

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XVI – N. 61 GENNAIO-MARZO 2007

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3 Campanello di allarme o squilli di tromba

Elio Borgonovi

SAGGI

- 9 Organizzare le reti in sanità: teoria, metodi e strumenti di social network analysis

Americo Cicchetti, Daniele Mascia

- 33 I sistemi di quality management in sanità: caratteristiche percepite e grado di maturità. I risultati di una ricerca empirica

Manuela Samantha Macinati

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 49 Il dualismo competizione/cooperazione fra aziende sanitarie pubbliche: un'analisi esplorativa

Antonio Barretta

- 69 L'approccio ABM per la misurazione dei servizi territoriali: il caso dell'ADI nell'Ausl 7 di Siena

Lino Cinquini, Linda Marcacci, Giovanni Tiezzi, Milena Vainieri

- 83 Lo sviluppo organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale: evoluzioni in corso e spunti dall'esperienza lombarda dei Gruppi di cure primarie

Stefano Del Missier, Paolo Tedeschi

- 109 Le terapie espressive e il trattamento dei disturbi mentali e psichici: un'indagine qualitativa presso alcuni servizi lombardi

Emilio Tanzi

- 125 Misurare la performance nelle Cure primarie: un approccio metodologico

Emanuele Vendramini

- 139 Aspetti concettuali ed operativi della logistica nelle aziende sanitarie: il caso del Presidio ospedaliero di Forlì

Stefano Villa, Maria Grazia Stagni, Federico Lega

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 171 Novità bibliografiche

- 177 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

EDITOR IN CHIEF

Mario Del Vecchio

EDITORIAL BOARD

Antonio Botti
Antonio Barretta
Pier Luigi Catalfo
Maria Caterina Cavallo
Denita Cepiku
Lino Cinquini
Luca Del Bene
Manuela S. Macinati
Antonio Nisio
Elisabetta Reginato
Salvatore Russo
Paola Saracino

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Tanno

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.

Campanello di allarme o squilli di tromba

ELIO BORGONOVÌ

Per destare l'attenzione e per dare segnali che non si possono lasciare andare le cose come vanno e che è giunta l'ora di muoversi con decisione, gli studiosi parlano di «segnali deboli» (da cogliere per vincere la competizione, per arrivare prima dei concorrenti), nel linguaggio comune si parla di «suonare il campanello di allarme», nel gergo militare del passato (di cui riportano i libri di storia o i film della «epopea indiana» o di altro tipo) si fa riferimento agli «squilli di tromba» per dare il segnale di carica o ordini di altro tipo alla truppa, secondo i diversi codici. Per il patto Stato-Regioni è sicuramente tempo di suonare il campanello, o forse addirittura di far squillare qualche tromba (metaforica tramite gli strumenti degli studiosi, che sono scritti o editoriali, come in questo caso) per invitare le parti a fare qualcosa di più sul piano della concretizzazione degli obiettivi e degli impegni. Approvata la legge finanziaria con gli stanziamenti previsti per i prossimi tre anni (fondo ordinario e fondo per le Regioni in crisi) il quadro di riferimento ha qualche elemento più definito, anche se non si può certo dire che si stia operando «in un quadro di maggiore certezza». Basti pensare al caso più eclatante del disavanzo pregresso della Regione Lazio, alle richieste di revisione dei disavanzi pregressi e alle endemiche differenze nelle stime dello Stato (che deve garantirle ed erogarle) e delle Regioni (che devono riceverle) sul livello del fondo corrispondente ai LEA (livelli essenziali di assistenza). Tali differenze sono fonte di un dibattito, che dura dall'introduzione del Ssn, sulla sottostima del fondo stesso e degli inevitabili disavanzi per il 2007 e per i prossimi anni. Non va dimenticato che il patto è stato sottoscritto in un contesto in cui sono presenti varie criticità, relative alla gestione corrente ed al futuro. Accanto alle criticità di breve periodo, quali eliminazione delle code, individuazione ed eliminazione di prestazioni inappropriate, riduzione dei flussi migratori tra le Regioni (o anche verso l'estero), non giustificate da sostanziali differenze della qualità dell'assistenza, carenze di organico per certe professioni, eccesso di personale in molte strutture in rapporto ai livelli di attività (problema della difficoltà della mobilità del personale anche all'interno delle stesse aziende o addirittura dello stesso presidio), adeguamento dei locali anche in strutture architettonicamente obsolete in attesa che un organico e sostenibile piano di edilizia consenta di costruirne di nuove, revisione e soprattutto corretta gestione della nuova normativa sul rapporto di esclusività e sull'attività professionale all'interno delle aziende pubbliche, vanno ricordate le criticità di medio e lungo periodo quali carenze di servizi, strutture e risorse per le persone non autosufficienti (anziani e non anziani), la già citata «riconversione di edilizia sanitaria» con il coinvolgimento dei privati e l'adeguamento dell'offerta di servizi ad una popolazione sempre più multietnica, mantenimento del governo «di sistema» compatibile con l'autonomia regionale riconosciuta con il decentramento, una politica strutturale del farmaco che consenta di abbandonare la logica dei contributi e spese contraddittori, provvedimenti sul contenimento della spesa farmaceutica, una politica per il sostegno della ricerca nel e per il settore. Senza parlare del nodo gordiano della liberalizzazione nel settore che, mentre da un lato dovrebbe favorire l'eliminazione di rendite di posizione e privilegi, dall'altro dovrebbe essere attuata tenendo conto delle specificità connesse alla natura del bisogno (la salute), al tipo di rapporto (fiduciario tra medico e paziente), al tipo di comportamenti e della esigenza di garantire la tutela della salute non solo come soddisfazione di un bisogno, ma come tutela di un diritto. Recenti studi e decisioni assunte a livello di singoli Stati e a livello federale

