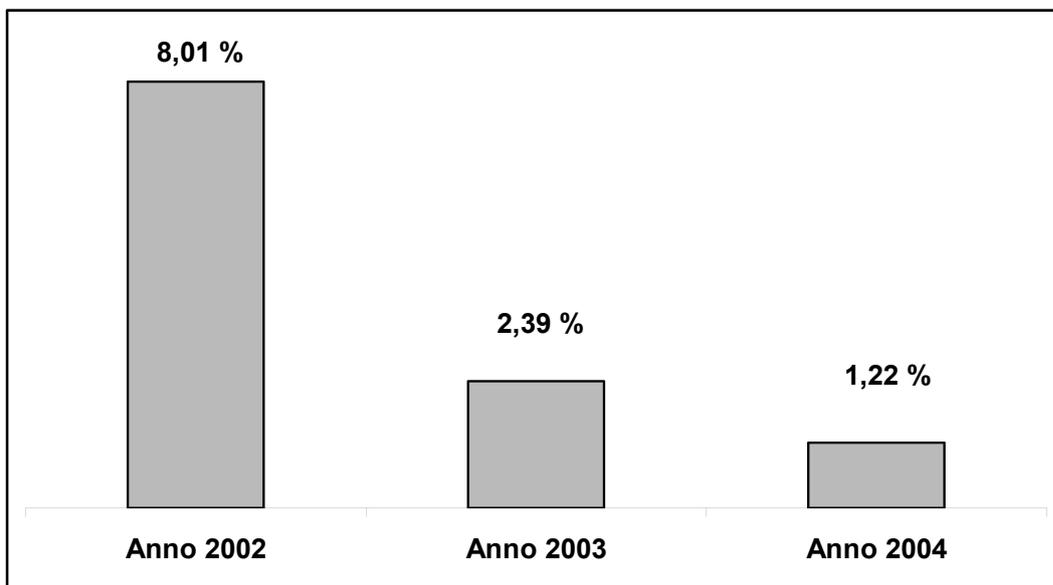
Anno 2004. Scostamento percentuale Asl FE vs rer DDD 10.000 ab. die. Cardiovascolari a prevalente uso antiipertensivo



Sartani	- 15%
ACE Inibitori	+ 12%
Calcioantagonisti	+ 1%
Betabloccanti	- 2%
Diuretici	+ 52%
Antipertensivi	+ 17%

Grafico 6

Cardiovascolari a prevalente uso antiipertensivo. Scostamento % Asl vs per spesa procapite pesata



Anno 2002	8,01%
Anno 2003	2,39%
Anno 2004	1,22%

lare farmaci inibitori della HMG-CoA reduttasi. Sono quindi state diffuse, attraverso un protocollo clinico, indicazioni sulla corretta prescrizione, sul costo terapia e sulla applicazione della nota con l'intento di concordare con i medici prescrittori comportamenti omogenei di prescrizione.

Malattie dell'Apparato muscolo-scheletrico

Da un'analisi dettagliata dei dati di prescrizione dei farmaci antinfiammatori e farmaci per le malattie delle ossa è emersa una inappropriata prescrizione in riferimento alle indicazioni terapeutiche e alla normativa vigente. L'Azienda di Ferrara inoltre, per gli stessi farmaci, è risultata in capo a tutte le aziende della Regione Emilia-Romagna sia in termini di DDD che di spesa farmaceutica.

È stata pertanto istituita una commissione composta da specialisti reumatologi, ortopedici, medici di medicina generale, farmacisti e medici del Dipartimento delle cure primarie con l'intento di dare indicazioni sull'appropriate impiego dei farmaci suddetti con particolare riferimento a:

- impiego di prima scelta;
- rischio-beneficio;
- costo-efficacia;
- associazione con farmaci inibitori di pompa protonica.

3.3. Informazione-formazione medici specialisti

Al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva e la continuità terapeutica ospedale-territorio e/o territorio-ospedale sono stati effettuati, nell'anno 2003, incontri con i medici ospedalieri e convenzionati di Cardiologia e Medicina interna di tutti i Presidi ospedalieri dell'Ausl e dell'Azienda ospedaliera nel corso dei quali sono state presentate le Linee guida dell'ipertensione arteriosa adottate dai Medici di medicina generale.

Sono state fornite informazioni di farmacologia, di farmacoeconomia e di farmacovigilanza con risultati di partecipazione attiva e di condivisione.

Sono stati effettuati inoltre incontri con gli specialisti Psichiatri nel corso dei quali sono

state diffuse informazioni rivolte ai principi di appropriatezza prescrittiva e di farmacoeconomia con particolare riferimento ai farmaci antidepressivi (SSRI).

Nell'anno 2004 l'attività di informazione è stata rivolta ai medici ospedalieri di Medicina, Chirurgia, Ortopedia. Nel corso degli incontri effettuati in tutti i Presidi ospedalieri dell'Azienda sono stati presentati i dati di prescrizione dei farmaci dell'apparato gastroenterico e dell'apparato muscolo-scheletrico.

Sono stati presentati dati di consumo, di inappropriata prescrizione e di farmacovigilanza.

È stata inoltre posta particolare attenzione all'impiego clinico delle singole molecole e ai dati di costo-terapia da seguire nelle scelte prescrittive.

Si segnala infine, come attività di informazione, la promozione del farmaco Generico diffusa a Medici di medicina generale, Pediatri e Specialisti. A tale scopo è stata istituita una Commissione composta da medici e farmacisti pubblici e privati per superare alcune problematiche inerenti l'approvvigionamento dei farmaci specifici.

3.4. Controllo delle prescrizioni

Nell'anno 2000 è stata istituita una Commissione tecnica per il controllo delle prescrizioni farmaceutiche in adempimento alla *L. n. 425 del 1996 «Disposizioni urgenti per il risanamento della finanza pubblica»*.

La Commissione suddetta è costituita da rappresentanti medici delle Organizzazioni sindacali più rappresentative dei Medici di medicina generale, da un rappresentante dell'Ordine dei medici, da un rappresentante della Società italiana di medicina generale, da un farmacista del Servizio farmaceutica territoriale e da un medico del Dipartimento di cure primarie.

Ogni anno vengono esaminati i *report* delle prescrizioni dei Mmg. Il controllo delle prescrizioni viene effettuato per verificare l'appropriatezza prescrittiva relativa a:

- indicazioni riportate dalle note AIFA;
- indicazioni della scheda tecnica del farmaco;

- prescrizione a termine di farmaci che invece prevedono una terapia cronica;
- prescrizioni effettuate in assenza di Piano terapeutico quando previsto dalla normativa vigente;
- associazioni di farmaci inappropriate.

Da un'analisi dettagliata delle prescrizioni le principali inappropriatezze emerse sono riconducibili a non osservanza delle note AI-FA, assenza di Piano terapeutico, utilizzo al di fuori delle indicazioni terapeutiche previste nella scheda tecnica.

Sono stati effettuati incontri personalizzati con i medici che hanno effettuato prescrizioni non appropriate per acquisirne le motivazioni che vengono di seguito riportate:

- disinformazione;
- errata interpretazione della normativa vigente.

In entrambi i casi la Commissione tecnica per il controllo delle prescrizioni farmaceutiche ha ritenuto opportuno inviare una dettagliata informazione di quanto rilevato dando indicazioni precise di prescrizione e riservandosi poi di verificare le successive prescrizioni.

Pochi medici hanno sostenuto la personale autonomia prescrittiva a carico del Ssn nonostante le limitazioni previste.

In questi casi la Direzione ha provveduto a richiedere il risarcimento come previsto dalla normativa vigente.

4. Risultati

L'andamento della spesa farmaceutica convenzionata ha registrato nel 2003 un decremento percentuale rispetto al 2002 pari a - 3,85% a fronte di una media regionale pari a - 2,34%, ponendo l'Azienda di Ferrara in capo a tutte le aziende della regione come migliore performance.

Tabella 2

Spesa lorda procapite pesata Asl FE vs media RER

	RER	Asl	Scostamento %
Anno 2002	202,66	204,85	1,08
Anno 2003	197,28	197,08	- 0,10
Anno 2004	209,46	204,73	- 2,26

Anche nel 2004, pur registrando un aumento percentuale rispetto al 2003 pari al + 2,90% a fronte di una media regionale del + 5,16%, l'Azienda di Ferrara ha riportato una tra le migliori performance, seconda soltanto all'Azienda di Piacenza.

Tutte le azioni intraprese per il contenimento della spesa farmaceutica hanno permesso inoltre all'Ausl di Ferrara di ridurre progressivamente il divario con la spesa procapite regionale.

In particolare se tale dato viene valutato introducendo, per correggere gli effetti dovuti alla maggiore o minore presenza di popolazione anziana, i dati di popolazione pesata si riscontra che dal 2002 il divario di spesa lorda procapite pesata aziendale rispetto alla regionale è passato dal + 1,08% nell'anno 2002 al - 0,1% nel 2003 e - 2,26% nel 2004 (tabella 2, grafico 7).

Ai fini di una valutazione complessiva della spesa farmaceutica è parso opportuno effettuare un'ulteriore analisi che prenda in esame «tutti» gli elementi di costo della spesa farmaceutica, a tal fine si è adottato il seguente percorso d'indagine.

a) Definizione degli elementi di costo che costituiscono la cosiddetta «spesa farmaceutica esterna» ovvero:

- costi per il rimborso alle farmacie del territorio provinciale per l'erogazione ai cittadini dei farmaci a seguito di presentazione della ricetta del medico (ricetta verde del Ssn);

- costi per il rimborso alle Aziende extra-provinciali degli oneri sostenuti per l'erogazione di farmaci tramite farmacie al pubblico sostenuti per cittadini residenti nella provincia di Ferrara; i cosiddetti oneri di mobilità passiva infra regionale ed extraregionale;

- ricavi generati dal rimborso da parte di altre aziende sanitarie per i costi sostenuti dall'Ausl di Ferrara per l'erogazione di farmaci tramite farmacie al pubblico a favore di cittadini residenti in altre province, i cosiddetti ricavi da mobilità attiva infra ed extra regionale; da contabilizzare a decurtazione degli importi dei due precedenti punti.

b) Rappresentazione dell'evoluzione della spesa farmaceutica esterna, così come sopra

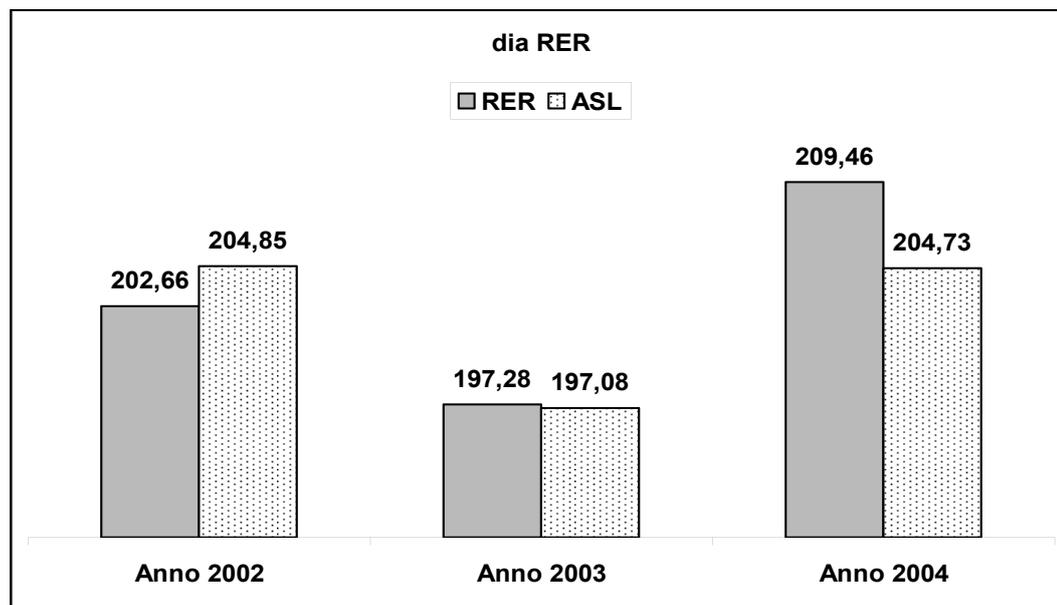


Grafico 7
Spesa procapite pesata
Asl FE vs me

	RER	Asl
Anno 2002	202,66	204,85
Anno 2003	197,28	197,08
Anno 2004	209,46	204,73

determinata, nel corso del Triennio 2002-2004.

c) Elaborazione dei confronti con le altre realtà provinciali della regione Emilia-Romagna, evidenziando in particolare i valori medi, massimi e minimi.

La rappresentazione degli importi a saldo della Farmaceutica (**tabella 3**), così come sopra determinati, nel corso del triennio 2002-2004 dalle aziende territoriali della regione, consente di operare un confronto sulle diverse performance.

Fatto pari a 100 il valore di Saldo del 2002, la Provincia di Ferrara realizza un contenimento della spesa del 1% circa contro un valore medio regionale di incremento del 3% ed un valore della provincia di Parma, peggior performance regionale, pari al + 8% (**tabella 4 e grafico 8**). Il risparmio generato dalla Provincia di Ferrara rispetto alla media regionale è quantificabile in un importo pari a circa 3 milioni di euro.

Se si considera la dinamica temporale del costo in rapporto alla popolazione, si può assumere come parametro di riferimento il co-

sto procapite; anche in questo caso Ferrara, pur posizionandosi tra le realtà a costo procapite più alto, spiegabile dall'elevato indice di vecchiaia, realizza nel corso del triennio un calo consistente, passando da 209,91 euro a 206,74 euro per abitante, pari a meno 3,17 euro. Mediamente la Regione Emilia-Romagna incrementa di 2,23 euro per abitante (**tabella 5 e grafico 9**).

Tabella 3
Saldo della spesa
farmaceutica territoriale,
anni 2002-2003-2004

	Saldo 2002	Saldo 2003	Saldo 2004
Piacenza	48.705.589	48.174.493	49.579.883
Parma	80.507.209	80.502.123	86.830.105
Reggio Emilia	75.507.107	73.313.853	77.753.305
Modena	115.798.362	111.569.203	114.640.697
Imola	18.670.208	18.558.045	22.842.573
Bologna	168.990.044	164.596.553	171.356.261
Ferrara	72.857.032	70.056.753	71.859.570
Ravenna	71.362.561	71.115.346	74.547.226
Forlì	35.103.673	34.671.564	36.549.159
Cesena	35.658.690	34.816.753	36.924.611
Rimini	51.982.024	50.636.334	53.761.776
Emilia-Romagna	775.142.498	758.011.020	796.645.167

	2002	2003	2004
Piacenza	100	99	102
Parma	100	100	108
Reggio Emilia	100	97	103
Modena	100	96	99
Bologna	100	98	103
Ferrara	100	96	99
Ravenna	100	100	104
Forlì	100	99	104
Cesena	100	98	104
Rimini	100	97	103
Emilia-Romagna	100	98	103

della Spesa farmaceutica territoriale e, contemporaneamente, ha prodotto un accrescimento sul piano culturale in tema di appropriatezza clinica.

Il verificarsi di un'opportunità, in questo caso quella offerta dalla Legge dello Stato 405 del 2001, e la capacità di coglierla concretizzandola in azioni mirate e coerenti ha prodotto un importante successo per l'Azienda territoriale.

Tale successo è stato possibile in quanto frutto di una logica strategica integrata che ha coinvolto simultaneamente diversi aspetti di governo aziendale:

- la cultura della ricerca dell'appropriatezza nella prescrizione clinica e dell'efficienza nella ricerca dei prodotti meno costosi a parità di prezzo;
- gli aspetti logistici organizzativi connessi alla distribuzione diretta dei farmaci;
- la revisione della struttura gerarchico organizzativa (si veda il Dipartimento interaziendale del farmaco).

5. Conclusione

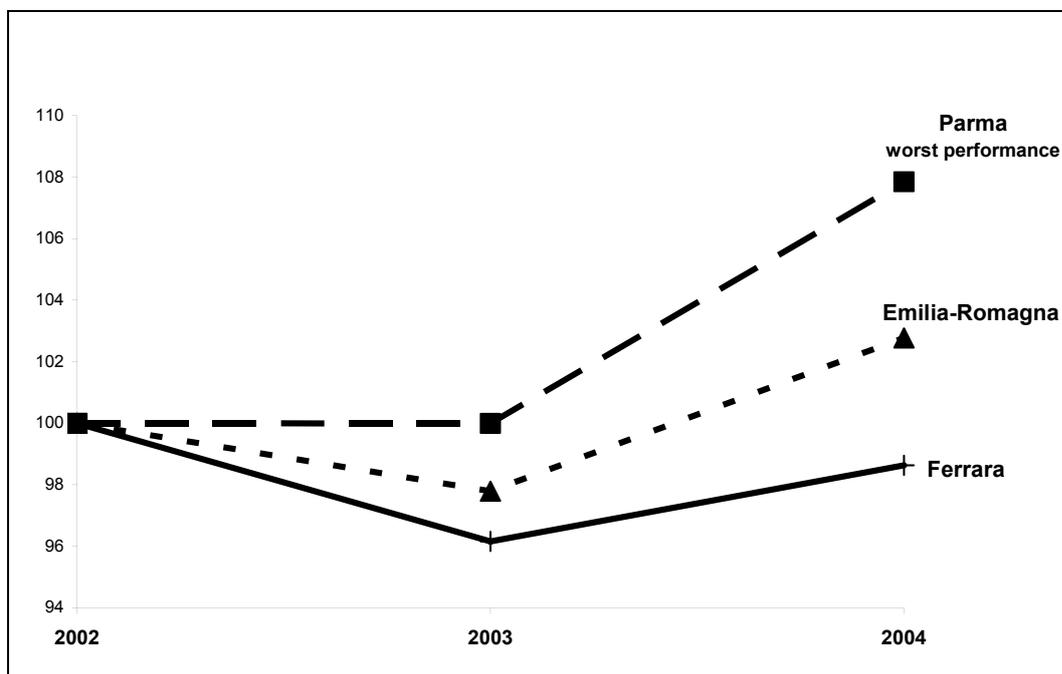
L'Ausl di Ferrara, con il perseguimento dell'obiettivo di contenimento della spesa farmaceutica, ha prodotto risultati sia di tipo tangibile che intangibile: è riuscita infatti a razionalizzare in misura consistente il costo

Tabella 4

Variazione della spesa farmaceutica territoriale 2002-2003-2004

Grafico 8

Variazioni del costo della Farmaceutica esterna fatto pari a 100 l'anno 2002



	2002	2003	2004
Parma	100	100	108
Ferrara	100	96	99
Emilia-Romagna	100	98	103

Diversi sono state anche le tipologie degli attori coinvolti nel raggiungimento di questo obiettivo:

- i Farmacisti in quanto possessori del *know how*;
- i Medici di medicina generale in quanto principali prescrittori dei farmaci;
- i Medici specialisti ed ospedalieri che, oltre ad essere prescrittori, agiscono sulla leva organizzativa aziendale nel processo di distribuzione diretta dei farmaci;
- la revisione logistica determinata dal processo di distribuzione diretta dei farmaci ha impegnato tutto il personale infermieristico ed anche i coordinatori delle strutture sanitarie territoriali.

Non va trascurato il fatto che in un momento di scarsità di risorse, è stato possibile realizzare una razionalizzazione dell'esborso

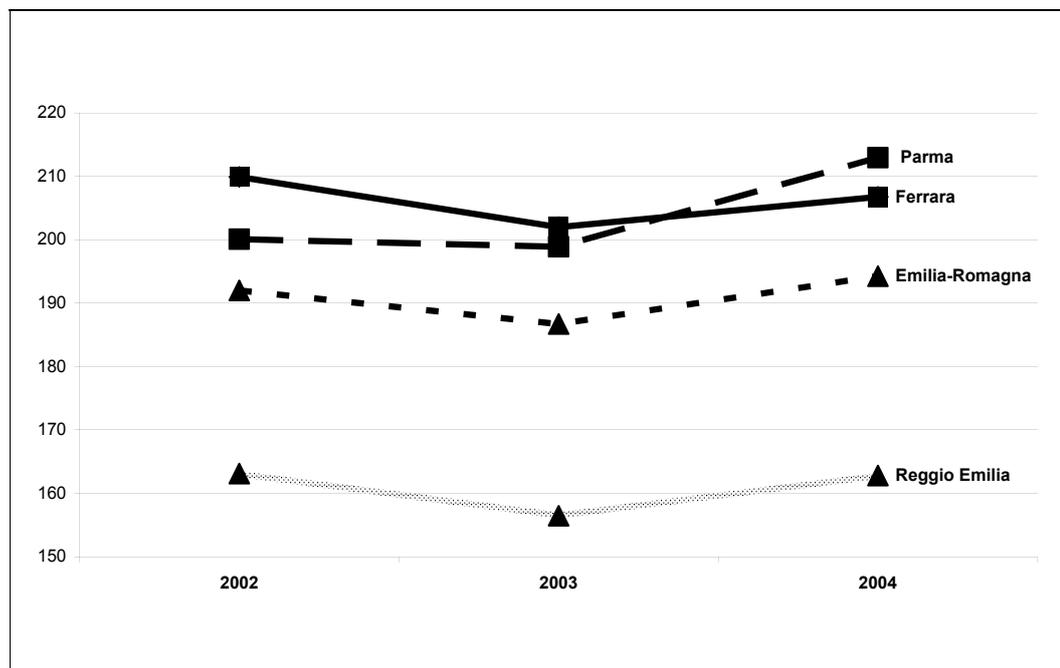
	2002	2003	2004
Piacenza	181,73	179,55	183,00
Parma	200,10	198,91	212,95
Reggio Emilia	163,13	156,47	162,82
Modena	181,13	173,17	175,85
Imola	174,19	172,11	186,05
Bologna	206,18	200,73	210,94
Ferrara	209,91	201,99	206,74
Ravenna	201,50	199,26	206,65
Forlì	203,16	199,51	208,59
Cesena	191,10	184,77	193,04
Rimini	187,56	180,99	189,81
Emilia-Romagna	192,01	186,73	194,24

finanziario senza che si determini nessun calo nell'offerta dei servizi: tutt'altro, i pazienti possono approvvigionarsi dei medicinali più comodamente, per esempio al momento della dimissione senza doversi recare in far-

Tabella 5

Costo procapite grezzo della spesa farmaceutica territoriale

La popolazione presa a riferimento è rispettivamente quella al: 31/12/01, 31/12/02 e 31/12/03



	2002	2003	2004
Parma	200,10	198,91	212,95
Reggio Emilia	163,13	156,47	162,82
Ferrara	209,91	201,99	206,74
Emilia-Romagna	192,01	186,73	194,24

Grafico 9
Costo procapite grezzo della Farmaceutica esterna

macia; inoltre il consumo dei farmaci avviene sulla base di prescrizioni più clinicamente adeguate ai bisogni.

Se ci si dovesse chiedere in che modo poter traslare questa esperienza in altri ambiti della gestione aziendale, verrebbe da dire che soprattutto l'approccio integrato alle diverse leve di governo, interne ed esterne, rappre-

senta il comune denominatore per ottenere ottimi risultati.

Note

1. Note limitative prodotte dall'Agenzia italiana del farmaco, come strumento normativo volto a definire gli ambiti di rimborsabilità di alcuni medicinali.
2. CUF: Commissione unica del farmaco.

Il percorso assistenziale in osteoncologia: l'esperienza del gruppo integrato di cure dell'Azienda ospedaliera S. Giovanni Battista

IRENE COLANGELO, RICCARDO FERRACINI, VALERIA TOZZI

This paper evaluates the impact of Osteoncology Multidisciplinary Care Group (OMCG) at S. Giovanni Battista of Turin, introduced to give the patients appropriate diagnosis and treatment. The main evidences are: multidisciplinary approach changes the pattern to the patient and improves the patient's care allowing to apply international guidelines, to integrate different knowledge, to have more customisation of treatment and to give a quicker diagnosis and innovative treatments. Moreover the patient is followed by the same specialists along the all pathway. The cost analysis confirms this change: the OMCG determine a mean reduction of 225 Euro for patient. Even if for the group of patients followed by OMCG the diagnosis is more expensive, the cost of hospital admission is lower. Surgery is definitive and not palliative kind and there is a the waiting time since hospital admission to the surgery has a fifty percent reduction.

Note sugli autori

Irene Colangelo e Valeria Tozzi sono ricercatori CER-GAS, Università Bocconi
Riccardo Ferracini è Dirigente Medico presso la Struttura complessa di Ortopedia e traumatologia A.S.O. San Giovanni Battista di Torino e membro del CeRMS (Centro di ricerche e medicina sperimentale)

Attribuzione

Sebbene il presente contributo sia il prodotto della collaborazione e del lavoro congiunto degli autori, sono da attribuire ad I. Colangelo il § 6, a R. Ferracini il § 7 e a V. Tozzi i §§ 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9

1. I presupposti per l'avvio del gruppo integrato di cure (Gic)

Il presente contributo illustra il modello organizzativo di assistenza sviluppato all'interno dell'Azienda sanitaria ospedaliera (Aso) San Giovanni Battista di Torino per la diagnosi ed il trattamento della patologia osteoncologica. La nascita di tale formula di assistenza si inquadra all'interno di due significativi processi di cambiamento. Il primo si riferisce al progetto regionale della Rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta che ha promosso la costituzione di Poli di riferimento regionali (**figura 1**) per il trattamento delle patologie oncologiche, allo scopo di sviluppare integrazione sia tra le fasi territoriali ed ospedaliere (ogni Polo coinvolge aziende ospedaliere e aziende territoriali) sia tra gli approcci specialistici nel trattamento delle patologie oncologiche, promovendo modalità multidisciplinari di presa in carico (**box 1**). La seconda spinta al cambiamento è relativa allo sforzo proprio dell'azienda integrate con l'Università di coordinare ricerca ed assistenza allo scopo di importare all'interno di quest'ultima le innovazioni della prima, attraverso il ripensamento dei meccanismi di integrazione professionale e di organizzazione del lavoro. Il progetto regionale ha rappresentato una sorta di «volano di cambiamento» per sviluppare il modello assistenziale in osteoncologia, oggetto del presente contributo, che importa nella pratica assistenziale alcune delle più recenti innovazioni della ricerca in oncologia.

SOMMARIO

1. I presupposti per l'avvio del Gruppo integrato di cure (Gic)
2. La Rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta
3. Il Polo oncologico del San Giovanni Battista
4. Il Gic di osteoncologia
5. Il percorso assistenziale in osteoncologia
6. I costi in osteoncologia
7. Il confronto tra coppie di pazienti con medesima diagnosi
8. Il processo di cambiamento per il percorso Gic in osteoncologia

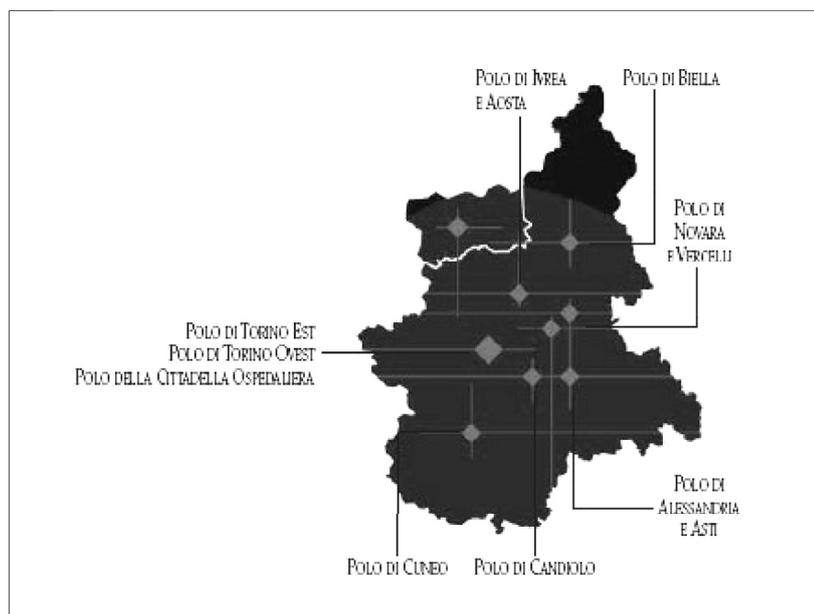


Figura 1

Distribuzione dei Poli

2. La Rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

Il progetto regionale punta allo sviluppo di due forme di integrazione: quella verticale, coordinando i diversi livelli assistenziali in cui si articola la risposta complessiva al fabbisogno del paziente oncologico; quella orizzontale, integrando gli attori del medesimo livello assistenziale.

L'integrazione verticale prevede che all'interno del medesimo Polo operino in modo integrato Asl e Aso che offrono servizi differenti al paziente oncologico sia per contenuto clinico assistenziale sia per momento di intervento. Asl e Aso cooperano attraverso progetti su specifiche tipologie di patologia oncologica in modo da coordinare i servizi erogati nei diversi livelli assistenziali presenti nel Polo. La costituzione di una rete cosiddetta verticale (Lega, 2002) consente di rispondere ai fabbisogni di integrazione organizzativa attraverso il ridisegno dei percorsi assistenziali che si sviluppano tra le aziende di uno stesso territorio. In tal modo viene riconfigurato il percorso lungo un *continuum of care* che tuteli la continuità tra le fasi di prevenzione, diagnosi, trattamento e *follow up* (Meneguzzo, 1996). La Rete oncologica ha attivato una serie di progetti per alimentare sia l'integrazione all'interno di ciascun Polo che tra i diversi Poli. Di seguito sono elencati alcuni dei progetti attivati, ognuno con livello di sviluppo differente:

- informatizzazione: collegamento in rete dei Poli oncologici, in modo da rendere disponibili a tutti i Poli le informazioni relative ai pazienti oncologici, attraverso una scheda sintetica oncologica. L'utilizzo di un *software* comune garantisce inoltre la tracciabilità dei percorsi diagnostico-terapeutici;

Box 1

La Rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

La Regione Piemonte fin dal 1997 ha sviluppato una serie di interventi per l'assistenza oncologica: già il Piano sanitario regionale 1997-1999 aveva stabilito, come obiettivo prioritario, la riduzione della mortalità e dell'incidenza di nuovi casi. I dati epidemiologici confermavano tale scelta: il tasso di incidenza (nuovi casi all'anno) per il periodo '93/'97 risultava pari a 438 nuovi casi su 100.000 abitanti per gli uomini e 336 per le donne (rispettivamente pari al + 4,4% e + 9,5% rispetto al quinquennio '88-'92); inoltre, i decessi per patologia neoplastica rappresentavano circa un quarto di tutte le cause di decesso e la mobilità passiva era pari a circa l'8% (1997). Nel 2000 (Del.G.R. n. 50-1391 del 20 novembre) è stato approvato il progetto sperimentale della rete oncologica piemontese (successivamente allargata alla regione Valle d'Aosta), attraverso cui la Regione Piemonte ha progettato la riorganizzazione dell'attività oncologica, attraverso un sistema a rete che valorizzava la presa in carico globale e continua dell'assistito (Donna, Gianino, Renga, 2002). Il progetto ha visto la costituzione di nove poli oncologici, dedicati al bacino di utenza di più aziende sanitarie territoriali e/o ospedaliere, costituiti in modo da favorire collaborazione tra le varie aziende raggruppate all'interno del medesimo Polo, e tra i diversi Poli. In seguito, nell'ambito del protocollo d'intesa siglato tra la Regione Piemonte e la Regione Valle d'Aosta per l'attivazione di rapporti di collaborazione in ambito sanitario (Del. G.R. n. 15-7893 del 2 dicembre 2002) è stata approvata la convenzione per la costituzione della Rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, che ha previsto una nuova configurazione territoriale della Rete oncologica, con la costituzione di una nuova sede di Polo oncologico presso l'Unità sanitaria locale di Aosta, funzionalmente collegata con il Polo oncologico di Ivrea.

- comunicazione: diffusione della conoscenza della Rete sul territorio attraverso comunicazione istituzionale, campagne di sensibilizzazione e informazioni sui servizi, rivolta sia agli operatori (per esempio, medici di medicina generale, medici specialisti del territorio), sia ai cittadini;

- formazione: corsi di formazione di base e master universitari indirizzati alle diverse categorie di operatori coinvolti (medici di medicina generale, medici specialisti, infermieri) per diffondere le pratiche assistenziali più innovative sperimentate all'interno dei Poli;

- *technology assessment*: implementazione di nuove tecnologie all'interno dell'assistenza, nonché di programmi di ricerca di base a valenza regionale, nazionale e internazionale;

- *quality assurance*: definizione e applicazione di indicatori di qualità, monitoraggio dei percorsi assistenziali ed il loro accreditamento. Lo scopo del progetto è la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni e della presenza dei requisiti nei centri erogatori.

La rete orizzontale, come già anticipato, connettendo attori del medesimo livello assistenziale, riformula i servizi dal punto di vista dell'appropriatezza clinica (per esempio, adozione di standard di *evidence based medicine*) ed organizzativa (coerenza tra le prestazioni ed i momenti di intervento in tutto il percorso assistenziale). Nello specifico, la Rete oncologica ha prodotto un modello organizzativo che ridefinisce le modalità di assistenza al paziente oncologico individuando «quali servizi» devono essere offerti dalle aziende e con «quale modalità organizzativa» di presa in carico. Il presente contributo inquadra il modello organizzativo dell'assistenza ospedaliera. Essa si basa sul Cas (Centro accoglienza e servizi) e sul Gic (Gruppo integrato di cure).

Il Cas¹ rappresenta il meccanismo di accoglienza ed orientamento dei pazienti non solo relativamente ai fabbisogni sanitari ma anche socio assistenziali; esso prevede il coinvolgimento di operatori (figure mediche, infermieristiche e segretariali) che in specifici spazi dedicati accolgono il paziente (con diagnosi o con sospetto di patologia oncologica) e lo orientano al Gic per la dia-

gnosi e/o il trattamento. Il Cas rappresenta la «porta di accesso» alla Rete e il sistema di coordinamento tra i fabbisogni del paziente oncologico e i servizi fruibili all'interno del Polo di riferimento. In tal senso i Cas sono la soluzione di *case management* poiché dopo aver intercettato ed orientato il paziente, forniscono servizi di prenotazione delle prestazioni e tengono traccia delle informazioni sul singolo caso, trasferendole nel caso di mobilità del paziente. I Cas sono costituiti presso i Dipartimenti oncologici di ogni Polo e presso i servizi oncologici di ciascuna azienda afferente. Il contatto con il Cas garantisce al paziente l'apertura della scheda oncologica (su supporto informatico) e la possibilità di definire appuntamenti presso il Gic e gli esami previsti.

Il Gic propone una nuova organizzazione del lavoro per medici che trattano le patologie oncologiche ed una sorta di meccanismo di integrazione stabile per trattare in modo collegiale il paziente. Il Gic è composto da medici di diversa specializzazione ed appartenenti a diverse unità operative ospedaliere che si incontrano in spazi dedicati ed in orari prestabiliti per diagnosticare/trattare/monitorare il paziente. Essi sono chiamati a condividere specifici approcci clinico-terapeutici alla patologia oncologica (percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali - PDTA) e a decidere collegialmente le prestazioni da erogare sul singolo caso. La condivisione di specifici PDTA induce (Tozzi, 2004), in generale, un cambiamento nell'organizzazione del lavoro all'interno delle singole unità operative evitando duplicazioni di prestazioni sul singolo caso e esplicitando i momenti di intervento ed i compiti in capo a ciascun operatore. Le informazioni sul singolo caso trattato dal Gic costituiscono per i Cas la fonte informativa sull'assistenza oncologica erogata in azienda (in ciascun azienda vi è un Cas ma più Gic, a seconda delle specialità oncologiche presenti). Per sintetizzare, se i Cas hanno una funzione prevalentemente di accoglienze dei pazienti oncologici, i compiti del Gic sono:

- decidere su tutto l'*iter* diagnostico-terapeutico nel rispetto delle linee guida e sulla base dei PDTA condivisi;

- prescrivere esami e definire lo scadenziario visite;

- trasferire informazione al Cas;
- inserire i pazienti in protocolli sperimentali regolarmente approvati.

In sintesi, si può affermare che la Rete oncologica rappresenti una forma di rete orizzontale di natura «medico specialistica» (Guzzanti, 1997) che preserva la corrispondenza tra tipologia di domanda di prestazioni e qualità tecnico-specialistica dell'offerta².

3. Il polo oncologico del San Giovanni Battista

L'adozione del modello assistenziale proposto dalla Rete oncologica all'interno dell'Aso San Giovanni Battista ha previsto l'integrazione con alcuni servizi di ricerca e/o di assistenza già presenti: il COES, il CeRMS ed il Gruppo metastasi ossee.

Presso il Dipartimento di oncologia è attivo il Centro oncologico ed ematologico subalpino (COES); esso intende proporre un *Comprehensive Cancer Center* che integra non solo i diversi momenti assistenziali ma anche la ricerca all'assistenza. Al suo interno i pazienti oncologici trovano risposta ai loro fabbisogni sanitari e non sanitari in un'uni-

ca struttura (al mattino si svolgono i ricoveri, durante il giorno i trattamenti ed i controlli, mentre in serata il paziente ritorna a casa). Il COES si fonda sul lavoro collegiale svolto da un gruppo di professionisti coinvolti nella prevenzione, nella ricerca e nella cura del cancro; è uno dei primi centri multidisciplinari in Italia e tra i più grandi d'Europa. Al suo interno è sempre presente un medico di riferimento per le emergenze e i pazienti possono contare su trattamenti convenzionali e su terapie innovative. Presso il COES è stato organizzato il Cas dell'Aso San Giovanni Battista all'interno del quale sono presenti un oncologo, un infermiere professionale e una segretaria. Inoltre, è presente in azienda un settore dedicato alla ricerca di base (Centro ricerca medicina sperimentale - CeRMS), costituito da laboratori di diagnostica oncologica molecolare, biologia molecolare, immunogenetica, immunologia dei tumori, angiogenesi, biochimica e da un centro di oncogenesi virale del Cnr. Il CeRMS è parte del COES, insieme con il Cas ed il servizio farmaceutico per la preparazione centralizzata di farmaci antitumorali.

Il Gruppo di lavoro sulle metastasi ossee, costituito nel 2004 nell'ambito di un progetto promosso dalla Regione Piemonte, è finalizzato all'ottimizzazione dei PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali) e contribuisce allo sviluppo dell'innovazione nella pratica assistenziale per l'osteonecologia (figura 2).

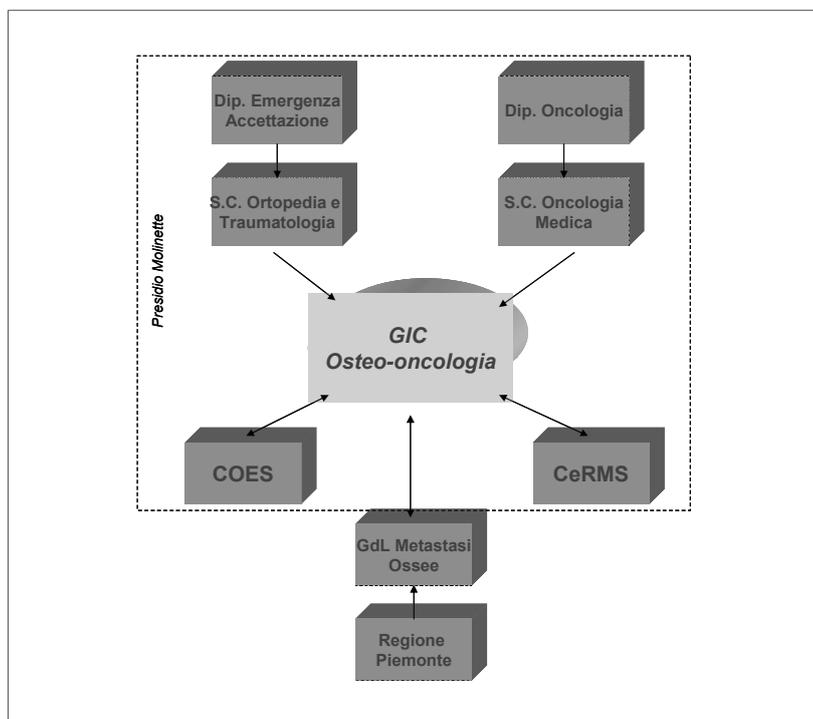
All'interno dell'Aso San Giovanni Battista, introduzione del Cas e dei Gic ha trovato nel COES e nel Gruppo metastasi ossee delle condizioni di vantaggio che hanno consentito di sviluppare, a fronte del medesimo Cas circa otto Gic³.

4. Il Gic di osteonecologia

Il Gic di osteonecologia nasce nel febbraio 2003 presso il Polo oncologico Cittadella ospedaliera, con sede operativa presso il Presidio Molinette. L'idea della costituzione del Gic di osteonecologia è nata dall'evidenza che l'osso è una delle più frequenti sedi di metastatizzazione tumorale e che un adeguato trattamento delle metastasi ossee permette non solo di aumentare i tempi di sopravvivenza ma anche di incrementarne la qualità di vita (vedi box 2).

Figura 2

Il Gic di osteonecologia: le relazioni aziendali di collaborazione



Box 2

Alcune informazioni
sull'osteoncologia
Fonte: www.osteoncologia.org/abc.shtml

Alla luce dei più recenti dati epidemiologici relativi all'oncologia, e considerato l'incremento del tasso di sopravvivenza nei pazienti neoplastici, è ormai accertato come lo scheletro risulti coinvolto all'incirca nel 70% di tutti i tumori metastatici progressi ottenuti nel campo della terapia oncologica (interruzione della replicazione tumorale grazie a chemioterapia e radioterapia/asportazione della massa tumorale tramite chirurgia oncologica/approccio terapeutico interdisciplinare) si accompagnano ormai a un considerevole aumento dell'aspettativa di vita del paziente. A fronte, tuttavia, del prolungamento dei tempi di sopravvivenza della persona malata si assiste a una crescita dell'incidenza delle localizzazioni secondarie (metastasi) del tumore primitivo: l'osso è una delle più frequenti sedi di metastatizzazione tumorale. L'adeguato trattamento delle metastasi ossee rientra ormai da tempo nel corretto approccio ai pazienti oncologici il cui aumento dei tempi di sopravvivenza deve necessariamente accompagnarsi a un concreto miglioramento della loro qualità di vita. A differenza di quanto avveniva in passato, i pazienti oncologici con metastasi ossee possono intraprendere un percorso riabilitativo in grado di restituire loro una sopravvivenza caratterizzata da una maggiore autonomia funzionale.

La «malattia metastatica ossea» deriva da tumore mammario, polmonare, renale, prostatico, mentre i tumori che originano da strutture del collo (tiroide, faringe, laringe, esofago, ghiandole salivari) e rappresenta circa il 6% delle metastatizzazioni ossee. La metastasi che invade l'osso ne sostituisce le normali strutture con cellule neoplastiche ed è il proliferare di queste ultime a provocare l'indebolimento dell'architettura scheletrica e a renderla così facilmente fratturabile, soprattutto nel caso di segmenti ossei quali il femore, l'omero e i corpi vertebrali. La frattura patologica può verificarsi improvvisamente, in seguito al minimo trauma, così come può essere determinata nel tempo dal moltiplicarsi di microfratture che diminuiscono in modo graduale la solidità corticale.

Nell'ottica della presa in carico globale del paziente e di un approccio clinico flessibile e personalizzato, così come proposto dal modello assistenziale della Rete oncologica e sperimentato dal COES, il Gic di osteoncologia è costituito in modo stabile dagli specialisti di oncologia e ortopedia, ma prevede un allargamento al altre figure professionali a seconda dei fabbisogni del paziente. Gli specialisti coinvolgibili nel Gic di osteoncologia fanno riferimento alle seguenti branche: anatomia patologica, radiologia, radioterapia, dermatologia, chirurgia plastica, fisioterapia, chirurgia generale, terapia del dolore, biotecnologia.

La composizione del Gic cambia quindi a seconda del profilo clinico del singolo paziente e delle conseguenti necessità diagnostico-terapeutiche, attivando specialisti ospedalieri in funzione dei fabbisogni del paziente. Il Gic offre prestazioni ambulatoriali una volta alla settimana presso il COES e consulti complessi mensili, presso la Struttura complessa di ortopedia e traumatologia. I pazienti che accedono all'attività ambulatoriale sono sostanzialmente:

- pazienti con storia di tumore e dolori osteo-articolari;
- pazienti con storia di tumore, senza dolori ma con un quadro radiologico da *follow up*;

- pazienti con una massa a livello degli arti o del rachide, da indagare;
- pazienti *in follow up* a seguito di intervento.

5. Il percorso assistenziale in osteoncologia

Lo sviluppo del presente caso di studio in osteoncologia ha previsto in primo luogo la ricognizione dei percorsi dei pazienti osteoncologici, confrontando ciò che veniva erogato prima dell'attivazione del Gic (ambulatorio) e dopo la sua istituzione. La mappatura dei percorsi rappresenta una prima indagine di carattere qualitativo delle attività compiute sulla popolazione di pazienti in carico al Gic o all'ambulatorio di oncologia. Infatti, prima dell'istituzione del Gic il trattamento delle patologie osteoncologiche coinvolgeva l'ambulatorio di oncologia. La scelta di mappare sia i percorsi assistenziali sviluppati attraverso l'ambulatorio sia attraverso il Gic nasce dalla necessità di procedere ad una comparazione tra le diverse modalità di assistenza. La fase di analisi qualitativa dei percorsi ha previsto la realizzazione di una serie di interviste ai professionisti. Occorre precisare che i professionisti che operavano attraverso il percorso pre-Gic (percorso attraverso ambulatorio)

sono i medesimi impegnati nell'esperienza Gic e che c'è stato un processo di progressivo trasferimento del carico assistenziale dall'uno all'altro percorso nell'arco del 2004.