E
D
I
T
O
R
I
A
L
E

(discorso del Presidente Bush del 23 febbraio) evidenziano infatti alcuni limiti dei sistemi di «concorrenza tradizionale» finora prevalenti in USA e l'esigenza di forme di garanzia generalizzate tipiche dei sistemi sanitari nazionali. Questo riorientamento negli USA, sostenuto anche da un numero crescente di studiosi di management, risponde all'esigenza oggettiva e socialmente molto avvertita di ridurre o eliminare la piaga sociale degli oltre 40 milioni di persone che non hanno nessuna garanzia, di potenziare i servizi di prevenzione e di sanità pubblica (per cercare di ridurre la pressione all'aumento di costi per malattie «evitabili o prevedibili» che richiedono diagnosi e terapie con metodiche sempre più sofisticate, ma di elevato costo unitario), di rafforzare il sistema delle cure primarie, oggi debolissimo e che potrebbe e dovrebbe diventare un efficace «filtro» all'uso di servizi specialistici. Inoltre il patto Stato-Regioni va analizzato considerando anche un problema comune a tutti i sistemi (quelli fondati sul modello di Servizio sanitario nazionale, di tipo mutualistico, basato sulle assicurazioni), quello degli elevati costi per il funzionamento del sistema, ossia delle risorse assorbite e che non si traducono in servizi per i pazienti. Nei sistemi con elevata componente pubblica si tratta dei «costi della burocrazia e delle inefficienze», nei sistemi di mercato o con una pluralità di soggetti di offerte, si tratta dei costi derivanti dal fatto che «ognuno di essi è più preoccupato di trovare il modo per scaricare i costi su altri soggetti, che non di trovare il modo per contenerli o per aumentare il valore finale per i pazienti» come affermano M. Porter e E. Teisberg nel loro recente volume «Redefining Health Care». Le analisi di questi studiosi segnalano come negli USA i costi derivanti dalla gestione dei rapporti amministrativi tra diversi soggetti (fatturazione delle prestazioni, contestazione di costi imputati, controdeduzioni legali, ecc.) definiti dalle teorie organizzative come «costi di transazione», superino il 25% dei costi totali, che è sicuramente superiore ai (pure elevati) «costi della burocrazia» di sistemi pubblici che sono più difficili da stimare in quanto non sono contabilizzabili solo in termini di incidenza del costo del personale amministrativo, ma anche di farmaci scaduti e non più utilizzabili, attrezzature acquistate e lasciate nei sotterranei o nei depositi di ospedali, del costo del personale in sovrannumero rispetto a quello necessario.

In questo quadro nazionale e internazionale va analizzato ed interpretato il patto Stato-Regioni che cerca (l'uso del verbo è obbligato in quanto non tutti i giudizi «di merito» coincidono con quelli di seguito presentati e perché sembrano deboli i presupposti su cui esso si basa e che dovrebbero renderlo realmente efficace) di improntare il rapporto di alcune linee strutturali, di visione di lungo periodo e non di essere strumento per risolvere problemi di breve periodo, seppure importanti, come la ripartizione degli oneri per la copertura di disavanzi pregressi. Il nuovo patto sembra improntato ad una logica che sostituisce il modello classico di government basato sulla linea di comando-controllo, la logica del modello di governance, basata sulla linea indirizzo-autonomia-responsabilizzazione (con supporto). Il modello controllo-comando aveva caratterizzato i precedenti accordi e il funzionamento della conferenza Stato-Regioni accentuando le seguenti tematiche:

- 1) come definire (per lo Stato come «delimitare») le competenze, gli spazi di autonomia decisionale delle Regioni;
- 2) come controllare che tali limiti fossero rispettati;
- 3) come intervenire efficacemente ex ante (ad esempio bloccando o impugnando leggi regionali ritenute dallo Stato in contrasto con la natura di Servizio sanitario nazionale) o ex post (quali interventi adottare in caso di mancato rispetto delle regole e dei patti).

Il nuovo accordo Stato-Regioni nel settore della salute si pone in un contesto istituzionale nel quale il processo di decentramento alle Regioni ha fatto apprezzabili passi avanti, pur tra tante contraddizioni. Rispetto al 2001 e agli anni immediatamente successivi si può dire che:

- a) in generale le Regioni hanno interiorizzato in termini operativi il principio secondo cui maggiore autonomia significa anche maggiore responsabilità e molte di esse hanno av-

viato o realizzato interventi di razionalizzazione del sistema di offerta e la ricerca dell'equilibrio economico finanziario (si vedano al riguardo i dati di disavanzo totale pro-capite delle Regioni del Rapporto OASI, 2006);

- b) lo Stato ha definitivamente (forse) compreso che non è possibile governare in modo uniforme «dal centro» un sistema nel quale i cittadini richiedono in modo sempre più evidente e con forti strumenti di pressione (opinione pubblica, forme di autoorganizzazione, ecc.) che i diritti siano garantiti non in modo astrattamente omogeneo, ma che l'uguaglianza e l'omogeneità di diritti possono essere ottenute, prima di tutto, a partire dal basso.

Certamente esistono grandi ostacoli, primo fra tutti quello delle Regioni in difficoltà strutturale nelle quali non solo sembrano «fuori controllo» la spesa e il disavanzo (di cui sono sintomo le periodiche «rideterminazioni», in aumento, dei disavanzi), ma nelle quali sembrano essere presenti processi di progressivo decadimento della qualità dei servizi e dei livelli di assistenza e vi sono timori circa la «sostenibilità sociale» che coinvolge non solo la tutela della salute, ma anche la sicurezza, il degrado ambientale, la situazione occupazionale, ecc. Per queste situazioni è stato individuato un percorso di interventi così articolato:

- 1) identificazione delle Regioni in difficoltà sulla base di specifici indicatori (disavanzo superiore al 7% di quello dell'anno precedente e raggiungimento dell'aliquota massima dell'addizionale Irpef e Irap);
- 2) istituzione di un fondo speciale per tali Regioni che, peraltro, appare un punto debole in quanto largamente inferiore al livello dei disavanzi accumulati che sono ben più alti del miliardo (0,8 e 0,6 miliardi di euro stanziati per gli anni 2007, 2008, 2009, cui va aggiunto il successivo stanziamento straordinario speciale per la Regione Lazio);
- 3) richiesta della predisposizione di un Piano di risanamento che appare essere il punto cruciale;
- 4) supporto-accompagnamento tecnico da parte dello Stato e, perché no, da parte di altre Regioni, nella attuazione del piano di risanamento.

Questo percorso passa attraverso tre fasi critiche. L'operazione verità sulla spesa, sulla reale situazione economico-finanziaria dalla quale deve emergere la dimensione effettiva del problema. In effetti, l'operazione verità (qualcuno la chiama pulizia dei conti) riguarda in specifico le Regioni in difficoltà, ma va estesa a tutto il sistema. Essa è indispensabile anche per valutare gli effetti «scaricati sul futuro» da una serie di operazioni di finanza innovativa (project finance garantiti dagli enti, cartolarizzazioni, leasing, ecc.). Si tratta di fare una specie di due diligence (verifica accurata della reale condizione economico-finanziaria e delle prospettive della attività svolta) che è condizione indispensabile nel campo delle acquisizioni, fusioni di imprese, interventi di ricapitalizzazione o comunque interventi di finanziatori istituzionali nelle imprese. Operazione che oggi appare particolarmente delicata e richiede competenze nuove in presenza di un sistema di contabilità economico-patrimoniale delle aziende sanitarie, dell'introduzione di nuove forme istituzionali (quali le Fondazioni che «affidano la gestione» degli ospedali e delle strutture a soggetti terzi), come si è detto, l'adozione di operazioni finanziarie negli anni scorsi il cui obiettivo principale è stato quello di «fare cassa», ossia di anticipare la disponibilità finanziaria per far fronte ad esigenze immediate o di breve periodo (senza tener conto o con limitata attenzione e considerazione degli effetti di medio e lungo periodo che, però, incominciano ad emergere e diventeranno sempre più evidenti e vincolanti nei prossimi anni).

Il secondo aspetto critico riguarda la realistica dei piani di risanamento.

Esperienze del passato, tipo quella della Puglia, e risultati di significativi contenimenti del disavanzo ottenuti in tempi brevi anche da aziende sanitarie nelle Regioni attualmente in dif-

ficoltà, segnalano che è possibile «rientrare da situazioni di grave patologia della gestione», in altre parole è possibile anche curare «malati gravi» sul piano della gestione. Le condizioni per elaborare piani di risanamento credibili a livello regionale e di singole aziende sono:

- a) rientro nella legalità (esempio criteri per evitare fatturazioni per prestazioni a forniture non effettuate o non corrispondenti alle attività svolte, per impedire riconoscimenti di spese senza copertura sostanziale, ma rese possibili solo con «artifici contabili», ecc.);*
- b) interventi sui casi macroscopici di sprechi e inefficienze (acquisti a prezzi e a condizioni palesemente «fuori mercato», duplicazioni di attività inutili e segnalate da tempo, attrezzature non utilizzate per motivi o carenze banali, ecc.) che sono state tollerate a causa del disinteresse dei responsabili di vario livello, dalla mancanza di professionalità, dalla mancanza di coraggio nel «mettersi contro interessi costituiti», non di rado dal coinvolgimento e dalla collusione con tali interessi;*
- c) inserimento in «posizioni di responsabilità critiche» a livello di Regione e di aziende sanitarie di persone professionalmente qualificate, ma soprattutto motivate e dotate del senso delle istituzioni, operazione non facile data anche la «delegittimazione delle amministrazioni pubbliche», l'uso mediatico strumentale dei casi di malasanità, l'indebolimento dei processi di «formazione alla cultura dell'interesse pubblico e generale» in una società che sembra credere sempre di più all'individualismo e agli automatismi degli interessi particolari capaci di tutelare l'interesse generale e pubblico;*
- d) motivazione, coinvolgimento dando spazio alle persone, che sono ancora tante nella sanità (probabilmente, o quasi sicuramente, la maggioranza), che svolgono il loro lavoro non solo per senso della professionalità, ma per passione e per la volontà di «fare qualcosa di utile per gli altri» e che sono pronte a seguire chi dimostra di «voler fare le cose seriamente».*