L'introduzione di una modalità organizzativa Gic ha comportato una modifica dell'iter

che viene fatto fare al paziente, cambiando le routine di prenotazione e di esecuzione delle visite e degli accertamenti e dell'organizzazione interna del lavoro tra le unità organizzative coinvolte. Le **figure 3 e 4** sono la rappresentazione qualitativa delle innovazioni

Figura 3
Il percorso assistenziale in osteoncologia pre-Gic

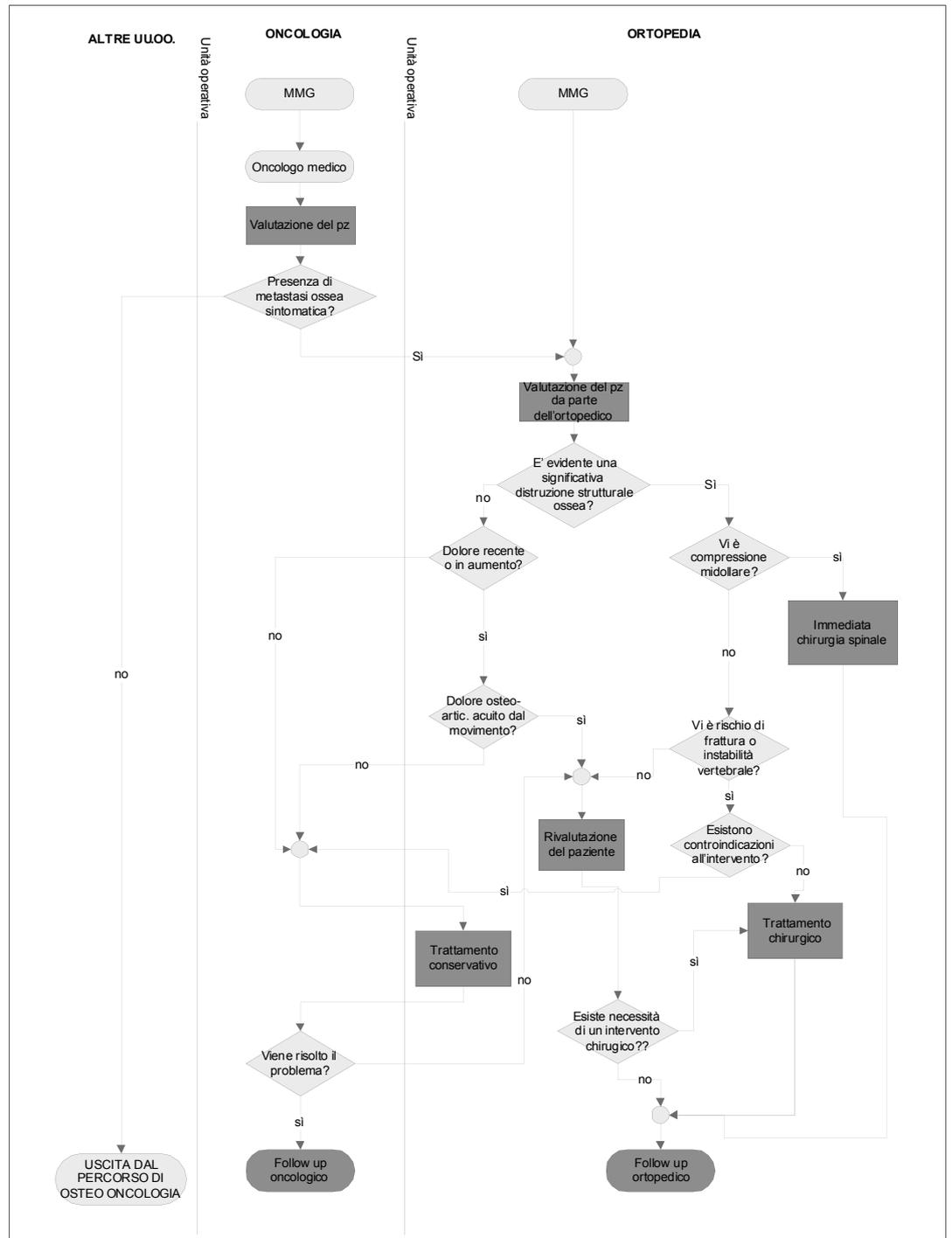
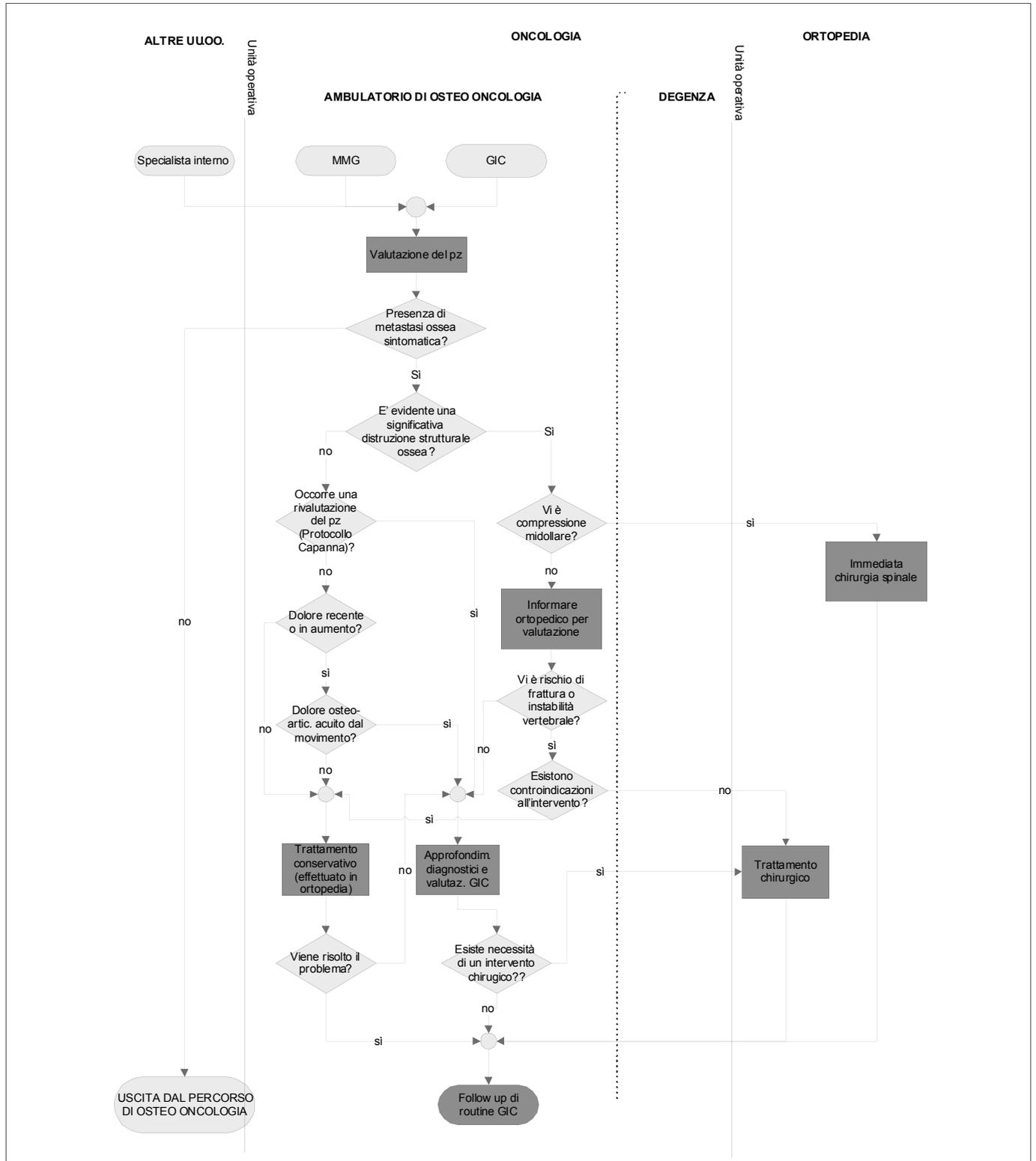


Figura 4
Il percorso assistenziale in osteoncologia attraverso Gic



intervenute grazie all'attivazione del COES, del Cas e del Gic. Come è possibile osservare, il flusso di attività che in precedenza si sviluppava quasi completamente in ortopedia, attraverso l'istituzione del Gic passa in capo all'oncologia. Se in precedenza la presa in carico, quindi, avveniva in ortopedia attualmente si osserva il cambiamento dei meccanismi di presa in carico: il paziente viene visitato e valutato in contemporanea da due figure specialistiche (oncologo e ortopedico) che verificano e condividono il percorso che decidono di far compiere al paziente. Ad una prima analisi qualitativa dei percorsi, dal punto di vista del contenuto delle attività, non si verificano grandi modificazioni nelle indicazioni al trattamento per il paziente, in quanto la formazione specialistica e l'esperienza su tale tipologia di pazienti appare sedimentata e consolidata⁴.

I cambiamenti più significativi fanno riferimento a:

– Modalità di diagnosi: il paziente viene valutato contemporaneamente da entrambi gli specialisti velocizzando il processo di inquadramento ed evitando il «doppio passaggio» tra oncologo ed ortopedico; relativamente a tale fenomeno, si è tentato di verificare il grado di apprezzamento della diagnosi integrata tra oncologo e ortopedico (rispetto al percorso pre-Gic) attraverso un questionario a pazienti in vita del campione esaminato. Ciò che è emerso è la sostanziale indifferenza rispetto alla compresenza di entrambi i profili professionali nella fase di diagnosi da parte dei pazienti ed un grado di soddisfazione rispetto all'assistenza ricevuta. Ciò denota che la nuova modalità di diagnosi non produce impatti sulla qualità percepita dal paziente, ma sull'appropriatezza dell'inquadramento e sulla organizzazione del lavoro all'interno del percorso.

– Modalità di ingresso, nel percorso ambulatoriale pre-Gic, erano condizionate dal Mmg (Medico di medicina generale) il quale decideva se l'accesso alle Molinette doveva avvenire attraverso l'unità operativa di ortopedia o di oncologia. Ciò ha rappresentato una sorta di esternalizzazione dei criteri della presa in carico in assenza di reali e fattivi meccanismi di coordinamento tra i Mmg e l'*équipe* ospedaliera⁵.

– Tempistica nell'esecuzione delle prestazioni di diagnosi: il coordinamento tra Coes e professionisti del Gic consente di rendere più celere l'*iter* diagnostico. La compresenza dell'oncologo e dell'ortopedico, inoltre, consente di evitare il doppio processo di esecuzione di accertamenti: se in passato veniva fatta la richiesta di accertamenti da parte dell'oncologo e successivamente dell'ortopedico, oggi il *set* di accertamenti è condiviso, evitando al paziente di duplicare gli sforzi di prenotazione, attesa, esecuzione e consulto.

– Modalità di *follow up* che non prevedono più due percorsi di monitoraggio distinti tra ortopedia e oncologia, ma, come accade per la diagnosi, anche il *follow up* prevede una condivisione tra gli specialisti dell'*iter* da far compiere al paziente.

– Contenuto delle procedure chirurgiche. Come sarà possibile osservare solo attraverso lo studio osservazionale, si verifica una differenza tra le procedure chirurgiche effettuate nei due percorsi. Quindi, le indicazioni al trattamento rimangono immutate, ciò che cambia è il contenuto tecnico-specialistico dell'atto chirurgico.

6. I costi in osteoncologia

Per comprendere l'impatto sui costi e sui consumi che il passaggio dalla modalità di trattamento precedente al Gic a quella attraverso Gic ha prodotto è stato realizzato uno studio monocentrico (focalizzato solo sull'Aso San Giovanni Battista), osservazionale (le analisi effettuate non hanno interferito con la normale pratica clinica), retrospettivo (le informazioni raccolte si riferivano ad eventi precedenti allo studio), *bottom-up* (la raccolta di informazioni è avvenuta a livello di singolo paziente attraverso l'analisi delle cartelle cliniche).

Sono stati individuati i pazienti che rispettarono i seguenti criteri:

a) pazienti sottoposti a visita ambulatoriale con diagnosi di tipo osteoncologico presso l'Ambulatorio di ortopedia (d'ora in poi Ambulatorio) o presso il Gic da febbraio 2003 a febbraio 2004⁶;

b) pazienti domiciliati nel bacino di utenza dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino.

La scelta di questi due criteri di individuazione del campione di pazienti è derivata da due necessità: la prima è stata quella di avere una fotografia sia del percorso «non-Gic» che del percorso «Gic»; la seconda è stata quella di poter avere un campione che fosse potenzialmente in carico presso l'Azienda e che quindi avesse seguito un *follow-up* sistematico presso l'Azienda. Le informazioni rilevate sul singolo caso sono state le seguenti: dati anagrafici (sesso, età), diagnosi in visita ambulatoriale, prestazioni sanitarie dalla visita di arruolamento al 31 ottobre 2004 (ricoveri ordinari: codice Drg, data di effettuazione, durata della degenza, giorni trascorsi dall'ammissione all'eventuale intervento; ricoveri in *day-hospital*: Codice Drg, data di effettuazione; visite specialistiche: tipologia, data di effettuazione; esami strumentali: tipologia, data di effettuazione), presenza di fratture patologiche. In seguito, si è proceduto alla valorizzazione in termini monetari delle prestazioni fornite ai pazienti, al fine di evidenziare, per ciascun gruppo, il costo medio per paziente e l'incidenza delle diverse voci di costo sul totale dei costi. La prospettiva di valorizzazione è stata quella della Regione Piemonte (identificata come «terzo pagante»); di conseguenza, sono stati utilizzati gli attuali valori di rimborso tariffario. Infine, dopo aver individuato alcune variabili che potessero fungere da «driver» del consumo di prestazioni sanitarie e quindi dell'entità dei corrispondenti valori economici, sono state elaborate alcune analisi descrittive per sottogruppi di pazienti.

Il campione di studio è risultato così distribuito: 35 pazienti che hanno seguito il percorso pre-Gic (attraverso ambulatorio) e 120 pazienti che hanno seguito il percorso Gic.

La percentuale di pazienti di sesso femminile è maggiormente rappresentata nel campione Gic (65% *versus* 57%), mentre l'età media dei due gruppi risulta pressoché uguale. Considerando la distribuzione dell'età per sesso, si osserva che il Gic ha trattato una percentuale più alta di pazienti sotto i 45 anni e tra i 46 e i 55 anni. Relativamente alla diagnosi, risulta che sono stati seguiti secondo approccio pre-Gic più pazienti con Neoformazione primitiva delle parti molli, Neoformazione primitiva dell'osso e Storia clinica di tumore con dolore scheletrico non oncologico, mentre il Gic ha seguito più pazienti con Neoformazione secondaria osso-metastasi colonna (**tabelle 1 e 2**).

Dall'analisi delle cartelle per paziente trattato, sebbene le popolazioni siano numericamente differenti nei percorsi analizzati, emergono alcune differenze rispetto alle prestazioni richieste ed effettuate. Con riferimento al ricorso a prestazioni sanitarie, si evidenzia infatti che:

a) la percentuale di pazienti che hanno effettuato almeno una tipologia di terapia (busto e/o radioterapia e/o vertebroplastica) è maggiore per il gruppo Gic (23% *versus* 17%);

b) per i pazienti seguiti secondo l'approccio pre-Gic, c'è stato un maggiore ricorso ad esami diagnostici strumentali «Scintigrafia

Classi di età	Diagnosi incerta	Neoformazione primitiva parti molli	Neoformazione primitiva osso	Neoformazione secondaria osso Metastasi arti	Neoformazione secondaria osso Metastasi colonna	Paziente con storia clinica di tumore con dolore scheletrico non oncologico	Totale
< 45	-	2,9%	2,9%	-	-	2,9%	8,6%
Da 46 a 55	2,9%	5,7%	2,9%	2,9%	5,7%	-	20,0%
Da 56 a 65	-	5,7%	5,7%	2,9%	-	20,0%	34,3%
Da 66 a 75	-	2,9%	-	11,4%	8,6%	2,9%	25,7%
> 76	-	-	-	2,9%	5,7%	2,9%	11,4%
Totale	2,9%	17,1%	11,4%	20,0%	20,0%	28,6%	100,0%

Tabella 1
Diagnosi per classi di età - percorso pre-Gic

Tabella 2

Diagnosi per classi di età - Gic

Classi di età	Diagnosi Incerta	Neoformazione primitiva parti molli	Neoformazione primitiva osso	Neoformazione secondaria osso Metastasi arti	Neoformazione secondaria osso Metastasi colonna	Storia clinica di tumore con dolore scheletrico non oncologico	Neoformazione non tumorale per diagnosi differenziata	Totale
< 45		2,5%		3,3%	4,2%	2,5%	0,8%	13,3%
Da 46 a 55	0,8%	0,8%	1,7%	1,7%	4,2%	5,8%		15,0%
Da 56 a 65		1,7%	0,8%	5,0%	17,5%	5,8%		30,8%
Da 66 a 75		0,8%	1,7%	8,3%	12,5%	4,2%	0,8%	28,3%
> 76	0,8%	0,8%	0,8%	5,0%	4,2%	0,8%		12,5%
Totale	1,7%	6,7%	5,0%	23,3%	42,5%	19,2%	1,7%	100,0%

Tabella 3

Esami Strumentali - pre-Gic e Gic

Tipologia esame	Pre-Gic		Gic	
	Numero User	% User	Numero User	% User
Elettromiografia	–	–	3	2,5%
Densitometria ossea	2	5,7%	1	0,8%
Ecografia	1	2,9%	–	–
Ecografia Addome (sup. e inf.)	1	2,9%	1	0,8%
Ecodoppler vasi	1	2,9%	–	–
Risonanza Colonna	5	14,3%	18	15,0%
Risonanza Arti	2	5,7%	9	7,5%
Rx Arti	6	17,1%	24	20,0%
Rx Colonna in toto	1	2,9%	11	9,2%
Rx colonna 1 seg.	2	5,7%	11	9,2%
Rx sistematica scheletrica	1	2,9%	3	2,5%
Scintigrafia Ossea TB	9	25,7%	6	5,0%
Tac Arti senza mdc	8	22,9%	8	6,7%
Tac Colonna senza mdc	–	–	12	10,0%
Tac Torace	1	2,9%	3	2,5%

ossea Total Body» e «TC degli arti senza mezzo di contrasto» (**tabella 3**);

c) relativamente agli esami osserva un costo medio complessivo nel percorso pre-Gic di 117 euro (considerando che i pazienti sottoposti ad esami sono 22 su 35), mentre nel percorso Gic è di euro 198 per 76 pazienti trattati su 120. Infatti, la percentuale delle popolazioni sottoposte ad esame è pressochè confrontabile (fanno almeno un esame il 62,9% ed il 63,3% dei due campioni), ma il costo per singolo esame è in medio più elevato nel percorso Gic (312 euro vs 187 del percorso pre-Gic) (**tabella 4**).

Riguardo alle visite specialistiche si è ritenuto molto interessante, vista la tipologia di pazienti, presentare il numero medio di visite oncologiche e ortopediche per paziente. Si osserva come, mentre nell'approccio pre-Gic, solo 2 pazienti su 35 hanno effettuato visite oncologiche (3 visite), nel percorso Gic i pazienti effettuano contemporaneamente una visita in presenza sia dell'ortopedico sia dell'oncologo. Inoltre una percentuale più elevata di pazienti trattati secondo l'approccio Gic ha eseguito anche altre tipologie di visite specialistiche rispetto all'altro gruppo di pazienti.

Luogo	Dati	Nessun esame	Almeno un esame	Totale
Pre-Gic	Numero pazienti	13 (37,1%)	22 (62,9%)	35 (100%)
	Costo medio (euro)		187	117
Gic	Numero pazienti	44 (36,7%)	76 (63,3%)	120 (100%)
	Costo medio (euro)		312	198
Totale	Numero pazienti	57 (36,8%)	98 (63,2%)	155 (100%)
	Costo medio (euro)		284	179

Tabella 4
Costo esami -
pre-Gic e Gic

Luogo	Dati	No ric.	1 ric. Ord.	Pren. non chiam.	DH	Totale
Pre-Gic	Numero pazienti (%)	25 (71,4%)	7 (20,0%)	2 (5,7%)	1 (2,9%)	35 (100%)
	Degenza media		28,4			28,4
Gic	Numero pazienti (%)	107 (89,2%)	10 (8,3%)	2 (1,7%)	1 (0,8%)	120 (100%)
	Degenza media		24,3			24,3
Totale	Numero pazienti (%)	132 (85,2%)	17 (11,0%)	4 (2,6%)	2 (1,3%)	155 (100%)
	Degenza media		26,0			26,0

Tabella 5
Ricoveri - Pre-Gic e Gic

Infine, nel periodo di riferimento dello studio, si evidenzia che si è verificato un ricovero ordinario per il 20% dei pazienti seguiti secondo l'approccio pre-Gic (con durata media della degenza di 28,4 giorni) e per l'8,3% dei pazienti seguiti dal Gic (con una durata media della degenza di 24,3 giorni) (**tabella 5**). Quindi, se la percentuale di pazienti sottoposti ad almeno un esame è quasi sovrapponibile, nel caso dei ricoveri si osserva un percentuale di pazienti ricoverati di gran lunga inferiore nel percorso Gic.

La quasi totalità di questi pazienti è stata sottoposta ad intervento durante il ricovero. All'interno del ricovero, si è riscontrata una consistente differenza relativa ai giorni intercorrenti tra la data dell'ammissione e la data dell'intervento: 24,3 giorni per i pazienti non Gic e 12,3 giorni per i pazienti Gic. Questa ultima evidenza conferma che l'organizzazione dell'attività attraverso il Gic, integrato con Cas e COES, produce un

miglioramento della performance organizzativa del percorso.

Sintetizzando rispetto alle diverse tipologie di prestazioni all'interno dei due differenti percorsi, emerge che:

- per gli esami diagnostici si va da un costo medio di 117 a 198 euro (tabella 4);
- per le visite si passa da 35 a 63 euro, incremento di costo giustificato dal fatto che nel percorso Gic vi è la costante presenza di entrambe le figure professionali nella fase di inquadramento e gestione del trattamento);
- per le terapie il costo medio prevede euro 68 nel percorso pre-Gic e 237 euro in quello Gic;
- per i ricoveri il valore di costo passa da 1.163 a 616 in media per paziente nel percorso Gic (**tabella 6**). C'è da evidenziare che il costo per singolo paziente ricoverato è largamente più elevato in quest'ultimo caso pur riguardando il ricovero solo l'8,3% dei

Tabella 6

Costo ricoveri (ord. e DH)
- Pre Gic e Gic

Luogo	Dati	No ric.	1 ric. Ord.	Pren. non chiam.	DH	Totale
Pre-Gic	Numero pazienti (%)	25 (71,4%)	7 (20,0%)	2 (5,7%)	1 (2,9%)	35 (100%)
	Costo medio (€)	0	5.425,0	0	2.740,3	1.163,3
Gic	Numero pazienti (%)	107 (89,2%)	10 (8,3%)	2 (1,7%)	1 (0,8%)	120 (100%)
	Costo medio (€)	0	6.978,5	0	4.166,0	616,3
Totale	Numero pazienti (%)	132 (85,2%)	17 (11,0%)	4 (2,6%)	2 (1,3%)	155 (100%)
	Costo medio (€)	0	6.338,8	0	3.453,1	739,8

pazienti del percorso Gic. Ciò lascia intuire una differenza nelle modalità di trattamento, intuizione che verrà confermata nel seguito dello studio.

Fenomeno di interesse è l'analisi per categoria diagnostica dei costi medi per paziente trattato (**tabella 7**); si nota che i pazienti con una neoplasia primitiva delle parti molli hanno avuto un costo in media di 654 e 2.045 euro rispettivamente nel trattamento pre-Gic e Gic; d'altro canto, per i pazienti con una neoplasia secondaria osso (metastasi colonna o arti) l'approccio Gic ha in media ridotto i costi per paziente. Nel caso di pazienti con diagnosi incerta si osserva una differenza nel costo medio (da 267 a 62 euro) spiegabile rispetto alla gestione del paziente da parte di entrambe le figure professionali (ortopedico ed oncologo). Le differenze sopra descritte sono dovute prin-

cipalmente alle differenze del costo del ricovero, come è emerso in precedenza.

Infine, è interessante notare come, in entrambi i gruppi, la diagnosi e cura dei pazienti che presentavano una frattura patologica è costata in media 5 volte in più rispetto a quelli che non presentavano frattura patologica⁷.

La valorizzazione economica delle prestazioni esaminate (terapie, esami, visite e ricoveri) per il computo del costo totale (**tabella 8**) ha fornito i seguenti risultati. Il costo medio totale per paziente è di 1.305 euro nel caso del percorso pre-Gic e di 1.080 euro nel caso Gic. Si osserva come questa differenza sia attribuibile soprattutto ad una differenza nel valore monetario dei ricoveri. Infatti, il percorso Gic ha un costo medio più basso (euro 547 per paziente in media) in ragione di una allocazione delle risorse per il rico-

Tabella 7

Categoria diagnostica -
Pre Gic e Gic

Luogo	Dati	Diagnosi incerta	Neoplasia primitiva parti molli	Neoplasia primitiva osso	Neoplasia secondaria osso Metastasi arti	Neoplasia secondaria osso Metastasi colonna	Neoplasia non tumorale per diagnosi differenziata	Storia clinica di tumore con dolore scheletrico non oncologico	Totale
Pre-Gic	Numero pazienti	1	6	4	7	7	-	10	35
	Costo medio (€)	267	654	1042	2468	2653	-	148	1305
Gic	Numero pazienti	2	8	6	28	51	2	23	120
	Costo medio (€)	62	2045	780	1899	969	57	249	1080
Totale	Numero pazienti	3	14	10	35	58	2	33	155
	Costo medio (€)	130	1449	884	2012	1172	57	218	1131

vero che è meno frequente rispetto alle altre tipologie di prestazioni.

Emerge con chiarezza la necessità di comprendere a parità di diagnosi le differenze nel trattamento relativamente ai due percorsi esaminati per trovare giustificazione soprattutto alla differenza di costo nel caso di ricovero, che interviene su una percentuale di popolazione ridotta nel percorso Gic. È solo nell'approccio al problema di salute che si trova probabilmente spiegazione rispetto al fenomeno.

La raccolta delle informazioni secondo un approccio di tipo *bottom-up* (da cartella clinica per singolo caso trattato) ha consentito inoltre di evidenziare il consumo di risorse in termini di unità fisiche (es. numero e tipo visite, tipologia di ricovero, numero e tipo di esami diagnostici strumentali) e il peso delle diverse tipologie di costo sul totale dei costi per paziente. Tali informazioni rappresentano un utile supporto nelle valutazioni e nelle decisioni riguardanti il percorso assistenziale del paziente osteoncologico.

Tuttavia, alcune caratteristiche del disegno dello studio, quali la rilevazione di tipo retrospettivo e l'assenza di rilevazioni dell'efficacia delle due strategie (pre-Gic e Gic) non hanno consentito ulteriori approfondimenti e riflessioni sul percorso in oggetto.

Infine, è doveroso precisare che, non essendo stati utilizzati criteri di campionamento basati sulle caratteristiche demografiche, anamnestiche e/o cliniche, i pazienti seguiti dal Gic e quelli seguiti dall'Ambulatorio possono non rappresentare due gruppi omogenei. Questo fattore non ha impedito di perseguire le finalità dello studio osservazionale e, in particolare, di ottenere i dati di consumo effettivo nei due differenti approcci (Gic e pre-Gic); tuttavia, si suggerisce di effettuare

con molta cautela i confronti tra i due gruppi di pazienti. I risultati sul numero di visite oncologiche e ortopediche, sulle indagini diagnostiche strumentali, sulla tipologia di terapia effettuata, sul ricorso a terapie innovative e sul numero e tipo di ricoveri ed interventi chirurgici confermano che l'introduzione del Gic ha dato luogo ad un differente approccio diagnostico- terapeutico.

Inoltre, alcuni dati, quali la distribuzione delle visite di controllo nel tempo e i tempi di attesa pre-intervento durante il ricovero, permettono di affermare che l'introduzione del Gic produce effetti positivi sulla gestione dei pazienti.

Relativamente ai costi associati ai due gruppi di pazienti, si osserva che in media il paziente Gic ha assorbito maggiori costi per le visite, gli esami e le terapie, ma un minore costo per i ricoveri. Nel complesso, un paziente del gruppo Gic assorbe risorse per un valore di 225 euro in meno rispetto ad un paziente del percorso pre-Gic.

Si evidenzia che il periodo al quale si riferiscono i dati presentati rappresenta il primo anno di attività del Gic; di conseguenza, si può ritenere che la gestione organizzativa e clinica dei pazienti che vi afferiscono potrà con il tempo trovare spazi di miglioramento dovuti da un lato al maggiore coordinamento organizzativo e dall'altro al confronto multidisciplinare che caratterizza il Gic e che renderà possibile l'applicazione delle più innovative strategie diagnostico-terapeutiche.

7. Il confronto tra coppie di pazienti con medesima diagnosi

Come già accennato, durante il 2004 hanno convissuto i due percorsi osteoncologici (pre-Gic e Gic) in quanto si stava sviluppando il trasferimento progressivo della casisti-

Luogo	Dati	Terapie	Esami	Visite	Ricoveri	Totale
Pre-Gic	Costo medio per paziente (€)	68 (4,3%)	117 (7,4%)	35 (2,2%)	1163 (91,0%)	1305 (100%)
Gic	Costo medio per paziente (€)	237 (21,9%)	198 (18,3%)	63 (5,8%)	616 (57,0%)	1080 (100%)
Delta (Pre-Gic - Gic)	Costo medio per paziente (€)	170	80	28	- 547	- 225

Tabella 8
Composizione costo totale - Pre Gic e Gic

ca dall'una all'altra soluzione organizzativa. Tale fenomeno rende poco confrontabili le popolazioni di pazienti intercettate all'interno dei due percorsi poiché, come è prevedibile, il trasferimento dei pazienti al Gic è avvenuto non in modo programmato o deliberato *ex ante*; si può ipotizzare che venissero trasferiti i casi più complessi allo scopo di modellare l'organizzazione del lavoro del Gic sulla loro gestione. Infatti, la casistica trattata è andata aumentando a mano a mano che l'organizzazione del lavoro in Gic si stabilizzava. Da qui la necessità di trovare dei meccanismi di confrontabilità tra le due popolazioni osservate: la soluzione trovata ha visto l'analisi per coppie di pazienti, con la medesima patologia diagnosticata, dei quali sono state rilevate tutte le attività assistenziali compiute, analizzandone la cartella clinica. Si è ritenuto opportuno ricavare dei *case study*; all'interno del campione sono state selezionate tre coppie di pazienti che presentassero le stesse caratteristiche in termini di età e di diagnosi (sintesi in frattura d'omero,

osteolisi collo femore, tumori parti molli benigni exeresi). Successivamente è stata effettuata una descrizione del consumo di risorse e dei costi relativi a ciascuna coppia, in modo da evidenziare le principali differenze tra l'approccio pre-Gic e quello Gic. Di seguito vengono presentati i risultati di questa ulteriore analisi.

Per i pazienti della prima coppia (osteosintesi in frattura d'omero - **tabella 9**), quello seguito prima della costituzione del Gic la terapia è stata di tipo palliativo (osteosintesi), mentre per il paziente Gic il trattamento è stato radicale (protesizzazione con rimozione completa della lesione). Nel primo caso si trattava di un paziente con malattia diffusa e frattura patologica dovuta ad una osteolisi localizzata a livello del 1/3 medio di omero che poteva essere trattata esclusivamente con una terapia palliativa e di stabilizzazione chirurgica. Nel secondo caso, visto che la lesione era solitaria e il tumore primitivo renale era stato già rimosso chirurgicamente, grazie alla diagnosi precoce di osteolisi,

Tabella 9

Coppia 1: osteosintesi in frattura d'omero

Dati	Pre-Gic	Gic
Sesso	maschio	femmina
Età	83	72
Deceduto in ospedale	no	no
Diagnosi	frattura patologica di omero, k prostatico	ca renale con osteolisi della testa omerale
Terapia	radioterapia	nessuna
Costo terapia	969,09	0
Esami diagnostici	scintigrafia ossea total body; TC arti smc	ecografia addome sup. e inf.; RM arti; Rx arti; scintigrafia ossea <i>total body</i>
Costo esami	299,55	566,98
Visite specialistiche	5 ortopediche	4 ortopediche e 4 oncologiche contestuali
Costo visite	65,07	106,90
Ricovero	si	si
Durata degenza	11	20
Trattamento	si	si
Giorni dal ricovero al trattamento	7	12
Drg principale	interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17 senza cc	biopsie del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo

la paziente è stata sottoposta ad exeresi completa della lesione ottenendo con buone probabilità un trattamento radicale e definitivo della malattia oncologica. Tale trattamento ha comportato costi superiori nel breve periodo (pur in assenza di costi imputabili per radioterapia nel percorso Gic, il ricovero ha un valore complessivo superiore di circa euro 3.000); tuttavia, visto che la paziente non ha sviluppato una frattura patologica e che il trattamento si auspica sia stato curativo, si presume che tale trattamento consenta di evitare il ricorso ai servizi sanitari nel periodo successivo, migliorando il risultato di *outcome*.

A commento dei dati rilevati per la seconda coppia (osteolisi collo femore - **tabella 10**), l'osteolisi secondaria comporta un elevato rischio di frattura patologica nel breve periodo. Il Gic ricovera questa tipologia di

pazienti in regime di urgenza, in modo da evitare la frattura e la necessità di intervenire chirurgicamente. Oltre che un risultato in termini di efficacia del percorso (non è avvenuta una frattura patologica), si riscontra anche un risparmio in termini economici sull'*iter* diagnostico-terapeutico del paziente (vi è una differenza complessiva del valore del ricovero di circa euro 2.000).

In dettaglio il primo paziente pre-Gic è prevenuto alla osservazione ambulatoriale in presenza di osteolisi ed è stato indirizzato alla chirurgia elettiva di stabilizzazione della lesione. Durante l'attesa pre-ricovero ha subito la frattura ed è stato poi ricoverato per il trattamento attraverso il pronto soccorso. Il paziente Gic, dopo la valutazione di rischio di frattura è stato ricoverato tempestivamente per il trattamento di stabilizzazione evitando la frattura patologica.

Dati	Pre-Gic	Gic
Sesso	maschio	maschio
Età	75	82
Diagnosi	Osteolisi di femore in ca renale	tumore polmonare con localizzazioni secondarie arti
Terapia	indiv volume bers	nessuna
Costo terapia	54,23	0
Esami diagnostici	scintigrafia ossea <i>total body</i> , TC arti smc	nessuno
Costo esami	299,55	0
Visite specialistiche	2 ortopediche	3 ortopediche e 3 oncologiche contestualmente
Costo visite	30,21	83,66
Ricovero	si	si
Durata degenza (giorni)	13	44
Trattamento	si	no
Giorni dal ric. al trattamento	8	
Drg principale	interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età >17 senza cc	fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
Costo ricovero	7633,27	5996,09
Presenza frattura patologica	si	no
Costo totale	8017,26	6079,75

Tabella 10
Coppia 2: osteolisi collo femorale

Le informazioni contenute in **tabella 11** (tumori parti molli benigni exeresi) sono interpretabili alla luce delle seguenti considerazioni. L'applicazione da parte del Gic di tecniche chirurgiche più radicali, in linea con i più recenti protocolli internazionali, comporta l'effettuazione di un intervento chirurgico di maggiore complessità e più costoso. Tuttavia, si può presumere che tale soluzione consenta di evitare nuovi ricoveri per questa tipologia di pazienti, ottenendo così un risparmio economico complessivo nel medio termine e, ancor più importante, un miglioramento delle condizioni di salute del paziente.

In particolare, il trattamento pre-Gic della paziente con la neoformazione delle parti molli dell'avambraccio è stato eseguito con tecnica marginale, ovvero mettendo a rischio la paziente di una recidiva locale della

malattia in caso di lesione benigna aggressiva o maligna al successivo esame istologico. Invece il trattamento della paziente Gic è stato eseguito con tecnica ad ampia resezione, che assicura una radicalità della exeresi anche in caso di lesione benigna aggressiva o maligna, garantendo, a meno di localizzazioni metastatiche presenti all'atto dell'intervento, una completa guarigione della malattia.

Dall'osservazione delle coppie emerge che non è possibile generalizzare un costo medio più basso per il percorso Gic, ma l'unica generalizzazione è relativa al fatto che le tecniche e le procedure di intervento in questo percorso risultano quelle più aggiornate ed efficaci; ciò consente di evitare ulteriori episodi di ricovero e/o utilizzo di altre prestazioni sanitarie e di migliorare il risultato di *outcome* per il paziente.

Tabella 11

Coppia 3: tumori parti molli benigni exeresi

Dati	Pre-Gic	Gic
Sesso	femmina	femmina
Età	62	63
Deceduto in ospedale	no	no
Diagnosi	neoformazione primitiva avambraccio	neoformazione parti molli primitiva avambraccio
Terapia	nessuna	nessuna
Costo terapia	0	0
Esami diagnostici	nessuno	nessuno
Costo esami	0	0
Visite specialistiche	1 ortopediche	2 ortopediche e 2 oncologiche contestualmente
Costo visite	18,59	60,42
Ricovero	si	si
Durata degenza	12	3
Trattamento	1	1
Giorni dal ricovero al trattamento	10	1
Drg principale	interventi sui tessuti molli senza cc	interventi sui tessuti molli con cc
Costo ricovero	3490,18	8189,17
Presenza frattura patologica	no	no
Costo totale	3508,77	8249,59

8. Il processo di cambiamento per il percorso Gic di osteoncologia

L'esperienza del Gic di osteoncologia presenta tratti caratteristici estremamente specifici a partire dal processo di tipo *bottom-up* della sua costituzione. Tutto il processo di istituzione ed implementazione presso Le Molinette ha visto un forte coinvolgimento dei professionisti medici: essi hanno promosso una riorganizzazione delle risorse (personale, spazi, ecc.) e la rimodulazione dell'organizzazione del lavoro tra le specialità di oncologia ed ortopedia. A tale spinta al cambiamento non ha fatto seguito una rimodulazione dei sistemi operativi aziendali a supporto dei percorsi relativi all'osteoncologia (il sistema informativo per il Gic non è integrato a quello aziendale, non si hanno obiettivi di *budget* rispetto all'organizzazione o all'attività Gic, ecc.). Quindi si può affermare che, da un punto di vista organizzativo, la costituzione del Gic non ha comportato alcun adeguamento degli strumenti di gestione e/o di impiego di risorse aggiuntive. Tale fenomeno si giustifica rispetto al fatto che l'articolazione e la sponsorizzazione regionale del progetto è stata molto rilevante non solo nella formulazione del modello di assistenza attraverso Cas e Gic ma anche attraverso il sistema di finanziamento dell'intera Rete⁸.

Se la sponsorizzazione del progetto Gic è stata esercitata soprattutto dall'esterno attraverso la regione, la possibilità di riorganizzare l'attività di assistenza per i pazienti osteoncologici ha richiesto specifiche condizioni interne all'azienda. Infatti, la fattibilità all'interno dell'azienda dell'esperienza in osteoncologia si è basata su fattori quali il clima professionale e la collaborazione tra attori afferenti a strutture organizzative diverse. È sulla base di tali condizioni interne favorevoli che uno degli ortopedici ha dedicato quasi il 40% del suo tempo alla costituzione del Gic, progetto a cui ha aderito l'equipe della struttura complessa di Oncologia medica, riuscendo così a predisporre le risorse professionali e gli spazi all'interno del COES.

A tre anni dalla sua costituzione formale (febbraio 2003), è possibile individuare alcuni dei benefici che hanno tratto i pazienti: se infatti prima della costituzione del Gic si registrava una frammentarietà ed un allungamento temporale del percorso diagno-

stico-terapeutico dei pazienti, con il Gic è possibile garantire ai pazienti la presenza di un medico che garantisce l'unitarietà e rappresenta il riferimento unico per il paziente lungo tutto il percorso di cura. Grazie al Gic si è proceduto all'adozione dei protocolli diagnostico-terapeutici più appropriati, adozione che ha garantito una riduzione della variabilità di comportamento soprattutto tra i diversi approcci specialistici alla patologia ed uno standard di *outcome* qualitativamente più elevato per il paziente. Infine, è necessario sottolineare che l'interdisciplinarietà dell'approccio ha garantito una maggior competenza nella gestione dei casi trattati e una maggiore flessibilità in termini di personalizzazione delle cure.

Il processo di cambiamento che si è sviluppato all'interno dell'Aso San Giovanni Battista di Torino si è caratterizzato per alcune peculiarità:

1) Sponsorizzazione esterna all'Azienda del progetto relativo alla nascita dei Gic. La promozione regionale della rete oncologica ha rappresentato un volano di grande rilievo per la costituzione dei Gic di osteoncologia. Tale sponsorizzazione è passata non solo attraverso la definizione puntuale del progetto (articolazione dei Poli, definizione del meccanismo di accoglienza e presa in carico, sistema tariffario *ad hoc*, ecc.), ma anche la partecipazione istituzionale dei vertici dell'Aso negli organi istituzionali della Rete stessa. È attraverso tale partecipazione agli organi della Rete che si è manifestata la promozione dal parte del vertice aziendale del San Giovanni Battista.

2) *Leadership* tecnico-specialistica nel trattamento osteoncologico. All'interno dell'azienda gli attori portatori delle conoscenze tecnico-specialistiche hanno promosso la riorganizzazione dell'attività. Il processo di riallocazione delle risorse per caso trattato, come evidenziato in precedenza, è stato guidato da valutazione di carattere clinico assistenziale: riuscendo a ridurre la duplicazione di prestazioni, dovute alla sovrapposizione in fase di diagnosi tra oncologo ed ortopedico, e modificando i meccanismi di presa in carico del paziente tra queste due figure professionali, si è riusciti a ridurre il numero di ricoveri (e di interventi) e ad utilizzare in tali casi tecniche maggiormente sofisticate anche

se più costose rispetto al percorso pre-Gic. Il Gruppo di lavoro sulle metastasi ossee ed il CeRMS rappresentano gli incubatori di conoscenza che hanno consentito di sviluppare la *leadership* tecnico-specialistica, all'interno dei quali si sviluppa la didattica e la ricerca a supporto dell'assistenza. Il Gic tesauryzza i risultati di tale attività, costituendo il momento di trasformazione dell'innovazione nella conoscenza tecnico-specialistica derivante dall'attività universitaria in processi erogativi assistenziali.

3) Rimodulazione dell'organizzazione del lavoro a costo zero. Come è emerso nei paragrafi precedenti, il passaggio tra modalità pre-Gic e Gic è avvenuta attraverso la collaborazione dei professionisti ortopedici ed oncologi che hanno riorganizzato le attività già in essere. Certamente un fattore di vantaggio è stato rappresentato, a livello aziendale, dal finanziamento regionale dei progetti Gic che ha motivato in parte lo sforzo al cambiamento a livello aziendale. Infatti, il sistema di finanziamento non ha visto l'impiego di risorse aziendali, ma di risorse regionali riconoscibili ad ogni struttura afferente alla Rete.

Il processo di cambiamento attivato ha una natura «centripeta», in quanto sono state sfruttate tutte le leve di cambiamento provenienti dall'esterno dell'azienda allo scopo di valorizzare potenzialità di organizzazione e conoscenza presenti al suo interno. Centrale è stato lo sviluppo della Rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta; essa ha prodotto all'interno del San Giovanni Battista un sorta di avvicinamento al modello della *focused factory* (Skinner, 1974), individuando un polo specialistico di eccellenza (quale l'osteoncologia) rispetto alle sue aree di attività. Infatti, la rivisitazione della presa in carico per il paziente oncologico, sviluppata attraverso il Cas ed il Gic, consente di accogliere sia i fabbisogni sanitari sia quelli socio assistenziali; ciò permette di passare dal paradigma del trattamento della patologia a quello del trattamento del problema di salute: la struttura ospedaliera non si sclerotizza sulla produzione di servizi finalizzati a dar risposta ad una patologia, ma organizza tutti i servizi (dalla diagnosi alla riabilitazione) per risolvere i problemi collegati allo stato di salute del paziente.

Auspicio degli autori è che i tempi siano maturi per sviluppare approcci «mimetici» al Gic di osteoncologia per esportare in altre aziende i vantaggi prodotti nell'esperienza appena descritta.

Note

1. Cfr. Delibera della Giunta Regionale n. 26-10193 del 1° agosto 2003.
2. Guzzanti (1997) propone, oltre a quello medico specialistico, un altro criterio di definizione delle reti orizzontali: quello «territoriale» che vede nella rete una modalità di risposta a problemi di concentrazione/dispersione geografica, fluttuazioni stagionali della domanda o dell'offerta, tempistica ed alla fruibilità dei servizi.
3. Cure palliative e terapie antalgiche, neoplasie dell'apparato gastroenterico, neoplasie toracico-polmonari, osteoncologia, neuro-oncologia, genetica-oncologica, dermato-oncologia, urologia-oncologica.
4. L'analisi quantitativa dei due percorsi, attraverso una valutazione economica delle attività svolte, ci consentirà di osservare modificazioni nelle indicazioni all'intervento e nel trattamento dei pazienti a seconda del percorso seguito.
5. Come accade tradizionalmente, laddove c'erano nei meccanismi di coordinamento tra Mmg e specialisti ospedalieri erano di natura estemporanea e individuale.
6. Per impossibilità nella raccolta dei dati relativi ai pazienti non è stato possibile considerare un periodo di reclutamento dei casi trattati nella modalità pre-Gic antecedente a quello considerato.

7. Costo totale per frattura patologica

Luogo	Dati	Frattura patologica	No frattura patologica	Totale
Pre-Gic	Numero pazienti (%)	5 (14,3%)	30 (85,7%)	35 (100%)
	Costo medio (€)	4219	820	1305
Gic	Numero pazienti (%)	6 (5,0%)	14 (95,0%)	120 (100%)
	Costo medio (€)	4901	879	1080
Totale	Numero pazienti (%)	11 (7,1%)	44 (92,9%)	155 (100%)
	Costo medio (€)	4591	866	1131

8. Dal punto di vista del finanziamento della Rete oncologica è necessario sottolineare che la Regione Piemonte definisce annualmente una quota di finanziamento (per l'anno 2004 è stato di circa 9 milioni di euro) da destinare a progetti riguardanti il trattamento di patologie oncologiche: nell'ambito di tale finanziamento viene definito l'ammontare da destinare alla Rete, ai singoli Poli e al finanziamento di progetti trasversali e speciali. Sulla base di ciò, ciascun Polo formula una richiesta di fondi necessaria per lo svolgimento delle attività inerenti la realizzazione della Rete oncologica. È necessario sottolineare che i fondi vengono attribuiti ai Poli in modo proporzionale rispetto a: Grandezza del Polo; Rispetto dei requisiti e dei programmi di Polo; Realizzazione dei Centri accoglienza servizi (Cas) e dei Gruppi interdisciplinari di cure (Gic).

B I B L I O G R A F I A

- DONNA G., GIANINO M.M., RENGÀ G. (2002), «Il modello della presa in carico del paziente neoplastico: il caso della rete oncologica piemontese», *Mecosan*, 44.
- GUZZANTI E. (1997), «L'evoluzione e le prospettive dell'assistenza ospedaliera in Italia: considerazioni e proposte», *Ricerca sui servizi sanitari*, vol. 1, 1.
- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità*, Egea, Milano.
- MENEGUZZO M. (1996), «Assistance Publique Hopitaux de Paris: il più grande gruppo ospedaliero pubblico europeo», in M. Meneguzzo (a cura di), *Strategia e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- SKINNER W. (1974), *The focused factory*, *Harvard Business Review*, Maggio-Giugno.
- TOZZI V. (2004), «La gestione per processi in sanità», *Mecosan*, 50.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste; 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito. Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file. La copia cartacea va spedita a:
Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano
La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12
La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti. Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici). Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**
1.1. Gli attori del processo
Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

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

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

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 secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenz (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno. I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

Gli eventi avversi in ospedale rilevati attraverso i codici ICD-9-CM: uno studio pilota

MARIA MICHELA GIANINO, GIOVANNI RENGA, ROBERTO RUSSO

In the field of Risk Management the ICD-9-CM codes are used as proxy indicators of adverse events occurred to hospitalised patients. The aim of this survey is to present the results of a retrospective pilot study which uses the method applied in Utah (USA) in order to detect the adverse events occurred to patients hospitalised in Piemonte region in the period 2000-2003 and stratified on the basis of age classes, kind of hospital admission, producers' category. The results are compared with the ones derived from an analogous study carried out in Veneto and with the ones presented by Utah.

Note sugli autori

Maria Michela Gianino, Roberto Russo, Giovanni Renga
Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia
– Università degli Studi di Torino

Attribuzione

Maria Michela Gianino è responsabile dello studio e della strutturazione e stesura dell'articolo, Roberto Russo ha partecipato alla ideazione dello studio e contribuito alla discussione dei contenuti e dei risultati, Giovanni Renga è responsabile della revisione dell'articolo

1. Introduzione

Negli ultimi anni il tema della sicurezza nelle organizzazioni sanitarie ha assunto grande rilievo nella maggior parte dei paesi industrializzati.

In particolare si è manifestata la necessità e volontà di diffondere una nuova cultura con cui affrontare le problematiche del rischio, volta a superare la visione restrittiva di ricorrere alla semplice copertura assicurativa di possibili eventi che producono un danno ai pazienti, agli operatori ed ai beni aziendali e orientata a prospettare una visione allargata delle tipologie di rischio da governare e delle tecniche di loro controllo e finanziamento.

Si tratta di una nuova filosofia di gestione che parte dalla considerazione che il rischio ed il *Risk Management* nelle aziende sanitarie, ed in particolar modo in quelle pubbliche, presentano un maggior grado di problematicità che nelle imprese che operano in altri settori dell'economia.

La ragione di tale complessità è intrinseca al sistema ed è da ricercarsi innanzitutto nelle fonti di aleatorietà dell'istituto sanitario che affianca a quelle tipiche di una qualunque azienda, da cui originano i rischi sui beni, sia essi materiali che immateriali o finanziari, quali ad esempio incendio, furto, o guasti agli impianti o attrezzature, quelle proprie legate alla attività di erogazione di prestazioni sanitarie che possono produrre effetti negativi innanzitutto sullo stato di salute dei pazienti, ma anche degli operatori e degli ospiti.

In secondo luogo la ragione è da ricondurre alle finalità delle aziende che non solo affiancano all'obiettivo di economicità quello di efficacia, espressa come salvaguardia/mi-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il metodo
3. I risultati
4. Conclusioni

glioramento della prognosi o stato di salute dei cittadini (Floreani, 2005), ma dovrebbero attribuire al secondo obiettivo una posizione privilegiata rispetto al primo che diventa la condizione di fondo per poter essere efficaci (Donna, 2001).

In tale ottica, ed alla luce della realtà che si sta creando nel mondo sanitario caratterizzato da un mercato assicurativo che di fronte a un *trend* crescente di richieste di risarcimento presentate dagli utenti per casi di malasanità ed un aumento delle somme riconosciute a titolo di risarcimento, reagisce da un lato aumentando i premi e dall'altro abbandonando il settore sanitario, gli eventi avversi definibili, nella interpretazione più estensiva, come «eventi, riguardante il paziente, che, sotto condizioni ottimali, non sono conseguenza della malattia e della terapia» (Wolff, 2001), diventano uno dei punti focali su cui iniziare e concentrare il processo di gestione del rischio.

La rilevanza e l'attualità degli eventi avversi è comprovata da numerosi studi internazionali.

Una ricerca condotta dalla *Harvard Medical Practice Study*, che ha analizzato le cartelle cliniche di 30.121 pazienti ricoverati in 51 ospedali di cure intensive nello stato di New York, ha evidenziato che gli eventi avversi si manifestavano nel 3.7% dei dimessi di cui il 27.6% era determinato da negligenza nell'erogazione delle cure e il 7% aveva causato una disabilità permanente mentre il 13.6% aveva condotto al decesso del paziente (Brennan, 1991; Leape, 1991; Vincent, 2001).

L'indagine *Qualità in Australian Healthcare*, basata sul modello dello *Harvard study* e condotta nel 1992, ha esaminato le cartelle cliniche di 14.179 pazienti scelti da un campione di 28 ospedali della New South Wales e South Australian. Ha rilevato che nel 16.6% dei ricoverati si sono verificati eventi avversi dei quali il 13.7% ha causato disabilità permanente ed il 4.9% il decesso. Il 51% erano eventi prevenibili (Wilson, 1995; Thomas, 2001).

Nel Regno Unito uno studio condotto nel 2000 in due ospedali dell'area londinese ha dimostrato la rilevanza e l'entità del problema presentando i seguenti dati relativi al Servizio sanitario britannico: gli eventi avversi occorrono nel 10.8% di ricoverati di cui il

50% circa è prevenibile ed un terzo provoca disabilità o morte (Vincent, 2001). Infine da una ricerca condotta nello Utah e Colorado nel 1992 emergeva una incidenza di eventi avversi pari al 2.9% dei ricoverati e di questi il 32.6% era causato da errori nella cura del paziente in Utah contro il 27.4% in Colorado. La morte sopravveniva nel 27.4% dei soggetti a cui era occorso un evento avverso (Kohn, 2000; Gawande, 1999; Thomas, 1999).

La rassegna presentata di studi internazionali oltre ad evidenziare come il *focus* delle analisi sia l'evento avverso occorso in ambito ospedaliero sottolinea l'importanza di una delle fasi fondamentali del processo di *Risk Management* che consiste nella identificazione e stima dei rischi. Infatti partendo dal ragionamento, implicito in diverse definizioni proposte di *Risk Management*¹, secondo cui i rischi devono essere identificati prima di essere valutati e solo dopo una valutazione del loro impatto si può decidere come trattarli, è possibile delineare un processo di *Risk Management* che si compone sostanzialmente di tre fasi:

- l'identificazione del rischio (*risk identification*);
- la valutazione del rischio (*risk estimation*);
- la gestione del rischio (*risk treatment*),

delle quali la prima costituisce il punto di partenza ed il motore che aziona l'intero processo.