Il terzo aspetto critico è quello dell'accompagnamento nel processo di risanamento. Esso richiede indubbiamente risorse speciali e dedicate che, come si è detto, sono tuttora largamente inadeguate rispetto all'entità dei disavanzi pregressi. Tuttavia, per evitare che «finanziamenti speciali» aggiuntivi o sottratti al fondo sanitario ordinario, siano sprecati, occorre sostenere le Regioni (e le rispettive aziende) con forti immissioni di nuove conoscenze e competenze, costituire task force di intervento su specifici aspetti di inefficienze e disfunzioni, trasferire a tali Regioni le «migliori soluzioni» (best practices), collegare le realtà in difficoltà alle realtà all'avanguardia tramite accordi di partnership e di collaborazione.

In un periodo storico nel quale, di fronte a molti problemi irrisolti da decenni, l'idea più frequente è quella dell'istituzione di una authority autonoma e indipendente che dia indirizzi, stabilisca indicatori e parametri (di efficacia, efficienza, qualità, produttività, economicità), verifichi che le varie amministrazioni chiamate ad operare rispettino tali criteri e indicazioni e «intervenga» nei casi in cui indirizzi e criteri non siano rispettati (spesso però senza averne gli strumenti), la proposta dell'accordo Stato-Regioni di affiancare, aiutare, sostenere i processi di recupero di situazioni di «fisiologica difficoltà» (forse sarebbe troppo chiedere l'eliminazione completa e definitiva dei problemi) è una indicazione innovativa che può realmente produrre effetti positivi.

Una azione che, si sottolinea, non deve essere lasciata solo allo Stato, ma dovrebbe coinvolgere anche le Regioni che «sono gestite bene», che hanno buoni livelli di servizi e una situazione economico-finanziaria sostenibile. Ciò, perché conviene a tutti contribuire ad eliminare le situazioni di gravi difficoltà che penalizzano tutto il sistema.

Certamente il problema non è facile da risolvere per i seguenti motivi:

- a) l'affiancamento e l'accompagnamento dei piani di risanamento deve avvenire con modalità e forme tali da non ledere l'autonomia delle Regioni (difficilmente sarebbero applicabili interventi sostitutivi da parte dello Stato, come avviene con il commissariamento*

dei Comuni in stato di insolvenza, o forme simili all'«amministrazione controllata» per le imprese);

- b) nella maggior parte delle Regioni in difficoltà il problema non si limita al sistema di tutela della salute che, anzi, spesso finisce per essere solo il terreno privilegiato in cui si manifesta il degrado della società, del territorio, su cui sono più pesanti le interferenze della malavita organizzata;*
- c) come e da chi dovrebbero essere composte le task force di affiancamento e accompagnamento, quali dimensioni dovrebbero avere: una idea potrebbe essere quella di utilizzare direttori generali, amministrativi e sanitari, direttori di assessorati o agenzie regionali messi in disparte per motivi politici o perché non rispondenti alle strategie, a condizione però che ciò non voglia dire «mettere in circolo» coloro che sono stati messi in disparte per incompetenza.*

Il principio è buono, ma finora sembra essere rimasto tale e non sembrano emergere idee concrete di come renderlo operativo.

Nell'ambito del contratto, lo Stato e le Regioni si sono impegnati a rivedere i LEA (livelli essenziali di assistenza) e di rendere l'entità del fondo da trasferire alle Regioni congruente per dimensione con i nuovi LEA.

A fianco di ciò, le Regioni si sono impegnate ad utilizzare tutte le leve finanziarie in loro possesso per integrare le disponibilità, in caso di autonome scelte di alzare i livelli di assistenza garantiti ai propri cittadini.

Infine l'accordo Stato-Regioni mette queste ultime di fronte ad un bivio con riguardo al loro rapporto con le aziende sanitarie pubbliche (territoriali e ospedaliere) da un lato e con il variegato mondo della sanità privata, profit, non profit, laica o religiosa, dall'altro.