La sua finalità è di delineare il profilo di rischio dell'azienda indagata attraverso la ricerca e la strutturazione dei flussi di informazione utili a questo scopo.

A tal fine nella pratica vengono adottate tecniche che si avvalgono di *database*, di diversa natura, amministrativi o tecnici o sanitari e che hanno la peculiarità o di essere già esistenti e strutturati come debito informativo aziendale, ma concepiti per altre finalità – ne sono esempi le Schede di dimissione ospedaliera e i flussi informativi delle attività territoriali domiciliari – o di essere flussi di informazioni che vengono attivati *ad hoc* realizzati prevalentemente in via estemporanea come il *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) e l'*Incident Reporting*².

La gran parte degli studi che si sono posti l'obiettivo di identificare i rischi nel proces-

so assistenziale si basano sulla prima delle tipologie di tecniche ed in particolare si basano sull'esame retrospettivo delle cartelle cliniche. Ne sono un esempio lo studio condotto dalla *Harvard Medical Practice Study*, l'indagine Qualità in *Australian Healthcare*, la ricerca realizzata nel Regno Unito nel 2000 per riproporre alcune delle esperienze già citate.

L'analisi delle cartelle cliniche ha l'indubbio merito di essere affidabile, in quanto le cartelle sono ricche di dettagli clinici che consentono sia di rilevare l'evento sia di trarne informazioni in merito alle possibili cause. Per contro scontano i limiti di essere spesso documenti cartacei, e quindi non rapidamente fruibili per le ricerche, e di richiedere molto tempo per la loro consultazione. I ricercatori sono pertanto sempre più orientati all'utilizzo di *database* amministrativi per identificare gli eventi avversi (Mc Carthy, 2000; Kohn, 2000; Studdert, 2000; Iezzoni, 1997; Powell, 2003; Zhan, 2003; Weinghart, 2000) e ciò a ragione del fatto che:

- i dati sono disponibili, in quanto informatizzati, in tutte le aziende sanitarie;
- i dati relativi ad ampi archi temporali possono essere raccolti rapidamente;
- la loro raccolta non comporta spese aggiuntive;
- forniscono informazioni relativamente ad un ampio numero di pazienti con diverse condizioni cliniche (Powell, 2003).

Si collocano in questo filone di ricerca i numerosi studi che utilizzano i codici ICD-9-CM trascritti nelle Schede di Dimissione quali indicatori *proxy* per scremare gli eventi avversi (Geraci, 1997; Mc Carthy, 2000; Studdert, 2000). Fra di essi è importante annoverare in questo contesto l'indagine condotta nello stato americano dello Utah nel 2001.

Il presente contributo infatti si propone l'obiettivo di presentare i risultati di uno studio pilota realizzato retrospettivamente che adatta ed utilizza il metodo applicato nello Utah (USA) per rilevare gli eventi avversi nei pazienti ricoverati in Regione Piemonte e, anche mediante un confronto i dati di ricerche analoghe condotte in altre realtà, italiana e straniera, di esaminarne la validità nel

contesto italiano al fine di estendere la metodologia all'intera nazione.

Lo studio è stato realizzato nel mese di settembre ed ottobre 2005, da un gruppo di ricerca del Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Torino, composto dagli stessi autori, che sta sviluppando il filone di ricerca *Risk Management*.

2. Il metodo

Il metodo utilizzato è quello esplicitato nel rapporto che lo *Utah Health Data Committee* ha pubblicato nel 2001 sugli eventi avversi rintracciabili nel *database* di circa un milione di dimissioni da *acute care hospital* fra il 1995 ed il 1999. Il metodo americano consiste nel selezionare le schede di dimissioni in base alla presenza di particolari codici ICD-9-CM, compresi alcuni codici E,³ la cui registrazione nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) è un indicatore *proxy* della presenza di eventi avversi.

Nello studio sono stati utilizzati gli stessi codici ICD-9-CM, tranne i codici E, che non sono riportati nelle SDO italiane e le medesime categorie di eventi individuate dalla *Utah Health Committee*. Queste ultime vengono riproposte in versione inglese in quanto si ritiene che l'efficacia espressiva sia superiore, mentre al loro interno vengono tradotte le diverse classi di eventi in cui si esplicitano, come dettagliato in **tabella 1**.

La ricerca dei codici ICD-9-CM è avvenuta utilizzando il *database* dei dimessi della Regione Piemonte. L'analisi è stata condotta stratificando per:

- anno: 2000, 2001, 2002 e 2003;
- regime di ricovero: ordinario e *day hospital/surgery*;
- classi di età;
- categorie di produttori: aziende ospedaliere (Ao), enti di ricerca, Irccs, istituti qualificati presidio azienda sanitaria locale (Asl), ospedali classificati, policlinici universitari, strutture private.

Queste ultime sono state raggruppate in cinque grandi classi, omogenee sotto il profilo della funzione del presidio nell'ambito del Ssn, delle caratteristiche organizzative e di finanziamento, della personalità giuridica:

Tabella 1

Categorie di eventi e Codici diagnostici ICD-9-CM utilizzati per individuare eventi avversi

Categorie di eventi	Codici ICD-9-CM
<i>Misadventures of Surgical and Medical Care:</i>	
– Puntura o lacerazione accidentale durante intervento – Corpo estraneo lasciato accidentalmente – Reazione acuta a corpo estraneo lasciato accidentalmente	998.2 998.4 998.7
<i>Complications of Surgical or Medical Procedures (Not Listed in Category I)</i> (identificate di seguito con l'acronimo CP):	
– Complicanze peculiari di alcuni interventi (impianti, protesi...) – Complicanze in particolari parti del corpo (complicazioni vascolari, respiratorie...) – Altre complicanze di interventi (emorragia, ematoma...) – Complicanze di cure mediche (embolia, reazioni da siero...)	996.0, 996.1, 996.2, 996.3, 996.4, 996.5, 996.6, 996.7 997.0, 997.1, 997.2, 997.3, 997.4, 997.5, 997.9 998.0, 998.1, 998.3, 998.5, 998.6, 998.8, 998.9, 999
<i>Complications of Medications (Adverse Drug Events)</i> (identificate di seguito con l'acronimo CM)	960-979 con esclusione del cod. 965.01

– Ospedali a gestione diretta: cioè ospedali territoriali gestiti direttamente dalle Asl in numero totale di 50;

– Aziende ospedaliere: che sono strutture ospedaliere dotate di unità operative di alta specialità (cardiochirurgia, neurochirurgia, centro trapianti ecc.) che erogano prestazioni ad alta complessità con un numero totale di presidi pari a 16;

– Irccs cioè quegli Istituti che si connotano per due principali aspetti: si occupano di ricerca clinica, cioè di quella parte della ricerca biomedica che si traduce a breve o medio termine in un miglioramento dell'assistenza sanitaria ospedaliera ed hanno per oggetto aree e settori di studio ben definiti ed affrontati con approccio multidisciplinare integrato e finalizzato alla soluzione di specifici problemi clinici;

– Ospedali classificati cioè presidi che non sono gestiti direttamente dalle Asl o dalle Ao ma sono riconosciuti come appartenenti al circuito pubblico (n. 7);

– Strutture private accreditate (n. 40).

Si sono ricercati i codici ICD-9-CM in qualunque posizione diagnostica nel *database* delle SDO e in una singola Scheda possono essere stati conteggiati più eventi. Infine si è effettuato un confronto con i dati di un'altra esperienza italiana condotta dalla Regione Veneto e si è tentata una compara-

zione con i risultati presentati nel rapporto dello Utah Health Data Committee.

3. I risultati

3.1. Trend degli eventi avversi

Il *trend* del totale degli eventi avversi nei dimessi da ricovero ordinario presenta un andamento discontinuo, sia in valori assoluti che relativi rispetto al totale dei ricoveri, passando da 3.701, pari allo 5.8‰ del totale dei dimessi nel 2000, a 3.841 pari al 6.4‰ nel 2001, tornando al 3.572 pari 5.7‰ nel 2002, per risalire allo 6.7‰ nel 2003 con 3.605 eventi avversi (**tabella 2**).

Analizzando per categorie emerge che (tabella 2):

– in tutti gli anni la categoria che incide in misura maggiore è quella delle *Complications of Surgical or Medical Procedures*, mentre quella che pesa in minor misura è quella delle *Misadventures*;

– l'andamento delle *Complications of Surgical or Medical Procedures* ricalca perfettamente il *trend* complessivo: incide per il 4.2‰ nel 2000, sale allo 4.6‰ nel 2001, diminuisce allo 4.0‰ nel 2002 e risale allo 5.1‰ nel 2003. La crescita del 2003 è significativa in quanto nello stesso anno sono diminuiti i ricoveri complessivi rispetto agli anni precedenti;

Eventi	2000		2001		2002		2003	
	n.	‰ (*)						
Misadventures	79	0,1	100	0,2	73	0,1	73	0,1
CP	2.644	4,2	2.760	4,6	2.628	4,0	2.733	5,1
CM	978	1,5	981	1,6	871	1,6	799	1,5
Totale eventi	3.701	5,8	3.841	6,4	3.572	5,7	3.605	6,7
Totale ricoveri	633.063		604.616		556.081		539.735	

(*) Frequenze relative per 1.000 calcolate sul totale dei ricoveri in regime ordinario dell'anno.

– il trend delle *Misadventures* e delle *Complications of medications* presenta sostanzialmente un andamento costante nel quadriennio.

All'interno della categoria delle *Complications of Surgical or Medical Procedures* sono le Complicanze in particolari parti del corpo ad incidere in misura maggiore e crescente partendo dal 2‰ nel 2000 (con 1.297 casi), per salire al 2,3‰ nel 2001 (con 1.363 eventi), al 2,7‰ nel 2002 (con 1.498 casi) e posizionarsi al 2,8‰ nel 2003 (con 1.535 eventi). Seguono le Altre complicanze di interventi che, nel quadriennio analizzato, oscillano fra 1‰ e il 1,2‰.

Nell'ambito invece della categoria *Misadventures of Surgical and Medical care* sono gli eventi per Puntura o lacerazione durante intervento che assorbono la maggior quota nel quadriennio con valore costante pari allo 0,1‰.

Passando alle analisi dei dati relativi ai dimessi da ricovero diurno, emerge che il trend

del totale degli eventi avversi sia in termini assoluti che relativi rispetto al totale dei ricoveri, denuncia una riduzione nel 2001 rispetto al 2000 e poi registra un rialzo nel 2002 e 2003 (tabella 3).

Dall'analisi per categorie si evince che (tabella 3):

– la categoria che pesa in misura maggiore è quella delle *Complications of Surgical or Medical Procedures* che presenta un trend tendenzialmente crescente sia in valori relativi, passando da 1,1‰ nel 2000 allo 1,7‰ nel 2003, sia in valori assoluti, raddoppiando il numero nell'arco di 4 anni;

– la categoria che pesa in misura minore è quella delle *Misadventures* che denunciano un trend sostanzialmente costante;

– le *Complications of Medications* hanno un trend senza particolari variazioni dopo il 2000.

Dall'analisi del dettaglio della categoria delle *Complications of surgical or medical*

Tabella 2

Distribuzione temporale di frequenza delle categorie di evento nei ricoveri ordinari

Tabella 3

Distribuzione temporale di frequenza delle categorie di evento nei ricoveri diurni

Eventi	2000		2001		2002		2003	
	n.	‰ (*)						
Misadventures	15	0,1	19	0,1	6	0	20	0,1
CP	223	1,1	247	1,2	354	1,5	421	1,7
CM	127	0,6	49	0,2	61	0,3	40	0,2
Totale eventi	365	1,8	315	1,5	421	1,8	481	2,0
Totale ricoveri	201.833		213.340		239.228		249.352	

(*) Frequenze relative per 1.000 calcolate sul totale dei ricoveri in regime diurno dell'anno.

procedures emerge che gli eventi più frequenti sono le Complicanze in particolari parti del corpo il cui valore assoluto passa da 133 nel 2000 a 139 nel 2001, a 233 nel 2002 ed aumenta sino a 294 nel 2004 determinando, nonostante un aumento dei ricoveri diurni totali, un *trend* percentuale positivo nei quattro anni, incidendo per lo 0.7‰ nel 2000 e 2001, lo 1.0‰ nel 2002 e lo 1.2‰ nel 2003.

Dall'esame della categoria *Misadventures of surgical and medical care* emerge che sono gli eventi da Corpo estraneo lasciato accidentalmente a pesare in misura maggiore e pari allo 0.1‰.

3.2. Distribuzione per fasce di età

L'incidenza degli eventi avversi nei dimessi da ricovero ordinario sul totale dei ricoveri nel periodo 2000-2003, analizzato per fasce di età, presenta un andamento curvilineo il cui apice è nella fascia di età 65-84 anni seguita dalla fascia 45-64. La fascia meno colpita è quella > a 84 anni (**tabella 4**).

La stessa curva viene disegnata dal numero assoluto degli eventi avversi. Infatti nella fascia 65-84 si sono manifestati 6.861 casi, nella classe 45-64 3.002 eventi, nella fascia 15-44 2.116, e nelle due classi di coda, < 15 e > 84 rispettivamente 1.553 e 1.187 eventi avversi.

Anche analizzando il tasso di incidenza per singolo anno emerge che la fascia di età 65-84 è la più colpita, registrando valori pari al 2.7‰ del totale dei ricoveri nel 2000, al 2.9‰ nel 2001, al 3.1‰ nel 2002 e 3.3‰ nel 2003. Segue la classe 45-64 che parte da un tasso di 1.1‰ nel 2001 e si assesta sul 1.3‰ negli altri anni e si accodano le fasce 15-44 e

< 15 il cui tasso, rispettivamente, cresce nel quadriennio passando dal 0.7‰ nel 2000 allo 0.9‰ nel 2003 e decresce riducendosi dallo 0.8‰ allo 0.5‰. Gli individui con età > 84 anni sono in tutti e 4 gli anni i meno colpiti.

Osservando la distribuzione degli eventi nel quadriennio per singole categorie e per fasce di età emerge che (tabella 4):

– le *Complications of Surgical or Medical Procedures* ricalcano le orme del totale degli eventi. Fra di esse quelle che presentano peso maggiore in tutte le classi di età sono le Complicanze peculiari di alcuni interventi;

– le *Complications of Medications* hanno anch'esse punta massima nella fascia di età 65-84 (con 1.114 eventi pari allo 0.5‰) ma la sequenza delle classi in ordine decrescente cambia in: 15-44 e < 15 (con 810 e 675 eventi pari allo 0.3‰) e > 84 e 45-64 (con 557 e 473 casi pari allo 0.2‰);

– le *Misadventures* di fatto si concentrano nella fascia di età 65-84 con 138 casi e nella classe 45-64 con 110 eventi.

Se si passa alla analisi delle SDO dei dimessi da ricovero diurno emerge che nel quadriennio l'andamento del tasso degli eventi avversi, calcolato sul totale dei ricoveri nel periodo 2000-2003, analizzato per fasce di età traccia una curva con l'apice in corrispondenza della classe 65-84, seguita dalle due fasce 45-64 e 15-44. Le code sono rappresentate dalle fasce estreme, < 15 e > 84 (**tabella 5**). In valori assoluti la classe 65-84 registra 534 casi, le due successive 45-64 e 15-44 si presentano rispettivamente con 486 e 425 eventi. Infine la classi meno colpite, < 15 e > 84, con 104 e 33 casi.

Tabella 4

Distribuzione di frequenza delle categorie di evento nei ricoveri ordinari per fasce di età

Eventi	< 15		15-44		45-64		65-84		> 84	
	n.	‰ (*)								
<i>Misadventures</i>	6	0,0	55	0,0	110	0,0	138	0,1	16	0,0
CP	872	0,4	1.251	0,5	2.419	1,0	5.609	2,4	614	0,3
CM	675	0,3	810	0,3	473	0,2	1.114	0,5	557	0,2
Totale eventi	1.553	0,7	2.116	0,8	3.002	1,2	6.861	3,0	1.187	0,5

(*) Frequenze relative per 1.000 calcolate sul totale dei ricoveri in regime ordinario del periodo 2000-2003.

Eventi	< 15		15-44		45-64		65-84		> 84	
	n.	%o (*)	n.	%o (*)						
Misadventures	0	0,0	23	0,0	24	0,0	12	0,0	1	0,0
CP	70	0,1	341	0,4	384	0,4	418	0,5	32	0,0
CM	34	0,0	61	0,1	78	0,1	104	0,1	0	0,0
Totale eventi	104	0,1	425	0,5	486	0,5	534	0,6	33	0,0

(*) Frequenze relative per 1.000 calcolate sul totale dei ricoveri in regime ordinario del periodo 2000-2003.

Tabella 5
Distribuzione di frequenza delle categorie di evento nei ricoveri diurni per fasce di età

Eventi	Gestione diretta		Az. ospedaliera		IRCSS		Osped. clas.		Privato accr.	
	n.	%o (*)	n.	%o (*)	n.	%o (*)	n.	%o (*)	n.	%o (*)
Misadventures	140	0,1	145	0,1	1	0,0	13	0	23	0,0
CP	4.500	1,9	4.439	1,9	55	0,0	335	0,1	1.379	0,6
CM	2.417	1,0	1.120	0,5	1	0,0	46	0	28	0,0
Totale eventi	7.057	3,0	5.704	2,4	57	0,0	394	0,2	1.430	0,6

(*) Frequenze relative per 1.000 calcolate sul totale dei ricoveri in regime ordinario del periodo 2000-2003.

Tabella 6
Distribuzione di frequenza delle categorie di evento nei ricoveri ordinari per classi di strutture eroganti

Il risultato è sostanzialmente invariato se si focalizza l'attenzione sul *trend* del tasso di incidenza per classi di età nei singoli anni.

Se si entra nel dettaglio delle singole categorie di eventi avversi emerge che anche le *Complications of Surgical or Medical Procedures* seguono la stessa curva dell'incidenza del totale degli eventi con il valore più alto nell'età 65-84 (0.5%), seguita dalle fasce 15-44 e 45-64 (0.4%) ed infine dalle età comprese nei range < 15 e > 84. Fra le CP si evidenziano per maggior peso le Complicanze peculiari di alcuni interventi che si distribuiscono concentrano sulle tre fasce centrali 15-44, 45-64 e 65-84 (0.3%). Su queste ultime sono, invece equamente presenti le *Complications of Medications* (0.1%) e sostanzialmente assenti nelle altre due. Infine le *Misadventures* incidono in maniera irrilevante in tutte le classi anche se in valori assoluti sono più presenti nelle due classi 15-44 e 45-64 (23 e 24 casi).

3.3. Distribuzione per categoria di produttori

Incrociano gli eventi avversi verificate nel quadriennio in pazienti ricoverati in

regime ordinario con le sedi in cui si sono verificati emerge che la maggior parte si è manifestata negli ospedali a gestione diretta, seguiti dalle aziende ospedaliere. A distanza si colloca il privato ed infine i presidi classificati (tabella 6).

Dalla stessa **tabella 6** emerge che le *Complications of Surgical or Medical Procedures* sono equamente presenti nei presidi di Asl e nelle Ao (1.9%) ed in misura minore nelle strutture private (0.6%) e negli ospedali classificati (0.1%). Le *Complications of Medications* sono sostanzialmente solo presenti nelle Asl (1.0%) e nelle Ao con valore dimezzato (0.5%). Le *Misadventures* sono equamente presenti nei presidi a gestione diretta e nelle Ao (0.1%).

Fra le *Complications of Surgical or Medical Procedures* si possono segnalare le Complicanze peculiari di alcuni interventi che pesano per il 1.2% nelle Asl e per il 0.7% nelle Ao.

Anche analizzando il tasso di eventi avversi per ciascun singolo anno emerge che gli ospedali maggiormente coinvolti sono sempre quelli a gestione diretta con un'incidenza sostanzialmente costante (3.0% nel 2000, 3.2% nel 2001, 3.1% nel 2002 e 3.2%

nel 2003) seguiti dalle Ao (2.4‰ 2000, 2.7‰ 2001, 2.5‰ 2002 e 2.6‰ 2003). Nei singoli anni il privato ha un tasso crescente che passa dallo 0.4‰ nel 2000 allo 0.8‰ nel 2003.

Negli anni le *Complications of Surgical or Medical Procedures* sono sempre più presenti negli ospedali a gestione diretta e nelle Ao con valori simili: 1.8‰ nel 2000, 2.0‰ nel 2001, 2.0‰ nel 2002 e 0.21‰ nel 2003 per le Asl e 1.9‰ nel 2000, 2.0‰ nel 2001, 1.9‰ nel 2002 e 0.20‰ nel 2003 per le AO ed in misura minore nelle strutture private (0.4‰ 2000, 0.5‰ 2001, 0.7‰ 2002, 0.8‰ 2003). Le *Complications of Medications* mantengono un peso costante nel quadriennio sia negli ospedali a gestione diretta (1.1‰) e nelle Ao (0.5‰).

Procedendo all'incrocio delle categorie di eventi avversi verificatesi nel quadriennio in pazienti ricoverati in regime diurno con le sedi in cui si sono verificati emerge, come illustra la **tabella 7**, che la maggior parte si è manifestata negli ospedali a gestione diretta seguiti dalle aziende ospedaliere. Seguono i presidi classificati.

Le *Complications of Surgical or Medical Procedures* sono maggiormente presenti negli ospedali a gestione diretta e nelle Ao. In misura inferiore nei presidi classificati e sostanzialmente assenti nelle altre classi. In esse gli eventi più frequenti sono quelli classificati come Complicanze peculiari di alcuni interventi, seguiti da Altre complicanze di interventi.

Le *Complications of Medications* sono equamente presenti negli ospedali a gestione diretta nelle Ao e nei presidi classificati (0.1‰).

Da una analisi per singolo anno emerge una situazione stabile in cui il tasso maggiore di eventi avversi si manifesta negli ospedali

a gestione diretta e costante, 0.1‰ tutti gli anni, seguiti dalle Ao, con un tasso crescente che passa dallo 0.5‰ nel 2000 allo 0.9‰ nel 2003.

Le *Complications of Surgical or Medical Procedures* negli anni mantengono un valore costante e maggiore degli altri erogatori negli ospedali a gestione diretta (0.8‰ nel 2000, 2001 e 2003 e 0.9‰ nel 2002). Nelle Ao hanno un valore che cresce negli anni passando dallo 0.3‰ nel 2000 allo 0.8‰ nel 2003. Le *Complications of Medications* sono presenti negli anni nelle due precedenti categorie di erogatori con valori eguali e sostanzialmente costanti (0.2‰ nel 2000 e 0.1‰ nel rimanente triennio), mentre presentano un andamento ad anni alterni negli ospedali classificati con incidenza dello 0.3‰ nel 2000 e 0.1‰ nel 2002 ed assenza negli altri due anni.

4. Conclusioni

L'obiettivo del lavoro era di presentare i risultati di uno studio pilota che adatta ed applica un metodo proposto da una indagine condotta nello Utah (USA) per rilevare gli eventi avversi nei pazienti ricoverati in Regione Piemonte e, anche mediante un confronto con altre ricerche che applicano la stessa metodologia, valutare la possibilità di una sua estensione all'intera nazione.

I risultati presentati risentono dei limiti insiti nel metodo utilizzato e già dichiarati nello studio dello Utah e precisamente che:

- non vi sono sufficienti informazioni per separare cause di eventi avversi insorte durante la degenza da quelle preesistenti il ricovero;

- è impossibile distinguere variazioni nella completezza delle segnalazioni da variazioni dell'occorrenza reale di eventi avversi;

Tabella 7

Distribuzione di frequenza delle categorie di evento nei ricoveri diurni per classi di strutture eroganti

Eventi	Gestione diretta		Az. ospedaliera		IRCSS		Osped. clas.		Privato accr.	
	n.	‰ (*)	n.	‰ (*)	n.	‰ (*)	n.	‰ (*)	n.	‰
Misadventures	37	0	21	0	0	0,0	1	0	1	0,0
CP	719	0,8	474	0,5	0	0,0	29	0	17	0,0
CM	96	0,1	92	0,1	0	0,0	87	0,1	0	0,0
Totale eventi	852	0,9	587	0,6	0	0,0	117	0,1	18	0,0

(*) Frequenze relative per 1.000 calcolate sul totale dei ricoveri in regime diurno del periodo 2000-2003.

– il semplice riscontro di questi codici non consente di valutare la rilevanza clinica dell'evento;

– le frequenze determinate non sono una misura di prevalenza degli eventi avversi in quanto risentono di due *bias*: la completezza della codifica e la correttezza dell'uso dei codici.

A tali limiti, nel sistema sanitario italiano, se ne aggiunge un ulteriore legato alla non obbligatorietà dell'uso dei codici E nelle SDO.

Pur con tali limiti la ricerca condotta nel quadriennio in Regione Piemonte rileva che:

– gli eventi avversi hanno un andamento discontinuo sia nei ricoveri ordinari, con valori che non scendono mai sotto il 5,7 eventi ogni mille ricoveri, che nei diurni con valori mai inferiori a 1,5 casi per mille;

– le categorie di eventi più frequenti negli anni sono le *Complications of Surgical or Medical Procedures*, che giustificano più del 70% del totale degli eventi nei ricoveri ordinari e che assorbono una quota che varia dal 60% all'80% del totale degli eventi nei ricoveri diurni. Seguono le *Complications of medications (adverse drug events)* in entrambi i *setting* di cura. Con valori irrilevanti si presentano invece le *Misadventures*;

– l'andamento per classi di età della frequenza relativa di ciascuna categoria di eventi rileva, sia per i ricoveri ordinari che diurni, un incremento delle *Complications of Surgical or Medical Procedures* sino alla classe 65-84, con un calo nella classe successiva che potrebbe essere spiegato da una minore ricorso ad interventi chirurgici nella

popolazione anziana. Le *Complications of Medications* hanno un andamento non lineare ma registrano i valori maggiori sempre in corrispondenza della classe di età 65-84 con un allargamento alle due precedenti classi nei ricoveri diurni.

Questi risultati, anche se ottenuti applicando la stessa metodologia, sono solo parzialmente confrontabili con quelli dello Utah in quanto mancano i codici E, gli anni analizzati non sono coincidenti e diversi sono i sistemi sanitari in cui sono stati condotti gli studi. Tuttavia se si azzarda un raffronto con i dati dello Utah, riprodotti in **tabella 8**, è possibile affermare che anche tra gli eventi che si sono potuti individuare nelle SDO del Piemonte prevalgono le *Complications of Surgical or Medical Procedures*, seguite dalle *Complications of Medications* e solo a distanza le *Misadventures*. Diverso è, invece, il peso degli eventi classificati nelle CP in quanto in Piemonte prevalgono le Complicanze peculiari di alcuni interventi e le Altre complicanze di interventi, nello Utah sono le Complicanze in particolari parti del corpo ad avere la prevalenza.

Diversa è invece la confrontabilità dei dati della nostra ricerca con i risultati dell'altra esperienza italiana realizzata dalla Regione Veneto⁴.

Quest'ultima, anche se con due differenze fondamentali rispetto al nostro studio: la prima è che non ha mantenuto distinte le due tipologie di ricovero, in regime ordinario e diurno, la seconda è che si focalizza su di un

Eventi	1995		1996		1997		1998		1999	
	n.	%o (*)								
<i>Misadventures</i>	761	4,0	843	4,3	879	4,4	887	4,3	878	4,1
CP	11.101	58,6	11.771	59,9	13.211	65,6	12.371	59,6	12.297	57,8
CM	4.530	23,9	4.735	24,1	5.424	27,0	5.118	24,7	5.381	25,3
Totale eventi	16.392	86,5	17.349	88,3	19.514	97,0	18.376	88,6	18.556	87,2
Totale ricoveri (**)	189.568		196.546		201.236		207.465		212.733	

(*) Frequenze relative per 1.000 calcolate sul totale dei ricoveri dell'anno.

(**) I valori sono stati stimati conoscendo numero e percentuale di incidenza sui ricoveri degli eventi per anno.

Tabella 8
Distribuzione temporale di frequenza delle categorie di evento nei ricoveri in ospedali dello Utah

solo anno il 2002, presenta maggiori elementi di analogia in quanto:

- è realizzata nell'ambito dello stesso sistema sanitario,
- ha seguito la metodologia proposta dallo Utah, utilizzando gli stessi codici ICD-9-CM, tranne i codici E,
- ha utilizzati il *database* regionale delle SDO,
- ha ricercato i codici in qualunque posizione diagnostica.

Alla luce di tale premesse è possibile evidenziare, osservando i dati riprodotti in tabella 9, relativi alla esperienza del Piemonte e del Veneto, come le frequenze relative degli eventi avversi presentano in entrambe le regioni la stessa sequenza in ordine di peso: la categoria più importante è quella delle *Complications of Surgical or Medical Procedures* seguita dalle *Complications of Medications* ed infine dalle *Misadventures*. Diversi sono invece i valori che si posizionano rispettivamente per le tre categorie su: 11,38‰ 1,43‰ e 0,16‰ nella Regione Veneto (Campostella, 2004) mentre in Piemonte presentano negli anni, come illustra la **tabella 9**, valori sempre inferiori.

Da quanto sino ad ora esposto è possibile concludere che il metodo in oggetto ha una sua validità nel consentire una prima selezione di eventi avversi di cui occorre poi vagliare opportunamente i falsi positivi e veri positivi. La certezza del manifestarsi dell'evento avviene solo analizzando le cartelle cliniche cor-

rispondenti al fine di verificare se la presenza del codice ICD-9-CM nella SDO è significativa del verificarsi di un danno al paziente e poter in tal modo costruire un indice di predittività degli eventi avversi. Tuttavia, pur con tale limite, rappresenta un utile strumento di *screening* per evidenziare quelle aree cliniche in cui la qualità delle cure fornite deve essere oggetto di ulteriore indagine (Iezzoni, 1997).

Note

1. Fra le numerose definizioni di *Risk Management* è citabile in ambito sanitario, in quanto la più significativa e completa, quella offerta dalla *Joint Commission Of Accreditation Of Healthcare Organizations* secondo la quale il *Risk Management* è «l'insieme delle attività intraprese per identificare, valutare e gestire i rischi per i pazienti, per i dipendenti, per i visitatori e i rischi di perdita per l'organizzazione stessa».
2. Studi applicativi degli strumenti citati sono presenti in Catelani (1999) o Di Denia (2004) e in Basini (2004).
3. Nell'ambito della *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-9*, il codice E indica le cause esterne di traumi ed avvelenamenti ed esplicita l'intento, se è accidentale o intenzionale.
4. L'Agenzia regionale per i servizi sanitari del Veneto ha costituito formalmente nel 2003 un gruppo di lavoro denominato «Gestione del rischio clinico nelle aziende sanitarie», composto da 9 medici operanti nelle aziende (nelle aree igienico-organizzativa, clinica e medico-legale) e da 1 dirigente infermieristico. A tale gruppo sono stati assegnati una serie di obiettivi di cui il principale era di contribuire alla conoscenza del fenomeno del rischio clinico nelle aziende sanitarie venete, per poi adottare interventi preventivi. In tale ambito è stato eseguito, presso il Centro Regionale di riferimento per il coordinamento del sistema epidemiologico regionale, una analisi della frequenza degli eventi avversi utilizzando la metodologia proposta dallo Utah.

Tabella 9

Distribuzione temporale di frequenza delle categorie di evento nei ricoveri in Piemonte e Veneto

Eventi	Regione Piemonte								Regione Veneto (**)	
	2000		2001		2002		2003		2002	
	n.	‰ (*)	n.	‰ (*)	n.	‰ (*)	n.	‰ (*)	n.	‰ (*)
<i>Misadventures</i>	94	0,1	119	0,1	79	0,1	93	0,1	154	0,2
CP	2.867	3,4	3.007	3,6	2.982	3,6	3.154	3,8	10.987	11,4
CM	1.105	1,3	1.030	1,2	932	1,1	839	1,0	1.381	1,4
Totale eventi	4.066	4,9	4.156	5,0	3.993	4,8	4.086	4,9	12.522	13,0
Totale ricoveri	834.896		817.956		795.309		789.087		965.472	

(*) Frequenze relative per 1.000 calcolate sul totale dei ricoveri dell'anno.
 (**) Fonte: Campostella (2004).

B I B L I O G R A F I A

- BASINI V. (2004), «Il sistema di incident reporting», in R. Cinotti (a cura di) *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma.
- BRENNAN T.A., LEAPE L.L., LAIRD N.M. *et al.* (1991), «Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients», *N Engl J Med*, 324, pp. 370-76.
- CAMPOSTELLA F. (2004), «L'esperienza della Regione Veneto» in R. Cinotti (a cura di) *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma.
- CATELANI M. (1999), «Misure della qualità della vita in relazione alla salute: una possibile applicazione della metodologia FMEA» *Rapporto Interno*, Dipartimento di Ingegneria Elettronica, Università degli Studi di Firenze.
- DI DENIA P. (2004), «La FMEA-FMECA Un metodo proattivo per la riduzione dei rischi delle attività sanitarie», in R. Cinotti (a cura di) *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma.
- DONNA G., NIEDDU S., BIANCO M. (2001), *Management sanitario*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- FLOREANI A. (2005), *Introduzione al Risk management*, Etas Libri, Milano.
- GAWANDE A.A., THOMAS E.J., ZINNER M.J., BRENNAN T.A. (1999), «The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992», *Surgery*, 126, pp. 66-75.
- GERACI J.M., ASHTON C.M., KUYKENDALL D.H., JOHNSON M.L. *et al.* (1997), «International classification of diseases, 9^a revision, clinical modification codes in discharges abstracts are poor measurement of complication occurrence in medical inpatients», *Med Care*, 35(6), pp. 589-602.
- IEZZONI L.I. (1997), «Assessing qualità using administrative data», *Annals of Internal Medicine*, 127, pp. 666-74.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATION (JCAHO), «Revisions to Joint Commission standards in support of patient safety and medical / Health care error reduction» OakBrook Terrace, JCAHO, 1 luglio 2001.
- LEAPE L.L., BRENNAN T.A., LAIRD N.M., LAWTHERS A.G., LOCALIO A.R., BARNES B.A. *et al.* (1991), «Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard medical practice study II», *N Engl. J Med*, 324, pp. 377-84
- KOHN L.T., CORRIGAN J.M., DONALDSON M.S. eds (2000), *To error is human: Building a Safer Health System*, National Academy Press, Washington, DC.
- MC CARTHY E.P., IEZZONI L.I., DAVIS R.B. *et al.* (2000), «Does clinical evidence support ICD9CM diagnosis coding of complications?», *Med Care*, 38(8), pp. 868-76.
- POWELL A.E., DAVIES H.T., THOMSON R.G. (2003), «Using routine comparative data to assess the quality of health care understanding and avoiding common pitfalls», *Qual Saf Health Care*, 12, pp. 122-8.
- STUDDERT D.M., THOMAS E.J., BURSTIN H.R., ZBAR B.I. *et al.* (2000), «Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado», *Med Care*, 38(3), pp. 250-60.
- THOMAS E.J., STUDDERT D.M., NEWHOUSE J.P. *et al.* (1999), «Cost of Medical injuries in Utah and Colorado», *Inquiry*, 36 (3), pp. 255-64.
- THOMAS E.J., BRENNAN T.A. (2001), «Errors and adverse events in medicine: an overview», in C. Vincent (ed), *Clinical risk management. Enhancing patient safety*, 2 edition, BMJ Edition, London, pp. 31-43.
- UTAH HEALTH DATA COMMITTEE (2001), *Adverse events related to medical care, Utah 1995-1999*, Utah Department of Health, Salt Lake City (UT).
- VINCENT C., GRAHAM N., WOLOSZYNOWYCH M. (2001) «Adverse events in British hospitals: Preliminary retrospective records review», *BMJ*, 322, pp. 517-19.
- WEINGHART S.N., WILSON R.M., GIBBERT R.W., HARRISON B. (2000), «Epidemiology of medical error» *BMJ*, 320 (7237), pp. 74-7.
- WILSON R.M., RUNCIMAN W.B., GIBBERED R.W., HARRISON B.T., HAMILTON J.D. (1995), «The quality in Australian Health care study», *Med J Aust*, 163, pp. 458-471.
- WOLFF A.M., BUORKE J., CAMPBELL I.A., LEMBRUGGEN D.W. (2001), «Deterring and reducing hospital adverse events: outcomes of the Wimmera clinical risk management program», *MJ Aust*, 174, pp. 621-5.
- ZHAN C., MILLER M.R. (2003), «Administrative data based patient safety research: a critical review», *Quality and safety healthcare*, 12, pp. 122-8.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

- 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;
 - 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.
- Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

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

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

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 secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

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

La popolazione straniera assistita dall'Asl della Provincia di Brescia: caratteristiche e costi sanitari a confronto con la popolazione italiana

C. SCARCELLA, A. INDELICATO, E.H. ISSA, R. LEVAGGI, F. LONATI, M. MAGONI, M. MOTTOLA

The more and more frequent phenomenon of immigration in Italy has opened the debate on the cost to provide health care to such population. In this article, we use the Banca Dati Assistito of the Asl of Brescia in order to estimate the health care expenditure of regular immigrants. Immigrants have a lower medium age than the rest of the population and such factor do not allows for straight comparison of costs. If a decomposition of the expense for age classes is carried out, such differences diminish considerably. The lower costs for immigrants depends on three factors: a smaller incidence of the chronic disease; lower incidence of co-pathologies; a minor use of the public structures. The financial side presents a different story immigrants have usually a lower income than Italians hence they represent a lower tax revenue for the Region.

Note sugli autori

Carmelo Scarcella è Direttore Generale, Asl Brescia, Annamaria Indelicato è Direttore Sanitario, Asl Brescia, El Hamad Issa lavora presso il Centro Salute Internazionale e Medicina Transculturale, Rosella Levaggi e Michele Mottola presso il Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Brescia, Fulvio Lonati è Direttore Dipartimento Cure Primarie, dell'Asl Brescia, Michele Magoni lavora presso il Dipartimento di Cure Primarie, Asl Brescia

Gli autori ringraziano il referee per gli utili suggerimenti

1. Introduzione

La crescita della spesa sanitaria è di norma attribuita a quattro fattori determinanti: le dinamiche demografiche ed epidemiologiche, il progresso scientifico e tecnologico, la struttura dei costi di produzione e l'ampliamento della nozione di salute.

Tali temi sono molto importanti ed hanno ricevuto molta attenzione sia da parte della letteratura teorica che empirica. In questo lavoro ci vogliamo concentrare su alcuni aspetti legati alla prima caratteristica e cioè alle dinamiche demografiche ed epidemiologiche.

In questo particolare settore, esiste una letteratura teorica ed empirica molto vasta per quanto riguarda il legame che esiste fra spesa sanitaria ed aumento dell'età media della popolazione.

In Italia, tuttavia, esiste un altro importante fattore di variazione demografico ed epidemiologico legato alla forte immigrazione registratasi negli ultimi anni.

La relazione annuale della Corte dei Conti (2005) evidenzia che il deficit previsto per il 2005 sarà pari a 2,5 miliardi di euro, in parte anche dovuti all'assistenza fornita gratuitamente agli immigrati.

Tale relazione ha acceso il dibattito sul finanziamento della spesa da parte del governo centrale con esplicite richieste da parte delle regioni per un aumento del trasferimento perequativo pro-capite che oggi lo Stato fornisce per equilibrare le diverse capacità contributive a livello regionale, in virtù dei

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La banca-dati assistito (BDA)
3. La composizione dei presi in carico stranieri
4. La spesa sanitaria
5. Il finanziamento della spesa
6. Conclusioni

maggiori costi che la Regione dovrà sopportare per effetto dell'immigrazione.

Le richieste regionali sono state disattese, ma il dibattito resta aperto e le posizioni contrapposte in quanto gli studi che hanno affrontato il tema del bisogno sanitario degli immigrati di solito si limitano allo studio epidemiologico delle patologie prevalenti e dei dati riferiti a fenomeni circoscritti come, ad esempio, il ricovero ospedaliero.

Gli studi epidemiologici sulla salute degli immigrati mostrano tuttavia dati abbastanza preoccupanti: gli immigrati hanno un patrimonio di salute abbastanza integro quando partono dal paese di origine che si erode durante il viaggio e che finisce per dissolversi dopo l'arrivo in Italia. Dopo l'arrivo in Italia, infatti il tempo medio della prima richiesta di intervento medico si è ridotto a due mesi (Ministero della Salute, 2003)¹. Dal punto di vista del finanziamento è tuttavia fondamentale distinguere la figura del clandestino dall'immigrato regolare. Il primo rappresenta una semplice fonte di costo, difficilmente quantificabile. Per quanto riguarda l'immigrazione regolare, l'immigrato ha gli stessi diritti e doveri dei cittadini italiani, è cioè iscritto ai registri della Asl di residenza e contribuisce al finanziamento della spesa attraverso il pagamento dell'Irap e dei contributi sanitari.

Il costo sanitario degli immigrati regolari rappresenta quindi un dato più facilmente identificabile e quantificabile, grazie anche ai dati raccolti a livello di singola Asl.

La Asl di Brescia ha avviato nel 2002 un programma volto a ricostruire la spesa per ogni assistito utilizzando i dati sul rimborso delle prestazioni dovute ai diversi fornitori dei servizi. Tale banca dati consente quindi di valutare il costo sanitario per ogni assistito e la sua evoluzione nel tempo.

In questo lavoro presentiamo i risultati relativi al costo degli immigrati regolari residenti nella Asl di Brescia.

2. La banca dati assistito (BDA)

Nella veste di terzo pagatore, specialmente nel modello lombardo che prevede la separazione tra acquirente ed erogatori, le Asl ricevono dai vari fornitori di servizi una serie di informazioni molto utili per ricostruire i servizi offerti a ciascun assistito ed i relativi co-

sti, disponibili anche in formato elettronico, che consentono di costruire un quadro completo della spesa per ogni singolo assistito, pur nel rispetto della legge sulla privacy. È interessante notare che i dati amministrativi rappresentano il consumo effettivo di servizi e quindi possono essere considerati come un buon indicatore del bisogno espresso di cure sanitarie. La lettura dei dati può avvenire oltre che in chiave «amministrativa», anche secondo un'angolatura clinica ed economica.

In questo campo, la Asl di Brescia ha da tempo sviluppato un progetto² volto a monitorare la spesa e ad identificare i malati cronici fra gli assistiti. Il primo passo è consistito nell'incrociare i dati dei seguenti *database*: Anagrafe sanitaria assistiti; Archivio prescrizioni farmaceutiche; Anagrafe sanitaria assistiti esenti; Archivio ricoveri (SDO); Archivio assistenza specialistica; Archivio assistenza integrativa. In modo da ottenere per ogni assistito il costo relativo alla spesa pubblica. Questo primo passo consente di ottenere informazioni generali sugli assistiti, ma la vera innovazione della banca dati assistito utilizzata dalla Asl di Brescia consiste nella ulteriore identificazione fra gli assistiti dei malati cronici che vengono definiti come i soggetti che presentano almeno una delle seguenti condizioni:

- esenzione per patologia (desumibile dall'archivio degli assistiti con esenzione per patologia);
- terapia farmacologica cronica specifica per la patologia (desumibile dall'archivio delle prescrizioni di specialità farmaceutiche dispensate territorialmente a carico del Ssr e dal file F);
- ricovero con Drg e/o diagnosi correlati alla patologia cronica (desumibile dal *database* delle Schede di dimissione ospedaliera);
- prestazioni specialistiche correlate a specifica patologia cronica (desumibile dal *database* «28SAN»).

Con tale metodologia sono state individuate 13 famiglie di patologie croniche; gli assistiti dell'Asl non individuati con tali criteri rientrano in due ulteriori famiglie:

- persone che non hanno avuto alcun contatto con il Ssr;

– persone non in carico per le patologie croniche esaminate ma con interventi sanitari (tabella 1).

Nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy, Legge 675/96 e successive integrazioni, sono stati resi anonimi i dati elaborati, eliminando qualsiasi possibilità di ricostruire le generalità dell'assistito.

Per ogni assistito, oltre alla spesa divisa per tipo di trattamento (ricovero ospedaliero, *day hospital*, specialistica, farmaceutica, riabilitazione) è possibile ottenere alcuni dati generali quali la residenza, il medico di Mmg (definito in modo anonimo mediante un codice) e, dato fondamentale per il nostro studio, se il paziente è cittadino italiano. In questo modo, possiamo isolare nella banca dati assistito tutti i pazienti presi in carico che sono stranieri.

3. La composizione dei presi in carico stranieri

La popolazione straniera³ presa in carico nell'Asl della Provincia di Brescia era, al 31/12/2003⁴, 71.100 unità, 40.273 maschi (il 56,6%) e 30.827 femmine (il 43,4%). La composizione per sesso dei presi carico stranieri si differenzia quindi da quella degli italiani dove prevale la presenza femminile (51,4% contro il 48,6% di quella maschile). Tale fenomeno è facilmente spiegabile: mol-

ti degli immigrati presenti nel nostro *database* sono di prima generazione; in molti casi è il capo famiglia a spostarsi per primo e in seguito lo segue la famiglia (tabella 2).

Il dato più interessante riguardo alla popolazione straniera è tuttavia legato ai profili di età di tali individui che sono molto diversi rispetto a quelli dei cittadini italiani.

3.1. Piramide dell'età

La composizione per età dei presi in carico stranieri si differenzia notevolmente da quella degli assistiti italiani: gli stranieri sono, infatti, maggiormente concentrati nelle età lavorative, dai 28 ai 40 anni (età tipiche della migrazione), mentre è quasi inesistente la loro presenza nelle fasce d'età oltre i 50 anni. La composizione della popolazione italiana risulta abbastanza regolare per le varie classi d'età, anche se si può notare il basso livello delle nascite degli ultimi anni. La popolazione straniera fa registrare, al contrario, una natalità molto sostenuta.

L'età della popolazione è un fenomeno molto importante per lo studio presentato in questo lavoro sia dal lato della spesa che da quello delle entrate.

Per quanto riguarda la spesa, la distribuzione per fasce di età condiziona la spesa media per assistito in quanto la popolazione anziana ha bisogni sanitari maggiori, soprattutto dopo l'età pensionabile. Dal lato delle entrate occorre notare che i pensionati non

	Esenzioni	Farmaci	File F	SDO	Specialistica ambulatoriale
Broncopneumopatie	X	X		X	
Cardiovasculopatie	X	X		X	
Diabete	X	X		X	
Dislipidemie	X	X		X	
Epato-enteropatie	X			X	
E/G/Duodenopatie		X		X	
HIV/AIDS	X		X	X	
Insufficienza renale	X			X	X
Malattie autoimmuni	X			X	
Malattie endocrine	X	X		X	
Neoplasie	X	X	X	X	
Neuropatie	X	X		X	
Trapianti	X			X	

Tabella 1
Le patologie considerate e il metodo di identificazione

	Stranieri			Italiani			Totale		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Assistiti	40.273	30.827	71.100	473.890	501.585	975.475	514.163	532.412	1.046.575
In %	56,6	43,4		48,6	51,4		49,1	50,9	
Malati con patologia cronica	2.565	1.966	4.531	115.004	140.197	255.201	117.569	142.163	259.732
In %	6,4	6,4	6,4	24,3	28,0	26,2	22,9	26,7	24,8

Tabella 2

Composizione dei presi in carico nell'Asl della Provincia di Brescia

Fonte: elaborazioni su dati della BDA 2003

contribuiscono alle entrate regionali in quanto le pensioni sono esenti da Irap. In questo senso, pensionati, disoccupati e non occupati rappresentano un onere più elevato per la Regione in quanto tali soggetti non contribuiscono con il proprio reddito ad aumentare la base imponibile regionale. Se per la parte di spesa LEA la diminuzione di base imponibile è per ora compensata dal trasferimento perequativo, altrettanto non avviene per tutti quei servizi che vengono offerti oltre tale soglia.

Dal lato del finanziamento, è quindi interessante calcolare un indice di dipendenza della popolazione che metta in relazione la popolazione attiva (definita come il numero di individui che contribuiscono al pagamento del costo del Servizio sanitario) e quella passiva (coloro cioè che utilizzano il servi-

zio, ma non ne sopportano l'onere) (figure 1 e 2).

In questo lavoro, non avendo a disposizione statistiche precise sul rapporto fra popolazione occupata e non occupata, gli indici di dipendenza sono stati calcolati seguendo i criteri dell'età anagrafica.

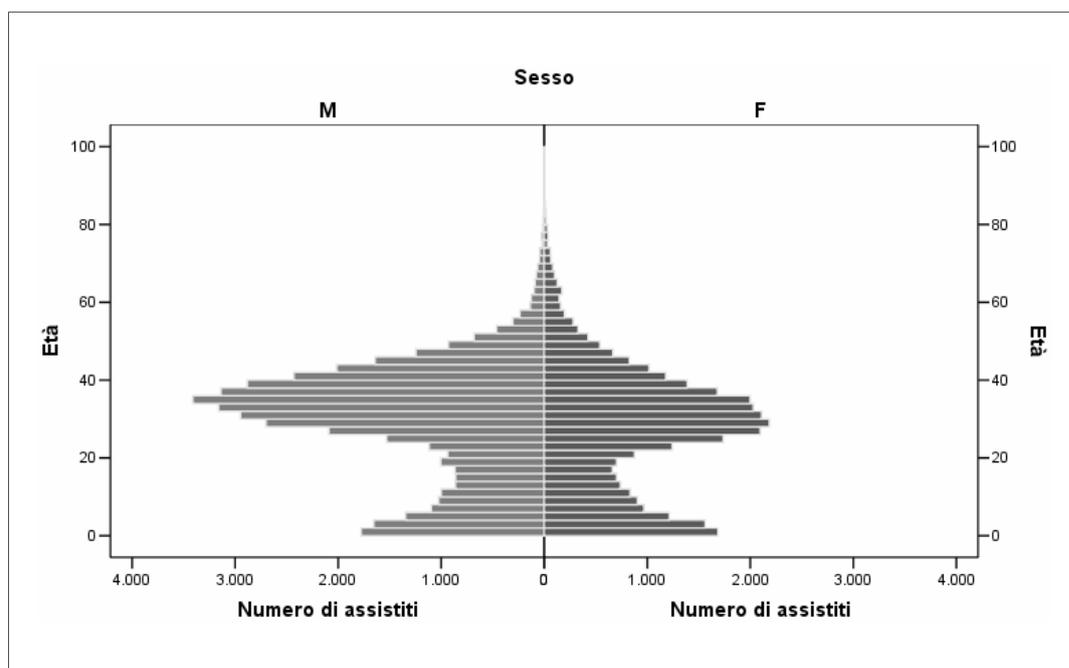
3.1. L'indice di dipendenza

L'indice demografico di dipendenza è il rapporto fra la popolazione considerata non autonoma per ragioni d'età (la popolazione giovane compresa fra 0 e 14 anni e la popolazione anziana con almeno 65 anni) e la popolazione in età lavorativa presumibilmente attiva (la popolazione compresa fra i 15 ed i 64 anni). Questo indice pertanto è così composto:

Figura 1

Assistiti stranieri per classe d'età

Fonte: elaborazioni su dati BDA 2003



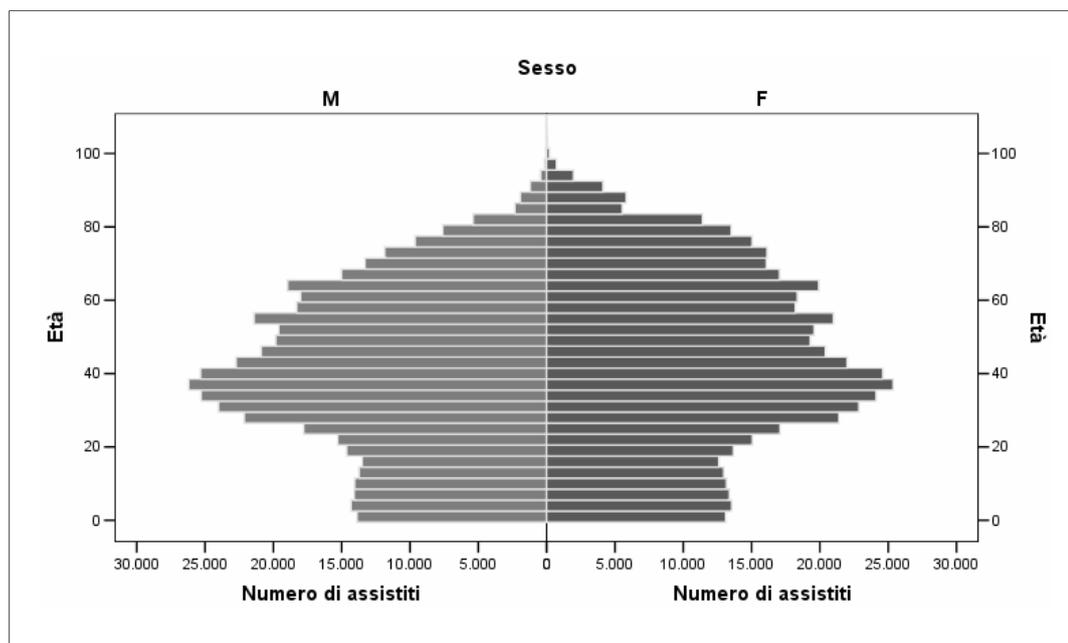


Figura 2
Assistiti italiani
per classe d'età
Fonte: elaborazioni
su dati BDA 2003

$$ID = \frac{P_{0-14} + P_{\geq 65}}{P_{15-64}} * 100$$

e può essere scomposto nelle sue due componenti:

$$ID = \frac{P_{0-14}}{P_{15-64}} * 100 + \frac{P_{\geq 65}}{P_{15-64}} * 100.$$

Nel caso della popolazione straniera iscritta alla Asl di Brescia questi indici hanno questi valori:

$$ID_s = 32$$

$$ID_s = 30,6 + 1,4$$

Pertanto per ogni 3,2 stranieri in età giovanissima o anziana vi sono 10 stranieri in età lavorativa. Scomponendo tale indice si nota che la popolazione in età non lavorativa è composta in prevalenza da giovanissimi (30,6 contro 1,4 degli anziani). Se si confrontano tali indici con quelli della popolazione italiana:

$$ID_i = 32,7$$

$$ID_i = 13,8 + 18,9$$

Si può notare che l'indice di generale di dipendenza è molto simile fra le due popolazioni, componendolo però si può notare che

per gli italiani la popolazione in età non lavorativa è composta maggiormente da anziani piuttosto che da giovanissimi.

Dal punto di vista del finanziamento della spesa, esiste quindi una sostanziale parità fra cittadini italiani e stranieri anche se l'indice è molto diverso: nel caso della popolazione italiana, coloro che non partecipano alla spesa sono soprattutto pensionati, mentre nel caso degli immigrati la dipendenza riguarda la fascia dei giovanissimi. Questo indice riflette un fenomeno che per ora sembra consolidato: l'immigrato trascorre la propria vita lavorativa in Italia e tende poi a rientrare nel paese di origine. I dati della dipendenza, molto importanti dal lato del finanziamento in quanto la sanità viene finanziata dalla popolazione attiva, potrebbero tuttavia cambiare in futuro. Bisogna infatti tenere conto che le persone in età non lavorativa a carico degli stranieri sono oggi più del doppio rispetto alla popolazione italiana. Se in futuro tale trend demografico non cambierà e dall'altro lato aumenterà il numero di immigrati che decidono di restare in Italia anche dopo aver raggiunto l'età pensionabile⁵, si possono ipotizzare problemi dal punto di vista del finanziamento della spesa sanitaria.

4. La spesa sanitaria

La spesa sanitaria lorda media annua pro capite (per le voci prese in esame, ovvero farmaceutica, specialistica e ricoveri) dei presi in carico stranieri nell'Asl di Brescia è stata nel 2003 pari a 442 euro, in calo rispetto al 2002 quando la spesa media è stata pari a 470 euro. Valori quindi inferiori a quelli fatti registrare negli stessi anni dagli assistiti italiani: per questi, infatti, la spesa media 2003 è stata pari a 874 euro, in crescita rispetto al 2002 (826 euro). Tale differenza è dovuta in gran parte alla particolare composizione demografica della popolazione straniera, dove è quasi del tutto assente la popolazione anziana.

Fra la popolazione straniera le femmine spendono di più dei maschi (527 euro annui contro 376), mentre fra gli italiani la spesa media dei due sessi è molto simile (864 per le assistite di sesso femminile contro 886 dei presi in carico di sesso maschile). La spesa sanitaria femminile e maschile ha un andamento differente in funzione dell'età: per le femmine tende ad essere maggiore, di quella maschile, in età giovane, a causa delle spese sostenute per i parti. Per i maschi tende ad essere più alta, sempre rispetto alla rispettiva spesa femminile, in età anziana, avendo in media una maggiore percentuale di patologie croniche.

Occorre tuttavia tenere distinto il problema della spesa da quello del finanziamento in quanto sebbene gli stranieri costino meno, occorre anche esaminare il lato delle entrate per valutare il costo netto per la Regione.

Questa prima parte del lavoro affronta il problema della spesa sanitaria. La minore spesa può dipendere principalmente da due fattori che vanno studiati in modo separato in quanto hanno diverse implicazioni dal punto di vista politico.

La minore spesa può infatti dipendere da un bisogno sanitario minore o da un utilizzo del servizio inferiore rispetto alle necessità.

Il primo aspetto è legato a fattori epidemiologici e allo stile di vita; questo secondo aspetto potrebbe rappresentare una interessante area di approfondimento per il tipo di indicazioni che ne potrebbero derivare circa i risparmi di spesa sanitaria realizzabili mediante un cambiamento di determinati comportamenti.

Il secondo aspetto riguarda invece l'accesso al servizio sanitario. È possibile che la popolazione straniera ricorra meno al servizio sanitario sia per abitudine consolidata del paese di origine (trattandosi per la maggior parte di immigrati di prima generazione), sia per livello di informazione. Lo straniero potrebbe non avere abbastanza informazioni circa i servizi messi a disposizione dal Ssn o potrebbe non essere informato sui costi: in entrambi i casi ricorre meno alle strutture sanitarie. Lo studio di tale fenomeno deve tuttavia essere approfondito in quanto altera la stima del bisogno attuale e futuro di risorse sanitarie.

4.1. I fattori epidemiologici e stile di vita

La spesa sanitaria dipende dalla morbilità della popolazione di riferimento. In questo lavoro, date le caratteristiche della banca dati della Asl di Brescia possiamo tenere in considerazione due fattori diversi:

- età;
- incidenza e prevalenza di determinate malattie croniche.

Per quanto riguarda il primo fattore, la relazione è chiara; nel secondo caso, gli effetti sulla spesa possono essere duplici, potendo infatti derivare da una minore incidenza delle patologie croniche o dalla prevalenza di patologie con un costo medio inferiore.

Il profilo per età

Per il confronto fra la spesa sanitaria degli assistiti stranieri ed italiani sono state prese in considerazione dapprima le classi d'età comprese fra i 25 e i 49 anni; la particolare composizione per età della popolazione straniera residente nella Provincia di Brescia non permette di considerare i risultati per le classi d'età oltre i 50 anni significativi data l'esiguità delle osservazioni. Nel confronto fra la spesa sanitaria lorda media annua pro capite⁶ della popolazione presa in carico straniera ed italiana per classe d'età emerge una differenza a seconda che si prenda in considerazione gli assistiti di sesso maschile o femminile. Dalla **figura 3** si può notare come la spesa totale degli assistiti maschi stranieri sia inferiore rispetto a quella degli italiani per tutte

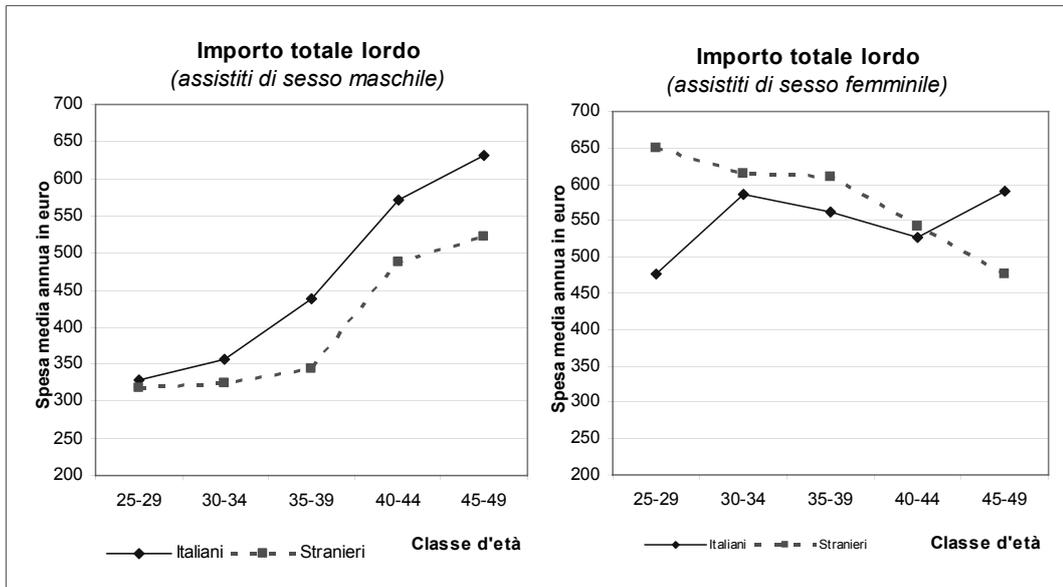


Figura 3
Confronto fra spesa media per classe d'età fra popolazione straniera ed italiana
Fonte: elaborazioni su dati BDA 2003

le classi d'età e che tale differenza cresce al crescere dell'età. Per quanto riguarda i presi in carico di sesso femminile, la spesa media pro capite delle straniere risulta maggiore di quella delle italiane per le classi d'età comprese fra i 25-44 anni mentre per la classe d'età 45-49 la spesa media delle italiane risulta maggiore. Questo risultato sembra riconducibile soprattutto al più elevato tasso di natalità che contraddistingue la popolazione straniera rispetto a quella italiana.

Il confronto per fasce di età mostra che per gli uomini, gli stranieri costano leggermente meno degli italiani nella prima fascia considerata (circa il 3%) mentre la *gap* massima esiste per l'ultima considerata (15%) in meno. Per quanto riguarda le donne, le straniere hanno costi più alti, dovuti di solito alle gravidanze molto più alte (36%) nella prima fascia di età. Tale *gap* si riduce (3% nella fascia 40-45) e la spesa diventa minore per l'ultima fascia considerata in cui di fatto si allinea con la differenza osservata per gli uomini.

La spesa sanitaria lorda media annua pro capite scomposta per le sue componenti mostra che vi sono delle differenze fra le due popolazioni: i presi in carico stranieri di sesso maschile spendono in media per assistito di meno rispetto agli italiani per quanto riguarda *day hospital* e spesa farmaceutica mentre spendono di più per riabilitazione. Questo fenomeno potrebbe essere riconducibile alla

prevalenza fra gli immigrati di ricoveri legati ad incidenti e traumi (Ministero della Salute, 2003) (figura 4).

Le assistite di sesso femminile straniere spendono in media di più delle italiane per i ricoveri ordinari, ma di meno per i farmaci. Il problema della salute delle donne immigrate ha ricevuto molta attenzione da parte della letteratura, ma i dati che possono essere derivati dalla banca dati non consentono di effettuare delle valutazioni più approfondite.

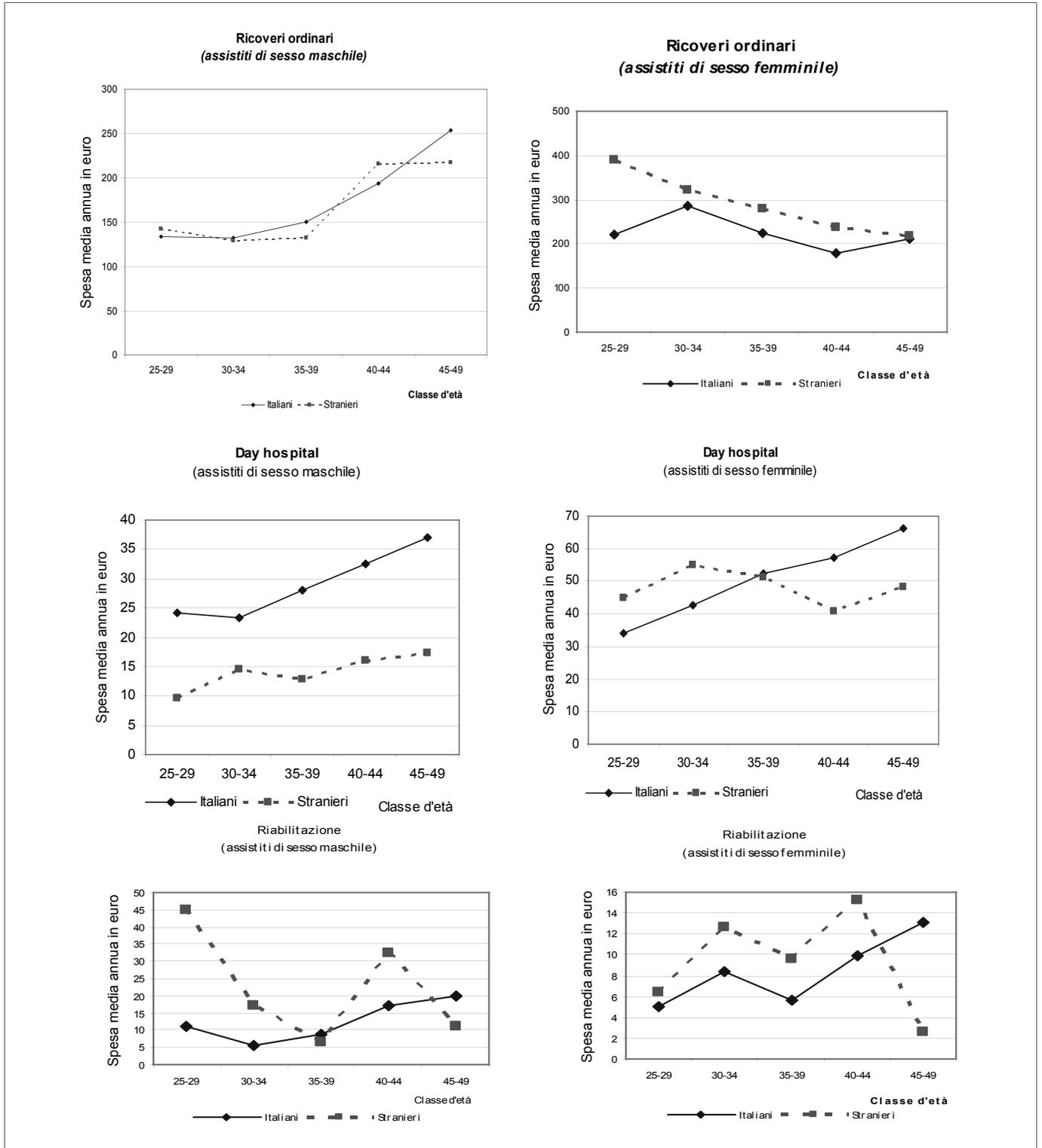
Infine, per quanto riguarda la popolazione di età inferiore ai 25 anni, la spesa sanitaria totale è molto simile per i due gruppi e tende ad essere più elevata per i neonati figli di immigrati. Questo dato è in linea con la letteratura (Morrone, Mereu, 2003) e i dati di riferimento da cui risulta che fra i bambini che hanno almeno un genitore straniero sono più frequenti la prematurità, il basso peso alla nascita, la mortalità e calendari vaccinali effettuati in ritardo o in modo incompleto. Tuttavia, la società pediatrica che negli anni '90 ha condotto uno studio costituendo un Gruppo di lavoro nazionale per il bambino immigrato rileva che non esistono particolari rischi sulla salute futura dei bambini e i dati lo confermano, in virtù del sostanziale allineamento dei costi dopo la prima fascia di età (figura 5).

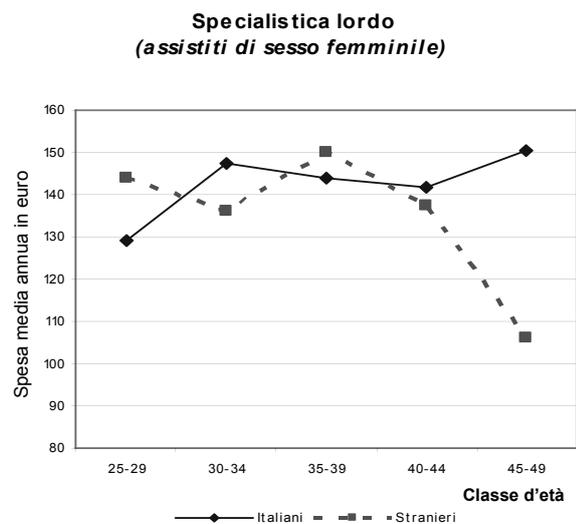
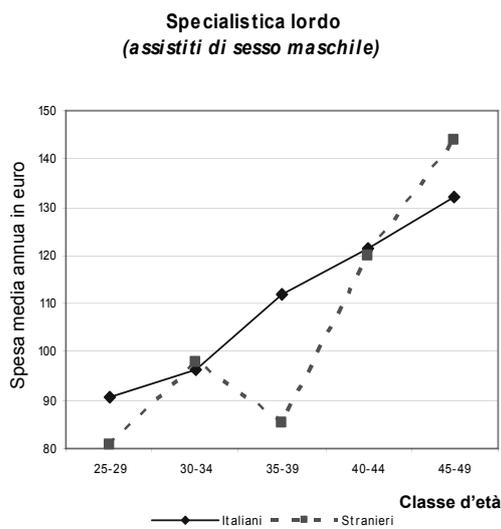
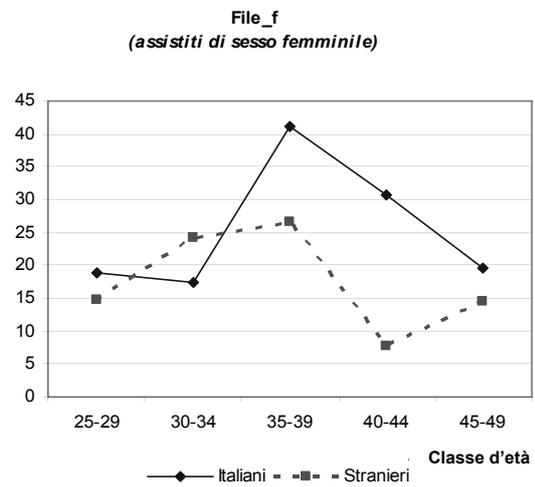
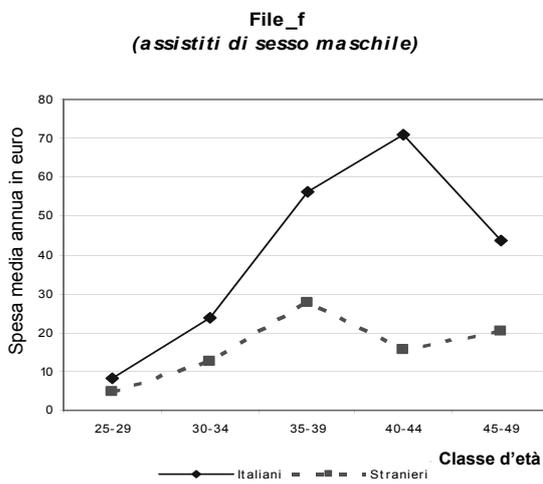
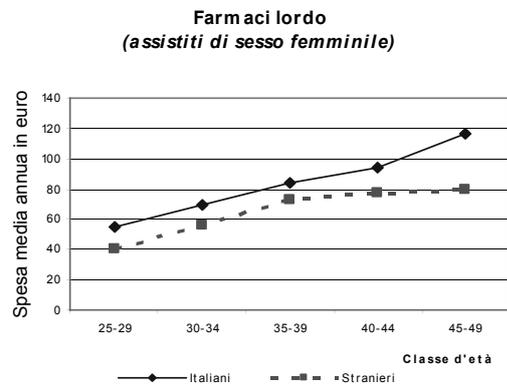
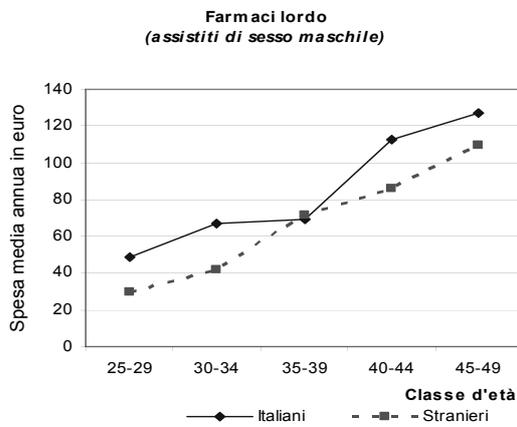
Questa differenza di spesa sanitaria fra le due popolazioni può essere riconducibile a diversi aspetti. Nei prossimi paragrafi si

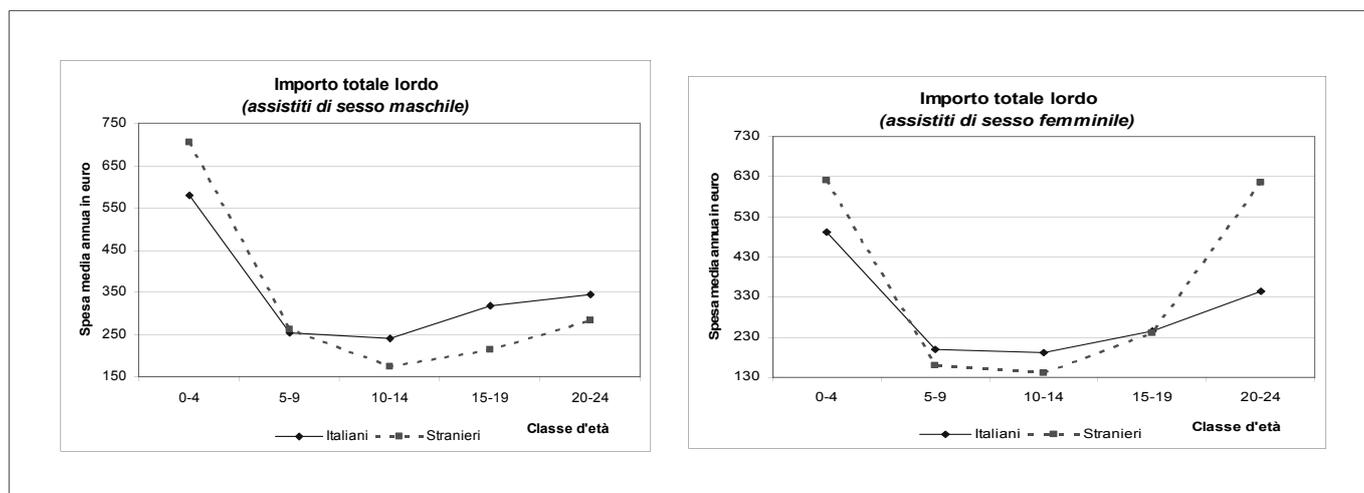
Figura 4

La ripartizione fra i diversi tipi di spesa

Fonte: elaborazioni su dati BDA 2003





**Figura 5**

La spesa per le fasce di età inferiore a 25 anni

Fonte: elaborazioni su dati BDA 2003

cerca di trovare delle differenze di comportamento o fisiologiche che riescano spiegare in parte tale *gap*.

Percentuale della popolazione patologica

Gli studi condotti sulla popolazione immigrata mostrano una diversa struttura della morbilità fra la popolazione italiana e quella straniera. Anche in questo caso, partendo dai dati della spesa, possiamo esaminare il quadro epidemiologico, relativamente alle malattie croniche individuate, degli immigrati regolari iscritti alla Asl di Brescia.

Il differenziale di spesa sanitaria media fra assistiti stranieri e italiani è riconducibile alla differenza fra numero di patologie croniche⁷ medio delle due popolazioni, soprattutto per quanto riguarda gli assistiti di sesso maschile. Gli stranieri iscritti alla Asl della Provincia di Brescia hanno infatti una percentuale di patologici cronici inferiore rispetto a quella degli italiani per tutte le classi d'età e tale differenza tende, inoltre, a crescere con l'età.

Tale differenza può essere riconducibile ad alcune considerazioni: in primo luogo vi potrebbe essere una sorta di selezione naturale degli emigranti, per la quale i soggetti con patologie croniche sarebbero meno propensi ad affrontare le difficoltà legate all'emigrazione dal loro Paese di origine. La seconda selezione potrebbe avvenire sul mercato del lavoro: agli stranieri resta aperto soprattutto il mercato dei posti di lavoro a bassa specializzazione caratterizzati da un'elevata manualità (figura 6).

La presenza di malati con più di una patologia cronica può incidere sulla spesa media pro capite. La figura 7 mostra che però non vi siano particolari differenze fra il numero medio di patologie croniche fra gli assistiti stranieri e italiani.

Accesso alle cure mediche

Infine, per completare il quadro della spesa riferibile agli stranieri, cerchiamo di dare qualche indicazione circa l'accesso alle cure. Purtroppo il *database* a disposizione non consente di effettuare molte elaborazioni in questo senso.

Il fine di una analisi di questo tipo sarebbe infatti valutare il bisogno che non trova riscontro nella domanda di servizi. La Banca dati Assistito consente invece di valutare il ricorso alle cure mediche e quindi la domanda effettuata.

Un qualche riscontro sull'utilizzo è comunque possibile confrontando i dati relativi ai pazienti che, pur essendo iscritti alla Asl hanno registrato una spesa pari a zero nel periodo considerato.

Tale indice può essere utilizzato solo come parziale indicatore dell'accesso al servizio, ma fornisce comunque qualche utile indicazione.

In generale gli assistiti stranieri hanno una percentuale di assistiti con spesa sanitaria lorda annua nulla pari al 28.5% mentre per gli italiani questa percentuale è nettamente più bassa (16.4%). Sia che gli stranieri che per gli italiani la percentuale maschile di per-

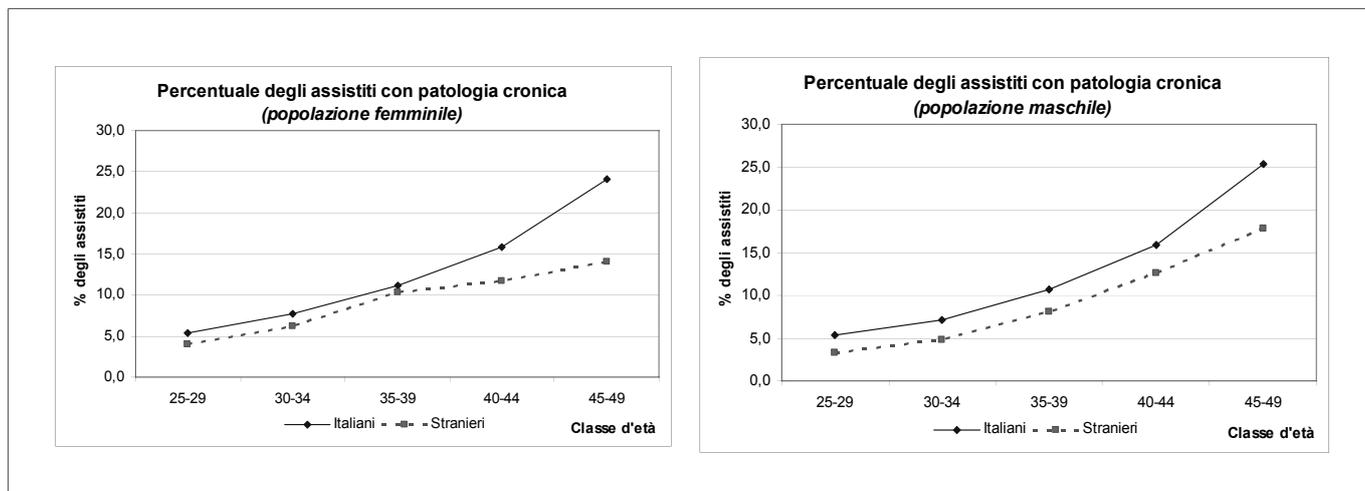


Figura 6

Cronicità

Fonte: elaborazioni su dati BDA 2003

sone con una spesa sanitaria nulla è più elevata di quella femminile (tabella 3).

Come nel caso della spesa sanitaria lorda media annua pro capite, la differente età media delle due popolazioni potrebbe distorcere l'analisi del reale comportamento delle due popolazioni. Scomponendo i campioni per classe d'età si cerca di annullare questa distorsione. Dalla tabella 4, si può notare però che, anche effettuando tale correzione, permane una percentuale di assistiti con spesa sanitaria nulla maggiore fra gli stranieri rispetto a quella degli italiani.

5. Il finanziamento della spesa

Dal quadro emerso in questa analisi risulta che la Asl, a parità di età, spende per un

immigrato regolare circa il 10-15% in meno che per un italiano. Tale dato supporta, ma solo parzialmente la posizione del Governo centrale che non ha accolto le richieste delle Regioni per un aumento dei trasferimenti. Il trasferimento dallo Stato dovrebbe infatti coprire la differenza fra le entrate proprie regionali (Irap in particolare) e le spese. Un aumento del numero di lavoratori immigrati potrebbe infatti far diminuire la base imponibile regionale richiedendo quindi un aumento del trasferimento perequativo da parte dello Stato, non tanto per un aumento dei costi quanto per una diminuzione delle entrate tributarie proprie.

I dati di costo presentati nei precedenti paragrafi dimostrano che la spesa sostenuta è inferiore, vediamo adesso per quali motivi la

Figura 7

Patologie croniche per sesso

Fonte: elaborazioni su dati banca dati Assistito 2003

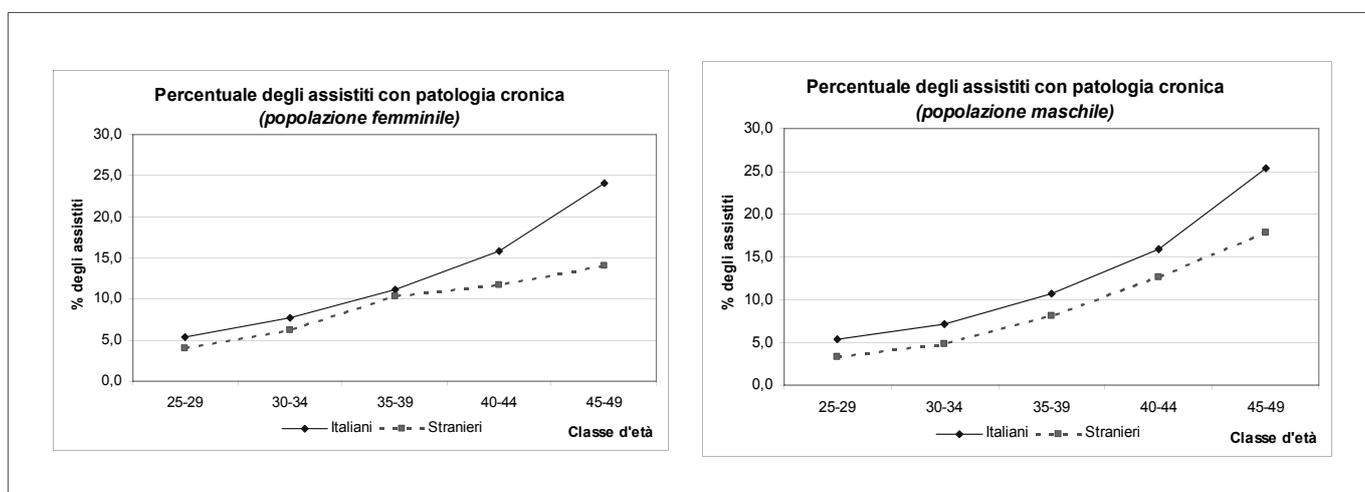


Tabella 3

Popolazione con spesa sanitaria nulla

Fonte: elaborazioni su dati BDA 2003

	Maschi	Femmine	Totale
Stranieri	30,2	26,2	28,5
Italiani	20,3	12,6	16,4

base imponibile, e quindi le entrate tributarie proprie delle Regioni, potrebbero essere inferiori:

a) gli immigrati hanno una retribuzione in generale più bassa rispetto a quella dei lavoratori italiani a parità di età ed esperienza lavorativa;

b) di solito sono impiegati in settori con una retribuzione più bassa della media o in settori in cui le aliquote effettive sono più basse, per effetto di aliquote legali inferiori o di particolari deduzioni dalla base imponibile;

c) il numero di lavoratori con contratti non soggetti al pagamento dell'Irap potrebbe essere più elevato fra gli immigrati;

d) la partecipazione delle donne immigrate al mercato del lavoro regolare potrebbe essere meno elevata che per le italiane, alzando di fatto l'indice di dipendenza presentato nella precedente sezione.

Per quanto riguarda i primi due aspetti, due diversi studi sono stati condotti dall'Ires (2002) e dalla Banca D'Italia (2004). Il primo studio utilizza i dati di un campione di lavoratori iscritti all'Inps dipendenti in imprese private (dati O1M) a cui sono state

agganciate informazioni sull'impresa presso cui il lavoratore è assunto (dati DM10M). Il differenziale salariale fra lavoratori stranieri e italiani, calcolato come rapporto fra il salario giornaliero percepito dai due gruppi nel 1998 pari allo 0,81 in Italia ed in Lombardia dello 0,75, il più basso fra le regioni per le quali è stata effettuata tale elaborazione.

Lo studio della Banca d'Italia mostra che nel periodo 1986-1994, i lavoratori dipendenti di imprese private non agricole nati all'estero, guadagnavano il 4 per cento in meno di un lavoratore italiano, a parità di caratteristiche osservabili dell'individuo, dell'impresa e del mercato del lavoro.

Questo differenziale rappresenta un valore medio: rispetto a quelle degli italiani, le retribuzioni erano più alte rispettivamente del 2 e 4 per cento per gli europei occidentali e per i nordamericani, mentre erano più basse del 6 per cento per i sudamericani, del 9 per cento per gli africani, dell'11 per cento per gli asiatici e del 12 per cento per gli europei orientali. Il differenziale per l'insieme dei lavoratori extracomunitari è negativo e pari in media al 10 per cento.

Utilizzando questi dati e la retribuzione media per un lavoratore lombardo per il 2002 (17700 euro), possiamo concludere che una stima prudenziale delle minori entrate Irap è pari a circa 240 euro per lavoratore dipendente⁸. In questo specifico campo, esiste tuttavia una carenza di dati circa la distribuzione dell'Irap regionale fra le varie componenti (lavoro dipendente, lavoro autonomo, reddito da capitale) che non consente di ef-

Tabella 4

Percentuale di popolazione con spesa sanitaria nulla per classe di età

Fonte: elaborazioni su dati BDA 2003

Classe d'età	Stranieri			Italiani		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-4	18,0	15,8	16,9	9,7	8,2	8,9
5-9	35,4	33,3	34,3	21,0	20,1	20,5
10-14	42,9	38,1	40,2	25,1	18,7	21,8
15-19	38,9	39,4	39,2	22,9	21,2	22,0
20-24	22,8	36,4	29,3	18,4	28,1	23,3
25-29	22,2	34,9	28,6	16,5	30,3	23,5
30-34	22,9	31,4	27,9	15,7	30,2	23,1
35-39	24,8	28,5	27,2	17,2	29,2	23,3
40-44	26,7	27,1	26,9	17,0	27,9	22,5
45-49	29,4	25,3	26,8	14,8	25,2	20,1

fettuare delle stime precise circa l'incidenza di tali fattori sulle entrate regionali.

Questo dato non è di per sé conclusivo, ma apre il dibattito sul fronte dei trasferimenti perequativi e su quello della effettiva capacità delle Regioni di finanziare spesa sanitaria oltre i livelli LEA.

6. Conclusioni

L'Italia, come altri paesi della Ue è stata oggetto di un forte flusso migratorio da diversi Paesi. Il fenomeno ha assunto nel tempo proporzioni rilevanti, tali da non poter essere ignorato. Il dibattito politico sul tema dell'immigrazione, dei problemi da affrontare e delle possibili soluzioni è molto vasto; molto meno sviluppata è invece la letteratura sugli aspetti tecnico economici del problema. In questo articolo, abbiamo analizzato un problema molto specifico, ma misurabile, relativo alla spesa sanitaria del sottogruppo degli immigrati regolari. Tali individui, avendo un regolare permesso di soggiorno, sono equiparati in quanto a diritti di assistenza sanitaria ai cittadini italiani e la loro spesa è oggi quantificabile, almeno nelle Asl che si sono dotate di uno strumento quali la banca dati assistito. La particolare metodologia utilizzata dalla Asl di Brescia nel raccogliere e classificare i dati consente inoltre di tracciare un profilo di spesa dettagliato sia per patologia (individuando 13 patologie croniche) che per età, sesso, distretto di appartenenza e principali voci di spesa.

A livello macro complessivo, la spesa per un immigrato regolare è molto più bassa che per un italiano, ma tale differenza diminuisce consideriamo le fasce di età fra i 25 e i 50 anni, quelle in cui i dati per gli stranieri sono significativi.

Tale risultato dipende da un possibile livello di salute in generale più alto (gli stranieri affetti da patologie croniche sono una percentuale più bassa e quando ne sono affetti presentano un numero meno elevato di patologie concomitanti) e da un minor ricorso alle cure mediche in senso lato (la percentuale di popolazione immigrata con spesa pari a zero è circa il doppio di quella italiana).

Tale dato non sembra quindi giustificare le preoccupazioni delle Regioni circa un aumento dei costi. Occorre tuttavia notare che gli immigrati regolari, a causa del tipo di lavoro svolto e del più basso livello salariale, contribuiscono in media meno degli italiani alle entrate regionali. Su tale aspetto tuttavia, la mancanza di dati affidabili non consente di fare una stima neppure approssimativa. Il problema è tuttavia importante e su tale aspetto si auspica una maggiore disponibilità di dati sulle entrate tributarie.

Note

1. Tuttavia, i dati della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) dimostrano che l'intervallo di benessere riferito in particolare ai soggetti irregolari si attesta intorno ai 6-8 mesi.
2. A questo proposito si veda Indelicato *et al.* (2004).
3. Si definiscono stranieri ai fini della Banca Dati Assistito tutti i presi in carico che non sono cittadini italiani.
4. Compresi i deceduti o trasferiti nel corso dell'anno. Per ridurre le distorsioni statistiche dovute alle osservazioni dei presi in carico che, sia per decesso che per trasferimento, abbiano cessato durante l'anno di essere in carico nell'Asl, sono stati esclusi i dati riguardanti i soggetti dimessi dall'assistenza presso l'Asl di Brescia nel primo semestre.
5. In questo senso, andrebbe valutata anche l'ipotesi che in Italia dopo aver raggiunto il limite di età pensionabile restino solo coloro che hanno problemi di salute e che nel loro paese d'origine fanno di non potere ricevere una assistenza adeguata. Tale fenomeno aggraverebbe ulteriormente il problema del finanziamento della spesa basata su una quota capitaria; al momento il numero delle persone sopra i 65 anni che sono residenti non consente di effettuare stime attendibili sulla spesa ad essi riferita.
6. Come già evidenziato nella *nota 4*, per ridurre le distorsioni statistiche dovute alle osservazioni dei presi in carico che, sia per decesso che per trasferimento, abbiano cessato durante l'anno di essere in carico nell'Asl, sono stati filtrati i dati riguardanti la spesa degli eliminati nella banca dati prima del 1/7/2003. Per quelli eliminati dopo tale data (che sono stati quindi presi in carico per più di sei mesi) è stata stimata una spesa annua moltiplicando la spesa sostenuta fino all'eliminazione per un moltiplicatore ottenuto dal rapporto con al numeratore 365 ed al denominatore il numero di giorni di presa in carico dell'assistito:

$$\text{Spesa effettiva}^* = \frac{365}{\text{giorni_in_carico}}$$
7. La classificazione in malato cronico nella banca dati della Asl è descritta nel precedente paragrafo.
8. La stima è stata effettuata moltiplicando la retribuzione lorda per l'imposta Irap pagata dalla maggior parte delle imprese, cioè il 4,5%.

B I B L I O G R A F I A

- AA.VV. (2002), «Disease Management del paziente diabetico: l'esperienza nel territorio bresciano», pubblicazione a cura della Asl di Brescia.
- BRANDOLINI A., CIPPOLONE P., ROSALIA A. (2004), «Le condizioni di lavoro degli immigrati in Italia», Paper presentato al Convegno Nazionale degli Economisti del Lavoro, Modena 24-24 settembre, www.aiel.it/bacheca/MODENA/PAPERS/Brandolini_Cipollone_Rosalia.pdf
- CORTE DEI CONTI (2005), «Intervento orale del procuratore generale presso la corte dei conti Vincenzo Apicella nel giudizio sul Rendiconto generale dello Stato esercizio 2004», www.corteconti.it/Tutte-le-N/allegati-p1/Relazione-orale.DOC_cvt.htm
- INDELICATO A., LONATI F., SALERI N., BUZZETTI R. (2004), «La Banca Dati Assistito. Le persone con patologia cronica prese in carico nell'Asl di Brescia nel 2002», pubblicazione a cura della Asl di Brescia.
- IRES PIEMONTE (2002), «Utilizzo di dati INPS per misurare e analizzare l'occupazione straniera dipendente in Piemonte», *Ricerche e Progetti*, dicembre.
- LONATI F., SALERI N., MAGONI M., BUZZETTI R., INDELICATO A. (2006), «Le persone con patologia cronica prese in carico nella Asl di Brescia», pubblicazione a cura della Asl di Brescia.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2003), *Relazione sullo stato di salute del Paese 2001-2002*, www.ministerosalute.it/normativa/sezNormativa.jsp?label=relssp
- MORRONE A. (1995), *Salute e società multiculturale*, Raffaello Cortina Ed., Milano.
- MORRONE A., MEREU F. (2003), «La nuova realtà dell'immigrazione: dal singolo alla famiglia dinamiche familiari e aspetti socio-sanitari», in M. Andolfi, *La Mediazione culturale tra l'estraneo e il familiare*, Franco Angeli, Milano.
- MAZZETTI M. (1994), «Il bambino straniero in Italia: crescita psicologica e igiene mentale», in S. GERACI (a cura di) (1994), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*, Peri Tecnes, Parma.
- SCARCELLA C., INDELICATO A., LEVAGGI R., LONATI F. (2004), «Disease management del paziente diabetico», *Tendenze Nuove*, 6, pp. 513-532.

Il ricorso all'outsourcing nel Ssn: i risultati di un'indagine empirica

MANUELA SAMANTHA MACINATI

The rapidly evolving Italian health system creates incentives for public health organizations to outsource both non clinical (i.e. car parking, laundry, cleaning, catering) and clinical services (i.e. medical imaging, pathology, nursing) in order to reduce costs, introduce labor market flexibility, and focus on core competencies. However, there has been limited research that studies the diffusion of outsourcing in the Italian health system. After discussing the characteristics of the outsourcing transaction and the institutional changes associated with outsourcing behavior in health care, this paper presents the results of an empirical study on outsourcing in the Italian National Health Service.

Note sull'autore

Manuela Samantha Macinati, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Economia

1. Introduzione

L'evoluzione dell'assetto istituzionale e normativo del Servizio sanitario nazionale (Ssn) ha favorito il superamento del preesistente modello di interazione tra gli istituti sanitari pubblici e l'ambiente di riferimento. Se con la L. 833/78 le aziende sanitarie potevano considerarsi sostanzialmente autosufficienti, il passaggio alla fase di specializzazione e deintegrazione (Del Vecchio, 2003) voluta dai decreti di riforma dei primi anni '90 ha sensibilizzato le aziende sanitarie allo sviluppo di relazioni nuove per tipologia e intensità con altri istituti pubblici e con soggetti privati (imprese e aziende *non profit*). Un significativo contributo in tal senso è offerto dalla tendenza, in progressivo aumento a partire dalla seconda metà degli anni '90, all'esternalizzazione di alcune fasi del «processo produttivo» sanitario.

Nel tentativo di garantire un equilibrio dinamico tra i bisogni di salute e le limitate risorse a disposizione, i D.L. vi 502/92 e 517/93 hanno esaltato la dimensione aziendale degli istituti sanitari pubblici in modo da permettere agli stessi di esprimere compiutamente i caratteri di aziendalità di cui, per loro natura, sono dotati. Muovendosi lungo la strada dell'«aziendalizzazione», i decreti di riforma hanno segnato profondamente il sistema di obiettivi e vincoli attribuito agli istituti sanitari pubblici nel perseguimento delle finalità istituzionali, gettando in questo modo le premesse per una parallela evoluzione verso logiche di ispirazione economico-aziendale dei modelli tradizionalmente adottati per la gestione delle combinazioni economiche di produzione e consumo.

In questa fase di sviluppo del Ssn, l'esigenza di conseguire più elevati livelli di economicità, l'autonomia concessa alle aziende, la normativa regionale, le pressioni istituzio-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La ricerca empirica
3. Discussione e conclusioni

nali sono alcuni tra i fattori che hanno variamente stimolato un ripensamento da parte del management aziendale dei modelli di governo del perimetro delle attività svolte dalle persone che operano all'interno dell'azienda. Analogamente a quanto da tempo emerso nell'ambito delle imprese, anche nel settore sanitario, a partire dalla seconda metà degli anni '90, sembra emergere un nuovo modello di condotta aziendale caratterizzato dalla ricerca di un equilibrio dinamico e sinergico tra competenze, risorse e attività interne e quelle acquisibili all'esterno. Attraverso l'affidamento all'esterno di fasi del processo produttivo, le aziende sanitarie, pur evitando la modificazione del proprio «campo d'azione» (Thompson, 1967), sono potenzialmente in grado di raggiungere vantaggi in termini strategici, organizzativi, economici e finanziari.

In generale, il coinvolgimento di attori esterni per lo svolgimento di attività di pertinenza dell'azienda e precedentemente svolte internamente può assumere forme diverse. Tra esse assumono rilievo i rapporti di sub-fornitura, i consorzi, le reti di aziende e l'*outsourcing*. Quest'ultimo, al quale le aziende sanitarie sono ricorse con sempre maggiore frequenza a partire dalla seconda metà degli anni '90, è interpretabile come una «particolare modalità di esternalizzazione che ha per oggetto l'enucleazione di inte-

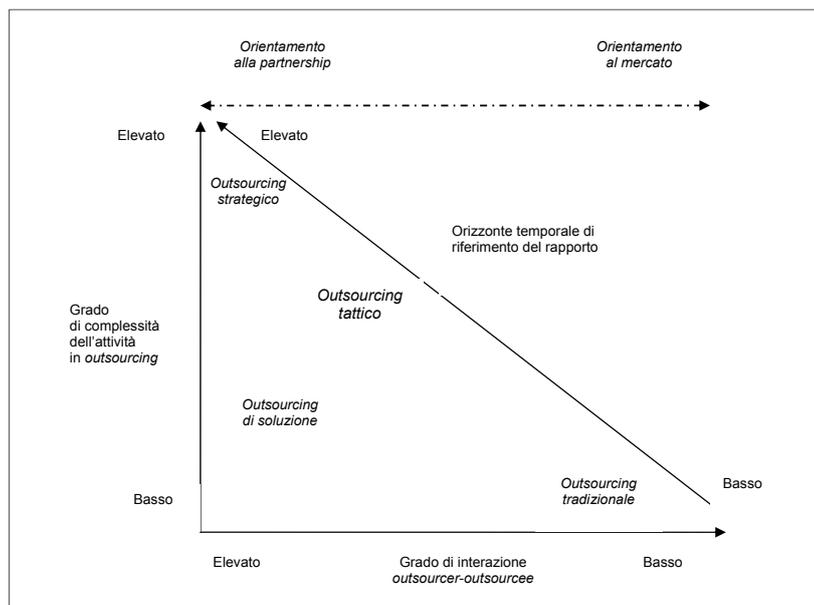
re aree di attività, strategiche e non, e che si fonda sulla costituzione di una *partnership* tra l'azienda che esternalizza e un'azienda già presente sul mercato in qualità di specialista» (Arcari, 1996). Da quest'ultima definizione appare che le scelte di *outsourcing* vadano oltre la classica logica del *make or buy*. L'*outsourcing* coinvolge il terzo in misura di gran lunga maggiore di quanto avvenga in caso di semplice acquisto all'esterno. All'*outsourcer*, infatti, non vengono richieste solo attività connesse al mero trasferimento di diritti di proprietà, ma anche insiemi di attività strettamente integrate con interi processi aziendali.