Con riferimento al primo aspetto, si sottolinea che dopo un periodo di critiche alla aziendalizzazione (e alle aziende) che aveva favorito tendenze «centralistiche» da parte delle Regioni, ora queste ultime devono fare una riflessione attenta sulla strategia nel prossimo futuro se:

- a) considerare le aziende come proprie strutture operative sul territorio sulla base di un sistema di vincoli e controlli rigidi, il che, nonostante la forma giuridica, ne ridurrebbe di molto l'autonomia e le priverebbe della possibilità di operare come «aziende che adattano le proprie risposte ai bisogni ed ai comportamenti del proprio territorio, rispondendo alla Regione dei risultati ottenuti;*
- b) considerare, al contrario, le aziende come entità economiche e organizzative, non solo giuridiche, che definiscono le proprie strategie e il proprio funzionamento non sulla base di indicazioni omogenee e standardizzate dalla Regione, ma partendo da una conoscenza specifica delle persone e del contesto di riferimento (pazienti e/o bisogni di comunità), dal riconoscimento e dalla valorizzazione dell'autonomia professionale di medici, infermieri e altri operatori e dalla natura del rapporto fiduciario medico-paziente, di principi e criteri di corretto e razionale uso delle risorse scarse che non siano in contrasto con la natura dei due elementi sopra specificati.*

La storia, passata e recente, ha dimostrato che il rigido controllo dell'altro non funziona o, comunque, spinge verso livelli di risultati insoddisfacenti, mentre la valorizzazione dell'autonomia aziendale collegata a chiari ed espliciti elementi di responsabilizzazione è in grado di sprigionare e liberare energie di motivazione, professionalità, credibilità, creatività che rendono meno problematico (anche se non facile) il raggiungimento della compatibilità tra bisogni, in continuo aumento, e risorse, sempre più soggette alla concorrenza di richiesta di risorse per altri settori pubblici o per altri bisogni privati.

Con riguardo al rapporto con il settore privato, le Regioni non potranno limitarsi ad applicare correttamente il sistema dell'accreditamento, che equipara fornitori pubblici e privati

di servizi, né a gestire un sistema di finanziamento (Drg o altro) finalizzato a orientare e controllare le scelte degli erogatori privati. Per avere qualche probabilità di rispettare l'accordo con lo Stato, le Regioni dovranno cercare sinergie con il privato tramite un coordinamento delle rispettive strategie e dovranno essere anche in grado di attivare flussi di finanziamenti privati, integrativi di quelli pubblici, sia per quanto riguarda gli investimenti di medio e lungo periodo, sia per quanto riguarda la copertura della spesa corrente.

In conclusione, si può affermare che il patto Stato-Regioni del 2001 si poneva essenzialmente in quadro di contenimento della spesa in una fase economica di sostanziale stagnazione, mentre il nuovo accordo del 2006 si pone nel quadro di una forte esigenza di innovazione e discontinuità (si veda l'editoriale del precedente numero di Mecosan dal titolo «Niente Happy New Year per la sanità») in una fase economica di ripresa che deve consolidarsi in crescita per il Paese. Lo scenario è nuovo, ma il problema è sempre lo stesso, vecchio e attuale: si riuscirà a passare dai progetti, dai proclami, dalla firma di accordi, dalle leggi alla concreta attuazione? Ai pazienti, non ai posteri, l'immediata e ardua sentenza.

Organizzare le reti in sanità: teoria, metodi e strumenti di social network analysis

AMERICO CICHETTI, DANIELE MASCIA

A wide range of issues that health organizations must tackle in modern health care systems can be traced back to the increased pervasiveness and complexity of organizational networks. Such networks involve not only partnerships or relations between hospitals and other health care organizations, but also other issues related to the demand side of health services. For such reason, the analysis of networks has become particularly important in the health care sector.

Unfortunately, the potential for this tool to inspire insightful conclusions still needs to be fully appraised: network analysis is still seldom used as a method of assisting health care studies and decisions. This paper aims to stimulate the debate on network organizational forms, discussing how social network analysis methodology can be used by researchers and policy makers to further investigate relationships among actors involved in the health care sector.

Note sugli autori

Americo Cicchetti - Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Daniele Mascia - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Attribuzione

Pur essendo frutto di un lavoro comune dei due Autori, i §§ 1, 2, 6 e 7 sono da attribuire al lavoro congiunto di Americo Cicchetti e Daniele Mascia, mentre i §§ 3, 4, 5 sono da attribuire prevalentemente al lavoro di Daniele Mascia

1. Introduzione

L'evoluzione del quadro epidemiologico, i cambiamenti di natura istituzionale, unitamente all'introduzione di nuove tecnologie, hanno determinato nel corso degli anni grandi cambiamenti nelle organizzazioni sanitarie. La progressiva specializzazione degli attori organizzativi (professionisti e organizzazioni complesse) e la necessità di garantire l'integrazione di competenze che appaiono sempre più distribuite per dare risposta ai bisogni di assistenza (es. le aziende sanitarie), impongono la ricerca di soluzioni organizzative innovative per rispondere al crescente fabbisogno di coordinamento sia intra che inter-organizzativo. Nella ricerca di nuove soluzioni emerge sempre più spesso l'adozione della logica della «rete» quale fonte di ispirazione per modelli organizzativi in grado di rispondere contemporaneamente alla progressiva specializzazione e alle esigenze di integrazione delle autonomie (Meneguzzo, 1996; 2000; Cicchetti, Lomi, 2000; Cicchetti, 2002; Lega, 2002; Miolo Vitali, Nuti, 2003).

Nel contesto del nostro Servizio sanitario nazionale, sono oramai innumerevoli le iniziative che richiamano la logica della «rete» a sostegno dell'implementazione di nuove soluzioni organizzative. Sul fronte dell'offerta dei servizi, ad esempio, fenomeni legati alla progressiva riconversione dei piccoli ospedali e alla valorizzazione dei c.d. centri di eccellenza (o ospedali di riferimento secondo la dizione utilizzata nell'ambito del Progetto Mattoni del Ministero della salute), rappresentano interventi istituzionali che sottolineano la necessità di organizzare le attività svolte all'interno del nostro Servizio sani-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Complessità ed esigenze di coordinamento nella medicina moderna
3. Il fabbisogno di coordinamento e la metafora della rete
4. Modello «a rete» e approccio relazionale
5. *Social network analysis* in sanità: ambiti e livelli di applicazione
6. Analisi delle reti sociali: concetti e metodi
7. Discussione

tario nazionale secondo una logica reticolare. Indicazioni di questo tipo derivano anche da linee di indirizzo dettate a livello regionale per la creazione delle cosiddette «Reti integrate di servizi ospedalieri» che prevedono, ad esempio, una distinzione tra ospedali di «riferimento» e ospedali «satellite» (Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera 2006 - Regione Lazio), o altre strutturazioni di tipo «hub & spoke» tra organizzazioni che operano sul territorio (es. Emilia-Romagna). Anche la creazione delle reti cittadine, così come l'accorpamento e l'integrazione tra ospedali (vedi l'esperienza della Regione Lombardia) (Meneguzzo, 1996), rappresentano nuove strategie volte a razionalizzare l'offerta di servizi attraverso una progressiva rimodulazione dei nodi della rete all'interno dei diversi contesti regionali. In molte Regioni, invece, proliferano le esperienze per la realizzazione di forme di integrazione interorganizzativa a «rete» per coordinare l'assistenza in specifici ambiti patologici (es. la Rete oncologica in Piemonte). Nella Regione Toscana la creazione delle Aree Vaste risponde all'esigenza di integrare in una forma reticolare diverse aziende per giungere ad una dimensione ottimale per gestire gli atti di concertazione ed alcune funzioni operative (Mari, 2003). In altre realtà, come ad esempio nel caso dell'Azienda sanitaria unica regionale nelle Marche, la creazione di modelli «a rete» è volta invece a dare risposta ai crescenti fabbisogni di coordinamento tra organizzazioni in vista della realizzazione di maggiore equità, solidarietà e universalità, qualità e appropriatezza degli interventi (Cepiku *et al.*, 2006).

Nonostante la diffusa consapevolezza della necessità di adottare modelli organizzativi «a rete» in questo settore e la proliferazione di studi sul tema, alcuni aspetti sembrano ancora parzialmente inesplorati.

In parte questo deriva dall'ambiguità stessa della parola «rete». All'espressione «rete», almeno in campo organizzativo, non può certo riferirsi un significato unico. Essa è certamente generica e spesso fuorviante anche per gli stessi ricercatori e richiama una miriade di teorie e di approcci diversi che si riferiscono all'organizzazione dell'azione sociale (Thompson, 2003). Esiste però oramai una convergenza nel considerare l'espressione «rete» riferibile a due prospettive principali.

La rete, infatti, può essere intesa come una forma organizzativa, quindi come un «modello strutturale», o – in alternativa – come un meccanismo di coordinamento dell'azione organizzativa (Thompson, 2003). Integrando le due prospettive è possibile identificare nella rete quel modello organizzativo che sottintende l'utilizzo di meccanismi di coordinamento tra attori sociali, siano essi semplici che complessi, diversi da quelli tradizionali della gerarchia e del mercato. Il modello a rete, infatti, implica la presenza di attori che mantengono gradi di autonomia e discrezionalità nella propria azione ma che rinunciano all'opportunità nelle loro relazioni che vengono quindi coordinate grazie alla mutualità e alla fiducia reciproca (Granovetter, 1985; Powell, 1990).

L'analisi delle condizioni che rendono peculiare l'adozione dei modelli «a rete» in ambito sanitario, la necessaria adozione di un approccio relazionale allo studio delle organizzazioni, così come l'analisi di metodologie idonee per l'investigazione dei *network*, sono argomenti salienti che tuttavia appaiono ancora oggi privi di un'analisi sistematica nell'organizzazione sanitaria.

Obiettivo del presente lavoro è iniziare a colmare questo *gap* descrivendo la natura delle forme organizzative «a rete» ed evidenziando le specificità che caratterizzano il settore della sanità, con particolare riferimento ai problemi di coordinamento organizzativo. Nostro obiettivo è anche quello di presentare l'analisi delle reti sociali – o *social network analysis* – come quadro metodologico specifico per lo studio dei *network* che ha trovato in passato larga utilizzazione negli studi di matrice sociologica e organizzativa e che ha già mostrato le sue potenzialità in diversi studi applicati al contesto sanitario anche in Italia (Cicchetti, Lomi, 2000; Cicchetti, 2001; Profili, 2002; Mascia, Cicchetti, 2005; Fattore *et al.*, 2006).