Se in un primo periodo il ricorso all'*outsourcing* è stato limitato ai processi non sanitari e/o distanti dal *core business* e, in particolare, ai servizi ancillari (lavanderia, mensa, pulizie ecc), in tempi più recenti l'*outsourcing* è stato esteso anche a servizi di maggior rilievo ai fini del conseguimento delle finalità istituzionali (Vining, Globberman, 1999), quali, ad esempio, i servizi diagnostici ed essenziali.

Al variare della tipologia di attività affidate a terzi e del suo grado di complessità dovrebbe far eco una sostanziale evoluzione delle caratteristiche dei rapporti di *outsourcing* attivati. Il coinvolgimento del terzo, infatti, può assumere gradi di intensità variabili. In particolare, assumendo quali variabili interpretative il grado di interazione e di condivisione che intercorre tra l'azienda e il terzo e la complessità dell'attività esternalizzata è possibile individuare diverse modalità di *outsourcing* (Accabi, Lopez, 1995) che si caratterizzano per gradi crescenti di articolazione e complessità della relazione stessa (figura 1). Al crescere del livello di articolazione e complessità della relazione tra l'azienda e l'*outsourcer* emergono in maniera via via più marcata i tratti caratteristici del rapporto di *partnership*, contraddistinto da fiducia, lealtà, incremento del valore per entrambe le parti, condivisione delle informazioni chiave, *feedback* sui problemi e discussione, meccanismi per uno stretto coordinamento, coinvolgimento del partner nelle attività di progettazione e produzione, contratti a lungo termine, supporto anche al di là dei limiti definiti dal contratto (tabella 1).

A un primo livello di complessità della relazione si colloca l'*outsourcing* di attività di

Figura 1
Le tipologie di *outsourcing*



Caratteristiche	<i>Outsourcing</i> tradizionale (orientamento al mercato)	<i>Outsourcing</i> strategico (orientamento alla <i>partnership</i>)
Tipologia di attività	Attività lontane dal core e a bassa complessità gestionale	Attività vicine al core e ad elevata complessità gestionale
Elementi guida per la selezione del terzo	Prezzo, efficienza	Fiducia, equità, incremento del valore per entrambe le parti
Interazioni tra le parti	Gestione contrattuale del rapporto; soluzione legale dei conflitti Informazioni e <i>feedback</i> limitati dal contratto	Meccanismi anche extracontrattuali per uno stretto coordinamento; presenza fisica delle persone Collegamenti estensivi, <i>feedback</i> sui problemi e discussione
Durata del rapporto	Breve termine	Lungo termine
Coinvolgimento delle parti	Coinvolgimento e investimenti anticipati minimi	Coinvolgimento nelle attività di progettazione e produzione del <i>partner</i>

supporto quali i servizi comuni a bassa rilevanza strategica (*outsourcing* tradizionale). La relazione che si instaura tra l'azienda e l'*outsourcer* non differisce significativamente dai rapporti di sub-fornitura¹ e la relazione tra le parti può limitarsi a un orizzonte di breve/medio periodo.

A un secondo livello si situa l'*outsourcing* di tipo tattico, caratterizzato da prevalenti finalità di carattere economico (riduzione dei costi fissi e loro sostituzione con costi variabili). In tal caso, le attività oggetto di *outsourcing* sono funzioni e attività aziendali distanti dal *core business* anche se potenzialmente in grado di contribuire al conseguimento del vantaggio competitivo. La rilevanza strategica di queste attività richiede una significativa interazione tra *outsourcee* e *outsourcer* sotto l'aspetto operativo, sia in sede di definizione delle caratteristiche del servizio reso dal terzo, sia in fase di controllo e coordinamento dell'attività da quest'ultimo realizzata. Nonostante il più stretto rapporto che intercorre tra le parti rispetto all'*outsourcing* tradizionale e la durata normalmente di medio/lungo periodo, a tale livello non si manifestano ancora forme di condivisione delle strategie tra *outsourcee* e *outsourcer*.

A un più elevato grado di complessità della relazione tra le parti si pone l'*outsourcing* di attività prossime al *core business* ma caratterizzate da una limitata difficoltà gestionale (*outsourcing* di soluzione). La rilevanza strategica dell'attività considerata richiede una durata della relazione normalmente di

lungo periodo, un adeguato livello di fiducia, una visione comune delle rispettive strategie, la condivisione degli obiettivi e una stretta interazione tra le parti in tutte le fasi di svolgimento della relazione (preliminare, avvio, svolgimento, eventuale riposizionamento, eventuale cessazione).

Il grado più elevato di complessità della relazione si manifesta nel caso dell'*outsourcing* strategico. In questo caso, l'azienda affida a terzi attività a elevata complessità gestionale molto vicine al *core business* allo scopo di focalizzare le risorse sulle proprie *core competencies*. La necessità di contrastare gli effetti dell'incertezza nelle sue diverse componenti induce le parti ad abbandonare l'ottica tipica dell'*outsourcing* tradizionale, informata alla sostituibilità della controparte, alla reciproca autonomia e alla ripartizione del valore, per sviluppare rapporti di carattere collaborativo caratterizzati dalla reciproca interdipendenza, dall'ottica generalmente di lungo periodo, da processi di reciproco adattamento. Nell'*outsourcing* strategico si sviluppa una serie di relazioni orizzontali costituite da flussi, transazioni e collegamenti relativamente durevoli (Oliver, 1990) tra attori che possiedono e utilizzano risorse simili e/o complementari. Tra *outsourcer* e *outsourcee* viene in questo contesto a delinearsi un «sistema di azione sociale» (Van de Ven, 1976) caratterizzato da un comportamento dei membri finalizzato al conseguimento di obiettivi individuali ma congiunti con quelli degli altri attori coinvolti e dall'attivazione

Tabella 1

Le principali differenze tra *outsourcing* tradizionale e *outsourcing* strategico

di meccanismi di interdipendenza attraverso la condivisione degli obiettivi, dei compiti, delle funzioni e dei risultati tra le unità coinvolte nella relazione.

In sanità, l'affidamento a terzi dei servizi non sanitari e ausiliari potrebbe essere ricondotto all'*outsourcing* tradizionale o tattico, mentre per i servizi diagnostici e quelli socio-sanitari, data la stretta relazione funzionale che intercorre tra questi e la «promozione, il mantenimento e il recupero della salute», potrebbe configurarsi un rapporto di *outsourcing* di soluzione. Diversamente, nell'*outsourcing* dei servizi essenziali, data la peculiarità del servizio al fine del conseguimento delle finalità aziendali, dovrebbe essere possibile scorgere i tratti caratteristici dell'*outsourcing* strategico, contraddistinto da una notevole interazione tra le parti, fiducia e condivisione del *know-how* e delle strategie (Suarez, Villa, 1998).

Nonostante i potenziali vantaggi dell'*outsourcing* in termini strategici, organizzativi, economici e finanziari, la peculiarità della *mission* delle aziende sanitarie pubbliche richiede, più che in altri contesti, un'attenta valutazione a priori delle attività da esternalizzare, del *partner*, della modalità di definizione del rapporto e del sistema di controllo e coordinamento della relazione.

Alla luce del crescente ricorso all'esternalizzazione da parte delle aziende sanitarie pubbliche ed equiparate, il presente lavoro si propone di effettuare una mappatura delle scelte di *outsourcing* operate e di analizzarne le specificità. In particolare, vengono illustrati e discussi i risultati di una ricerca empirica volta a verificare la diffusione dell'*outsourcing* nel Ssn, individuandone le specifiche motivazioni, gli aspetti distintivi, i risultati attesi e quelli effettivamente conseguiti.

2. La ricerca empirica

La rilevanza assunta dal fenomeno dell'*outsourcing* nel settore sanitario e la carenza di studi sistematici sull'argomento² suggeriscono di approfondire, attraverso una ricerca empirica di carattere esplorativo-descrittivo, l'analisi delle relazioni di *outsourcing* attivate dalle aziende sanitarie pubbliche ed equiparate presenti sul territorio italiano.

2.1. Obiettivi e schema analitico della ricerca

Sulla base delle indicazioni rintracciabili dall'analisi della letteratura sul fenomeno dell'*outsourcing* e supportati dai presupposti teorici provenienti dalla *Relational view of the firm* (Dyer, Singh, 1998) e dalla *Transaction cost theory* (Williamson, 1975; 1979; 1983), il presente lavoro si propone di delineare la portata del fenomeno in esame, di individuare le motivazioni alla base delle scelte di *outsourcing* e di verificare le caratteristiche dei rapporti in tal senso instaurati.

La domanda di ricerca cui il lavoro intende rispondere è di seguito sintetizzata:

Qual è la portata del ricorso all'outsourcing e quali caratteristiche assumono le relazioni in tal senso instaurate nel settore sanitario?

La domanda di ricerca richiede di indagare le relazioni di *outsourcing* non solo verificando la quantità di rapporti di *outsourcing* instaurati dalle aziende sanitarie nelle diverse aree aziendali, ma anche approfondendo le relazioni che intercorrono tra le variabili rilevanti ai fini dell'analisi degli aspetti processuali. Tra queste: le motivazioni alla base delle scelte di *outsourcing*, i servizi interessati dal fenomeno, i soggetti coinvolti, il grado di esternalizzazione del servizio, i risultati conseguiti.

In sintesi, gli aspetti indagati possono essere ricondotte alle seguenti variabili: perché; cosa; chi; come; risultati (**figura 2**).

La domanda di ricerca può dunque essere articolata nelle seguenti domande puntuali:

- 1) Quali sono le motivazioni alla base delle scelte di *outsourcing*?
- 2) Quali servizi sono interessati dalla prassi dell'*outsourcing* e in quale misura (esternalizzazione totale o parziale)?
- 3) Quali sono le caratteristiche rilevanti dell'*outsourcer* e quale è l'apporto atteso dal soggetto terzo (per quale ragione è stato scelto un determinato *partner*)?
- 4) Come si è sviluppata la relazione con il soggetto terzo? (relazione di collaborazione e/o di «mercato»?; quali modalità presiedono alla gestione del rapporto?; quali ostacoli sono stati incontrati?)
- 5) Quali risultati sono stati conseguiti?

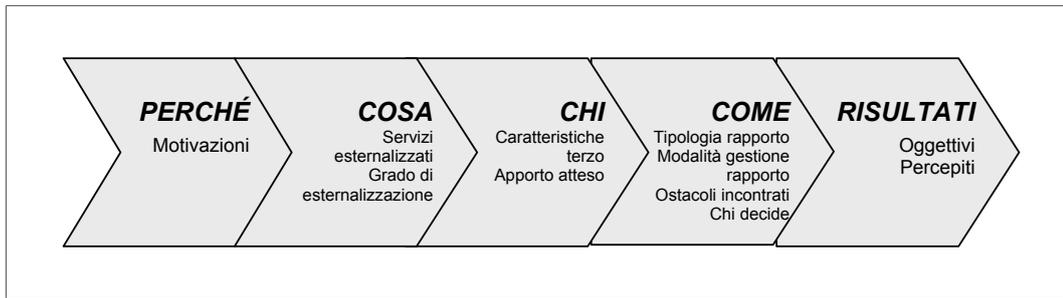


Figura 2
Gli aspetti indagati della ricerca esplorativo-descrittiva

Per rispondere alla domanda di ricerca, e alle sue successive specificazioni, sono state individuate quattro distinte aree di indagine: gli obiettivi aziendali; i rapporti di *outsourcing* (motivazioni, area aziendale interessata, grado di esternalizzazione, tipologia contrattuale impiegata); le caratteristiche del terzo e le modalità di gestione del rapporto con lo stesso; gli ostacoli incontrati e i risultati conseguiti. Con riferimento alle diverse aree, e sulla base delle indicazioni provenienti dalle teorie prima indicate, sono state identificate delle variabili ritenute in grado di soddisfare gli obiettivi di ricerca perseguiti. Tali variabili sono indicate in **tabella 2**.

2.2. 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 universitari a gestione diretta (Pugd) e degli Istituti di ricovero e cura di carattere scientifico (Irccs) presenti sull'intero territorio nazionale. Sebbene le relazioni di *outsourcing* siano osservate a livello diadico, la ricerca è limitata agli erogatori sanitari pubblici ed equiparati. Le aziende a soggetto economico privato (imprese e aziende *non profit*) con le quali la relazione di *outsourcing* viene instaurata sono state indirettamente considerate in quanto partner dell'azienda sanitaria.

Il questionario si articola nelle quattro aree di indagine delineate nello schema analitico della ricerca. Lo strumento di indagine è stato strutturato in modo da rilevare le variabili di carattere quali-quantitativo operazionalizzate in sede di definizione dello schema analitico della ricerca e ritenute significative al fine del conseguimento degli obiettivi di

ricerca (tabella 2). Il questionario, inviato all'attenzione dei direttori generali, si articola in 35 *item*. Nel caso delle Asl è stata inclusa quale area di attività potenziale oggetto di rapporti di *outsourcing* quella dei servizi socio-sanitari di cui all'art. 3-septies del D.L.vo 502/92; ciò ha comportato l'aumento a 41 del numero degli *item*. Il questionario conteneva domande alle quali il rispondente è stato chiamato a fornire il proprio grado di accordo impiegando un punteggio da 1 a 5, domande a scelta multipla (alle quali era possibile fornire più risposte) e domande trattate come variabili dicotomiche (Sì/No). La pluralità di formule impiegate, sebbene possa aver «appesantito» la fruibilità del questionario, è apparsa indispensabile per il conseguimento degli obiettivi di ricerca prefissati.

Il questionario, dopo una fase pilota, è stato inviato nel mese di aprile 2005 alla totalità delle strutture sanitarie pubbliche ed equiparate presenti in Italia³. Il tasso di ritorno è stato del 41%; dei 144 rispondenti, 71 sono Asl (o zone corrispondenti alle ex Asl dell'Asur della Regione Marche), 46 sono AO, 4 sono Policlinici Universitari e 23 sono Irccs (il 45% dei quali di diritto privato) (**tabella 3**).

La distribuzione geografica dei rispondenti è indicata in **tabella 4**. Non sono pervenute risposte dalle Regioni Abruzzo, Umbria, Basilicata, Molise e Sardegna.

Quattro aziende (due Irccs e due Aziende ospedaliere) hanno affermato di non avere attivato, alla data di invio del questionario, rapporti di *outsourcing*. Tali aziende sono state escluse dall'analisi che segue. Le risposte pervenute entro il 15 settembre 2005 sono state sottoposte ad analisi di statistica descrittiva.

Tabella 2

Le variabili indagate

Area d'indagine 1: obiettivi aziendali	Obiettivi aziendali	<input type="checkbox"/> Qualitativi/Quantitativi/Scientifici/Economici
Area d'indagine 2: rapporti di outsourcing	Motivazioni	
	<i>Strategiche</i>	<input type="checkbox"/> Rilevanza del servizio esternalizzato ai fini del conseguimento di un vantaggio competitivo
	<i>Economiche</i>	<input type="checkbox"/> Rilevanza del pareggio di bilancio <input type="checkbox"/> Rilevanza della componente correlata a: <input type="checkbox"/> Riduzione dei costi di produzione <input type="checkbox"/> Miglioramento dell'efficienza <input type="checkbox"/> Miglioramento della flessibilità <input type="checkbox"/> Miglioramento della qualità <input type="checkbox"/> Ricerca di innovazione
	<i>Istituzionali</i>	<input type="checkbox"/> Percezione della rilevanza dei vincoli istituzionali <input type="checkbox"/> Esigenza di maggiore flessibilità nella gestione delle risorse umane
	Aree interessate	<input type="checkbox"/> Tipologia <input type="checkbox"/> Servizi non sanitari resi a pagamento <input type="checkbox"/> Servizi ausiliari (generali ed economati; per l'accesso, per il patrimonio) <input type="checkbox"/> Servizi diagnostici <input type="checkbox"/> Servizi sanitari essenziali <input type="checkbox"/> Servizi socio-sanitari (solo per le Asl) <input type="checkbox"/> Caratteristiche <input type="checkbox"/> Specificità degli investimenti <input type="checkbox"/> Incertezza (difficoltà di misurazione output) <input type="checkbox"/> Esigenze di coordinamento con le altre aree aziendali
	Grado di esternalizzazione e tipologia contrattuale impiegata	<input type="checkbox"/> Grado di esternalizzazione <input type="checkbox"/> Totale/Parziale <input type="checkbox"/> Tipologia di contratto e ricorso a sperimentazione gestionale <input type="checkbox"/> Appalto di servizio/Service management/Global service/Sperimentazione gestionale
Area d'indagine 3: caratteristiche del terzo e modalità di gestione del rapporto	Caratteristiche rilevanti del terzo	<input type="checkbox"/> Prezzo <input type="checkbox"/> Leadership di mercato <input type="checkbox"/> Solidità economico-finanziaria <input type="checkbox"/> Competenze specifiche <input type="checkbox"/> Capacità relazionale <input type="checkbox"/> Accountability <input type="checkbox"/> Esperienza consolidata nella produzione e nella fornitura di specifici servizi <input type="checkbox"/> Precedenti rapporti con il settore sanitario <input type="checkbox"/> Qualità del servizio offerto <input type="checkbox"/> Capacità di innovazione <input type="checkbox"/> Completezza della gamma di servizi <input type="checkbox"/> Reputazione <input type="checkbox"/> Puntualità
	Rapporto con il terzo e adozione strutture di coordinamento e controllo	<input type="checkbox"/> Relazionale (di collaborazione)/Di mercato <input type="checkbox"/> Presenza di penali e incentivi volti a evitare comportamenti opportunistici <input type="checkbox"/> Trasferimento del personale dall'azienda al terzo <input type="checkbox"/> Adozione di strutture di coordinamento e controllo prima inesistenti <input type="checkbox"/> Funzioni della struttura di coordinamento e controllo
Area di indagine 4: ostacoli incontrati e risultati conseguiti	Ostacoli incontrati	<input type="checkbox"/> Difficoltà di gestione del rapporto con terzo <input type="checkbox"/> Difficoltà di misurazione dei risultati <input type="checkbox"/> Difficoltà istituzionali <input type="checkbox"/> Problematiche sindacali <input type="checkbox"/> Demotivazione del personale
	Risultati attesi/conseguiti	<input type="checkbox"/> Focalizzazione sul <i>core business</i> <input type="checkbox"/> Riduzione dei costi di produzione <input type="checkbox"/> Incremento competenze interne <input type="checkbox"/> Incremento qualità <input type="checkbox"/> Innovazione <input type="checkbox"/> Incremento flessibilità operativa <input type="checkbox"/> Miglioramento dell'efficienza <input type="checkbox"/> Riduzione vincoli connessi alla gestione del personale

Tipologia azienda	Italia	Rispondenti	
	Valore assoluto	Valore assoluto	Valore %
Asl (include le 13 zone corrispondenti alle ex Asl dell'Asur Regione Marche) (*)	195	71	36,4
Ao	95	46	48,4
Pugd	12	4	33,3
Irccs	51	23	45,1
Totale	353	144	40,8

Tabella 3
I rispondenti

(*) Nel prosieguo del lavoro si impiegherà la dizione Asl per includere anche le zone corrispondenti alle ex Asl dell'Asur della Regione Marche.

Area geografica	Asl	Ao	Irccs	Pugd	Valore assoluto	% sul totale
Nord	46	26	10	1	83	50,3
Centro	7	10	6	0	33	47,8
Sud e isole	8	10	7	3	28	23,3
Totale	69	46	23	4	144	

Tabella 4
La distribuzione geografica dei rispondenti

2.3. Risultati

Partendo dall'assunto dell'esistenza di un vincolo di causalità tra gli obiettivi aziendali e le finalità perseguite attraverso la realizzazione delle operazioni di *outsourcing*, la prima area di ricerca era relativa all'individuazione degli obiettivi perseguiti dalle aziende sanitarie. Questi ultimi sono stati raggruppati in due aree: obiettivi strategici (miglioramento della qualità, divenire centro di eccellenza, sviluppo della ricerca, incremento dei volumi di produzione) ed economici (riduzione dei costi, aumento dei ricavi). Nella **tabella 5** sono riportate le medie e le mediane degli obiettivi indicati rispettivamente dalle Asl, dalle Ao, dagli Irccs e dai Policlinici impiegando un punteggio da 1 a 5.

Un'azienda, alla voce «Altro», ha indicato «Diversa allocazione delle risorse».

La seconda area di ricerca era volta all'analisi dei rapporti di *outsourcing* attivati dalle aziende sanitarie. A tale scopo, è stato chiesto in primo luogo di indicare le motivazioni di base che hanno stimolato le iniziative di *outsourcing* distinguendo tra: motivazioni strategiche – scarsa rilevanza del servizio al fine del conseguimento del vantaggio compe-

titivo ricercato (Porter, 1980) –; motivazioni economico-reddituali – perseguimento dell'economicità della gestione nelle sue diverse componenti –; motivazioni istituzionali – esigenza di superare i vincoli di natura istituzionale anche con riferimento alla gestione del personale (Atkinson, 1984; Pfeffer, 1994). I risultati, riferiti alle diverse tipologie aziendali, sono indicati in **tabella 6**. Non sussistono differenze significative a livello regionale.

Per l'individuazione e la descrizione delle principali caratteristiche dei rapporti di *outsourcing* avviati dalle aziende sanitarie, il questionario distingueva diverse tipologie di servizi e attività potenzialmente oggetto di esternalizzazione⁴: servizi non sanitari resi a pagamento; servizi ausiliari (generali, per l'accesso, per il patrimonio); servizi diagnostici; servizi sanitari essenziali; servizi socio-sanitari (inclusi esclusivamente nel questionario inviato alle Asl). Nell'ambito di ciascuna tipologia di servizi sono stati formulati dei quesiti ritenuti necessari per spiegare le caratteristiche dell'attività oggetto di esternalizzazione e del processo di scelta tra produzione *in house* e *outsourcing* (rilevanza strategica del servizio, risultati attesi,

Tabella 5

Gli obiettivi perseguiti dalle diverse tipologie di aziende

		Miglioramento qualità	Divenire centro di eccellenza	Sviluppo ricerca	Incremento volumi	Riduzione costi	Aumento ricavi
Asl	Media	4,49	1,97	1,57	3,22	4,29	3,07
	Mediana	5	2	1	3	4	3
Ao	Media	4,55	2,95	2,23	2,27	3,68	2,82
	Mediana	5	3,5	2	3	4	3
Ircs	Media	4,24	4,81	5,00	3,24	4,05	3,10
	Mediana	5	5	5	3	5	4
Pugd	Media	4,60	5,00	5,00	2,60	3,40	3,20
	Mediana	5	5	5	3	3	3

	Motivazioni strategiche	Motivazioni economiche				Motivazioni istituzionali	
		Riduzione costi di produzione	Miglioramento efficienza	Miglioramento flessibilità	Innovazione		
Asl	Media	3,04	3,57	4,09	3,71	2,33	3,52
	Mediana	3	4	4	4	2	4
Ao	Media	3,09	3,64	4,09	3,41	2,68	3,36
	Mediana	3	4	4	4	3	3,5
Ircs	Media	3,67	3,67	4,14	4,24	2,38	2,24
	Mediana	4	3	5	5	3	2
Pudg	Media	2,50	3,50	4,00	4,00	2,50	5
	Mediana	3	3	4	4	3	5

Tabella 6

Le motivazioni all'*outsourcing* nelle diverse categorie di aziende

investimenti pregressi, grado di esternalizzazione, esigenza di coordinamento del servizio esternalizzato con le altre aree aziendali, tipologia contrattuale adottata).

In **tabella 7** è indicata la frequenza di ricorso all'*outsourcing* da parte dei rispondenti in ciascuna area di servizi/attività aziendali.

Con riferimento ai servizi non sanitari resi a pagamento e finalizzati alla fruizione di servizi sanitari, il servizio più frequentemente affidato all'esterno è quello di gestione dei parcheggi che ricorre in circa il 90% dei casi. Sebbene non strettamente rientranti nella suddetta categoria di servizi, un'azienda ha dichiarato di aver affidato in *outsourcing* l'asilo nido aziendale e un'altra il servizio di assicurazioni per i dipendenti.

I servizi ausiliari sono quelli per i quali le aziende sanitarie ricorrono in via priori-

taria all'affidamento a terzi. Al fine di una maggiore comprensione del fenomeno, si è ritenuto opportuno raggruppare i servizi ausiliari in tre distinte categorie: generali, per l'accesso, per il patrimonio. Tutte le aziende sanitarie rispondenti riportano di aver affidato a terzi uno o più servizi ausiliari generali. Tra essi, le pulizie risultano il servizio per il quale si ricorre più frequentemente all'*outsourcing* (99% dei rispondenti). Seguono l'esternalizzazione del lavano e della mensa/cucina rispettivamente nel 95% e nel 94% dei casi. Particolarmente frequenti sono altresì i casi di affidamento a terzi del servizio di raccolta e smaltimento dei rifiuti sanitari (attuato dall'80% dei rispondenti), della vigilanza (75%), dei trasporti vari (73%), telefonia e reti telematiche (54%). Più rari i casi di affidamento a terzi della gestione del calo-

	Servizi non sanitari a pagamento		Servizi ausiliari						Servizi diagnostici		Servizi sanitari essenziali		Servizi socio-sanitari	
			Generali		Per l'accesso		Per il patrimonio							
	Valore assoluto	Valore %	Valore assoluto	Valore %	Valore assoluto	Valore %	Valore assoluto	Valore %	Valore assoluto	Valore %	Valore assoluto	Valore %	Valore assoluto	Valore %
Asl	7	10,1%	69	100%	32	46,4%	36	52,2%	9	13,0%	15	21,7%	21	30,4%
Ao	12	27,3%	44	100%	18	40,9%	25	56,8%	4	9,1%	8	18,2%	0	0,0%
Ircs	4	19,0%	21	100%	11	52,4%	17	81,0%	9	42,9%	0	0,0%	0	0,0%
Policlinici	2	50,0%	4	100%	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Totale	25		138		63		80		22		23		21	

re (35%) e della sterilizzazione (10%). Tra i servizi ausiliari per l'accesso, l'affidamento a terzi del trasporto sanitario e delle prenotazioni ambulatoriali o del Centro unico di prenotazione (Cup) ricorrono rispettivamente nel 54% e nel 53% dei casi. Alcune aziende, e in particolare due Asl e un'Ao, riferiscono di aver affidato all'esterno l'intero front office (prenotazione, informazione, accoglienza) e il *front end* ospedaliero (cassa, consegna referti, archivio referti). Con riferimento ai servizi ausiliari per il patrimonio, il 95% delle aziende dichiara l'affidamento a terzi della manutenzione ordinaria e dell'eventuale manutenzione straordinaria degli immobili. Il 70% di esse include anche la manutenzione delle apparecchiature elettromedicali. Due aziende riferiscono di aver concesso in *outsourcing* l'attività di ingegneria clinica.

Nel 79% dei casi i rispondenti sono ricorsi all'esternalizzazione totale di uno o più servizi ausiliari concessi in *outsourcing* e solo 19 aziende hanno provveduto alla sola esternalizzazione parziale mantenendone così almeno in parte *in house* la gestione. I servizi ausiliari oggetto di *outsourcing* non sono considerati particolarmente significativi dal punto di vista strategico (media: 3.2), sebbene la variabilità delle risposte (*range* dei punteggi attribuiti alla domanda: 1-5) lasci presumere una diversa percezione del medesimo servizio da parte dei rispondenti.

I risultati attesi dall'*outsourcing* dei servizi ausiliari sono indicati in **figura 3**, che riporta le medie delle risposte fornite attribuendo un punteggio da 1 a 5. Oltre il 90% delle aziende che hanno proceduto all'*outsourcing* dei servizi ausiliari hanno dichiarato di non aver

effettuato investimenti nei tre anni precedenti la scelta di esternalizzazione o di avere investito in maniera limitata.

L'esigenza di coordinamento tra le attività ausiliari in *outsourcing* e le altre aree aziendali è ritenuta significativa (media: 3.8; mediana: 4.0) e aumenta nelle aziende che hanno mantenuto parzialmente all'interno lo svolgimento del servizio ausiliario considerato (media: 4.5; mediana 4.6).

La tipologia contrattuale maggiormente impiegata è l'appalto di servizio che interessa circa il 98% dei casi; segue il *global service* al quale sono ricorse circa il 40% delle aziende. Il 14% dei rispondenti è ricorso al *service management*. Un'azienda riporta di aver realizzato per la gestione dei servizi in oggetto una società mista pubblico-privato.

Mentre non sussistono differenze significative a livello geografico nel ricorso all'*outsourcing* nel caso dei servizi non sanitari resi a pagamento e dei servizi ausiliari, il Lazio e la Lombardia risultano le Regioni maggiormente interessate dall'*outsourcing* dei servizi diagnostici (rispettivamente 41% e 27% del totale dei casi).

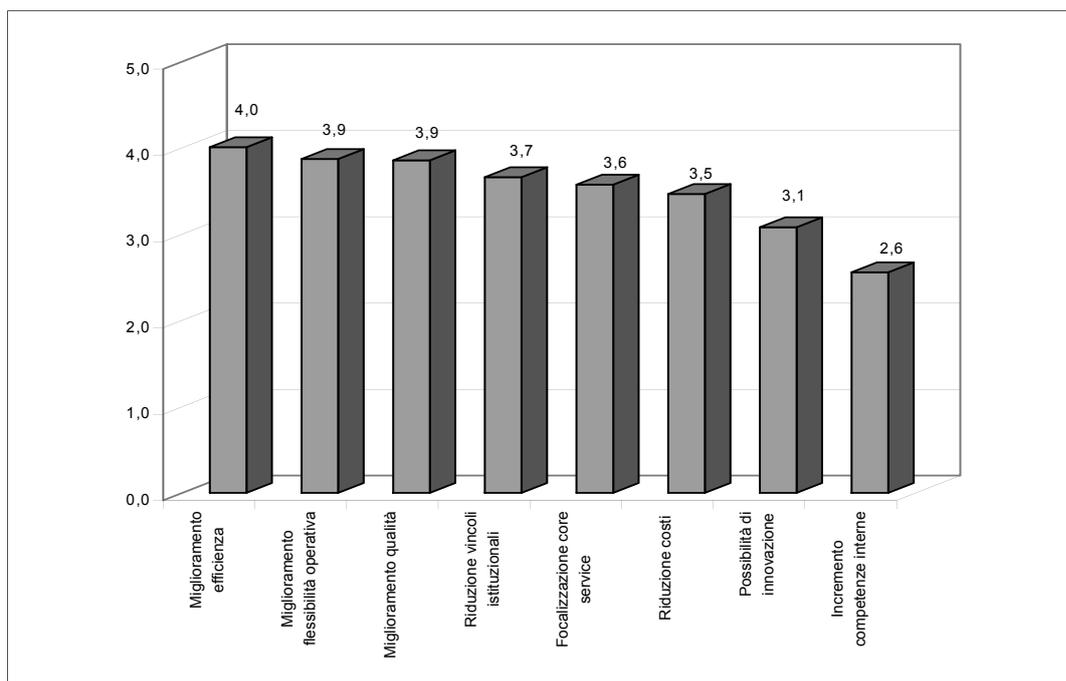
Con riferimento a questi ultimi servizi, il 68% delle aziende che hanno attivato rapporti di *outsourcing* sono pubbliche e il 32% sono Ircs di diritto privato. Tra i servizi diagnostici affidati all'esterno spiccano la Risonanza magnetica e la TAC. Due Ircs di diritto privato riportano di aver concesso in *outsourcing* il laboratorio analisi, mentre una Asl del centro Italia dichiara di aver esternalizzato la totalità dei servizi diagnostici. Tra gli Ircs che hanno proceduto all'*outsourcing* dei servizi diagnostici, il 78% presenta natu-

Tabella 7

La frequenza del ricorso all'*outsourcing* nelle diverse tipologie di servizi

Figura 3

I risultati attesi dall'*outsourcing* dei servizi ausiliari

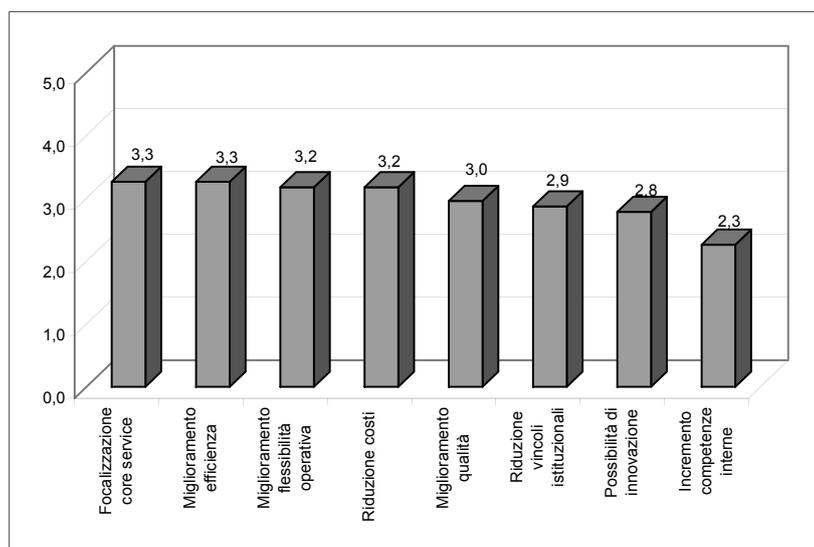


ra giuridica privata. I risultati attesi dall'*outsourcing* dei servizi diagnostici sono indicati in **figura 4** che riporta la media delle risposte fornite attraverso una scala 1-5.

Tra coloro che hanno proceduto all'*outsourcing* dei servizi diagnostici, solo quattro aziende (il 18%) riferiscono di aver investito considerevolmente in attrezzature specialistiche e/o personale specializzato nei tre anni precedenti alla decisione di esternalizzazio-

Figura 4

I risultati attesi dall'*outsourcing* dei servizi diagnostici



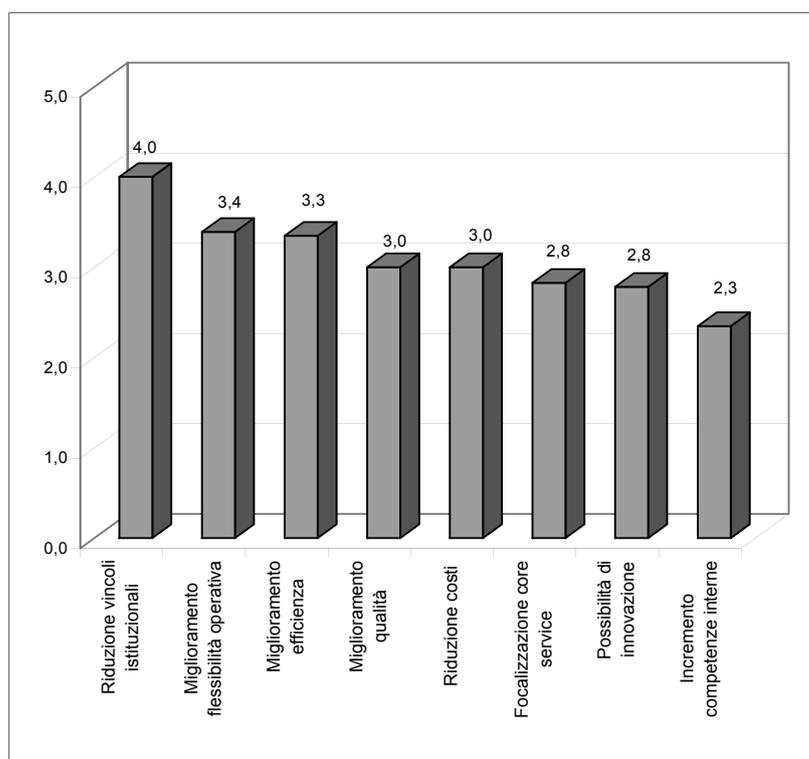
ne; dodici (il 55%) dichiarano di non aver effettuato, nello stesso periodo, alcun investimento. Le altre sei indicano di aver investito in modo limitato. L'esternalizzazione dei servizi diagnostici è parziale nel 64% dei casi, a conferma della rilevanza strategica attribuita agli stessi (media: 4; mediana: 4) e della elevata necessità di coordinamento con le altre aree aziendali (media: 4.5; mediana: 5). Nessuna azienda riporta di aver realizzato il rapporto di *outsourcing* avviato nell'area dei servizi diagnostici a titolo di sperimentazione gestionale (ex art. 9 bis, D.L.vo 502/92).

L'*outsourcing* dei servizi sanitari essenziali interessa in via prioritaria le Regioni del nord Italia (in diciannove dei ventisei casi). Le aziende interessate dall'affidamento all'esterno di questa tipologia di servizi presentano tutte natura giuridica pubblica. Tre aziende, pur avendo compilato la corrispondente sezione del questionario, non hanno indicato quali servizi sanitari essenziali sono stati concessi in *outsourcing*. Il servizio essenziale per il quale si ricorre maggiormente all'*outsourcing* è il servizio infermieristico (in dieci dei ventisei casi) per il quale tutte le aziende interessate hanno proceduto all'esternalizzazione parziale. Seguono l'*outsourcing* del personale OTA (in due casi) e delle cure palliative (un'azienda). Appare

interessante il caso di *outsourcing* parziale dell'attività di degenza (120 posti letto) da parte di un'azienda del nord Italia attraverso un contratto di *global service*. Altrettanto interessante è il caso di *outsourcing* parziale dell'unità di terapia intensiva e di dialisi cardiocirurgica attuato da un'azienda del sud Italia, quello di *outsourcing* totale del servizio di odontoiatria da parte di un'azienda del nord Italia e quello di *outsourcing* parziale dei ricoveri neurologici e di riabilitazione realizzato da un'azienda del centro Italia. I risultati attesi dall'*outsourcing* dei servizi essenziali sono indicati in **figura 5**.

Sebbene la media dei punteggi riferiti alla rilevanza strategica dei servizi esternalizzati assuma valore 3.9 e la mediana 4.0, tutte le aziende che hanno proceduto all'*outsourcing* di servizi diversi da quelli infermieristici hanno indicato valore «cinque». A tale proposito è da segnalare la diversa percezione da parte dei rispondenti della rilevanza strategica del servizio infermieristico, per il quale il *range* di oscillazione delle risposte varia tra 1 e 5. Solo due aziende dichiarano di aver effettuato investimenti ingenti nell'area in oggetto nei tre anni che hanno preceduto la decisione di esternalizzazione. Dieci di esse (il 43%) dichiarano di aver investito limitatamente, mentre 11 (il 48%) di non aver effettuato alcun investimento. L'esigenza di coordinamento dei servizi essenziali in *outsourcing* con le altre aree aziendali è particolarmente avvertita (media: 4.3). Un'azienda riferisce di aver formalizzato l'*outsourcing* dei servizi in oggetto attraverso l'istituto della sperimentazione gestionale.

Per quanto riguarda i servizi socio-sanitari, due Asl, pur avendo compilato la corrispondente sezione del questionario, non hanno fornito indicazione dei servizi concessi in *outsourcing*. Tra le rimanenti Asl, il 47% afferma di essere ricorsa a terzi per la gestione dell'Assistenza domiciliare integrata (Adi) e il 43% per quella delle Residenze sanitarie assistite (Rsa). Altre aziende riferiscono l'affidamento a terzi dei centri diurni, dei laboratori occupazionali, della gestione delle patologie da dipendenza. Solo in tre casi viene indicato l'*outsourcing* totale delle attività esternalizzate; nei rimanenti si è proceduto all'*outsourcing* parziale. I servizi per i quali si è ricorsi all'*outsourcing* non sono considerati particolarmente significativi dal punto di



vista strategico (media: 2.9; mediana: 3) e gli investimenti effettuati nel corso del triennio precedente alla scelta di esternalizzazione sono stati limitati nel 62% dei casi e nulli nel rimanente 38%. Le aziende giudicano significative le esigenze di coordinamento dei servizi in *outsourcing* con le altre aree aziendali (media: 3.7; mediana: 4). I risultati attesi dal ricorso alla scelta di esternalizzazione sono indicati in **figura 6**.

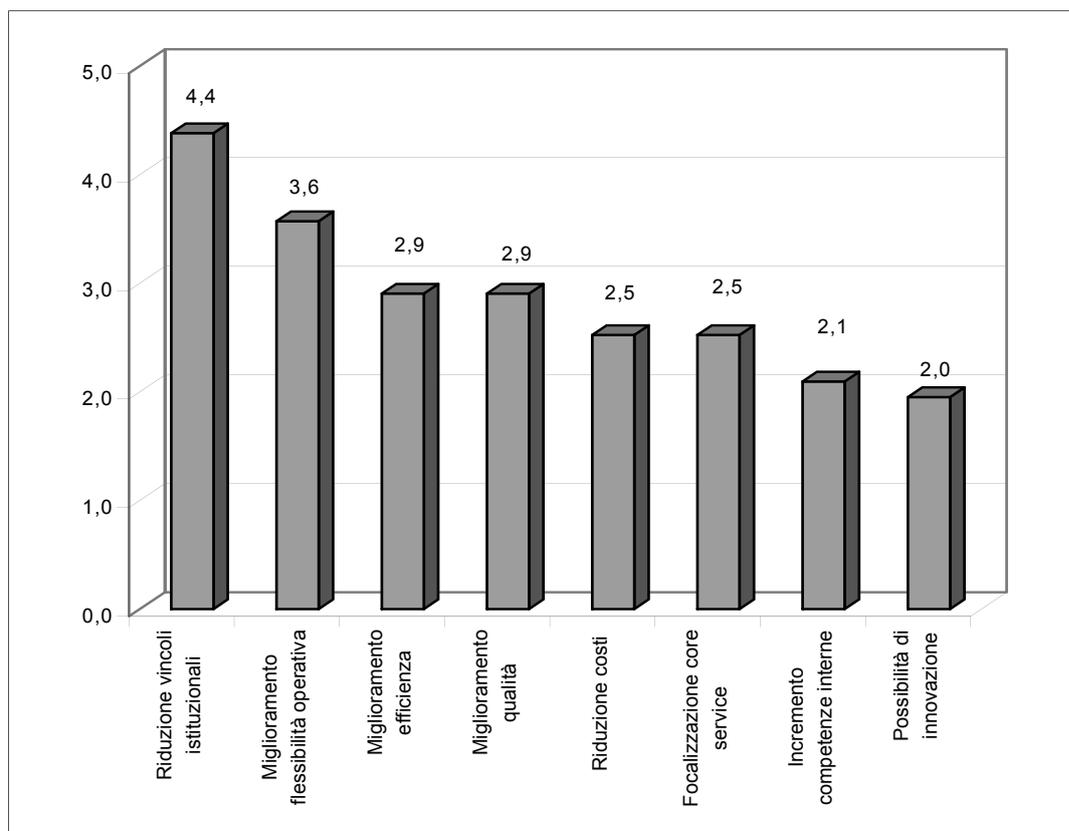
La terza area di ricerca era relativa alle caratteristiche del terzo e alle modalità di gestione del rapporto con lo stesso. La rilevazione di tali variabili è stata ritenuta necessaria per valutare la tipologia di *outsourcing* attivato (tradizionale, tattico, di soluzione, strategico) e per verificare la presenza di costi di transazione derivanti dall'attivazione di nuove strutture di coordinamento e controllo della transazione.

Con riferimento alle caratteristiche del terzo, è stato chiesto ai rispondenti di indicare le qualità rilevanti del terzo che hanno inciso sulla scelta dell'attuale *outsourcer*. Nelle **figure 7 e 8** sono riportate le medie delle risposte fornite attraverso una scala 1-5 rispettivamente per l'*outsourcing* dei servizi

Figura 5
I risultati attesi dall'*outsourcing* dei servizi essenziali

Figura 6

I risultati attesi dall'*outsourcing* dei servizi socio-sanitari



ausiliari e per i servizi diagnostici, sanitari essenziali e socio-sanitari. Da rilevare che in quest'ultimo caso un'azienda ha indicato tra le motivazioni della scelta la «carenza di altri fornitori».

Per quanto riguarda il rapporto intercorrente tra l'azienda e l'*outsourcer*, è stato chiesto ai rispondenti di valutare se lo stesso potesse essere qualificato come relazione di collaborazione e/o di mercato, distinguendo di nuovo tra l'*outsourcing* dei servizi ausiliari e quello dei servizi diagnostici, sanitari essenziali e socio-sanitari. Mentre in caso di *outsourcing* di quest'ultima tipologia di servizi la relazione con l'*outsourcer* viene percepita come rapporto di collaborazione da oltre l'82% dei rispondenti, nel caso di *outsourcing* dei servizi ausiliari tale valore scende al 58%. Da notare, tuttavia, come nel 3% dei casi i rispondenti ravvisino nell'*outsourcing* dei servizi ausiliari contemporaneamente i tratti caratteristici della collaborazione e del rapporto di mercato.

Al fine di evitare comportamenti opportunistici, il rapporto con l'*outsourcer* è sem-

pre regolato dall'inserimento in contratto di penali nel 72% dei casi. Il 9% delle aziende riporta di non aver previsto in contratto l'applicazione di penali mentre il 19% dichiara di averle inserite solo in particolari situazioni. Il 6% dei rispondenti ha previsto in contratto sistemi di incentivazione a favore del terzo.

Il trasferimento del personale dall'azienda al terzo è stato effettuato in ventuno casi. Tutti si riferiscono all'area dei servizi ausiliari.

È stato chiesto ai rispondenti di indicare se sono state costituite nuove strutture organizzative per la gestione del rapporto con il terzo e le funzioni eventualmente attribuite al soggetto di nuova costituzione. Nel 47% dei casi, l'avvio del rapporto di *outsourcing* ha comportato la nascita di nuovi organi aziendali per la gestione della relazione con il terzo e nel 6.5% dei casi esse sono in fase di costituzione. Tutte le aziende hanno attribuito ai nuovi organi compiti di controllo qualitativo del servizio realizzato dal terzo. Nel 62% dei casi sono state assegnate anche funzioni di interazione con l'*outsourcer* (tra

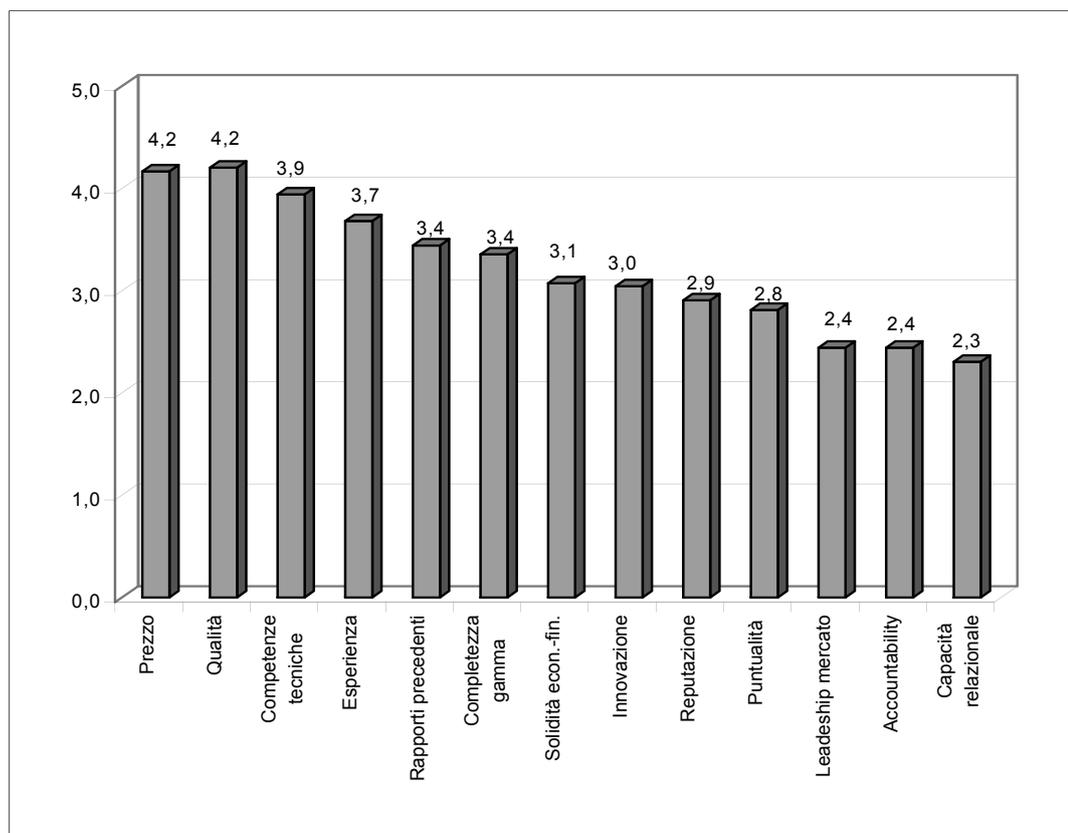


Figura 7
Le caratteristiche rilevanti del terzo nell'*outsourcing* dei servizi ausiliari

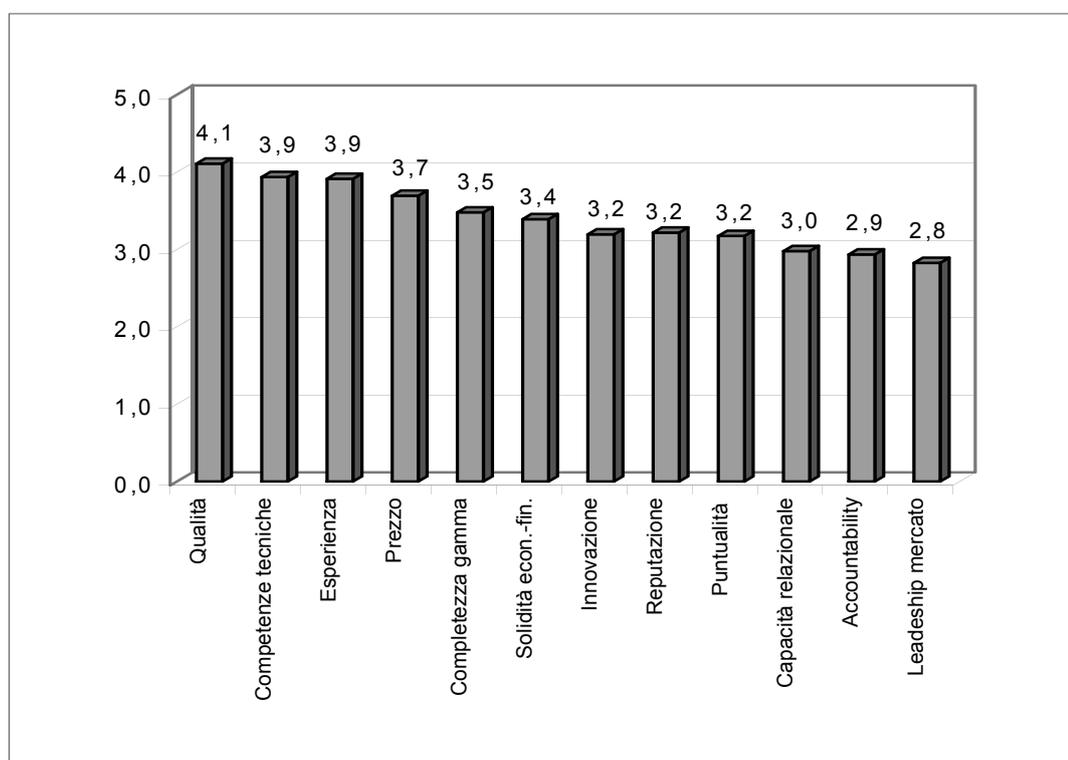


Figura 8
Le caratteristiche rilevanti del terzo nell'*outsourcing* dei servizi diagnostici, sanitari essenziali e socio-sanitari

le quali, ad esempio, la comunicazione di integrazione/riduzione quantitativa del servizio reso in funzione delle esigenze aziendali, l'applicazione di penali, ecc.) e nel 45% funzioni di coordinamento del servizio reso dal terzo con le altre risorse/servizi impiegati nel processo produttivo aziendale.

Ultima area di indagine riguardava gli ostacoli incontrati e i risultati conseguiti a seguito dell'attivazione delle relazioni di *outsourcing*. In **figura 9** sono riportate le difficoltà riscontrate (media dei valori indicati lungo una scala 1-5). Mentre non sussistono differenze statisticamente significative relativamente alle diverse tipologie di aziende, il livello di soddisfazione è meno elevato per le aziende che non hanno attivato nuove forme di coordinamento e controllo della relazione con l'*outsourcer*. Per valutare la soddisfazione delle aziende rispetto alle scelte di *outsourcing* effettuate è stato impiegato un indice sintetico. Il livello di soddisfazione è stato indicato attribuendo un punteggio da 1 a 5. I rispondenti appaiono in generale abbastanza soddisfatti dei rapporti instaurati (media: 3.7; mediana: 4). Da notare, tuttavia, che quindici aziende hanno ritenuto di non fornire alcuna risposta al corrispondente quesito.

È stato chiesto ai rispondenti di indicare il grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati impiegando una scala 1-5. In

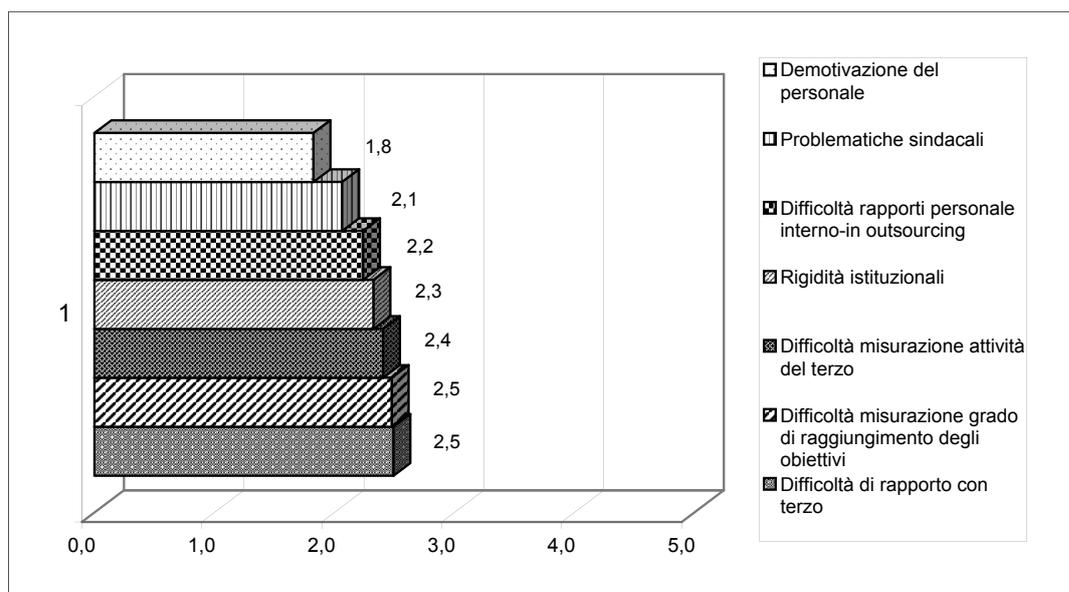
figura 10 sono indicati i risultati conseguiti a seguito delle scelte di *outsourcing*.

3. Discussione e conclusioni

I risultati della ricerca permettono di disporre di una «fotografia», seppur parziale, dello stato dell'arte in tema di ricorso all'*outsourcing* da parte delle aziende sanitarie pubbliche ed equiparate e delle principali caratteristiche delle relazioni in tal senso instaurate.

La motivazione prioritaria che induce le aziende rispondenti a realizzare operazioni di *outsourcing* è connessa al miglioramento dell'economicità della gestione, soprattutto nelle sue determinanti legate rispettivamente al rapporto tra risultati conseguiti e mezzi impiegati (efficienza) e alla capacità delle combinazioni produttive di adeguarsi alle priorità definite dallo specifico assetto istituzionale e dall'ambiente (flessibilità). L'aspetto legato alla riduzione dei costi di produzione per il raggiungimento del pareggio di bilancio, sebbene considerato un obiettivo aziendale di rilievo dalla generalità dei rispondenti, non è di per sé in grado di spiegare le scelte di *outsourcing*. Nella generalità delle categorie aziendali, infatti, la motivazione della riduzione dei costi di produzione assume medie inferiori alla motivazione del miglioramento dell'efficienza e della flessibilità (ad eccezione delle Ao per le quali, tuttavia, la diffe-

Figura 9
Le difficoltà incontrate



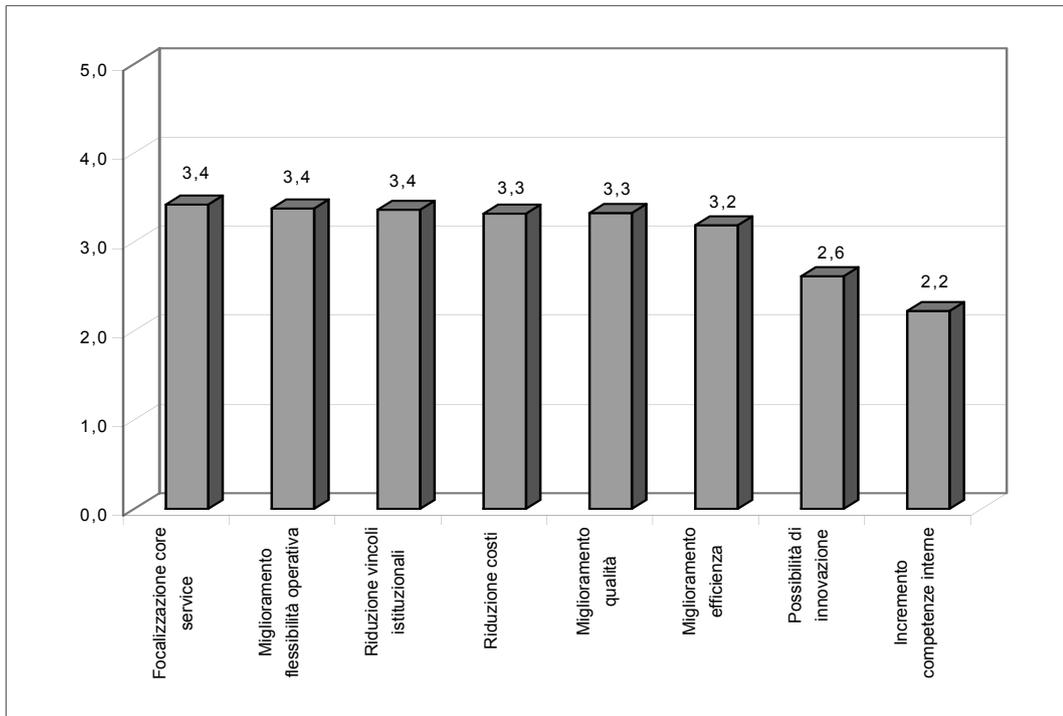


Figura 10

renza tra l'obiettivo della riduzione dei costi e dell'efficienza è minima). Ciò lascerebbe intravedere una possibile diffusa consapevolezza dell'insufficienza del rispetto del mero vincolo di bilancio per il conseguimento dell'equilibrio istituzionale.

Significativo è inoltre notare come le aziende rispondenti non individuino nella scarsa rilevanza del servizio esternalizzato al fine del conseguimento del vantaggio competitivo una motivazione generale all'*outsourcing*. Simile dato, confrontato con l'indicazione proveniente dalla domanda in tema di obiettivi aziendali, lascia presumere che i servizi esternalizzati non siano considerati irrilevanti al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici (miglioramento della qualità, divenire centro di eccellenza, sviluppo della ricerca, incremento dei volumi di produzione). I vincoli di natura istituzionale, con particolare riferimento a quelli relativi alla gestione delle risorse umane, assumono un peso significativo tra le motivazioni generali all'*outsourcing* specialmente per i policlinici/aziende universitarie/e. Ciò non è vero nel caso degli Irccs, presumibilmente per la presenza tra i rispondenti di un'elevata percentuale di Irccs di diritto privato.

I servizi per i quali le aziende sanitarie ricorrono in via prioritaria all'*outsourcing* sono quelli ausiliari. Tutti i rispondenti, infatti, hanno esternalizzato uno o più servizi ausiliari generali (solo quattro aziende hanno dichiarato di aver proceduto all'esternalizzazione di un unico servizio). Segue il ricorso all'*outsourcing* dei servizi ausiliari per il patrimonio (attuato dal 58% dei rispondenti) e dei servizi ausiliari per l'accesso (nel 46% dei casi). Coerentemente con le indicazioni deducibili dalla Teoria dei costi di transazione, le aziende hanno proceduto all'esternalizzazione di servizi per i quali non sarebbero stati sostenuti investimenti negli esercizi immediatamente precedenti alla scelta e per i quali non sussisterebbero particolari difficoltà di misurazione dell'attività posta in essere dal terzo. I risultati attesi dall'*outsourcing* dei servizi ausiliari sono coerenti con gli obiettivi generali perseguiti attraverso il ricorso a tale prassi. Sebbene in letteratura sia spesso dato per scontato che l'*outsourcing* dei servizi ausiliari sia strettamente correlato alla necessità di una maggiore focalizzazione sul *core service*, i risultati della ricerca dimostrano come le scelte di esternalizzazione perseguano quale finalità prioritaria il miglioramento dell'efficienza.

Dall'esternalizzazione dei servizi ausiliari ci si attende altresì una maggiore flessibilità, un miglioramento della qualità del servizio erogato all'utenza e un'attenuazione dei vincoli istituzionali in tema di gestione delle risorse umane. A conferma di quanto delineato dalla Teoria dei costi di transazione, le aziende che hanno proceduto a un'esternalizzazione solo parziale del servizio presentano una maggiore percezione rispetto alle altre dell'esigenza di coordinamento tra l'attività esternalizzata e le altre aree aziendali. Inoltre, valutando i quesiti posti in tema di rilevanza strategica del servizio esternalizzato, si nota come le aziende che non hanno proceduto all'esternalizzazione totale presentino un valore medio delle risposte superiore alle altre (media generale: 2.9; media aziende esternalizzazione parziale: 3.9).

Per quanto riguarda l'esternalizzazione dei servizi diagnostici, i rispondenti considerano sullo stesso piano i risultati attesi di carattere strategico e quelli riconducibili al conseguimento di più elevati livelli di economicità. A ben vedere, tuttavia, i valori medi delle risposte si attestano su un valore centrale della scala 1-5 impiegata nel questionario, a indicare come tali attese non assumano un peso rilevante nella decisione di *outsourcing*. Questo dato potrebbe essere interpretato come mancanza nello strumento di ricerca di una variabile in grado di spiegare la decisione di *outsourcing* dei servizi diagnostici, assenza peraltro non colmata dalla presenza dell'opzione «Altro». Da notare, contrariamente a quanto ci si potesse attendere, che mentre per i servizi ausiliari il risultato atteso della «Maggiore focalizzazione sul *core service*» rappresenta la quarta priorità, per l'*outsourcing* dei servizi diagnostici essa si pone al primo posto, assieme al «Miglioramento dell'efficienza». A questo proposito, è però interessante sottolineare il forte peso relativo assunto dagli Irccs rispetto alle altre aziende nel ricorso all'*outsourcing* dei servizi diagnostici. Le diverse finalità istituzionali perseguite dalle varie tipologie di aziende potrebbero avere aver «falsato» la media dei punteggi ottenuti, spingendo il dato rilevato per il risultato atteso della «Maggiore focalizzazione sul *core service*» verso valori più elevati. Infatti, calcolando le medie dei punteggi a livello di singola tipologia aziendale emergono differenze significative nel peso assunto dal risultato atteso in discussione

(media A0: 2.5; media Asl: 3; media Irccs: 4). Analogamente a quanto riscontrato per i servizi ausiliari, l'esternalizzazione solo parziale si manifesta con maggiore frequenza nelle aziende che percepiscono il servizio in *outsourcing* come strategicamente rilevante e con esigenze di coordinamento significative con le altre aree aziendali.

Sebbene il fenomeno dell'*outsourcing* in sanità si concentri nell'area dei servizi ausiliari, la ricerca mostra come le aziende sanitarie abbiano altresì proceduto all'*outsourcing* di alcuni servizi qualificabili come «essenziali». Tra questi sono stati inclusi anche i servizi infermieristici per i quali il ricorso all'*outsourcing* assume un peso relativo percentualmente significativo. Tra le motivazioni che hanno indotto le aziende sanitarie a ricorrere all'esternalizzazione dei servizi essenziali, la necessità di ridurre i vincoli istituzionali imposti alla gestione delle risorse umane riveste un ruolo prioritario. Ciò spinge a riflettere sul ruolo assunto dai vincoli di carattere istituzionale nell'ambito del processo di scelta tra *make e buy*. In talune situazioni, essi appaiono talmente stringenti da indurre all'*outsourcing* di attività che data la loro natura di servizi essenziali dovrebbero essere, alla luce delle indicazioni provenienti dalla letteratura, mantenute *in house*. In effetti, si tratta di servizi per i quali la rilevanza strategica percepita dagli stessi rispondenti appare generalmente elevata e per i quali vengono avvertite forti esigenze di coordinamento con le altre aree aziendali anche se, probabilmente a causa degli elevati vincoli istituzionali, gli investimenti negli anni immediatamente precedenti alla decisione di esternalizzazione non sono stati particolarmente cospicui. Suscita peraltro interesse la diversa percezione da parte dei rispondenti della rilevanza strategica dei servizi infermieristici. Si tratterebbe, dunque, di attività essenziali ma non qualificabili, nella percezione di taluni rispondenti, come *core competencies* della specifica azienda. Ciò induce a ritenere valida la possibilità di considerare tali servizi come *basic activities*, cioè attività necessarie per lo svolgimento dell'azienda e per la sua stessa esistenza, ma che non assumono un significato rilevante al fine del conseguimento del vantaggio competitivo (Insinga, Werle, 2000). Anche per le aziende sanitarie, a ben vedere, si pone, al pari delle imprese,

il problema della ridefinizione delle proprie specifiche *core competencies*, nel senso di uno spostamento dall'attività di produzione dei servizi considerati a quelle di indirizzo, programmazione, controllo e regolazione.

La riduzione dei vincoli istituzionali è la motivazione di maggior rilievo anche nel caso di *outsourcing* dei servizi socio-sanitari da parte delle Asl. In tal caso, tuttavia, è importante rilevare la limitata rilevanza strategica attribuita agli stessi dai rispondenti, elemento quest'ultimo che porta a riflettere sulla percezione del ruolo istituzionale attribuito a tale tipologia di aziende sanitarie.

La diversità dei risultati attesi nel caso di *outsourcing*, rispettivamente dei servizi ausiliari da un lato e dei servizi essenziali dall'altro, si riflette anche sulle caratteristiche ritenute rilevanti nella scelta del terzo. In particolare, mentre il prezzo appare l'elemento più rilevante in sede di selezione del fornitore in caso di *outsourcing* dei servizi ausiliari, esso assume un ruolo di minore importanza nel caso di *outsourcing* dei servizi diagnostici, sanitari essenziali e socio-sanitari e comunque subordinato a considerazioni di carattere qualitativo e tecnico. Gli aspetti di natura relazionale non sono considerati particolarmente rilevanti dai rispondenti nel caso di *outsourcing* dei servizi ausiliari, confermando la possibilità di qualificare lo stesso come «*outsourcing* tradizionale» o, eventualmente, come «*outsourcing* di tipo tattico». A ben vedere, tuttavia, essi non sembrano qualificare il rapporto con l'*outsourcer* neanche nel caso di esternalizzazione dei servizi diagnostici, essenziali e socio-sanitari, per i quali, in sede di definizione delle proposizioni di ricerca, ci si attendeva di riscontrare una maggiore rilevanza attribuita agli attribuiti di carattere relazionale. Simili considerazioni contraddicono la percezione da parte delle aziende rispondenti della qualificazione del rapporto intercorrente con l'*outsourcer*. Infatti, se oltre il 40% delle aziende qualificano il rapporto con l'*outsourcer* dei servizi ausiliari come rapporto di mercato, nel caso di esternalizzazione dei servizi diagnostici, essenziali e socio-sanitari un'elevata percentuale di rispondenti (oltre l'82%) ravvisa una relazione di collaborazione che, tuttavia, difficilmente si concilia con l'indicazione da parte degli stessi delle caratteristiche ritenute rilevanti ai fini della selezione del *partner*.

A riprova di ciò, è da notare come il rapporto con il terzo sia disciplinato nella maggior parte dei casi dall'inserimento in contratto di penali. Queste ultime, sebbene coerenti con la necessità di evitare comportamenti opportunistici da parte del terzo, tradiscono l'essenza della collaborazione che prevede relazioni delle fiduciarie e *socially embedded* tra le parti. Diversa appare invece la situazione dell'azienda ha dichiarato di aver avviato una relazione di *outsourcing* per lo svolgimento di attività di degenza. In tal caso, i valori riportati nelle singole domande lasciano presagire la possibilità di configurare un rapporto di «*outsourcing* strategico».

Confermando le indicazioni provenienti dalla Teoria dei costi di transazione, l'attivazione di rapporti di *outsourcing* ha determinato nella maggior parte dei casi l'insorgenza di costi di transazione. Nel 54% dei casi, infatti, i rispondenti dichiarano la costituzione (realizzata o in corso di realizzazione) di nuove strutture organizzative deputate al coordinamento e il controllo del rapporto con l'*outsourcer*. Nel restante 46%, tali funzioni sono state attribuite a strutture preesistenti, alle quali è stato tuttavia attribuito un nuovo compito. Lo svolgimento di funzioni di coordinamento e controllo del rapporto con l'*outsourcer*, indifferentemente da parte di soggetti preesistenti o di nuova costituzione, si riflette sugli ostacoli percepiti dai rispondenti. Infatti, sebbene il livello di difficoltà percepito nello sviluppo e nel mantenimento del rapporto con il terzo non sia particolarmente significativo, la relazione con il terzo appare più problematica nel caso di aziende che non hanno attivato specifiche modalità di controllo e coordinamento (circa 6% dei casi). A tale proposito, ulteriori ricerche sull'argomento saranno finalizzate a verificare il ruolo assunto dalla valutazione da parte dei decisori aziendali dei costi di transazione *ex ante* ed *ex post*. Sempre a conferma delle ipotesi di ricerca ispirate alla Teoria dei costi di transazione, dai risultati emerge che la generalità dei rispondenti non aveva effettuato significativi investimenti specifici in termini di risorse umane e materiali nell'area di attività oggetto di *outsourcing*.

Una riflessione particolare meritano, infine, i risultati conseguiti grazie allo sviluppo dei rapporti di *outsourcing*. Lascia perplessi, in primo luogo, il non elevato valore

delle medie dei risultati conseguiti. Inoltre, i rispondenti dichiarano di aver conseguito, insieme al miglioramento della flessibilità operativa e alla riduzione dei vincoli istituzionali, una maggiore focalizzazione sul *core service*. Tuttavia, mentre i primi due erano tra gli obiettivi prioritariamente perseguiti con l'*outsourcing* dei servizi ausiliari, essenziali e socio-sanitari, il risultato della maggiore focalizzazione sul *core service*, dichiarato come obiettivo prioritario solo nel caso di esternalizzazione dei servizi diagnostici, può essere interpretato come una conseguenza indiretta dell'attivazione di rapporti di *outsourcing*. Infatti, anche correggendo il dato in modo da eliminare l'influenza dei risultati conseguiti da coloro che hanno proceduto all'esternalizzazione dei servizi diagnostici, l'esito non subisce modifiche statisticamente rilevanti. Il miglioramento dell'efficienza, sistematicamente ricorrente con valori significativi quale risultato atteso dall'*outsourcing* dei diversi servizi, è stato pienamente raggiunto solo da ventuno aziende (circa il 15% dei rispondenti). A tale proposito, appare interessante notare come proprio le aziende che indicano risultati conseguiti mediamente inferiori rispetto alle altre non abbiano fornito alcuna indicazione circa il livello di soddisfazione globale rispetto ai rapporti di *outsourcing* attivati. La rilevanza dell'argomento è tale che andrebbe approfondita attraverso successive indagini empiriche.

In conclusione, i risultati della ricerca consentono di disporre di una prima mappatura delle relazioni di *outsourcing* avviate dalle aziende sanitarie pubbliche ed equiparate. Tali risultati non possono tuttavia considerarsi generalizzabili a livello di Ssn. Un primo limite è infatti insito nella composizione del campione che non risulta rappresentativo dell'universo delle aziende sanitarie né per tipologia aziendale, né per distribuzione geografica dei rispondenti. Infatti, se per le Ao la percentuale di rispondenti raggiunge il 48,4%, per i Policlinici scende al 33,3%. Inoltre, i rispondenti appaiono distribuiti sul territorio nazionale in maniera eterogenea. In particolare, colpisce la bassa percentuale di risposte provenienti dal sud Italia e dalle Isole (23,3%) e l'assenza di informazioni da parte delle Regioni Abruzzo, Umbria, Basilicata, Molise e Sardegna. Anche lo strumento di ricerca utilizzato, benché normalmente im-

piegato per lo svolgimento di ricerche di carattere esplorativo-descrittivo del tipo «sondaggio», presenta dei limiti. Ci si riferisce, da un lato, alla necessaria standardizzazione delle domande che non permette di indagare approfonditamente il fenomeno esaminato; dall'altro, alle possibili risposte «difensive» da parte dei rispondenti e alle caratteristiche personali di coloro che materialmente sono chiamati alla compilazione del questionario, soggetti talora diversi dal destinatario istituzionale dello stesso.

In primo luogo, il ricorso all'*outsourcing* appare una prassi particolarmente diffusa nel Ssn, soprattutto nell'area dei servizi ausiliari. Sebbene non manchino casi di *outsourcing* dei servizi tradizionalmente configurabili come *core*, la limitata rilevanza degli aspetti relazionali, tipica dell'*outsourcing* strategico, induce a ritenere che i rispondenti ricorrano a formule di *outsourcing* di tipo tradizionale. Interessante è notare come i rapporti di *outsourcing* instaurati siano dettati prioritariamente da motivazioni di carattere economico; l'esigenza di focalizzarsi sulle *core competencies*, riportata in letteratura quale motivazione di maggior rilievo all'*outsourcing* nel caso di servizi non significativi al fine del conseguimento del vantaggio competitivo, non assume un ruolo prioritario in alcuna delle categorie di attività possibile oggetto di *outsourcing*. In tema di rilevanza strategica dei diversi servizi gestiti in *outsourcing*, vale la pena sottolineare come i risultati della ricerca dimostrino una sostanziale difformità di percezione della rilevanza strategica dei servizi infermieristici e di taluni servizi ausiliari al fine del conseguimento del vantaggio competitivo. Particolare attenzione meritano infine gli esiti della ricerca in tema di risultati conseguiti attraverso il ricorso all'*outsourcing*. Sebbene i rispondenti dichiarino di non aver incontrato difficoltà e ostacoli rilevanti a seguito della decisione di *outsourcing*, il limitato valore delle medie riscontrate in tema di risultati conseguiti e la loro sostanziale incoerenza con i risultati attesi potrebbe confermare le indicazioni rintracciabili in letteratura in materia di incapacità dei rapporti di *outsourcing* di conseguire le attese di risultato del management aziendale qualora gli stessi siano stati instaurati per motivazioni prevalentemente economiche (Young, Mcneil, 2000).

Note

1. Nella sub-fornitura sono evidenti alcuni tratti caratteristici dei rapporti di cooperazione interaziendale. Nel contratto di sub-fornitura, infatti, il sub-fornitore si sostituisce al committente nello svolgimento di un'attività o di una fase del processo produttivo precedentemente affidata a quest'ultimo. Tuttavia, il sub-fornitore, pur aderendo alle direttive tecniche del committente, svolge un ruolo ausiliario e complementare, e non autonomo e paritario, rispetto ad esso (Nassimbene *et al.*, 1993; Ricciardi, 2000). Per una distinzione tra fornitura e sub-fornitura si veda, tra gli altri, Panati, Golinelli (1989).
2. Da ricordare, in questo contesto, l'indagine dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr) in tema di sperimentazioni gestionali. Tra i modelli adottati per

- la realizzazione della sperimentazione gestionale, il 7% dei rispondenti (146 aziende) indicano il ricorso all'esternalizzazione. Nel 70% dei casi, l'area interessata è quella dei servizi ausiliari standard. Per approfondimenti si rinvia a Bensa, Pellegrini L. (2002).
3. Si è tenuto conto che la Regione Marche ha proceduto accorpamento delle 13 Asl in un'unica azienda sanitaria regionale (Azienda sanitaria unica regionale, Asur) e alla parallela istituzione di 13 zone (corrispondenti ai 13 ambiti territoriali delle ex Asl), dirette di un Direttore di zona nominato direttamente dalla Giunta regionale. Ai fini della presente ricerca, il questionario è stato indirizzato ai Direttori delle 13 zone.
 4. Tale distinzione delle aree di servizi/attività potenziali oggetto di rapporti di *outsourcing* è stata ripresa da una classificazione operata dall'Assr e riportata in Bensa, Pellegrini (2002).

B I B L I O G R A F I A

- ACCABI R., LOPEZ L. (1995), «Outsourcing estremo per situazioni complesse», *L'impresa*, 10, pp. 46-51.
- AKTINSON J. (1984), «Manpower strategies for flexible organizations», *Personnel Management*, 8, pp. 28-31.
- ARCARI A.M. (1996), «L'outsourcing: una possibile modalità di organizzazione delle attività di servizi», *Economia & Management*, 4, pp. 109-121.
- BASTIA P. (1989), *Gli accordi tra le imprese*, Clueb, Bologna.
- BENSA G., PELLEGRINI L. (2002), «Sperimentazioni e innovazioni gestionali in Italia: primi risultati di un'indagine conoscitiva a cura dell'ASSR», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (2002), *Rapporto Oasi 2002*, Egea, Milano.
- BOIN A., SALVODELLI S., MERLINO G. (1998), «Outsourcing: uno strumento operativo o una moda?», *Sistemi e Imprese*, 1, pp. 49-54.
- CICCHETTI A. (2002), *L'organizzazione dell'ospedale. Fra tradizione e strategie per il futuro*, Vita e Pensiero, Milano.
- CONFALONIERI M. (1997), «Accordi versus reti di imprese», *Rivista Italiana di Ragioneria ed Economia Aziendale*, 97, pp. 360-367.
- DEL VECCHIO M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionali e relazioni di rete pubblica», *Mecosan*, 46, pp. 9-24.
- DYER J.H., SINGH H. (1998), «The relational view: cooperative strategy and sources of interorganizational competitive advantage», *Academy of Management Review*, 23, pp. 660-679.
- HIMMELMAN A.T. (1996), «On theory and practice of transformational collaboration: form social service to social justice», in C. Huxham, *Creating collaborative advantage*, Sage, London.
- INSINGA R.C., WERLE M.J. (2000), «Linking outsourcing to business strategy», *Academy of Management Executive*, 14, pp. 58-70.
- MACINATI M.S. (2004), *Le relazioni interaziendali di collaborazione in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- NASSIMBENI G., DETONI A., TONCHIA S. (1993), «L'evoluzione dei rapporti di sub-fornitura», *Sviluppo e Organizzazione*, 137, pp. 96-108.
- OLIVER C. (1990), «Determinants of interorganizational relationships: integration and future directions», *Academy of Management Review*, 15, pp. 241-265.
- PANATI G., GOLINELLI G. (1989), *Tecnica economica industriale e commerciale*, Nis, Roma.
- PEFFER J. (1994), «Competitive advantage through people», *California Management Review*, 36, pp. 9-28.
- PORTER M. (1980), *Competitive strategy: techniques for analyzing industries and competitors*, The Free Press, New York.
- RICCIARDI A. (2000), *L'outsourcing strategico*, Franco Angeli, Milano.
- RODOLOFO G., MASSARA A.M. (2000), *Outsourcing e sanità*, Franco Angeli, Milano.
- THOMPSON J.D. (1967), *Organization in action: social science bases of administration*, MacGraw-Hill, New York.
- VAN DE VEN A.H. (1976), «On the nature of formation and maintenance of relations among organizations», *Academy of Management Review*, 4, pp. 24-36.
- VINING A., GLOBERMAN S.A. (1999), «A conceptual framework for understanding the outsourcing decision», *European Management Journal*, 17, pp. 645-654.
- WILLIAMSON O.E. (1975), *Market and hierarchies: analysis and antitrust implications*, Free Press, New York.
- WILLIAMSON O.E. (1979), «Transaction cost economics: the governance of contractual relations», *Journal of Law Economics*, 22, pp. 233-261.
- WILLIAMSON O.E. (1985), *The economic institutions of capitalism: firms, market, relational contracting*, Free Press, New York.
- YOUNG S., MCNEIL J. (2000), «When performance fails to meet expectations: managers' objectives for outsourcing», *The Economics and Labour Relations Review*, 11, pp. 136-168.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste; 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito. Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file. La copia cartacea va spedita a:
Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano
La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12
La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti. Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici). Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**
1.1. Gli attori del processo
Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

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

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

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 secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenz (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno. I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

La gestione del personale nelle aziende sanitarie: una rassegna della letteratura

CARLO DE PIETRO

1. Un tema poco indagato

Da anni tutti gli osservatori convengono sulla centralità del personale nel sistema sanitario. Le competenze delle persone che vi lavorano sono infatti elementi chiave per la qualità – e quindi per la sicurezza e l'efficacia – delle cure e dell'assistenza prestata. La disponibilità e la qualità della forza lavoro sanitaria è un elemento centrale delle dei moderni sistemi sanitari (Anand e Bärnighausen, 2004: 1603); la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità non esita a definirla il più importante degli *input* per i sistemi sanitari (WHO, 2000). I servizi sanitari costituiscono infatti un settore economico ad alta intensità di lavoro, in cui le risorse umane ne costituiscono la maggiore componente di costo (Bloor e Maynard, 2003: 1).

Questa stessa centralità si ritrova all'interno delle singole aziende sanitarie. La qualità e l'efficacia dei servizi resi, cioè a dire il perseguimento delle finalità istituzionali di tali organizzazioni, dipende in modo evidente dalle competenze, dalla motivazione e dal coordinamento delle persone che erogano quelle prestazioni. Allo stesso modo, risulta evidente come le stesse condizioni di efficienza e di economicità nella gestione non possano prescindere da un'adeguata valorizzazione delle risorse umane.

Si potrebbe osservare, a ragione, che ciò è vero in tutte le aziende. È questo infatti il fondamento degli approcci aziendali che basano valore e competenze distintive delle aziende sulle loro risorse intangibili, adottando una *visione basata sulle risorse* (per l'analisi strategica o RBV – *resource based view* – si vedano Buttignon, 1996; Camuffo, 1996; Pfeffer, 1994) e sviluppando poi, per quel che riguarda in particolare il personale, modelli cosiddetti *delle competenze* (Ratti, 1989; Spencer e Spencer, 1995; Sveiby, 1997)¹.

In generale poi tale centralità delle risorse umane è evidente nelle aziende di servizio, in cui è alta l'*intensità relazionale* con l'utenza (Normann, 1985). Ma le aziende sanitarie aggiungono a ciò ulteriori elementi che rendono cruciale il ruolo – e dunque la gestione – del personale.

In primo luogo, si tratta di un settore che, nonostante il peso economico che riveste nel sistema economico, opera per buona parte in un regime non di mercato, in cui cioè non vige un vero e proprio sistema di prezzi ma un insieme di tariffe e regole per la valorizzazione delle prestazioni all'interno di schemi di finanziamento pubblico: ciò riduce la forza delle logiche di mercato tipiche e, in particolare, dei prezzi quale meccanismo di aggiustamento per le combinazioni economiche che si svolgono all'interno delle aziende sanitarie e per gli scambi che avvengono tra queste. A sua volta, l'assenza di prezzi di mercato (o comunque la loro presenza solo parziale) rende meno chiare le convenienze economiche e quindi più difficile la gestione del personale (quante persone assumere? quanto pagarle? ...). Si tratta di una difficoltà comune nelle aziende pubbliche o comunque in settori a forte regolamentazione pubblicistica.

Il secondo ambito di complessità specifico del settore sanitario riguarda la presenza di persone con elevati livelli d'istruzione e che, nello svolgere il proprio lavoro, sono chia-

SOMMARIO

1. Un tema poco indagato
2. Le logiche del pubblico impiego
3. La presenza dei professionisti e delle professioni
4. Il mercato del lavoro
5. I sistemi operativi
6. Le competenze di management
7. Uno sguardo al futuro

mate ad esercitare una qualche forma di autonomia. È questo il tema del professionalismo, che – come diremo al § 3 – è ulteriormente complicato dalla presenza e dall'azione delle professioni, attori sociali che in sanità rivestono un ruolo eccezionale rispetto agli altri settori economici. In particolare, la presenza di operatori assai qualificati e specializzati in professioni e specialità diverse, richiede uno sforzo ulteriore nel disegno di adeguati meccanismi di coordinamento, capaci cioè di integrare le prestazioni richieste per prendere in carico un paziente, i suoi bisogni e la sua patologia.

Volendo evidenziare in modo sintetico la complessità, le sfide, ma anche le oggettive difficoltà che si pongono di fronte a chi voglia occuparsi di gestione del personale nelle aziende sanitarie, si può richiamare quanto già scritto nel 2004 a proposito delle aziende sanitarie pubbliche italiane: «Prendete 2200 dipendenti, di cui più di sette su dieci sono laureati (o lo saranno) e circa 1300 sono anche professionisti che appartengono a una trentina fra ordini, collegi e altre professioni riconosciute. Ipotizzate poi una gestione del personale che per lunga tradizione operi secondo logiche giuridiche burocratiche. Infine, siate pronti a venire a patti con [alcune decine di sindacati e con] condizionamenti, richieste e tempi del mercato politico elettorale. Stiamo parlando di gestione del personale in un'azienda sanitaria pubblica di medie dimensioni» (De Pietro, 2004a: 58).

Eppure, a dispetto di tale centralità assunta nel sistema e nelle aziende sanitarie, la gestione del personale risulta tutt'oggi una funzione poco studiata da parte delle discipline aziendali (Lega, 1988), che hanno preferito concentrarsi – soprattutto a seguito della cosiddetta «aziendalizzazione» avviata all'inizio degli anni '90 – sulle funzioni della programmazione e controllo (in particolare sul sistema di *budget*), sul disegno della struttura organizzativa (con la creazione dei dipartimenti e dei distretti, ecc.), o più recentemente della pianificazione strategica (sulla spinta anche delle prescrizioni normative a livello regionale, che richiedono alle aziende piani attuativi locali, piani strategici aziendali, ecc.). Tale debolezza era stata messa in luce già da una bibliografia apparsa nel 2001 su questa rivista (De Pietro, 2001). Da allora, sono apparsi numerosi studi sul tema, ma la comprensione dei fenomeni e la capacità di offrire paradigmi efficaci per le aziende sanitarie sembrano ancora molto migliorabili.

Peraltro questa preferenza per la programmazione e controllo, il disegno organizzativo e la pianificazione strategica, non riguarda soltanto la ricerca e quindi la disponibilità di libri o di articoli, ma è propria delle stesse aziende, le quali hanno mostrato prudenza e spesso scarsa innovazione nella gestione delle risorse umane.

È evidente che un punto di partenza per chi voglia avvicinarsi al tema della gestione del personale nelle aziende sanitarie è costituito dai manuali e altre fonti che trattano tale funzione senza applicazioni specifiche al settore sanitario. Tale letteratura – sia italiana sia internazionale – è assai ampia, di facile reperimento e aggiornata con regolarità: non è quindi questa la sede per illustrarla. Tra i testi italiani si citano, con un taglio maggiormente operativo, Auteri (2001); con un taglio più teorico, Boldizzoni e Manzolini (2001), Boldizzoni (2003), Costa (1992a e 1997), Silvestri e Pilati (2005), Solari (2004). Come esempio di contributo centrato nello specifico sull'assetto organizzativo della funzione gestione del personale (cioè dove la funzione trova collocazione all'interno della struttura organizzativa aziendale e quali sistemi operativi affida alle sue articolazioni interne), si veda Boldizzoni (1997). Tra i testi internazionali si vedano Bach e Sisson (2000), Schuler e Jackson (1999), Ulrich e Brockbank (2005) e Wright e McMahan (1992).

Le caratteristiche del settore sanitario riducono però l'utilità di tali analisi, spesso proposte con riferimento al mondo delle imprese. Si pensi, per fare un esempio, alla diversa valenza della pianificazione del personale (cioè alla determinazione del fabbisogno di personale, cui deve seguire l'azione di reclutamento e selezione) nel caso del personale infermieristico: la carenza di infermieri in numerose province italiane fa sì che per dar seguito a tale pianificazione molte aziende sanitarie siano «costrette» a ricorrere a personale straniero, reclutato con contratti di appalto o sotto forma di somministrazione a tempo determinato da parte delle Agenzie per il lavoro. Oppure si pensi, sempre considerando il personale infermieristico, ai percorsi di carriera e retributivi, per gran parte determinati dall'appartenere al profilo professionale di infermiere, lasciando scarsi margini per l'azione aziendale. Per questo è utile

guardare alla letteratura che si occupa nello specifico di gestione del personale nel settore sanitario (un contributo straniero sistematico in tal senso è Fottler *et al.*, 2004; esempi di contributi più specifici sono invece Rodwell e Teo, 2004 e Truss, 2003).

In Italia l'unico testo recente che affronta il tema della gestione del personale in sanità con taglio aziendalistico è De Pietro (2005a). Prima di tale libro, gli ultimi testi comprensivi sull'argomento risalivano infatti a circa venti anni fa (Costa e Piovesan, 1986; Foglietta, 1986²) e si occupavano di gestione del personale nelle Unità Sanitarie Locali. Ma, appunto, essi risalgono al periodo pre-aziendalizzazione (che ha avuto impatti notevoli sulle logiche di organizzazione e gestione del personale delle aziende sanitarie italiane; cfr. § 2) e si limitano alle aziende pubbliche. Oltre a tale testo recente, esistono alcuni libri che, affrontando il tema della gestione delle aziende sanitarie, analizzano anche la gestione del personale (ad esempio Longo, 2000; Zangrandi, 1999 con riferimento alle aziende sanitarie pubbliche) e, soprattutto, un insieme di contributi dedicati a illustrare o discutere singoli sistemi operativi di gestione del personale, quali la selezione, la valutazione, ecc.: torneremo a parlarne nel § 5.

I prossimi due paragrafi discutono della bibliografia disponibile con riguardo alle due principali specificità della gestione delle risorse umane in sanità e cioè, rispettivamente, la rilevanza e le regole del pubblico impiego (§ 2) e la presenza di professionisti e professioni (§ 3).

Il § 4 allarga la visione e guarda al funzionamento del mercato del lavoro. Si tratta di temi tradizionalmente analizzati dagli studi di economia politica (e non di economia aziendale), in quanto riferiti al contesto esterno e *macro* (e non alle condizioni di funzionamento interno alle singole aziende). D'altro canto, le caratteristiche del settore sanitario – forte regolamentazione del mercato del lavoro, condizioni di quasi monopsonio su numerosi mercati del lavoro locali, ecc. – rendono indispensabile conoscere meccanismi e condizioni di funzionamento del mercato del lavoro, per definire sistemi di gestione del personale efficaci.

Nel § 5 l'analisi torna a temi più propriamente aziendali e *all'interno* delle organizzazioni. Sono discussi i singoli sistemi operativi in cui si articola la gestione del personale: si tratta dei temi tipici della letteratura sulla gestione del personale, qui riferiti al contesto specifico del settore sanitario.

Il § 6 accenna ad alcuni contributi che trattano delle competenze manageriali necessarie a gestire il personale come manager di linea (cioè come caposala o coordinatore infermieristico, come responsabile medico di un reparto o di un dipartimento, ecc.). In questo caso dunque l'ottica non è più quella di chi è chiamato a sviluppare e gestire sistemi di gestione delle risorse umane come propria mansione specialistica, bensì quella di chi ha responsabilità di erogare servizi diagnostici, terapeutici o assistenziali, e a tal fine dispone di risorse umane, tecnologiche, organizzative, che deve gestire in modo efficiente.

Infine, al § 7 si propongono alcuni temi che riteniamo emergenti nella ricerca e nella letteratura, o comunque riteniamo importanti per la gestione del personale nelle aziende sanitarie del prossimo futuro.

2. Le logiche del pubblico impiego

I servizi sanitari costituiscono un elemento fondamentale nei sistemi di *welfare* dei Paesi occidentali. Essi svolgono un ruolo importante nel garantire dei diritti pubblici, sovraordinati cioè rispetto a quelli dei singoli cittadini. A tal fine, in molti Paesi i poteri pubblici intervengono gestendo direttamente tali servizi (è il caso dell'Italia col Servizio sanitario nazionale, o Ssn). Negli altri Paesi, in ogni caso, il sistema sanitario è oggetto d'importante regolamentazione pubblicistica. Lì dove il settore pubblico interviene direttamente nella organizzazione e nella gestione, le politiche e l'amministrazione del personale possono complicarsi per la presenza di regole proprie dell'impiego pubblico, diverse da quelle che valgono per i lavoratori privati.

In Italia, in particolare, il ruolo dell'intervento pubblico influenza tre diversi livelli, con intensità decrescente:

- le aziende pubbliche del Ssn, con un regime d'impiego pubblico diverso da quello privato;
- le aziende sanitarie private accreditate col Ssn, in quanto le condizioni di accreditamento (e di rimborso delle prestazioni erogate) hanno impatti profondi anche sulle possibilità e sulle condizioni d'impiego;
- le aziende sanitarie private non accreditate col Ssn, perché comunque il mercato del lavoro è condiviso con le prime due categorie di aziende.

In generale, tutto il settore sanitario italiano resta fortemente influenzato dalla presenza del Ssn e dei suoi dipendenti, che in qualche modo «segnano le condizioni» con le quali sono poi chiamate a confrontarsi le aziende sanitarie private (accreditate e no). È per questo che risulta in ogni caso necessario guardare ad alcune caratteristiche tipiche della gestione del personale nelle pubbliche amministrazioni.

Rimandando al § 5 i riferimenti relativi ai singoli sistemi operativi (valutazione, retribuzione, carriera, ecc.), ci limitiamo qui a suggerire alcuni riferimenti relativi alla gestione del personale nelle aziende pubbliche italiane e, soprattutto, al processo di contrattualizzazione del pubblico impiego (anche detto, ma non correttamente, di «privatizzazione») che, a partire dal D.L.vo 29/1993, ha favorito una convergenza tra logiche e condizioni dell'impiego pubblico e quelle dell'impiego privato. Tale processo ha portato a un complessivo aumento dei gradi di autonomia a disposizione delle singole aziende pubbliche e una parallela riduzione delle norme volte a garantire trattamenti uniformi tra le diverse aziende pubbliche.

Per un inquadramento generale del pubblico impiego si consideri Panebianco (1986). Per un'efficace panoramica sulle recenti evoluzioni dei sistemi di pubblico impiego nei Paesi occidentali si vedano Della Rocca e Bach (2000), Farnham e Horton (2000), Nomden *et al.* (2003), Ridley (2000), Virtanen (2000). Per un'analisi del caso italiano a confronto con gli altri Paesi, si rimanda a Ruffini (2000). Un testo che affronta in modo sistematico la gestione del personale post-contrattualizzazione in un settore diverso da quello sanitario, è Reborà e Ruffini (2001) con riferimento agli enti locali italiani. In generale, importanti riflessioni di matrice aziendale sul pubblico impiego e le logiche di organizzazione nelle aziende pubbliche informate al modello di burocrazia classica, sono in Borgonovi (1997, 1998, 2002 e 2004), in Valotti (2000 e 2005) e, in parte, in Del Vecchio (2001). Più esplicitamente rivolti alla gestione del personale sono i contributi di Olmeti (1998 e 1999).

Il processo di contrattualizzazione ha dato poi vita a una nutrita letteratura di matrice giuridica. Ai fini della nostra esposizione, basti citare Cassese (2000), Costa (1995), D'Antona (1996 e 2000), De Martin (1999), Torchia (1998), Zucaro (1997). Per il Ssn Dragonetti *et al.* (2002) offre un quadro chiaro degli effetti che le riforme hanno avuto sui concetti chiave della responsabilità, delle relazioni sindacali, del rapporto d'impiego, della dirigenza, ecc.

3. La presenza dei professionisti e delle professioni

La presenza dei professionisti e delle professioni costituisce un elemento centrale per la gestione del personale nelle aziende sanitarie ed è la caratteristica che, più di qualunque altra, impone una trattazione *ad hoc* per tale settore economico (Tousijn, 2000).

La rilevanza degli impatti dell'autonomia professionale è ben conosciuta nella letteratura sociologica (Freidson, 1994, 2001 e 2002) e aziendale (Pennaiola, 1992). In particolare, tale autonomia ha impatti notevoli sia sulla struttura organizzativa e i meccanismi di coordinamento (Mintzberg, 1985 e 1988; Zangrandi, 2000), sia sulle possibilità di controllare i comportamenti (Abernethy e Stoelwinder, 1995; De Pietro, 2003a; Southon e Braithwaite, 1998). Per ovviare ai problemi che da tale autonomia possono derivare, molte riforme hanno cercato di integrare maggiormente i professionisti all'interno delle logiche, delle responsabilità e dei controlli aziendali (Lega e De Pietro, 2005; Scholten e van der Grinten, 2005). Ciò d'altro canto ha stimolato reazioni da parte dei professionisti, che in parte adeguano le basi del professionalismo alle necessità dei moderni sistemi sanitari (Brennan *et al.*, 2002; RCPSC,

1996), in parte ritengono tali tentativi controproducenti per la motivazione dei professionisti ma anche per l'efficacia complessiva del sistema (Beecham, 2003; Edwards, 2002; Humphrey e Russell, 2004; Smith, 2001 e 2002).

Molto più sviluppata è la letteratura sulle professioni sanitarie, quali soggetti organizzati con cui il settore sanitario e la gestione delle singole aziende deve «fare i conti» se non vuole risultare inefficace. Come osserva assai efficacemente Tousijn (2000: 9), «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». Risulta quindi necessario che chi si occupa di gestione del personale nelle aziende sanitarie – sia esso nella funzione specifica, sia esso un manager di linea clinico-assistenziale – comprenda quali sono le principali dinamiche interne al sistema delle professioni e i suoi impatti sui sistemi di gestione del personale.

I principali contributi in tal senso ricadono in due filoni: uno di matrice sociologica, all'interno della quale negli anni si è andato sviluppando una sottodisciplina denominata appunto *sociologia delle professioni* (Light, 1995; Wilensky, 1964); un altro di matrice più prettamente economica, che riguarda l'analisi del mercato del lavoro e le politiche pubbliche messe in atto per regolamentarlo. A questi due principali filoni di studio si aggiunge quello dell'economia aziendale, che però sembra avere riflettuto in misura ancora insufficiente sulle conseguenze del sistema delle professioni sulla gestione delle risorse umane (De Pietro, 2003a e 2005a).

In questo paragrafo ci concentreremo sul primo filone di letteratura, rimandando l'analisi del mercato del lavoro al § 4.