Va sottolineato che i diversi aspetti metodologici della *social network analysis* sono già ampiamente trattati in letteratura (tra gli altri Knoke, Kuklinski, 1982; Scott, 1991; Lomi, 1991), tant'è che una intera rivista internazionale, *Social Networks*, è attualmente dedicata a questo tema. Il nostro intento dunque non è quello di fornire una trattazione esaustiva della metodologia, quanto invece chiarire, anche con l'ausilio di una analisi

delle applicazioni in ambito sanitario, come le informazioni ottenute dall'utilizzo della *social network analysis* possano essere utilmente impiegate a supporto delle scelte di programmazione sanitaria, di progettazione organizzativa e, più in generale, di gestione.

Il presente lavoro è strutturato come segue. Dopo una rapida rassegna dei principali elementi di complessità delle organizzazioni sanitarie, il paragrafo 3 introduce il concetto di rete come logica organizzativa coerente con i fabbisogni di coordinamento che caratterizzano le organizzazioni sanitarie. I paragrafi 4 e 5 evidenziano le principali aree di applicazione della *social network analysis* in ambito sanitario ed alcuni importanti concetti che sono peculiari dell'analisi delle reti sociali. Il paragrafo 6 introduce, seppure in modo sintetico, ai metodi della *social network analysis*. Il settimo paragrafo conclude il lavoro con alcune indicazioni rivolte a ricercatori, operatori e *policy maker*.

2. Complessità ed esigenze di coordinamento nella medicina moderna

Il cambiamento degli scenari in cui le organizzazioni sanitarie si sono trovate ad operare nel corso degli ultimi anni ha profondamente condizionato i comportamenti, le azioni e l'architettura strutturale dei sistemi organizzativi.

Le strutture organizzative vengono progettate con l'obiettivo di creare contesti in cui gli individui possano decidere ed agire per la realizzazione dell'obiettivo identificato quale fine del comune agire organizzativo (Butler, 1991). Profitto, quota di mercato, distribuzione della ricchezza, assicurazione della giustizia e assistenza sanitaria sono alcuni degli obiettivi che le organizzazioni complesse si pongono nei moderni contesti economici e sociali (Daft, 2001).

Soprattutto in quelle organizzazioni, e tra queste quelle sanitarie, in cui la conoscenza rappresenta il fattore produttivo più rilevante, il corretto svolgimento delle attività organizzative richiede l'intervento di un numero elevato di individui ed unità complesse, nonché l'impiego di tecnologie e risorse di varia natura. La progettazione delle strutture, in questi casi, deve considerare le più intense necessità di integrazione, prevenendo la creazione di contesti cooperativi

in cui l'azione organizzativa sia continuamente e adeguatamente coordinata intorno alle esigenze della persona umana (Shortell, Kaluzny, 2000). Gli ospedali e le altre strutture che operano nel mondo della sanità si configurano come organizzazioni caratterizzate da elementi di complessità del tutto peculiari che le distinguono da tutte le altre organizzazioni per quanto riguarda scelte di progettazione e forme organizzative adottabili (Cicchetti, 2004).

Nella letteratura sulla progettazione organizzativa in campo sanitario riscontriamo numerosissimi contributi che hanno cercato di offrire una lettura sistematica di tali complessità. Alcuni di questi contributi hanno fondato il dibattito accademico e ispirato le pratiche manageriali in tutti i sistemi sanitari (Perrow, 1965; Heydebrand, 1973; Becker, Neuhauser, 1975; Charns, Schaefer, 1983; Mintzberg, 1983; Goss, 1963; Freddi, 1990; Guerra, 1992; Borgonovi, Zangrandi, 1988; Maggi, 1994; Coser, 1958; Thompson, Bates, 1957).

Non è possibile in questa sede offrire una rilettura sistematica della vastissima letteratura che ha caratterizzato l'ultimo mezzo secolo di dibattito sui problemi della progettazione organizzativa nel settore sanitario. Per i fini che ci siamo posti è utile mettere in evidenza le problematiche oggi più rilevanti nell'individuazione dei corretti meccanismi di coordinamento organizzativo e, come conseguenza, per la scelta delle forme organizzative nello scenario ambientale già analizzato nel paragrafo introduttivo. I fattori di complessità organizzativa rilevanti sia nella dimensione inter che intra organizzativa riguardano:

- la progressiva specializzazione e la frammentazione delle conoscenze;
- la differenziazione nei processi interni;
- l'interdipendenza intensa;
- l'autonomia professionale e il policentrismo decisionale;
- la natura della conoscenza.

La specializzazione. Unità operative specialistiche, dipartimenti, presidi ospedalieri e distretti rappresentano strutture organizzative che riflettono all'interno delle aziende sanitarie un elevato livello di specializzazione professionale. La divisione del lavoro in questi

casì testimonia l'elevata specializzazione richiesta agli attori del sistema in base al criterio di professionalità (Stichcombe, 1956). La specializzazione «orizzontale» delle attività individuali e la frammentazione delle conoscenze che si riscontra nelle nostre organizzazioni sanitarie è un fenomeno in progressiva espansione e non certo in «compressione» (Cosmacini, 1997). L'*American Medical Association* negli Stati Uniti censisce ben 150 specializzazioni per la professione medica; in Italia, il Ministero dell'università, prevede ben 48 diversi corsi integrati distribuiti in oltre 180 insegnamenti (discipline) nella Laurea specialistica in Medicina e chirurgia (classe 46/S ex D.M. 28 novembre 2000) che esita in un modello formativo e di professionalità radicato nell'idea della specializzazione pur nell'ambito di un *corpus* unitario di conoscenze. A fianco alla frammentazione delle conoscenze nella disciplina medica si moltiplicano i profili delle professioni tecnico-infermieristiche (22 in Italia) mentre i profili «ibridi» (come il *nurse practitioner*), cominciano ad affacciarsi in diversi sistemi sanitari (vedi USA e UK).