In Italia – come in altri Paesi, soprattutto facenti parte dell'Unione europea (Dubois *et al.*, 2006) – è in corso un vivace dibattito sul futuro e le eventuali riforme del sistema delle professioni (Zamagni, 1999). Tale dibattito si svolge all'interno del Parlamento (presso il quale è stata istituita un'apposita commissione) ma anche sulle pagine dei principali quotidiani e settimanali. In estrema sintesi, si discute circa l'efficacia dell'attuale sistema di regolazione delle professioni nel tutelare l'interesse pubblico. Spesso si tratta di un dibattito che riguarda in primo luogo professionisti non sanitari, e in particolare commercialisti, avvocati, ingegneri. Così facendo, esso trascura però la gran parte dei professionisti e delle professioni, che lavorano nel settore sanitario³.

Per un'analisi condotta sulle professioni sanitarie secondo l'analisi sociologica possiamo citare, per l'Italia, Tousijn (2000, 2003 e 2004). Per approfondimenti, sempre relativi al caso italiano e centrati in particolare sui medici, si vedano Malocchi e Tousijn (2004), Riska (2004), Tousijn (2002).

Per quel che riguarda, in particolare, la professione infermieristica, gli ultimi anni sono stati caratterizzati per un interesse molto vivo su almeno tre aspetti, tra essi collegati:

– il processo di professionalizzazione (Benci, 2005; Filannino, 2000; Santullo, 2004) e le conseguenze che esso ha avuto nel confronto con le altre professioni, in primo luogo con quella medica: tale processo ha infatti visto una decisa accelerazione in diversi Paesi, e segnatamente in Italia, grazie alla legge 42/1999 (pieno riconoscimento della professione infermieristica, non più ausiliaria di quella medica, e abolizione del mansionario) e alla legge 251/2001 (istituzione del corso di laurea in scienze infermieristiche e possibilità di accedere alla qualifica dirigenziale nelle aziende del Ssn). Con riguardo al dibattito internazionale sul tema dell'integrazione interprofessionale, si veda Rushmer e Pallis (2003). Tra i riferimenti

bibliografici italiani relativamente al processo di professionalizzazione, si vedano Palese e Pittacco (2004) e le rassegne prodotte dalla federazione nazionale dei colleghi degli infermieri, IPASVI (disponibili su www.ipasvi.it). Per un'analisi aziendale degli impatti organizzativi, si veda Zuffada (1997);

– le modifiche delle condizioni di lavoro: come esempi del dibattito internazionale e con riferimento al Canada si vedano Dallaire *et al.* (2003), Hasselhorn *et al.* (2003) e McGillis e Kiesners (2005);

– le conseguenze per la partecipazione degli infermieri al mercato del lavoro: su tale tema risulta interessante il programma di ricerca NEXT promosso dall'Unione europea per indagare i motivi dell'abbandono della professione da parte degli infermieri (Heitlinger, 2003; per il caso italiano, Camerino *et al.*, 2004). Altri riferimenti sono Holmas (2002) e Newman e Maylor (2002), Shields e Ward (2001).

4. Il mercato del lavoro

Un tema di analisi strettamente collegato a quello delle professioni riguarda il mercato del lavoro. La presenza delle professioni codificate difatti toglie rilevanza al mercato del lavoro in sanità inteso in senso complessivo e porta necessariamente ad analizzare i sotto-mercati rappresentati dalle singole professioni. Il regime di monopolio riconosciuto dall'autorità pubblica a un certo gruppo professionale su un insieme determinato di attività (e il concetto speculare di *abuso di professione* per chi non può espletare quelle attività) segmenta – o, potremmo dire, «balcanizza» – il mercato del lavoro, ostacolando o impedendo la fungibilità tra professionisti. Ciò a sua volta aumenta in modo sensibile le rigidità sia nell'offerta di lavoro (ad esempio, le persone che possono erogare prestazioni infermieristiche sono soltanto quelle in possesso dell'abilitazione professionale, e cioè oggi della laurea in scienze infermieristiche e dell'iscrizione al collegio professionale), sia nella domanda di lavoro (in numerosi casi infatti sono norme di legge a determinare le dotazioni di personale necessarie a ottenere l'autorizzazione o l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie). Per efficaci riferimenti di teoria economica, si vedano Feldstein (2002), Folland *et al.* (2001) o Phelps (2003).

Questa forte regolamentazione del mercato del lavoro a sua volta spiega la necessità che tutti i Paesi occidentali hanno di programmare i contingenti di persone da avviare al lavoro in ciascuna professione sanitaria o specialità medica. In altri termini, le autorità pubbliche devono assicurare al sistema sanitario una fornitura di professionisti sufficiente a soddisfarne il fabbisogno futuro. Tale pianificazione viene attuata secondo modalità parzialmente diverse tra i Paesi, ma riconducibili ai seguenti strumenti (Borgueil *et al.*, 2001):

- i numeri chiusi delle scuole e delle università;
- gli esami di Stato o comunque di abilitazione alla professione;
- il controllo dei comportamenti affidato agli ordini o collegi;
- i programmi che obbligano a ricertificare le proprie competenze (sostenendo periodici esami come condizione necessaria per continuare ad esercitare la propria professione) o ad acquisire comunque un certo numero di crediti formativi a testimonianza di una *manutenzione delle competenze professionali* nel corso del tempo. È questo il caso dei sistemi di aggiornamento continuo, quali il programma di Educazione Continua in Sanità (ECM) attivato da qualche anno in Italia.

I risultati e, soprattutto, gli importanti limiti di tale pianificazione risultano subito evidenti a una semplice lettura dei dati di «demografia professionale» nei vari Paesi (WHO, 2001; OCSE, 2004) e nella letteratura internazionale (Bloor e Maynard, 2003; Hongoro e McPake, 2004; ORS – DRESS, 2000). In alcuni casi, se ne mette in dubbio la fattibilità anche da un punto di vista teorico (Berliner *et al.*, 2002; Davies, 2004; Hall, 2005; Smith, 2003; WHO, 2002; Zurn *et al.*, 2002). Altre volte si evidenziano i fattori di distorsione di tali stime, spesso dovuti a processi e negoziazioni tra gruppi sociali interessati a mantenere privilegi acquisiti o comunque a veder prevalere i propri interessi (Grumbach, 2002; O'Brien-Pallas *et al.*, 2001).

Infine, diversi interventi mettono in discussione l'attuale ripartizione di competenze e attività tra le diverse professioni sanitarie, con l'obiettivo di favorire l'integrazione professionale, di conseguire risparmi economici (ad esempio affidando agli infermieri attività tradizionalmente svolte dai medici) oppure di porre un rimedio alle carenze di determinate figure professionali (ad esempio delegando attività infermieristiche al personale ausiliario) (OECD, 2005; Sibbald *et al.*, 2004).

Un tema che ha ricevuto particolare attenzione riguarda la carenza di personale infermieristico (Janiszewski Goodin, 2003; Palese, 2004) e di altre professioni o di alcune specialità mediche, nonché le cause di tale carenza (Antonazzo, 2003) e i rimedi da perseguire (Palese *et al.*, 2001). Tra questi, si evidenzia il reclutamento internazionale, soprattutto da parte dei Paesi ricchi nei confronti degli infermieri di Paesi (più) poveri (Buchan, 2004; Lancet, 2000)⁴. Il reclutamento internazionale, d'altra parte, ha fatto emergere anche potenziali conseguenze negative per i Paesi «esportatori», che vengono «spogliati» di risorse professionali spesso sviluppate grazie a investimenti pubblici elevati (i costi della formazione professionale in sanità sono assai rilevanti e quasi sempre socializzati in percentuali elevate) e spesso già carenti anche localmente (è il caso, in particolare, di diversi Paesi africani in cui la pandemia dell'Aids aggravata il bisogno di infermieri). Tale «spoliazione» va sotto il nome di *brain drain* (letteralmente, drenaggio di cervello; Nullis-Kapp, 2005). Ad esso i Paesi «importatori» possono cercar di porre rimedio sviluppando codici di *reclutamento etico* capaci di risarcire almeno parzialmente i Paesi esportatori, ad esempio finanziando la formazione di un numero di infermieri maggiore di quello reclutati (Martineau *et al.*, 2004).

5. I sistemi operativi

I sistemi operativi rappresentano il cuore della gestione del personale. Essi sono le regole, le procedure che, insieme alla struttura organizzativa, guidano il comportamento delle persone che lavorano in azienda (Airoldi, 1980). I sistemi operativi di gestione del personale sono orientati ad attrarre, trattenere, motivare, coordinare e sviluppare le risorse umane di cui l'azienda può disporre, orientandone i comportamenti al perseguimento dei fini aziendali.

Essi possono essere distinti in: pianificazione; ricerca e selezione; accoglimento e inserimento; dimensionamento degli organici; addestramento e formazione; valutazione delle posizioni; gestione delle carriere, mobilità interna e valutazione del potenziale; valutazione delle prestazioni; retribuzione; relazioni sindacali. Due questioni specifiche che riguardano le aziende sanitarie e rivestono importanza almeno per alcune categorie di professionisti riguardano la *malpractice* e i rapporti tra attività istituzionali e libera professione. Infine, funzioni spesso ricondotte alla gestione del personale sono la gestione del clima organizzativo, la comunicazione interna, il *knowledge management*.

Tali temi sono trattati in modo diseguale nei diversi Paesi occidentali, anche perché stimolati in gradi assai diversi dalla regolamentazione del lavoro e dei sistemi sanitari. Qui di seguito faremo riferimento principalmente all'Italia, in quanto la letteratura internazionale risulta troppo estesa e, per alcuni sistemi operativi, di rilevanza limitata per l'esperienza italiana.

La determinazione del fabbisogno e la pianificazione del personale

Rispetto ad altri settori, la pianificazione del personale riveste un'importanza relativa per le aziende sanitarie italiane (per un testo generale con riferimento alle aziende di servizi, si veda Marino e Patri 1990). Le aziende pubbliche risentono peraltro di una forte regolamentazione che spesso pone vincoli precisi alla possibilità di assumere il personale o comunque di decidere quali tipologie contrattuali adottare (per una riflessione circa le conseguenze di tali limiti nelle pubbliche amministrazioni, si veda Bonetti, 2004 o Bonetti e Danesi, 2004; per una visione giuridica su veda Verbaro, 2004). Più rilevante, sebbene assai problematico, risulta il dimensionamento interno degli organici, e cioè l'assegnazione delle risorse alle singole articolazioni organizzative (reparti, servizi, dipartimenti, ecc.). Le analisi e i tentativi di dare

razionalità al fabbisogno di personale sono numerosi, sviluppati in particolare per le attività di assistenza (in primo luogo all'interno della letteratura infermieristica; si veda De Pietro e Tereanu, 2005; Zanotti, 2003), ma non solo (per un'analisi relativa al lavoro dei radiologi si veda Pesaresi *et al.*, 2003). Un contributo specificamente dedicato all'organizzazione dei turni del lavoro infermieristico in ambito ospedaliero è Snaidero e Cavaliere (2003).

La flessibilità del lavoro e la scelta dei rapporti d'impiego

Un tema che negli ultimi anni ha suscitato notevole interesse riguarda le forme di reclutamento e d'impiego utilizzate. Si tratta di un argomento che ha acquistato rilevanza crescente a seguito degli ampi processi di esternalizzazione e terzizzazione che hanno caratterizzato le aziende sanitarie in anni recenti e a seguito delle innovazioni nel diritto del lavoro. Tralasciando questo ultimo aspetto (per il quale rimandiamo a Liebman 2004), qui ci soffermiamo sul considerare comunque la necessità per la funzione del personale di gestire un contesto nuovo, in cui le persone che giornalmente lavorano all'interno dell'azienda non sono necessariamente dipendenti. Ciò infatti comporta il venir meno della leva gerarchica per la gestione, cui devono sostituirsi capacità negoziale nel definire contratti adeguati e competenze di controllo. La scelta delle tipologie contrattuali può essere poi leva per una gestione delle carriere e delle motivazioni assai più flessibile di quella possibile un tempo (Negrelli e Quaratino 2001). Peraltro vale anche il viceversa: la flessibilità in alcuni casi – ed è una critica ricorrente sia all'interno delle aziende sia sugli organi di stampa – può trasformarsi in precarietà, con impatti rilevanti su motivazione, sicurezza personale o autostima, oltre ad avere ulteriori possibili effetti sul contesto sociale (per tutti e in generale, si rimanda a Gallino, 2001).

Con riferimento alle pubbliche amministrazioni italiane, il tema della flessibilità è trattato in Bandini e De Pietro (2003), D'Orta (2000), Dell'Olio (1999), Di Cocco *et al.* (2003), Poti (2002). Con riferimento alle aziende sanitarie pubbliche, si veda Grande (2001) per un approccio di matrice aziendale; Paton (2003) e Timellini (2001) per un'analisi giuridica. Un'analisi del recente fenomeno della somministrazione temporanea di lavoro (tipologia contrattuale che ha aggiornato e sostituito il lavoro interinale) da parte delle Agenzie per il lavoro, con riferimento in particolare al personale infermieristico, è in De Pietro (2005b).

L'arrivo e l'ingresso in azienda: reclutamento, selezione, inserimento, orientamento

Nonostante la rilevanza dei processi di reclutamento, selezione (Levati e Mariani, 2004), inserimento e orientamento del personale, esso non sembra accompagnato da un'abbondante letteratura. In generale, i temi relativi al reclutamento e alla selezione sono trattati con riferimento alle aziende sanitarie pubbliche e dunque ai meccanismi concorsuali (tra gli altri, si veda Pagnoni, 2001). I temi dell'accoglienza, dell'inserimento e dell'orientamento sono invece spesso analizzati all'interno di testi destinati al personale dell'assistenza con responsabilità di coordinamento (ad es. Lavallo, 2003).

La formazione

La specializzazione delle competenze detenute dai professionisti sanitari, insieme alle esigenze di tutela della salute degli utenti, rendono l'aggiornamento delle competenze tecnico-professionali un tema centrale in tale settore. Tipicamente la logica professionale fa sì che la responsabilità di questo aggiornamento e le sue modalità siano demandate al singolo professionista e agli attori professionali (ordini, collegi, associazioni, società scientifiche, ecc.): l'azienda per lo più «si fida» dell'etica professionale e quindi delle competenze garantite dalle specializzazioni o dall'appartenenza ad una professione (sul tema della certificazione professionale, si veda ad esempio Paladini *et al.*, 2001). A tale proposito valgano almeno due osservazioni:

– questo atteggiamento è in parte reso necessario dal fatto che i numeri delle persone che detengono determinate competenze specialistiche all'interno dell'organizzazione sono ridotti e quindi è difficile pensare a un monitoraggio sistematico da parte delle aziende o, a maggior ragione, alla possibilità per le aziende di fornire autonomamente tale aggiornamento;

– il programma Ecm ha stimolato una maggiore intraprendenza delle aziende nel settore della formazione anche tecnico-professionale. Ciò si è accompagnato allo sviluppo di vere e proprie politiche per la formazione, quando non anche all'organizzazione di corsi per i propri dipendenti e anche per l'esterno (sull'Ecm si veda, in generale, Regione Lombardia, 2004).

Maggiori spazi per l'azione aziendale riguardano le competenze comportamentali o quelle gestionali che dovrebbero essere relativamente diffuse all'interno dell'organizzazione. Ed è quindi ovvio che su tali tematiche la letteratura economico-aziendale sia più sviluppata (per la formazione manageriale nelle aziende sanitarie si veda Filosa Martone, 2001).

La valutazione delle posizioni, la gestione delle carriere e la mobilità interna

La valutazione delle posizioni collega in modo diretto la struttura organizzativa con la gestione del personale e in particolare coi sistemi di carriera (Salvemini, 1992). In Italia questi temi con riferimento alle aziende sanitarie hanno acquistato importanza soltanto negli ultimi anni, poiché tradizionalmente essi venivano gestiti con logiche concorsuali (Zangrandi e Bandini, 1992). Inoltre, e in generale, nel settore sanitario l'appartenenza alle professioni limita in modo sensibile i percorsi di carriera potenzialmente appetibili per i singoli professionisti, che resteranno comunque nell'ambito delle attività associate alle qualificazioni professionali possedute e spesso troveranno limiti non superabili anche nella carriera verticale (per fare un esempio semplice ma chiaro, un infermiere non potrà ovviamente svolgere le attività che sono affidate ai tecnici di radiologia medica, e – a meno di recenti e limitate possibilità aperte dai nuovi contratti collettivi – non potrà aspirare alla dirigenza).

Negli ultimi anni però i gradi dell'autonomia aziendale sono aumentati, soprattutto per la gestione dei dirigenti nelle aziende pubbliche. In queste ultime, il sistema dei cosiddetti incarichi ha richiesto un esercizio diffuso di graduazione delle posizioni. Nonostante le ambiguità di tali concetti quando applicati alle organizzazioni professionali, ciò ha dato vita a diversi contributi, come Carlucci *et al.* (2002), Longo (1997), Zangrandi (1997).

La valutazione delle prestazioni e il collegamento ai sistemi d'incentivazione

Un tema che ha riscosso estremo interesse in letteratura è quello della valutazione delle prestazioni individuali. Con ciò s'intendono usualmente sia i risultati raggiunti a fronte di obiettivi assegnati, sia i comportamenti mostrati a fronte di quelli attesi (Broglia, 1992).

Alcuni contributi che guardano a tali temi in generale ma con un taglio interessante per la sanità sono Capaldo e Zollo (1999) (per i collegamenti con il modello delle competenze), Decastri e Tomasi (2005), Wood e Marshall (1993). Particolarmente rilevante per i contesti molto professionalizzati – e quindi per la sanità – appaiono i sistemi di valutazione cosiddetti «a 360 gradi» (o *multi-source-feedback*), illustrati in Kavanagh (1997) e Mundell (2001).

Numerosi riferimenti riguardano la valutazione del personale nelle pubbliche amministrazioni (Caridi, 2001; Della Rocca, 2001; Rebora, 1999; Cantucci, 2000; Valotti, 1996) e in particolare dei dirigenti (Agenzia delle entrate, 2002; Della Rocca e Rampino, 2000; Della Rocca e Randi, 2001). Ciò si spiega con l'accento posto su tali sistemi dalla riforma del pubblico impiego – che sostanzialmente affida ai sistemi di valutazione il ruolo prima affidato ai concorsi – e ai contratti collettivi che hanno seguito il D.L.vo 29/1993 (tornata contrattuale relativa al quadriennio 1996-'99).

Con riguardo al settore sanitario – e, nella letteratura italiana, con riferimento per lo più alle aziende sanitarie pubbliche – sono disponibili analisi di inquadramento teorico (Casella e Giaccon, 2002a e 2002b; De Pietro, 2002a; Del Vecchio, 2000; Del Vecchio e De Pietro,

2002; Ippolito, 2003; Longo e Di Palo, 1995; Ruffini, 1999; Tyler e Evans, 2003), rilevazioni sistematiche (Adinolfi, 1998; Bandini e Urbelli, 2000; Bandini, 2002; Filannino, 2002), la descrizione di alcune esperienze (Baldantoni *et al.*, 2003; Bonetti *et al.*, 2001; De Pietro, 2002b; Oliviero, 1998; Simonetti e Taurino, 2002) e analisi di matrice giuridica (tra cui Boscati, 1999).

Altri due argomenti particolarmente rilevanti che riguardano i sistemi di prestazioni delle prestazioni delle performance si riferiscono:

– al collegamento con i sistemi di programmazione e controllo (e in particolare coi sistemi di *budget*) e di retribuzione. In generale si vedano Bubbio (1988) e Pilati (1992); per le aziende sanitarie si vedano Bergamaschi (2000), Bondonio *et al.* (2004), Casati e Valotti (1996), Modell (2000). Per alcune esperienze nel Ssn si rimanda a Casati *et al.* (1999) e Misuraca e Zambonin (2001);

– al ruolo e al funzionamento dei nuclei di valutazione, previsti – con alcune ambiguità – dai contratti collettivi di lavoro per le aziende sanitarie pubbliche (Rossetti e Russo, 1997; Ruffini, 1997).

Le politiche retributive e la libera professione

La retribuzione è l'elemento considerato centrale del sistema di ricompense offerte dalle organizzazioni alle persone che vi lavorano (Costa, 1992). Essa può variamente essere associata alle *responsabilità* affidate, alle *competenze* individuali, all'*impegno* mostrato, ai risultati raggiunti. La retribuzione è inoltre chiaramente collegata ad altri sistemi operativi di gestione del personale, quali i percorsi di carriera, la valutazione delle competenze e delle prestazioni, ecc.

Il tema della retribuzione, oltre che ad inquadramenti teorici generali (ad esempio Costa 1992), dà luogo a diversi lavori conoscitivi, tipo indagini retributive su settori economici o per ruoli specifici. Per una descrizione di tali indagini, si veda Aiuto e Galbiati (1992). Come esempio di indagine generale sugli stipendi del pubblico impiego si veda Dell'Aringa (1994 e 1998). Per un esempio relativo alle aziende pubbliche del Ssn, si veda De Pietro (2003b). Per il caso dei medici di medicina generale (Mmg) si veda Longo e Heller (2003).

Altri lavori, per lo più di matrice economica, guardano agli effetti dei sistemi di retribuzione sui comportamenti, specie con riferimento al tema delle asimmetrie informative e quindi ai possibili comportamenti opportunistici messi in atto dai lavoratori. Come esempio di tale letteratura, si vedano Clerico e Vanara (2001) per i dirigenti delle aziende sanitarie pubbliche italiane, Contini (2000) per il particolare meccanismo del plus-orario che era in uso nel Ssn, Levaggi (2001) per i Mmg.

I sistemi retributivi costituiscono anche un'informazione rilevante per il mercato del lavoro. In particolare, ciò acquista importanza nelle organizzazioni professionali, dove le logiche economiche sono affiancate da altre, riconducibili ai concetti di *servizio*, di *vocazione* e alla soddisfazione che i professionisti traggono dai contenuti intrinseci del proprio lavoro. In tal senso, si vedano ad esempio Baker (1997), Heyes (2005), Thornton ed Esposto (2003).

Un aspetto particolarmente importante per il contesto italiano – ma non solo – riguarda le attività private svolte fuori orario di servizio da parte di professionisti dipendenti (o comunque integrati nell'organizzazione) di aziende sanitarie. Nel caso delle aziende pubbliche Ssn, si tratta della libera professione intramuraria (Lpi), delle prestazioni acquistate dall'azienda per l'abbattimento delle liste di attesa, delle prestazioni offerte dall'area a pagamento aziendale. Le politiche retributive delle aziende devono infatti tener conto di tali redditi extra-contrattuali, pena la definizione di soluzioni poco capaci di incidere sui comportamenti e sulla motivazione.

Un quadro quantitativo della Lpi è in Assr (2004) e in Commissione affari sociali della Camera (2003). Contributi che inquadrano il problema nei suoi elementi strategici ed economici sono Casati (2000), Clerico (2002), Longo (1997), Mastrobuono (2000). Una ricognizione organizzativa e quantitativa del fenomeno è in De Pietro (2002c).

Il tema delle attività private, pur oggetto di attenta regolamentazione nel Ssn, è in realtà frequente e rilevante anche nelle aziende private e in altri sistemi sanitari. Con riferimento a questi ultimi, si consideri ad esempio il dibattito che – in condizioni simili a quelle del Ssn italiano – si è sviluppato in Israele (Ofer *et al.*, 2005; Shirom, 2001; Siegel-Itzkovich, 1999), o anche quello presente nel Regno Unito (Beecham, 2000; Humphrey e Russell, 2004; Light, 2000; Morant, 2000).

Le relazioni sindacali

Le relazioni sindacali in sanità sono influenzate da tre fattori:

- l'interesse dei pubblici poteri ad evitare scontri sindacali (ad esempio scioperi) in tale settore, a ragione della sensibilità sociale e politica dei servizi prestati, oltre ovviamente alla necessità di evitare l'interruzione dei servizi d'emergenza-urgenza o comunque di servizi necessari a tutelare la salute della collettività;
- la forte professionalità degli operatori e la presenza di ordini, collegi, associazioni professionali e società scientifiche, che toglie il monopolio della rappresentanza collettiva ai sindacati di estrazione politica, rende importante la presenza dei sindacati professionali e rende il quadro più complesso (De Pietro, 2005a);
- le elevate dimensioni delle aziende che erogano servizi sanitari e la rilevanza del pubblico impiego, entrambi fattori che portano a tassi di sindacalizzazione più elevati (Bordogna, 1998 e 1999).

Per un inquadramento generale sui sindacati e sulle relazioni sindacali nel terziario si vedano Carrieri (1995), Cella (2002) e Regalia (1990). Per un'analisi che guarda al ruolo dei sindacati nel pubblico impiego italiano dopo le riforme, si rimanda a Bordogna (2002), Dell'Aringa e Della Rocca (1999), Ronchi (1993), Russo (1995). Per le aziende pubbliche del Ssn, si vedano Marra (2004), Neri (2004), Tota (1995). Un utile esempio straniero è quello del National Health Service (Nhs) britannico, discusso in Seifert (1992).

La malpractice

Un tema emerso velocemente nel dibattito italiano riguarda la *malpractice* (e la presunta tale). I contributi più numerosi sono però apparsi finora sulla stampa (in particolare su *Il Sole 24 Ore Sanità*) e non hanno fatto l'oggetto di studi che considerano in modo esplicito o prioritario l'organizzazione o la gestione del personale (De Pietro, 2005a). Rimane in ogni caso evidente che accanto agli interventi di tipo legislativo, assicurativo e di *clinical risk management* (si veda, per tutti, Del Vecchio e Cosmi, 2003), occorra sviluppare riflessioni e competenze specifiche che inseriscano anche la gestione della *malpractice* tra gli elementi fondamentali per un'efficace politica e gestione del personale, soprattutto per alcuni professionisti che – per specialità clinica o ruolo organizzativo – sono particolarmente esposti a tale fenomeno.

Il clima organizzativo

Infine, un ultimo – ma non meno importante – tema da trattare riguarda i sistemi di rilevazione e di gestione del clima organizzativo. Negli ultimi anni le aziende sanitarie italiane hanno sviluppato numerose esperienze e sembra che tale sviluppo debba continuare. Dando per acquisita l'abbondante letteratura – per lo più di matrice psicologica – sviluppata in generale sul tema, qui ci limitiamo a indicare pochi riferimenti per un inquadramento delle teorie sulla motivazione (Herzberg, 1968; Quaglino, 1997), sulle sue implicazioni manageriali (Grandori, 1995), sui collegamenti col tema della cultura organizzativa e su esperienze condotte all'interno delle aziende sanitarie italiane (Borcic *et al.*, 2003; Caroli *et al.*, 2003;

Cavalli 1999; Santinello *et al.*, 2003). Un fenomeno collegato col clima organizzativo è poi quello delle assenze, sul quale si rimanda a Tofanini *et al.* (2001)

6. Le competenze di management

Nei paragrafi precedenti ci siamo occupati di gestione del personale assumendo l'ottica degli specialisti di tale funzioni (l'ufficio del personale, le persone che si occupano di relazioni sindacali o di formazione, nelle aziende sanitarie il servizio infermieristico e la direzione sanitaria, ecc.). L'efficacia della gestione del personale in sanità dipende però in buona parte dalle competenze gestionali di chi ha responsabilità dei servizi, delle unità operative, ecc. Qui non si tratterà tanto di conoscere le teorie della motivazione o organizzative per definire i migliori schemi retributivi, i migliori percorsi di carriera, i migliori processi di reclutamento e selezione, quanto di sviluppare competenze adeguate a gestire le aspettative dei collaboratori coi quali si lavora giorno per giorno, ad ascoltarne le richieste, a motivarli anche durante i picchi di attività, ecc.

La gestione del personale, rispetto ad altri sistemi operativi, è *diffusa* lungo l'intera struttura organizzativa e prevede un alto grado di delega nell'utilizzo degli strumenti operativi da parte dei *manager di linea* (coordinatori infermieristici, capi ufficio, capi *equipe* o responsabili delle unità operative, ecc.).

Le competenze rilevanti diventano allora la gestione dei conflitti, l'ascolto, la negoziazione, il coordinamento del lavoro di squadra, la *leadership*. Su tali temi, che esulano dall'oggetto principale di tale scritto e dalle competenze specifiche di chi scrive, si rimanda in generale a Rotondi e Saggin (2002), Arrington *et al.* (1994) e Mintzberg (2002).

7. Uno sguardo al futuro

La rassegna condotta fin qui evidenzia ampi spazi per la ricerca e per ulteriori approfondimenti. Soprattutto con riferimento alle aziende italiane, il passaggio da un contesto «in cui la “questione del personale” era in larga parte ricondotta a numeri e soldi» (Lega, 2005) ad uno in cui le aziende – anche quelle pubbliche – dispongono di spazi crescenti di autonomia, chiama ad un profondo rinnovamento la gestione delle risorse umane. In altri termini, rende necessario definire il ruolo, gli obiettivi, le competenze professionali e i sistemi operativi capaci di affrontare nuove sfide e risolvere vecchi problemi.

Accanto ai temi che si trovano ad affrontare tutte le aziende italiane, quelle sanitarie sembrano chiamate in futuro a perseguire e rafforzare il percorso di responsabilizzazione organizzativa dei professionisti, evitando al contempo di mortificarne i valori professionali, le aspirazioni, le capacità d'innovazione. La specializzazione crescente, la rilevanza e i costi della tecnologia, rendono evidente l'apporto dell'organizzazione (in termini di strutture logistiche e professionali, tecnologia, reputazione e relazioni di mercato, ecc.) al lavoro del professionista e impongono quindi un parallelo aumento del grado di appartenenza organizzativa.

Un tema collegato a quest'ultimo riguarda la capacità delle aziende di gestire rapporti contrattuali differenziati (dipendenti a tempo indeterminato e determinato, a tempo pieno o parziale, collaboratori esterni, consulenti, somministrazione di lavoro, servizi appaltati, ecc.) pur mantenendo unitarietà d'azione ed evitando effetti negativi sulla motivazione dei singoli (Nolan, 2004; Trentin, 2002).

Un ambito particolarmente interessante ma oggetto di poche analisi di tipo economico-aziendale, è quello dei policlinici, in cui le funzioni di didattica, ricerca e assistenza rendono necessaria una gestione di ruoli multipli che rispondono a gerarchie e logiche parzialmente diverse (università e Ssn), con evidenti ripercussioni sulla gestione di professionisti/docenti universitari (Braga e Longhi, 2004).

Un altro aspetto che probabilmente acquisterà importanza in un prossimo futuro deriva dalla forte accelerazione della presenza di lavoratori stranieri nelle aziende sanitarie di tante regioni italiane. Ciò comporta la necessità di saper gestire adeguatamente aspettative culturali diverse e in alcuni casi potrebbe rendere opportuno anche offrire servizi che facilitino il

benessere extra-lavorativo e l'integrazione di questi lavoratori, quali, ad esempio, il supporto nella ricerca degli alloggi o l'organizzazione di corsi avanzati di lingua italiana.

Ancora, negli ultimi anni diverse aziende hanno avviate alcune prime esperienze esplicitamente orientate a costruire modelli di gestione per competenze del personale e, spesso in parallelo, sistemi di gestione delle conoscenze. Si tratta evidentemente di una sfida che è allo stesso tempo particolarmente ardua e stimolante in un ambito così fortemente professionalizzato. D'altro canto, è evidente che finora le aziende sanitarie hanno fatto forse troppo poco per socializzare e rendere patrimonio organizzativo le competenze individuali dei professionisti (Belcari e Mele, 2003; Mele e Tozzi, 2004).

Infine, ma non meno importante, è necessario che in futuro le aziende sanitarie italiane sviluppino adeguati sistemi per valutare risultati ed efficienza della gestione del personale (Strasser e Dansky, 1994). Quanto fatto in tal senso è ancora insufficiente.

Note

1. Un filone di ricerca, almeno in parte collegato ai precedenti, è quello che ha sviluppato le proprie riflessioni sulla natura e il ruolo della conoscenza nei processi e per la funzionalità delle organizzazioni (Bonifacio *et al.*, 2002; Rullani, 2004; Mayo, 2001; Prusak, 2000; Senge, 1990).
2. Tra gli articoli e i libri disponibili in quegli anni o comunque prima delle riforme degli anni novanta, si vedano Fiorentini (1988 e 1992) e Vaccani (1988).
3. In parte si tratta di una trascuratezza spiegabile col fatto che, a differenza di commercialisti e avvocati, i professionisti sanitari per lo più operano all'interno di aziende e quindi in contesti organizzativi, distaccandosi quindi maggiormente dal modello tradizionale della *professione liberale*.
4. L'urgenza del fenomeno è testimoniata, tra gli altri aspetti, dalla recente pubblicazione di un testo espressamente destinato agli infermieri stranieri che svolgono la propria professione in Italia (Muttillio *et al.*, 2005).

B I B L I O G R A F I A

- ABERNETHY M.A., STOELWINDER J.U. (1995), «The role of professional control in the management of complex organizations», *Accounting, Organizations and Society*, 20(1), pp. 1-7.
- ADINOLFI P. (1998), «Performance-related pay for health service professionals: the Italian case», *Health Services Management Research*, 11, pp. 211-20.
- AGENZIA DELLE ENTRATE (2002), *Sirio – Sistema Integrato di Risultati, Indicatori ed Obiettivi. Metodologia di valutazione dei dirigenti. Guida per i valutati e i valutatori*, Agenzia per le entrate, Roma.
- AIROLDI G. (1980), *I sistemi operativi*, Giuffrè, Milano.
- AIUTO G., GALBIATI M. (1992), «Le indagini retributive e le decisioni di politica retributiva», in G. Costa (a cura di), *Manuale di gestione del personale*, vol. II, UTET, Torino.
- ANAND S., BÄRNIGHAUSEN T. (2004), «Human Resources and health outcomes: cross-country econometric study», *Lancet*, 364, pp. 1603-9.
- ANTONAZZO E. *et al.* (2003), «The labour market for nursing: a review of the labour market supply», *Health Economic*, vol. 12, pp. 465-478.
- ARRINGTON B., *et al.* (1994) «Leadership development», in M.D. Fottler *et al.* (a cura di), *Strategic Management of Human Resources in Health Services Organizations*, Delmar, Albany.
- ASSR (2004), «Dati di sintesi sulla libera professione intramuraria», *Monitor*, 2(7), pp. 76-82.
- AUTERI E. (2001), *Management delle risorse umane. Fondamenti professionali*, Terza edizione, Guerini e associati, Milano.
- BACH S., SISSON K. (a cura di) (2000), *Personnel management. A comprehensive guide to theory and practice*, Blackwell, Oxford.
- BAKER R. (1997), «Doctors should beware of asking for too high a salary», *British Medical Journal*, 315, p. 954.
- BALDANTONI E. *et al.* (2003), «La valutazione dei dirigenti medici dell'azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento: un'applicazione concreta del modello EFQM per l'eccellenza», *Tendenze nuove*, 3, pp. 263-80.
- 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 E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.
- BANDINI F., DE PIETRO C. (2003), «La flessibilità nella Pubblica Amministrazione», in M.C. Bombelli, D. Cuomo (a cura di), *Il tempo al femminile*, Etas, Milano.
- BANDINI F., URBELLI G. (2000), «Valutazione e progressione di carriera: le novità introdotte dal contratto del personale del comparto», in E. Anessi Pessina, E.

- Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- BEECHAM L. (2000), «MPs say NHS consultants should not do private work», *British Medical Journal*, 321, pp. 133-4.
- BEECHAM L. (2003), «BMA chairman criticises erosion of clinical autonomy», *British Medical Journal*, 327, p. 8.
- BELCARI G., MELE T. (2003), «Knowledge management e aziende sanitarie pubbliche: l'esperienza della Asl di Pisa», *Mecosan*, 45, pp. 59-75.
- BENCI L. (2005), *Aspetti giuridici della professione infermieristica. Elementi di legislazione sanitaria*, 4a ediz., McGraw-Hill, Milano.
- BERGAMASCHI M. (2000), «Il collegamento tra budget e sistema premiante nelle aziende sanitarie», in G. Casati (a cura di): *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- BERLINER H. et al. (2002), «The health care workforce in Los Angeles county and New York City: a comparison and analysis», *International Journal of Health Services*, 32(2), pp. 299-13.
- BLOOR K., MAYNARD A. (2003), *Planning human resources in health care: towards an economic approach: an international comparative review*, Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa.
- BOLDIZZONI D. (1997), «La funzione personale e organizzazione», in G. Costa, R.C.D. Nacamulli (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale. Volume 3. I processi, i sistemi e le funzioni aziendali*, UTET, Torino.
- BOLDIZZONI D. (a cura di) (2003), *Management delle risorse umane*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- BOLDIZZONI D., MANZOLINI L. (a cura di) (2001), *Creare valore con le risorse umane*, Guerini e associati, Milano.
- BONDONIO P. et al. (2004), «Un (buon) budget aziendale all'opera: discussione di un caso», *Politiche sanitarie*, 5(4), pp. 184-96.
- BONETTI A. et al. (2001), «Il processo di valutazione dei dirigenti: una proposta per l'azienda ospedaliera "Spedali Civili di Brescia"», *Mecosan*, 38, pp. 131-50.
- BONETTI A. et al. (2004), «Dai carichi di lavoro alla gestione dinamica degli organici», *Risorse umane nella pubblica amministrazione*, 5.
- BONETTI A., DANESI G. (2004), «I limiti all'assunzione di personale: impulso alla produttività o impedimento all'economicità?», *Azienda pubblica*, 1, pp. 83-100.
- BONIFACIO M. et al. (2002), «Knowledge e management: sono compatibili?», *Economia e management*, 3, pp. 69-80.
- BORCIC L. et al. (2003), «Il clima organizzativo: l'esperienza dell'Azienda ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone», *Mecosan*, 45, pp. 121-31.
- BORDOGNA L. (1998), «La rappresentanza sindacale nel pubblico impiego alla metà degli anni '90. Un'analisi quantitativa», in C. Dell'Aringa (a cura di), *Rapporto ARAN sulle retribuzioni 1997*, Franco Angeli, Milano.
- BORDOGNA L. (1999), «Il fattore dimensionale nelle relazioni sindacali e nella contrattazione collettiva in azienda», in F. Traù (a cura di), *La «questione dimensionale» nell'industria italiana*, il Mulino, Bologna.
- BORDOGNA L. (2002), «La contrattazione integrativa e la gestione del personale nelle pubbliche amministrazioni. Un'indagine sull'esperienza 1998-2001», *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, 5(1), pp. 5-57.
- BORGONOV E. (1997), «Dai nuovi contratti del pubblico impiego stimoli reali ai cambiamenti delle pubbliche amministrazioni», *Azienda pubblica*, 1, pp. 11-4.
- BORGONOV E. (1998), «Rinnovate spinte al cambiamento dalla modifica del sistema di accesso al pubblico impiego», *Azienda pubblica*, 6, pp. 621-3.
- BORGONOV E. (2002), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Terza edizione, Egea, Milano.
- BORGONOV E. (2004), «Dalla gestione amministrativa alla gestione manageriale», in Formez - Dipartimento della Funzione Pubblica per l'Efficienza delle Amministrazioni, *Gestione delle risorse umane. Strumenti ed orientamenti. La privatizzazione del lavoro pubblico 1993-2003*, Formez, Roma.
- BORGUEIL Y. et al. (2001), «La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume-Uni», *Etudes et Résultats* 120, DREES - Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et de la Statistique.
- BOSCATI A. (1999), «Le verifiche cui sono soggetti i dirigenti sanitari a seguito dell'emanazione del D.Lgs. n. 229/1999», *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, pp. 1309-17.
- BRAGA M., LONGHI T. (2004), «L'esperienza dei policlinici universitari», *Organizzazione sanitaria*, 1-2, pp. 33-40.
- BRENNAN T. et al. (2002), «Medical professionalism in the new millennium: a physician charter», *Annals of Internal Medicine*, 136(3), pp. 243-6.
- BROGLIO A. (1992), «Il sistema di valutazione delle prestazioni», in G. Costa (a cura di), *Manuale di gestione del personale*, UTET, Torino.
- BUBBIO A. (1988), «I sistemi di pianificazione e controllo e i meccanismi di incentivazione: le congiunzioni», in F. Amigoni (a cura di), *Misurazioni d'azienda. Programmazione e controllo*, Volume II, Giuffrè, Milano.
- BUCHAN J. (2004), «International rescue? The dynamics and policy dimensions of the international recruitment of nurse to the UK», *Journal of Health Services Research and Policy*, 9(suppl1), pp. 10-6.
- BUTTIGNON F. (1996), *Le competenze aziendali. Profili di analisi, valutazione e controllo*, UTET, Torino.
- CAMERINO D. et al. (2004), «L'intenzione di lasciare la professione infermieristica», *La Medicina del Lavoro*, 95(5), pp. 354-64.
- CAMUFFO A. (1996), «Competenze. La gestione delle risorse umane tra conoscenza individuale e conoscenza organizzativa», *Economia e management*, 2, pp. 67-81.
- CAPALDO G., ZOLLO G. (1999), «La valutazione delle risorse umane basata sulle competenze: aspetti teorici ed evidenze empiriche», *Studi organizzativi*, 3, pp. 61-91.
- CARIDI A. (2001), «Il progetto competenze per il potenziale», in G. Della Rocca (a cura di), *La valutazione e la retribuzione delle prestazioni. Esperienze e materiali*, Rubbettino, Soveria Mannelli.

- CARLUCCI M. *et al.* (2002), «Il processo di graduazione delle funzioni nell'A.O. Santa Maria degli Angeli di Pordenone», *Mecosan*, 42, pp. 133-46.
- CAROLI M., *et al.* (2003), «Il clima organizzativo in sanità. Indagine su 4500 dipendenti in due aziende dell'Emilia Romagna», *Tendenze nuove*, 6, pp. 501-14.
- CARRIERI M. (1995), *L'incerta rappresentanza*, il Mulino, Bologna.
- CASATI G. (2000), «Aspetti economici connessi all'avvio della libera professione intramuraria», *Organizzazione Sanitaria*, 2/3, pp. 49-53.
- CASATI G. *et al.* (1999), «L'utilizzo del budget per l'incentivazione nelle aziende sanitarie pubbliche: il caso dell'A.P.S.S. trentina», *Mecosan*, 32, pp. 93-105.
- CASATI G., VALOTTI G. (1996), «Il collegamento tra sistema di budget e sistema di incentivazione nelle Aziende ospedaliere: una possibile metodologia», *Mecosan*, 17, pp. 59-75.
- CASELLA A., GIACON L. (2002a), «Applicare il Ccnl: la valutazione delle prestazioni del comparto (prima parte)», *Agenzia Sanitaria Italiana*, 37, pp. 15-23.
- CASELLA A., GIACON L. (2002b), «Applicare il Ccnl: la valutazione delle prestazioni del comparto (seconda parte)», *Agenzia Sanitaria Italiana*, 38, pp. 15-24.
- CASSESE S. (2000), «Le riforme della pubblica amministrazione italiana», *Il Lavoro nelle Pubbliche Amministrazioni*, vol. III n. 6, pp. 1007-17.
- CAVALLI L. (1999), «Indagine sul clima aziendale nell'Azienda USL di Piacenza», in U. Wienand, R. Cinnotti, F. Prandi (a cura di), *Il miglioramento continuo nelle aziende sanitarie*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- CELLA G.P. (2002), *Il sindacato*, 2a edizione, Laterza, Bari-Roma.
- CLERICO G. (2002), «L'attività intramoenia: aspetti economici e istituzionali», in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2002*, il Mulino, Bologna.
- CLERICO G., VANARA F. (2001), «Analisi economica e contratto della dirigenza pubblica», in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2001*, il Mulino, Bologna.
- COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA (2003), «Indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della normativa sull'esercizio della libera professione medica intramuraria. Documento conclusivo», *Panorama della sanità*, 14, pp. 81-8.
- CONTINI V. (2000), «Dal plus orario al budget: un'azienda sanitaria alla ricerca del miglior utilizzo delle risorse», *Mecosan*, 33, pp. 75-6.
- COSTA G. (1992), «Le politiche retributive», in G. Costa (a cura di), *Manuale di gestione del personale. Volume II*, UTET, Torino.
- COSTA G. (1995), «Il personale pubblico fra continuità e sviluppo», in B. Dente *et al.*, *Riformare la Pubblica Amministrazione*, Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli, Torino.
- COSTA G. (1997), *Economia e direzione delle risorse umane. Seconda edizione*, UTET, Torino.
- COSTA G. (a cura di) (1992a), *Manuale di gestione del personale*, voll. 1 e 2, UTET, Torino.
- COSTA G., PIOVESAN P. (1986), *La gestione del personale nelle Unità Sanitarie Locali*, CEDAM, Padova.
- D'ANTONA M. (1996), «La neolingua del pubblico impiego riformato», *Lavoro e diritto*, X(2), pp. 237-51.
- D'ANTONA M. (2000), *Il lavoro delle riforme. Scritti 1996-1999*, Editori Riuniti, Roma.
- D'ORTA C. (2000), «Introduzione ad un ragionamento sulla flessibilità del lavoro nelle pubbliche amministrazioni», *Il Lavoro nelle Pubbliche Amministrazioni*, III(3-4), pp. 515-27.
- DALLAIRE C. *et al.* (2003), «La profession infirmière au Québec: les défis majeures qui persistent», in Lemieux V. *et al.* (a cura di), *Le système de santé au Québec*, Les Presses de l'Université Laval, Québec.
- DAVIES C. (2004), «Regulating the health care workforce: next steps for research», *Journal of Health Services Research*, 9(suppl 1), pp. S55-61.
- DE MARTIN G.C. (a cura di) (1999), *Il nuovo assetto del lavoro pubblico. Bilanci della prima tornata contrattuale, nodi problematici, prospettive*, Franco Angeli, Milano.
- DE PIETRO C. (2001), «La gestione del personale nelle aziende sanitarie», *Mecosan*, 36, pp. 176-83.
- DE PIETRO C. (2002a), «L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: le politiche e la valutazione del personale», *Mecosan*, 43, pp. 67-81.
- DE PIETRO C. (2002b), «La valutazione del personale dirigente quale strumento di sviluppo organizzativo: il caso di un'azienda sanitaria territoriale», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- DE PIETRO C. (2002c), «Libera professione intramuraria: due esperienze a confronto», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.
- DE PIETRO C. (2003a), «Autonomia professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale», *Mecosan*, 48, pp. 9-37.
- DE PIETRO C. (2003b), «Le retribuzioni nella sanità pubblica: una prima analisi quali-quantitativa in due aziende», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- DE PIETRO C. (2004a), «Burocrazie professionali e gestione del personale: ultimi sviluppi nelle aziende del Ssn», *Economia e management*, 5, pp. 58-9.
- DE PIETRO C. (2005a), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, McGraw-Hill, Milano.
- DE PIETRO C. (2005b), «Il lavoro interinale degli infermieri: il punto di vista delle Agenzie per il Lavoro», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di): *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Egea, Milano.
- DE PIETRO C., TEREANU C. (2005), «Carichi di lavoro e fabbisogno di personale nelle aziende del Ssn: criticità e prospettive», *Mecosan*, 55, pp. 65-85.
- DECASTRI M., TOMASI D. (2005), «La valutazione della prestazione: costoso rito politico o strumento di convenienza organizzativa?», in D. Bodega (a cura di), *Organizzare a misura d'uomo*, McGraw-Hill, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2000), «La valutazione del personale: alcune riflessioni sull'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche», *Azienda pubblica*, 13(2-3), pp. 159-68.

- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M., COSMI L. (a cura di) (2003), *Il risk management nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- DEL VECCHIO M., DE PIETRO C. (2002), «La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- DELL'ARINGA C. (1994), «Conclusioni riassuntive» in idem (a cura di), *Le carriere retributive nel pubblico impiego italiano*, Franco Angeli, Milano.
- DELL'ARINGA C. (a cura di) (1998), *Rapporto Aran sulle retribuzioni, 1997*, Franco Angeli, Milano.
- DELL'ARINGA C., DELLA ROCCA G. (1999), «La riforma della contrattazione collettiva e le prerogative della dirigenza nell'Amministrazione Pubblica italiana», in C. Dell'Aringa, G. Della Rocca (a cura di), *Razionalizzazione e relazioni industriali nella pubblica amministrazione*, Franco Angeli, Milano.
- DELL'OLIO M. (1999), «Istituti di flessibilità: tempo parziale, tempo determinato, mansioni», in G.C. De Martin (a cura di), *Il nuovo assetto del lavoro pubblico. Bilanci della prima tornata contrattuale, nodi problematici, prospettive*, Franco Angeli, Milano.
- DELLA ROCCA G. (2001), «Il "modello delle competenze" per la valutazione delle prestazioni», in G. Della Rocca (a cura di), *la valutazione e la retribuzione delle prestazioni. Esperienze e materiali*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- DELLA ROCCA G., BACH S. (2000), «The Management Strategies of Public Service Employers in Western Europe», paper presentato all'Incontro Assi - Ise Bocconi, 27 marzo.
- DELLA ROCCA G., RAMPINO L. (2000), «Retribuzione e valutazione del personale dirigente», *Arannewsletter maggio/giugno*, pp. iii-xxiv.
- DELLA ROCCA G., RANDI G. (2001), «Un sistema multivariato per la valutazione dei dirigenti», in G. Della Rocca (a cura di), *La valutazione e la retribuzione delle prestazioni. Esperienze e materiali*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- DI COCCO D. et al. (2003), *Gli istituti di lavoro flessibile nella pubblica amministrazioni e nelle autonomie locali. Una indagine sui dati quantitativi del biennio 2000-2001*, www.aranagenzia.it/homearan.nsf/Documenti regioniEELLN (visitato il 7 gennaio 2004).
- DRAGONETTI S. et al. (2002), *Il personale delle aziende sanitarie*, Seconda edizione, Giuffrè, Milano.
- DUBOIS C.-A. et al. (2006), «Human resources for health in Europe», in idem (a cura di), *Human resources for health in Europe*, Open University Press, Maidenhead.
- EDWARDS N. et al. (2002), «Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?», *British Medical Journal*, 324, pp. 835-8.
- FARNHAM D., HORTON S. (2000), «The flexibility debate», in D. Farnham, S. Horton (a cura di), *Human resources flexibilities in the public services. International perspectives*, Macmillan, London.
- FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI (s.i.d.), *Indagine sulla formazione universitaria degli infermieri. Rapporto 2003-2004*, www.ipasvi.it (visitato in marzo 2005).
- FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI (s.i.d.), *Laurea specialistica in Scienze infermieristiche: i candidati, gli ammessi, le prove*, www.ipasvi.it (marzo 2005).
- FELDSTEIN P.J. (2002), *Health Care Economics*, 2nd edition, John Wiley & Sons, New York.
- FILANNINO C. (a cura di) (2000), «Forum sulle professioni sanitarie», *Mecosan*, 35, pp. 77-100.
- FILANNINO C. (2002), «Sviluppo di carriera e valutazione professionale del personale dirigente: un'analisi delle aziende lombarde», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.
- FILIOSA MARTONE R. (2001), *La formazione manageriale in sanità: obbligo istituzionale o scelta strategica?*, Giappichelli, Torino.
- FIORENTINI G. (1988), «Logiche e meccanismi operativi di gestione del personale nelle Usl e negli ospedali», in E. Borgonovi et al., *L'organizzazione dell'ospedale*, McGraw-Hill, Milano.
- FIORENTINI G. (1992), «Direzione del personale nell'U.S.I.: mito o realtà?», *Mecosan*, 3, pp. 62-8.
- FOLLAND S. et al. (2001), *The economics of health and health care*, 3rd edition, Prentice Hall, Upper Saddle River.
- FOTTLER M.D et al. (a cura di) (1994), *Strategic Management of Human Resources in Health Services Organizations*, Delmar, Albany.
- FREIDSON E. (1994), *Professionalism reborn, Theory, profecy and policy*, Chicago University Press, Chicago.
- FREIDSON E. (2001), *Professionalism: The Third Logic*, Chicago University Press, Chicago (trad. it. *Professionalismo. La terza logica*, Dedalo, Bari 2002).
- FREIDSON E. (2002), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- GALLINO L. (2001), *Il costo umano della flessibilità*, Laterza, Roma-Bari.
- GRANDE R. (2001), «Nuove opportunità di flessibilità nei rapporti di lavoro delle amministrazioni e aziende pubbliche», *Mecosan*, 38 pp. 47-56.
- GRANDORI A. (1995), «Ritorno al futuro; la motivazione e le capacità delle persone come fonte di efficacia organizzativa», *Sviluppo e organizzazione*, 147.
- GRUMBACH K. (2002), «Fighting hand to hand over physician workforce policy: The invisible hand of the market meets the heavy hand of government planning», *Health Affairs*, 21(5), pp.13-27.
- HALL J. (2005), «Health care workforce planning: can it ever work?», *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(2), pp. 65-6.
- HASSELHORN H.-M. et al. (a cura di) (2003), *Working condition and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, National Institute for Working Life, Stockholm.
- HEITLINGER A. (2003), «The paradoxical impact of health care restructuring in Canada on nursing as a profession», *International Journal of Health Services*, 33(1), pp. 37-54.
- HERZBERG F. (1968), «One more time: how do you motivate employees?», *Harvard Business Review*.

- HEYES A. (2005), «The economics of vocation or ‘why is a badly paid nurse a good nurse?’», *Journal of Health Economics*, 24, pp. 561-9.
- HOLMAS T.E. (2002), «Keeping nurses at work: a duration analysis», *Health Economics*, 11(6) pp. 493-503.
- HONGORO C., MCPAKE B. (2004), «How to bridge the gap in human resources for health», *Lancet*, 364, pp. 1451-6.
- HUMPHREY C., RUSSELL J. (2004), «Motivation and values of hospital consultants in south-east England who work in the national health service and do private practice», *Social Science and Medicine*, 59, pp. 1241-50.
- IPPOLITO A. (2003), *La valutazione del personale negli enti locali e nelle aziende sanitarie*, CEDAM, Padova.
- JANISZEWSKI GOODIN H. (2003), «The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature», *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), pp. 335-50.
- KAVANAGH M. (1997), «360 Degree Feedback Systems», *Group and Organization Management*, 22(2).
- LANCET (the) (2000), «Medical migration and inequity of health care», *Lancet*, 356, 177.
- LAVALLE T. (2003), *Dirigere le risorse umane*, Carocci, Roma.
- LEGA F. (1998), «Gestire il personale delle aziende ospedaliere pubbliche: dal criterio di legittimità allo sviluppo di una possibile imprenditorialità governata», *Sanità pubblica*, pp. 903-44.
- LEGA F. (2005), «Il futuro del personale: da soggetti amministrati a risorsa da valorizzare», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 17-23 maggio, pp. 24-5.
- LEGA F., DE PIETRO C. (2005), «Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy», *Health Policy*, 74(3), pp. 261-81.
- LEVAGGI R. 2001. «Medici di base: ruolo e forme di remunerazione», in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sociali in Italia 2001*, il Mulino, Bologna.
- LEVATI W., MARIANI M.G. (2004), *Assessment center. Dalla teoria alla pratica professionale*, Carocci, Roma.
- LIEBMAN S. (2004), «Diritto del lavoro: dal Libro Bianco al D.Lgs. 276 del 2003», *Economia e management*, 6, pp. 53-60.
- LIGHT D. (1995), «Countervailing powers. A framework for professions in transition», in T. Johnson *et al.* (a cura di), *Health Professions and the State in Europe*, Routledge, London.
- LIGHT D. (2000), «The two tier syndrome behind waiting lists», *British Medical Journal*, 320, p. 1349.
- LONGO F. (1997), «La graduazione delle posizioni nelle aziende sanitarie: due modelli operativi a confronto», *Mecosan*, 24, pp. 89-105.
- LONGO F. (2000), «Organizzazione e gestione del personale», in M. Bergamaschi (a cura di), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- LONGO F. (a cura di) (1997), *L'area a pavimento nelle Aziende Sanitarie Pubbliche. Strategia e gestione dell'offerta di servizi a pavimento e della libera professione*, il Sole-24 Ore Libri, Milano.
- LONGO F., DI PALO L. (1995), «Linee di indirizzo per l'applicazione delle nuove norme contrattuali relative alla incentivazione del personale non medico», *Mecosan*, 4, pp. 52-5.
- LONGO F., HELLER L. (2003), «La quota retributiva variabile dei Mmg: analisi di due casi aziendali», *Mecosan*, 47, pp. 57-71.
- MARINO G., PATRI F. (1990), *Pianificazione quantitativa delle risorse umane nei servizi*, Franco Angeli, Milano.
- MARRA F. (2004), «Le relazioni sindacali nelle aziende sanitarie», *Sanità pubblica e privata*, 11/12, pp. 1069-100.
- MARTINEAU T. *et al.* (2004), «“Brain drain” of health professionals: from rhetoric to responsible action», *Health Policy*, 70, pp. 1-10.
- MASTROBUONO I. (2000), «L'esercizio della libera professione intramuraria nella normativa nazionale», *Organizzazione Sanitaria*, 2/3, pp. 5-16.
- MAYO A. (2001), *The human value of the enterprise*, Nicolas Brealey, London.
- MCGILLIS L., KIESNERS D. (2005), «A narrative approach to understanding the nursing work environment in Canada», *Social Science and Medicine*, 61, pp. 2482-91.
- MELE V., TOZZI V. (2004), «Il knowledge management nella pubblica amministrazione», *Economia e management*, 2, pp. 46-7.
- MELOCCHI L., TOUSIJN W (2004), «Oltre il declino: autonomia professionale e rinnovamento del professionalismo medico», *Salute e società*, III(1).
- MINTZBERG H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, il Mulino, Bologna.
- MINTZBERG H. (1998), «Covert leadership: notes», *Harvard Business Review*, novembre-dicembre, pp. 140-7.
- MINTZBERG H. (2002), «Managing care and cure – up and down, in and out», *Health Services Management Research*, 15(3), pp. 193-206.
- MISURACA D., ZAMBONIN E. (2001), «Il sistema di controllo interno e la valutazione dei dirigenti nelle aziende sanitarie», *Mecosan*, 37, pp. 71-6.
- MODELL S. (2000), «Integrating management control and human resource management in public health care: Swedish case study evidence», *Financial Accounting and Management*, 16(1), pp. 33-53.
- MORANT H. (2000), «Consultants profit too much from private work, says health secretary», *British Medical Journal*, 320, p. 1428.
- MUNDELL B. (2001), «Multi-Source Feedback: verso a delega delle responsabilità per le carriere», *Economia e management*, 2, pp. 28-30.
- MUTTILLO G. *ET AL.* (2005), *Essere infermieri in Italia. Guida all'esercizio della professione per infermieri non comunitari*, McGraw-Hill, Milano.
- NEGRELLI S., QUARATINO L. (2001), «La sfida della flessibilità nei rapporti di lavoro», in D. Boldizzoni, L. Manzolini (a cura di), *Creare valore con le risorse umane*, Guerini e associati, Milano.
- NERI S. (2004), «Le riforme tra collaborazione e conflitto. Il caso dell'Azienda ospedaliera Careggi di Firenze », in L. Bordogna, A.M. Ponzellini (a cura di), *Qualità del lavoro e qualità del servizio negli ospedali*, Carocci, Roma.
- NEWMAN K., MAYLOR U. (2002), «The NHS Plan: nurse satisfaction, commitment and retention strategies», *Health Services management research*, 15(2), pp. 93-105.

- NOLAN P. (2004), «The changing world of work», *Journal of Health Services Research and Policy*, 9(suppl1), pp. 3-9.
- NOMDEN K. *et al.* (2003), «Collective bargaining in public services. Some European comparisons», *The International Journal of Public Sector Management*, 16(6), pp. 412-23.
- NORMANN R. (1985), *La gestione strategica dei servizi*, Etas, Milano (trad. it. Di *Service management. Strategy and leadership in service business*, 1984).
- NULLIS-KAPP C. (2005), «Efforts under way to stem "brain drain" of doctors and nurses», *Bulletin of the World Health Organization*, 83(2), pp. 84-5.
- O'BRIEN-PALLAS L. *et al.* (2001), «Integrating Workforce Planning, Human Resources, and Service Planning», *Human Resources Development Journal*, 5(1-3), pp. 2-16.
- OCSE (2004), *Eco-Salute 2004*, CD Rom (www.oecd.org).
- OECD (2005), *Skill-mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles*, OECD Health Working Papers n. 17, OECD, Paris.
- OFER G. *et al.* (2005), *Selecting your surgeon. The private-public mix in public hospitals in Jerusalem. Considerations of efficiency and equity*, paper presented at the Workshop on Health Economics, Venice Summer Institute 2005, Venice International University, San Servolo, 22-23 July.
- OLIVIERO N. (a cura di) (1998), *La valutazione dei dirigenti nella Pubblica Amministrazione. Con il caso dell'Azienda Ospedaliera santa Croce e Carle di Cuneo*, Franco Angeli, Milano.
- OLMETI S. (1998), «Innovazioni contrattuali, sistemi di ricompensa e sviluppo del personale negli enti locali (parte prima)», *Azienda pubblica*, 6, pp. 641-56.
- OLMETI S. (1999), «Innovazioni contrattuali, sistemi di ricompensa e sviluppo del personale negli enti locali (parte seconda)», *Azienda pubblica*, 1-2, pp. 41-68.
- ORS - DRESS (2000), *Approche de la démographie médicale en Ile-de-France*, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France et Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France.
- PNONI G. (2001), *Assunzioni e concorsi nelle A.U.S.L. e nelle aziende ospedaliere*, II edizione, Maggioli, Rimini.
- PALADINI D., *et al.* (2001), «Accreditamento per gli operatori in ecografia ostetrica. Significato e procedure», *Tendenze nuove*, 1, pp. 103-9.
- PALESE A. (2004), «L'evoluzione della carenza di infermieri in dieci aziende sanitarie a due anni dalla prima rilevazione», *Mecosan*, 51, pp. 93-100.
- PALESE A. *et al.* (2001), «Le strategie per affrontare la carenza di infermieri in undici aziende sanitarie: un'analisi descrittiva», *Assistenza infermieristica*, 20(4), pp. 203-10.
- PALESE A., PITACCO G. (2004), *Essere infermieri oggi. Alcuni nodi problematici di una professione che cresce*, «I quaderni dell'infermiere» n. 9, IPASVI, Roma.
- PANEBIANCO A. (1986), «Burocrazie pubbliche», in Pasquino G. (a cura di), *Manuale di scienza della politica*, il Mulino, Bologna.
- PATON M. (2003), «Part-time e dipendenti pubblici nel comparto sanità», *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, VI(1), pp. 145-64.
- PENRAROLA F. (1992), «La gestione dei professionali: esempi dalle aziende del terziario avanzato», in G. Costa (a cura di), *Manuale di gestione del personale. Volume 3*, UTET, Torino.
- PESARESI F. *et al.* (2003), «Il carico di lavoro dei radiologi», *Mecosan*, 48, pp. 37-52.
- PFEFFER J. (1994), *Competitive Advantage Through People*, Harvard Business School Press, Boston.
- PHELPS C.E. (2003), *Health economics*, 3rd edition, Addison-Wesley, Boston.
- PILATI M. (1992), «Meccanismi di controllo e ricompensa», in G. Costa (a cura di), *Manuale di gestione del personale. Volume II*, UTET, Torino.
- POTI U. (2002), *Lavoro pubblico e flessibilità*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- PRUSAK L. (2000), *Knowledge in organizations*, Butterworth-Heinemann, Oxford.
- QUAGLINO G.P. *et al.* (1997), «La motivazione», in G. Costa, R.C.D. Nacamulli (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale. Volume 3. I processi, i sistemi e le funzioni aziendali*, UTET, Torino.
- RATTI F. (1989), «La sfida delle competenze», *Sviluppo e Organizzazione*, 115, pp. 23-31.
- RCPSC (1996), *Skills for the new millennium: report of the societal new cura di working group*, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ottawa.
- REBORA G. (1999), *La valutazione dei risultati nelle amministrazioni pubbliche. Proposte operative e di metodo*, Guerini e associati, Milano.
- REBORA G., RUFFINI R. (2001), *La gestione del personale degli enti locali. Politiche, metodi e sistemi operativi*, il Sole 24 Ore Libri, Milano.
- REGALIA I. (1990), *Al posto del conflitto. Le relazioni di lavoro nel terziario*, il Mulino, Bologna.
- REGIONE LOMBARDIA (2004), *Dgr 18576 - Linee di indirizzo per l'attivazione del sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) in Lombardia*, Regione Lombardia, Milano.
- RIDLEY F.F. (2000), «Public Sector Flexibility in Comparative Perspective», in Farnham D., Horton S. (a cura di.), *Human Resources Flexibilities in the Public Services. International Perspectives*, London, Macmillan.
- RISKA E. (2004), «Editoriale», *Salute e società*, III(1), pp. 7-10.
- RODWELL J.J., TEO S.T.T. (2004), «Strategic HRM in for-profit and non-profit organizations in a knowledge-intensive industry», *Public Management Review*, 6(3), pp. 311-31.
- RONCHI R. (1993), *Le relazioni sindacali nel pubblico impiego. Una rilevazione quantitativa in Lombardia*, W.p. collana "ricerche" n. 35, Ires Lombardia, Milano.
- ROSSETTI R., RUSSO T. (1997), «Ruolo del nucleo di valutazione nelle aziende sanitarie e valutazione del personale», *Mecosan*, 21, pp. 33-47.
- ROTONDI P., SAGGIN A. (2002), *Persona e organizzazione. Sviluppare competenze per valorizzarsi in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- RUFFINI R. (1997), «I nuclei di valutazione nei contratti di lavoro», *Azienda pubblica*, 1, pp. 101-6.
- RUFFINI R. (1999), «La valutazione dei risultati nelle aziende sanitarie», in G. Reborà, *La valutazione dei*

- risultati nelle amministrazioni pubbliche. *Proposte operative e di metodo*, Guerini e associati, Milano.
- RUFFINI R. (2000), «Employment flexibilities and the new people management in Italy», in D. Farnham, S. Horton (a cura di), *Human Resources Flexibilities in the Public Services. International Perspectives*, Macmillan, London.
- RULLANI E. (2004), *Economia della conoscenza*, Carocci, Roma.
- 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.
- RUSSO C. (1995), «Relazioni sindacali e poteri decisionali nelle amministrazioni pubbliche», in L. Fiorillo, C. Russo (a cura di), *Lavoro pubblico. Manuale di diritto del lavoro e relazioni sindacali*, Edizioni Lavoro/Fisoc Cisl, Roma.
- SALVEMINI S. (1992), «La gestione delle carriere», in G. Costa (a cura di), *Manuale di gestione del personale*, UTET, Torino.
- SANTINELLO M. et al. (2003), «Gestire lo stress nelle organizzazioni: l'esperienza dell'Azienda sanitaria provinciale trentina», *Tendenze Nuove*, 1, pp. 45-66.
- SANTUCCI R. (2000), «La retribuzione incentivante nelle amministrazioni pubbliche tra riforme legislative e rinnovi contrattuali», *Il Lavoro nelle Pubbliche Amministrazioni*, III(3-4), pp. 491-513.
- SANTULLO A. (2004), *L'infermiere e le innovazioni in sanità. Nuove tendenze e strumenti gestionali*, 2a ediz., McGraw-Hill, Milano.
- SCHOLTEN G.R.M., VAN DER GRINTEN T. (2005), «The integration of medical specialists in hospitals. Dutch hospitals and medical soecialists on the road to joint regulation», *Health Policy*, 72, pp. 165-73.
- SCHULER R.S., JACKSON S.E. (1999), *Strategic human resource management*, Blackwell, Malden.
- SEIFERT R. (1992), *Industrial relations in the NHS*, Chapman & Hall, London.
- SENGE P. (1990), *The fifth discipline: the art and science of organizational learning*, Doubleday, New York.
- SHIELDS M.A., WARD M. (2001), «Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit», *Journal of Health Economics*, 20(5), pp. 677-701.
- SHIROM A. (2001), «Private medical services in acute-care hospitals in Israel», *International Journal of Health Planning and Management*, 16, pp. 325-45.
- SIBBALD B. et al. (2004), «Changing the skill-mix of the health care workforce», *Journal of Health Services Research and Policy*, 9, supplement 1, pp. 28-38.
- SIEGEL-ITZKOVICH J. (1999), «Israel wants to abolish private medicine in public hospitals», *British Medical Journal*, 319, p. 803.
- SILVESTRI G., PILATI M. (2005) «La gestione strategica delle risorse umane: un nuovo patto tra direzione del personale e management», *Economia e management*, 1, pp. 97-113.
- SIMONETTI S., TAURINO R. (2002), «La valutazione della dirigenza nelle aziende sanitarie. Il modello del San Filippo Neri di Roma», *Mecosan*, 42, pp. 121-32.
- SMITH D.B. (2003) «The perils of healthcare workforce forecasting: a case study of the Philadelphia Metropolitan Area», *Journal of Healthcare Management*, 48(2), pp. 99-110.
- SMITH R. (2001), «Why doctors are so unhappy?», *British Medical Journal*, 322, pp. 1073-4.
- SMITH R. (2002), «Take back your mink, take back your pearls», *British Medical Journal*, 325, pp. 1047-8.
- SNAIDERO D., CAVALIERE B. (2003), *Il lavoro per turni dell'infermiere*, Carocci, Roma.
- SOLARI L. (2004), *La gestione delle risorse umane*, Carocci, Roma.
- SOUTHON G., BRAITHWAITE J. (1998), «The end of professionalism?», *Social Science and Medicine*, 46(1), pp. 23-8.
- SPENCER L.M., SPENCER S.M. (1995), *Competenza nel lavoro*, Franco Angeli, Milano.
- STRASSER S., DANSKY K. (1994), «Assessment of Human Resource Outcomes», in M.D. Fottler et al. (a cura di), *Strategic Management of Human Resources in Health Services Organizations*, Delmar, Albany.
- SVEIBY K.E. (1997), *The new organizational wealth: managing and measuring knowledge-based assets*, Berrett-Koehler, New York.
- THORNTON J., ESPOSTO F. (2003), «How important are economic factors in choice of medical speciality?», *Health Economics*, 12, pp. 67-73.
- TIMELLINI C. (2001), «La trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a part-time dei dirigenti sanitari dell'area medica dipendenti del Servizio sanitario Nazionale», *Il Lavoro nelle Pubbliche Amministrazioni*, V(1), pp. 131-46.
- TOFANINI P. et al. (2001), «Assenze, inidoneità e invalidità: alcune evidenze da una azienda ospedaliera», *Mecosan*, 40, pp. 69-74.
- TORCHIA L. (1998), «Giudice amministrativo e pubblico impiego dopo il d.lgs. n. 80/1998», *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, pp. 1055-68.
- TOTA A.L. (1995), *Le relazioni sindacali nel pubblico impiego. Il caso della Ussl 42 di Pavia*, w.p. collana "ricerche" n. 39, Ires Lombardia, Milano.
- TOUSIJN W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, il Mulino, Bologna.
- TOUSIJN W. (2002), «Medical dominance in Italy: a partial decline», *Social Science and Medicine*, 55, pp. 733-41.
- TOUSIJN W. (2003), «Infermieri e logica professionale: verso la frammentazione della professione infermieristica?», *Salute e società* II(1), pp. 39-46.
- TOUSIJN W. (2004), «Le professioni sanitarie», in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute*, Franco Angeli, Milano.
- TRENTIN B. (2002), «Conoscenza, lavoro, innovazione», *Gli argomenti umani*, 9, pp. 9-18.
- TRUSS C. (2003), «Strategic HRM: enablers and constraints in the NHS», *The International Journal of Public Sector Management*, 16(1), pp. 48-60.
- TYLER L., EVANS A. (2003), «Annual appraisal and liege homage: why the British NHS is fundamentally a feudal organization», *Journal of Health Services Policy Research*, 8(1), pp. 57-9.
- ULRICH D., BROCKBANK W. (2005), *The HR value proposition*, Harvard Business School Press, Boston.
- VACCANI R. (1988), «La gestione del personale nella sanità», in E. Borgonovi et al., *L'organizzazione dell'ospedale*, McGraw-Hill, Milano.
- VALOTTI G. (1996), *La valutazione del personale negli enti locali: principi e metodologie*, Franco Angeli, Milano.

- VALOTTI G. (2000), *La riforma delle autonomie locali. Dal sistema all'azienda*, Egea, Milano.
- VALOTTI G. (2005), *Management pubblico. Temi per il cambiamento*, Egea, Milano.
- VERBARO F. (2004), «La pianificazione delle risorse umane e le finalità del d.lgs. n. 29/93: un bilancio a dieci anni», in Formez – Dipartimento della Funzione Pubblica per l'Efficienza delle Amministrazioni, *Gestione delle risorse umane. Strumenti ed orientamenti. La privatizzazione del lavoro pubblico 1993-2003*, Roma, Formez.
- VIRTANEN T. (2000), «Flexibility, Commitment and Performance», in D. Farnham, S. Horton (a cura di.), *Human Resources Flexibilities in the Public Services. International Perspectives*, London, Macmillan.
- WHO – Regional Office for Europe (2001), *Health for all Statistical Database - European Region*.
- WHO (2000), *World health report 2000*, WHO, Geneva.
- WHO (2002), *Technical consultation on imbalances in the health workforce*, WHO, Geneva.
- WILENSKY H.L. (1964), «The professionalization of everyone?», *American Journal of Sociology*, 70, pp. 137-58.
- WOOD R., MARSHALL V. (1993), *Performance appraisal: practice, problems and issues*, Occasional Paper OECD, Paris.
- WRIGHT P.M., McMAHAN G.C. (1992), «Theoretical perspectives for strategic human resource management», *Journal of Management*, 18(2), pp. 295-320.
- ZAMAGNI S. (a cura di) (1999), *Le professioni intellettuali tra liberalizzazione e nuova regolazione*, Egea, Milano.
- ZANGRANDI A. (1997), «La retribuzione di posizione», *Azienda pubblica*, 1, pp. 57-81.
- ZANGRANDI A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche*, Giuffrè, Milano.
- ZANGRANDI A. (2000), «Autonomia clinica e processi organizzativi nelle aziende sanitarie: vincoli e opportunità per la progettazione organizzativa», in M. Bergamaschi (a cura di), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- ZANGRANDI A., BANDINI F. (1992), «Reclutamento del personale e riconoscimento di carriera: due problemi irrisolti», *Mecosan*, 3, pp. 44-5.
- ZANOTTI R. (a cura di) (2003), *Usa ottimale delle risorse. Infermiere e OTAA nella nuova organizzazione dell'assistenza*, Regione del Veneto e CEREF, Padova.
- ZUCARO A. (1997), «Il primo contratto dei dirigenti pubblici», *Queste istituzioni*, anno xxv n.110, pp. 23-9.
- 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.
- ZURN P. et al. (2002), *Imbalances in the health workforce: briefing paper*, WHO, Geneva.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Carmine Ruta

AI CONFINI DELLA MEDICINA. VERSO L'ECONOMIA DELL'ESSERE

EGEA, MILANO, 2006, PP. 138, € 15,00

Il testo di Ruta porta il lettore, anche sprovvisto di conoscenze specifiche, attraverso un percorso che analizza tutte le complicate variabili del sistema sanità fino ad arrivare a quell'«economia dell'essere» che altro non è che la risposta più adeguata, efficace e immediata al bisogno di cura di ogni cittadino. L'idea centrale di un «enterprise knowledge portal» che utilizza i sistemi comunicazionali info-telematici di intranet, extranet e internet e governa la complessità clinico-assistenziale in sanità è la strada che porta a quei confini della medicina che devono essere raggiunti per rispondere adeguatamente alle domande di salute della società. La gestione dei processi e la gestione delle reti della conoscenza grazie alle tecnologie web-based sono il presupposto per stendere una rete di informazioni che, partendo dal cittadino, arriva al terminale del medico creando un'azienda sanitaria «estesa» che comprende tutti: dai pazienti, ai ricercatori, ai fornitori, agli ambulatori, agli amministratori.

INDICE PREFAZIONE, DI UMBERTO VERONESI - 1. DOMANDA ESTESA - 2. AZIENDA ESTESA - 3. OSPEDALE ESTESO - 4. MERCATI ESTESI - 5. ORGANISMI ESTESI - 6. VALORI ESTESI - 7 HIGH TECH/HIGH VALUE

Giuliano Mariotti

PRIORITÀ CLINICHE IN SANITÀ. COME GOVERNARE I TEMPI D'ATTESA CON IL COINVOLGIMENTO DEI PROFESSIONISTI

FRANCOANGELI, MILANO, 2006, PP. 235, € 26,00

Il libro fornisce agli operatori un modello utile per facilitare l'accesso alle prestazioni specialistiche, con esempi concreti oltre ad una parte di teoresi organizzativa. Il modello dei raggruppamenti di attesa omogenei (rao), presentato in precedenza dallo stesso autore (Tempi di attesa e priorità in sanità, 1999), è qui descritto con un'analisi dei dati ricavati dall'applicazione consolidata in due realtà territoriali distinte. I risultati evidenziano la tenuta nel tempo di tale modello e la possibilità d'applicarlo in numerose altre aziende sanitarie. L'esperienza ribadisce il ruolo degli «agenti di cambiamento», risorse umane fondamentali per la riforma della gestione della pubblica amministrazione, senza i quali è difficile applicare tempi di attesa differenziati in base alla logica delle priorità. Il libro riporta recenti descrizioni analitiche dalla letteratura internazionale sui modelli di attribuzione delle priorità, le descrizioni analitiche dei RAO per la gestione delle prevalenti patologie e le relative prestazioni di diagnostica per immagini, i risultati dell'applicazione preliminare del percorso diagnostico per il tumore del polmone e le prime valutazioni di correlazione fra patologia significativa e priorità in endoscopia digestiva. È stata inoltre inserita una sintesi d'esperienze realizzate in altri paesi su tempi di attesa differenziati per

priorità. Conclude una sintesi del lavoro realizzato dall'agenzia per i servizi sanitari regionali presso tutte le Regioni e Province autonome tra la fine del 2004 e l'inizio del 2005, con le valutazioni espresse prevalentemente da professionisti, amministratori, associazioni dei cittadini.

INDICE PREFAZIONE, DI UMBERTO VERONESI - INTRODUZIONE - PARTE PRIMA. IL CAMBIAMENTO SUL CAMPO - PARTE SECONDA. L'USO DI MODELLI BASATI SULLE PRIORITÀ PER UN NUOVO APPROCCIO ALLE RISORSE PUBBLICHE - 1. LA LOGICA DELLE PRIORITÀ - 1.1. PRIORITÀ E NON SOLO: ESPERIENZE ED IPOTESI PER LA GESTIONE DI TEMPI E LISTE DI ATTESA - 2. UNA RASSEGNA INTERNAZIONALE - 2.1. AUSTRALIA - 2.2. CANADA - 2.3. DANIMARCA - 2.4. FINLANDIA - 2.5. ITALIA - 2.6. NORVEGIA - 2.7. NUOVA ZELANDA - 2.8. OLANDA - 2.9. REGNO UNITO - 2.10. SPAGNA/CATALOGNA - 2.11. SVEZIA - 2.12. INTERNATIONAL SOCIETY ON PRIORITIES IN HEALTH CARE - 2.13. QUALI INDICATORI DALLA LETTERATURA? - 2.14. LA MISURAZIONE DEVE ESSERE PRAGMATICA - 3. STRUMENTI DI STRATIFICAZIONE DELLA DOMANDA - 3.1. PRIORITÀ - 4. QUALE DEFINIZIONE DI PRIORITÀ CLINICA; CHIRURGIA GENERALE: INTRODUZIONE DEI CRITERI CON OSSERVAZIONE DELLO SPECIALISTA - 4.1. GRIGLIE PER L'ATTRIBUZIONE DI PRIORITÀ (MODELLI «LINEARI» O CON «FATTORI ADDITIVI») - 4.2. IL MODELLO NEOZELANDESE CPAC PER LA CHIRURGIA DELLA CATARATTA - 4.3. CONSIDERAZIONI SUI MODELLI «LINEARI» - 4.4. I TENTATIVI DI CORRELARE PRIORITÀ CON RISULTATO CLINICO - 4.5. IL MODELLO NEOZELANDESE ACA PER LA RICHIESTA DI CONSULENZA - 4.6. I RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI (RAO) - PARTE TERZA. SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO CLINICO-ORGANIZZATIVO PER MIGLIORARE I TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI - 1. PROGRAMMA DI LAVORO - 1.1. FINALITÀ - 1.2. OBIETTIVI - 1.3. METODI - 1.4. PRESUPPOSTI E STRATEGIE - 1.5. APPLICAZIONI E RISULTATI DI DIFFUSIONE DEL MODELLO RAO - 1.6. DAL PRENOTATORE «FILTRO» AL PRESCRITTORE «FILTRO»: UN ESEMPIO DI EVOLUZIONE DALLA PRIMA ESPERIENZA AL MODELLO RAO ATTUALE - 2. PRIMA PIANIFICAZIONE: SEGMENTARE L'OFFERTA TRAMITE ACCORDO FRA PRESCRITTORE (MEDICI DI MEDICINA GENERALE), EROGATORI (MEDICI SPECIALISTICI) E SERVIZI DI PRENOTAZIONE - 3. LE FASI VERBALI E SCRITTE - 3.1. FASE SCRITTA - 3.2. VALUTAZIONE DELLA CONCORDANZA CLINICA - 3.3. TEST DI CONCORDANZA - 4. PRIMA AZIONE: LE PROCEDURE OPERATIVE. UN AVVICINAMENTO ALLE NORME ISO 9000 - 4.1. COME SI SCRIVE UN MANUALE DELLE PROCEDURE RAO - 4.2. PERCHÉ SCRIVERE LE PROCEDURE? - 4.3. LE PROCEDURE - 5. PRIMA VALUTAZIONE: I RISULTATI PRELIMINARI - 5.1. UN NUOVO LINGUAGGIO PRESCRITTIVO - 5.2. L'ESTENSIONE DEL MODELLO - 5.3. ALCUNE IPOTESI DI RISPARMIO - 6. L'OPINIONE DEGLI ESPERTI: I RISULTATI DEI FOCUS GROUP NELLE REGIONI ITALIANE - 6.1. PREMessa - 6.2. METODOLOGIA DELL'INDAGINE - 6.3. I FATTORI DI IMPATTO NEGATIVO - 6.4. LE SOLUZIONI INTRAPRESE - 6.5. ALCUNE INFORMAZIONI EMERSE NEI FOCUS GROUP - 6.6. CONCLUSIONI

Arturo Capasso, Giacomo Pascarella

LA GESTIONE DELL'AZIENDA SANITARIA. SVILUPPI TEORICI E STRUMENTI GESTIONALI PER GOVERNARE IL CAMBIAMENTO

FRANCOANGELI EDITORE, MILANO, 2005, PP. 363, € 19,00

A seguito degli interventi legislativi cui è stato sottoposto il Ssn a partire dagli anni '80 le strutture sanitarie pubbliche hanno assunto la natura di aziende, cui viene affidato il ruolo istituzionale di realizzare gli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del servizio sanitario nazionale sotto il potere di programmazione, controllo e vigilanza delle Regioni. In questo scenario il rischio di frequenti sovrapposizioni e lo scarso coordinamento di poteri, l'operatività e la difficile imputazione delle responsabilità possono vanificare l'intervento del legislatore, finalizzato a razionalizzare le risorse, migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni fornite e sostenere attività in grado di generare risparmio e eliminare sprechi e duplicazioni di spesa. Il presente lavoro raccoglie una serie di contributi interdisciplinari sviluppati nel comune ambito della gestione delle aziende sanitarie.

INDICE 1. PROFILI GIURIDICI DELL'AZIENDALIZZAZIONE IN SANITÀ - 2. LA DIRIGENZA DEL SETTORE SANITARIO TRA I PRINCIPI GENERALI E SPECIALITÀ: CONVERGENZE E ANTONOMIE APPLICATIVE - 3. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA DIRIGENZA SANITARIA: PROCEDIMENTO ED EFFETTI - 4. LO SVILUPPO ORGANIZZATIVO NELLE STRUTTURE SANITARIE: TRA DIVISIONE DEL LAVORO E COORDINAMENTO - 5. UNA MODALITÀ DI APPLICAZIONE DELLA GESTIONE PER PROCESSI IN SANITÀ: IL PERCORSO DEL PAZIENTE - 6. IL GOVERNO DELLA FORMAZIONE E LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - 7. IL BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE - 8. IL TRATTAMENTO FISCALE DELL'ATTIVITÀ SANITARIA SVOLTA DALLE ASL AI FINI DELL'IMPOSTAZIONE DIRETTA DELL'IVA - 9. CONTROLLO DI GESTIONE E CONTABILITÀ ANALITICA PER CENTRI DI COSTO

NELLE AZIENDE SANITARIE - 10. DALLA CONTABILITÀ ANALITICA PER CENTRI DI COSTO DELL'ACTIVITY BASE COSTING NELLE AZIENDE OSPEDALIERE - 11. IL SISTEMA DI REPORTING - 12. LA GESTIONE DEGLI ACQUISTI NELLE AZIENDE SANITARIE - 13. OUTSOURCING NEL SETTORE SANITARIO: STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE - 14. TECNICHE STATISTICHE MULTIVARIATE PER IL SUPPORTO ALLE DECISIONI DEL MANAGEMENT SANITARIO

Francesca Bombelli, Maria Luisa del Gatto

STRUTTURE SANITARIE MERCATO IMMOBILIARE E FACILITY MANAGEMENT

IL SOLE 24 ORE, MILANO, 2006, PP. 226, € 25,00

Le recenti trasformazioni normative della sanità pubblica hanno mutato profondamente lo scenario in cui operano le organizzazioni ospedaliere. Il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie, la necessità di adeguamento ai principi dell'accreditamento del patrimonio immobiliare, nonché l'introduzione del sistema di pagamento a prestazione hanno determinato la necessità di sviluppare modelli organizzativi improntati alla flessibilità, alla responsabilità diretta della dirigenza alla competitività e alla confrontabilità delle prestazioni. In quest'ottica, le strutture sanitarie devono adeguarsi a un contesto competitivo e in rapido divenire, adottando nuovi approcci organizzativi in grado di incrementare l'efficienza e l'efficacia per attrarre il maggior numero di clienti/utenti. Il libro si pone l'obiettivo di delineare un quadro organico di riferimento del settore, approfondendo in particolare due ambiti: quello del facility management, ovvero l'applicazione di strumenti e sistemi per l'ottimizzazione dei processi gestionali, e quello della valorizzazione del patrimonio immobiliare (strumentale e a reddito) mediante nuovi strumenti finanziari (fondi di investimento immobiliare, processi di valorizzazione, project finance). Il testo propone alcune significative esperienze gestionali evidenziandone le criticità.

INDICE 1. LE TRASFORMAZIONI DEL SISTEMA SANITARIO: LA SITUAZIONE ATTUALE, PROBLEMATICHE - 2. IL MERCATO DEL FACILITY MANAGEMENT PER LE STRUTTURE - 3. LA GESTIONE DEI SERVIZI NO CORE: ESPERIENZE DI ESTERNALIZZAZIONE - 4. IL PATRIMONIO IMMOBILIARE SANITARIO: PROSPETTIVE DI VALORIZZAZIONE - 5. FONDI IMMOBILIARI AD APPORTO PUBBLICO: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE LAZIO - 6. L'ESPERIENZA DELLA LOMBARDIA: ANALISI DELLE PRINCIPALI MODALITÀ GESTIONALI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

ERMENEIA STUDI & STRATEGIE DI SISTEMA

OSPEDALI & SALUTE. TERZO RAPPORTO ANNUALE 2005

FRANCOANGELI, MILANO, 2006, PP. 286, € 20,00

Giunto ormai alla terza edizione, il Rapporto costituisce non solo un'operazione di interpretazione del fenomeno ospedalità, letto contemporaneamente dal punto di vista della domanda e dell'offerta, ma anche un'operazione di servizio nei confronti di tutti coloro che tale realtà vivono in qualità di operatori, di decisori, di opinion maker. Il testo si basa sulla convinzione che l'insieme delle attività che confluiscono nell'azione degli istituti di cura ha bisogno di essere costantemente analizzato secondo tre prospettive complementari di analisi: la centralità del cittadino e la relativa domanda di salute; l'evoluzione del settore legata alla crescita effettiva di un sistema misto pubblico/privato, in cui tutte le componenti possano contribuire al miglioramento dell'offerta di servizi ospedalieri; la promozione di un'analisi di ordine generale, affidata ad un soggetto terzo con l'unico obiettivo di far crescere la qualità del settore nella sua totalità e nell'interesse del Paese. Il Rapporto dunque si divide in quattro parti. Nella prima sono stati messi in evidenza i fenomeni più importanti che delimitano il percorso di crescita di un sistema misto, con i relativi passi avanti ma anche con le contraddizioni che ancora persistono. Nella seconda vengono esposti i risultati integrali dell'indagine congiunturale sulle famiglie italiane e l'ospedalità, confrontandoli con quelli 2003 e 2004. Nella terza si riporta un quadro strutturale dell'offerta di servizi ospedalieri pubblici e privati, al fine di costruire un punto di riferimento informativo costante. Infine nella parte quarta sono

stati analizzati i temi più rilevanti dibattuti nel Paese in tema di sanità e in particolare di ospedalità pubblica e privata, nell'arco dei 12 mesi.

INDICE PARTE PRIMA. VERSO UN SISTEMA MISTO PUBBLICO/PRIVATO - PARTE SECONDA. LA CONGIUNTURA SULLA FAMIGLIA ITALIANA E L'OSPEDALITÀ - 1. L'AFFINARSI PROGRESSIVO DEI COMPORAMENTI - 2. LA VALUTAZIONE DELLE OPPORTUNITÀ DI RICOVERO - 3. I PASSI VERSO UN SISTEMA OSPEDALIERO MISTO - PARTE TERZA. GLI INDICATORI STATISTICI - 1. I DATI DI STRUTTURA - 2. I DATI DI ATTIVITÀ - 3. LE INFORMAZIONI SUL PERSONALE - 4. I DATI DI SPESA - PARTE QUARTA. L'OSPEDALITÀ NEGLI ORGANI DI STAMPA

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

A. MATTOO, R. RATHINDRAN

How Health Insurance Inhibits Trade In Health Care: Eliminating the current bias in health plans against treatment abroad could lead to significant cost savings

Health Affairs, vol. 25, n. 2, March/April 2006, pp. 358-368

R.S. HUCKMAN

Hospital integration and vertical consolidation: An Analysis of Acquisition in New York State

Journal of Health Economics, vol. 25, n. 1, 2006, pp. 58-80

P.S. HELLER

The prospects of creating «fiscal space» for the health care sector

Health Policy and Planning, vol. 21, n. 2, 2006, pp. 75-79

R. AXELSSON, S.B. AXELSSON

Integration and collaboration in public health - a conceptual framework

Health Planning and Management, vol. 21, n. 1, January/March 2006, pp. 75-88

M. GODDARD, K. HAUCK, A. PREKER, P.C. SMITH

Priority Setting in Health - a Political Economy Perspective

Health Economics Policy and Law, vol. 1, part. 1, January 2006, pp. 79-90

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

Y.C. SHEN, J. MCFEETERS

Out-of-Pocket Health Spending Between Low-and Higher-Income Populations: Who is at Risk on Having High Expenses and High Burdens?

Medical Care, vol. 44, n. 3, March 2006, pp. 200-209

M.C. BEACH, F. HILL-BRIGGS, L.A. COOPERS

Racial and Ethnic Differences on Receipt and Use of Health Information in Encounters Between Patients and Physician

Medical Care, vol. 44, n. 2, February 2006, pp. 97-99

A. LECLUYSE, I. CLEEMPUT

Making health continuous: implications of different methods on the measurement of inequality

Health Economics, vol. 15, n. 1, January 2006, pp. 99-104

J. HUTTON, C. MCGRATH, J.-M. FRYBOURG, M. TREMBLAY, E. BRAMLEY-HARKER, C. HENSHALL

Framework for describing and classifying decision-making systems using technology assessment to determine the reimbursement of health technologies (four hurdles system)

International Journal of Technology Assessment in Health Care, vol. 22, n. 1, 2006, pp. 10-18

ECONOMIA DEL FARMACO

E.D. LAAT, R. DOUVEN, E. MOT

Pharmaceutical promotion and GP prescription behaviour

Health Economics, vol. 15, n. 1, January 2006, pp. 5-18

K.R. BREKKE, M. KUHN

Direct to consumer advertising in pharmaceutical markets

Journal of Health Economics, vol. 25, n. 1, 2006, pp. 102-130

D.B. RIDLEY, H.G. GRABOWSKY, J.L. MOE

Developing Drugs for Developing Countries: Linking incentives for essential drugs in developing countries with «blockbuster» drugs in the developed world would help both achieve better population health

Health Affairs, vol. 25, n. 2, March/April 2006, pp. 313-324

S.G. MORGAN, M. MCMAHON, C. MITTON, E. ROUGHEAD, R. KIRK, P. KANAVOS, D. MENON

Centralized Drug Review Processes In Australia, Canada, New Zealand, And The United Kingdom: Well-Designed processes can help policy makers tough, evidence-based decisions

Health Affairs, vol. 25, n. 2, March/April 2006, pp. 337-347

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

R. GROSS, M.I. HARRISON

Responses of Israeli HMOs to environmental change following the National Health Insurance Law: Opening the black box

Health Policy, vol. 76, n. 2, 2006, pp. 213-232

L. ZHANG, H. WANG, L. WANG, W. HSIAO

Social capital and farmer's willingness-to-join a newly established community-based health insurance in rural China

Health Policy, vol. 76, n. 2, 2006, pp. 233-244

M.K. GUSMANO, V.G. RODWIN, D. WEISZ

A New Way To Compare Health Systems: Avoidable Hospitals Conditions in Manhattan and Paris: Data on two comparables cities shed light in question regarding access to primary care

Health Affairs, vol. 25, n. 2, March/April 2006, pp. 510-520

P. ALLEN, P.R. HOMMEL

What are the «third way» government learning? Health care consumer and quality in England and Germany
Health Policy, vol. 76, n. 2, 2006, pp. 202-212

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

J. SPETZ, S. ADAMS

How Can Employment-Based Benefits Help The Nurse Shortage? Making nursing more attractive involves more than just wage levels
Health Affairs, vol. 25, n. 1, January/February 2006, pp. 212-218

E.J. BREEDVELD, B.R. MEIJBOOM, A.A. DE ROO

Labour supply in home care industry: A case study in a Dutch region
Health Policy, vol. 76, n. 2, 2006, pp. 144-155

L. CAI, G. KALB

Health status and labour force participation: evidence from Australia
Health Economics, vol. 15, n. 3, March 2006, pp. 241-262

S. NICHOLSON, M.V. PAULY, D. POLSKY, C. SHARDA, H. SZREK, M.L. BERGER

Measuring the effects of work loss on productivity with team production
Health Economics, vol. 15, n. 2, January 2006, pp. 111-124

S. XIRASAGAR, H.-C. LIN

Effects of payment incentives, hospital ownership and competition on hospitalization decision for ambulatory surgical procedures
Health Policy, vol. 76, n. 1, 2006, pp. 26-37

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

K. FISCELLA, H.J. GEIGER

Health Information Technology And Quality Improvement For Community Health Centers: At stake are improved care and outcomes for the most vulnerable US populations; federal leadership and investments are needed
Health Affairs, vol. 25, n. 2, March/April 2006, pp. 405-412

S. YAISAWARNG, J.F. BURGESS

Performance-based budgeting in the public sector: An illustration from the VA healthcare system
Health Economics, vol. 15, n. 3, March 2006, pp. 295-310

J.-F. ORUETA, J. URRACA, I. BERRAONDO, J. DARPON, J.-J. AURREKOETXEA

Adjusted Clinical Groups (ACGs) explain the utilization of primary care in Spain based on information registered in medical records: A cross-sectional study
Health Policy, vol. 76, n. 1, 2006, pp. 38-48

F. BENSTETTER, A. WAMBACH

The treadmill effect in a fixed budget system
Journal of Health Economics, vol. 25, n. 1, 2006, pp. 146-169

S. BAR-LEV, M.I. HARRISON

Negotiating Time Scripts During Implementation of an Electronic Medical Record
Health Care Management Review, vol. 31, n. 1, January/March 2006, pp. 11-17

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

B.S. MANHEIM JR, P. GRANAHAN

«Follow on Biologics»: Ensuring Continued Innovation In The Biotechnology Industry: New protein will likely need more market protection than what is provided to new drug products
Health Affairs, vol. 25, n. 2, March/April 2006, pp. 394-404

C. KELL, J. KELL

How Hospitals Confront New Technology. Help for hospitals as they navigate the treacherous waters of new technology – one of the most promising avenues for improved quality
Health Affairs, vol. 25, n. 1, January/February 2006, pp. 163-173

R. GUERRA, L. TURCHI, F. GUSMINI

Sistema prototipale informatizzato di interscambio dati su base cartografica per la produzione di scenari di gestione per il servizio sanitario e sociale a scala comunale
Sanità Pubblica e Privata, n. 1, gennaio/febbraio 2006, pp. 59-66

J. COUGHLAN, J. EATOCK, T. EL DABI

Evaluating telemedicine: A focus on patient pathways
International Journal of Technology Assessment in Health Care, vol. 22, n. 1, 2006, pp. 136-140

VALUTAZIONI ECONOMICHE

M. DRUMMOND, M. SCULPHER

Pharmacoeconomics Come of Age?
Pharmacoeconomics, vol. 24, n. 2, 2006, pp. 107-108

S. DIXON, M. WALKER, S. SALEK

Incorporating Carer Effects into Economic Evaluation
Pharmacoeconomics, vol. 24, n. 1, 2006, pp. 39-53

A.H. WILLIAMS, R.A. COOKSOON

Equity-efficiency trade-offs in health technology assessment
International Journal of Technology Assessment in Health Care, vol. 22, n. 1, 2006, pp. 1-9

S.L. ETTNER, J. KOTLERMAN, A. ABDELMONEM, S. VAZIRANI, R.D. HAYS, M. SHAPIRO, M. COWAN

An Alternative Approach to Reducing Costs of Patient Care? A Controlled Trial of the Multi-Disciplinary Doctor-Nurse Practitioner (MDNP) Model
Medical Decision Making, vol. 26, n. 1, January/February 2006, pp. 9-17

J. HILL, H. FILLIT, S.K. THOMAS, S. CHANG

Functional Impairment, Healthcare Costs and the Prevalence of Institutionalisation in Patients with Alzheimer's Disease and Other Dementias
Pharmacoeconomics, vol. 24, n. 3, 2006, pp. 265-280

S. SARMA, W. SIMPSON

A microeconomic analysis of Canadian health care utilization
Health Economics, vol. 15, n. 3, march 2006, pp. 219-240

È in distribuzione il CD-ROM contenente
la copia esatta della raccolta completa
dei fascicoli di **MECOSAN 2005**

in un unico CD-ROM,
in formato PDF,
al prezzo di **€ 260,00**
oppure, per coloro
che sono già abbonati
a **MECOSAN 2005**, **€ 130,00**.

Per coloro
che hanno già sottoscritto
l'abbonamento al supplemento
MECOSAN click 2005
il CD-ROM contenente l'intera
annata arretrata 2005,
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, marzo 2006

CEDOLA D'ORDINE **MECOSAN click 2005** IN CD-ROM

Programma abbonamento 2006

Spediz. in abb. post., art. 1, c. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04) - 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 2005

- al prezzo di **€ 260,00**
 € 130,00 (in quanto già abbonato a **Mecosan 2005** cartaceo)
 GRATIS (in quanto abbonato al supplemento **Mecosan click 2005**)

● 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)

Costo dell'abbonamento per l'anno 2006: € 260,00

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 dovutole, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuare 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.;
- 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), con eventuali spese di commissione bancaria a carico dell'abbonato.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2006 è fissato in:

€ 260,00 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 2006 per l'estero è fissato come segue: € 260,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 360,00, per il resto del mondo (più spese postali).

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)	€ 250,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 250,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 250,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 250,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 250,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 250,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 250,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 250,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 250,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 250,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 260,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 260,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 260,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 260,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 3.009,00, anziché € 3.540,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.