La differenziazione, all'interno delle organizzazioni sanitarie, si manifesta nella specializzazione tecnica, nelle conoscenze utilizzate, negli orientamenti cognitivi, nei linguaggi e nei valori adottati da parte delle diverse unità organizzative. Tale diversità è dovuta da un lato alla maggiore complessità dell'ambiente. Gli ospedali, come già evidenziato nella letteratura (Scott, 1981; Scott *et al.*, 2000), rispondono contemporaneamente a regole «tecniche» (efficienza ed efficacia) e regole istituzionali (legislazione e «culture» di sfondo), e i diversi sottosistemi interni (assistenziale, amministrativo, tecnico, ecc.) si confrontano con ambienti specifici che influenzano l'azione in modo molto differente. Questa differenziazione risponde anche alla peculiare intensità delle relazioni interorganizzative che caratterizzano gli ospedali rispetto agli innumerevoli ambienti di riferimento (competitivo, istituzionale, mercati di fornitura, ambiente scientifico, ecc.). Tale differenziazione è tuttavia fonte di eterogeneità dei comportamenti da parte degli attori organizzativi, e richiede un maggiore ammontare di tempo e di risorse per il coordinamento delle attività trasversali (per l'assistenza ai pazienti, in particolare).

L'interdipendenza intensa. La progressiva specializzazione se da un lato favorisce la progressiva focalizzazione attorno ad un nucleo più ridotto di competenze, accelerando i processi di apprendimento e l'approfondimento «verticale» delle conoscenze cliniche, dall'altro determina la frammentazione delle competenze cliniche, sia a livello intra-organizzativo che inter-organizzativo. Tale frammentazione introduce un importante problema organizzativo in quei contesti dove l'intensità delle interdipendenze che caratterizzano le attività e le competenze da integrare risulta particolarmente elevata. Nell'ambito della singola organizzazione i medici sono chiamati a cooperare per mettere in relazione le proprie conoscenze in maniera contingente in considerazione delle specifiche esigenze dei pazienti. A livello inter-organizzativo tali interdipendenze sono altrettanto intense nel campo delle cure primarie a fronte dell'interazione «*cross-boundaries*» tra una molteplicità di attori organizzativi quali medici di medicina generale, servizi ambulatoriali, distretti sanitari, medici specialisti, che intervengono su specifiche categorie di pazienti. Ciò che si verifica a livello complessivo è dunque la progressiva intensificazione di *complementarità organizzative* (Richardson, 1972) da parte di singoli attori organizzativi che intervengono nei processi di erogazione dei servizi.

La forte differenziazione organizzativa, sopra evidenziata, rappresenta un ostacolo potenziale proprio ai fini della creazione di relazioni con altri attori organizzativi in quanto limita la capacità di assorbimento di informazioni e conoscenze dall'esterno (Cohen, Levinthal, 1990). Queste relazioni appaiono invece indispensabili a fronte dell'intensità e della complessità delle interdipendenze (Thompson, 1967) che vengono a crearsi tra le diverse attività organizzative. Ciò spiega i fenomeni di scarsa interrelazione e le difficoltà di integrazione che si riscontrano all'interno delle organizzazioni (Chakravarthy, Zaheer, Zaheer, 1999).

In questi casi assume rilevanza l'adozione di azioni e strumenti organizzativi volti alla ricomposizione «orizzontale» delle competenze specialistiche, scegliendo modelli di coordinamento adeguati, più flessibili e meno formalizzati (Grandori, 2003).

Autonomia professionale e policentrismo decisionale. Specializzazione, differenziazione e intensità dell'interdipendenza fanno i conti con l'autonomia professionale del medico come attore «dominante» nel processo di assistenza (Freidson, 1994; 2002). La discrezionalità nelle organizzazioni sanitarie è riconosciuta e legittimata come parte integrante del lavoro professionale (Zangrandi, 1988). Ne consegue un sistema caratterizzato da «policentrismo decisionale» (Maggi, 1989). Il contesto attuale dell'assistenza sanitaria sta però mettendo in evidenza la presenza di forti pressioni e significative influenze sulla decisione clinica. Le influenze riguardano sicuramente la crescente rilevanza dei vincoli economici posti alla decisione del clinico («il paradigma economico»; Giarelli, 2003). Forse più rilevante però, almeno ai fini organizzativi, è l'affermarsi del nuovo «paradigma» (in senso Khuniano) per le decisioni cliniche, conosciuto come *evidence based medicine* (EBM).

Nella medicina l'idea di una decisione individuale, solitaria e responsabile, basata su «scienza e coscienza» sta progressivamente perdendo terreno. Se la decisione medica più che basata sull'intuito, è «informata» e basata sulle evidenze, il lavoro medico deve essere progettato prendendo in considerazione l'esigenza di rendere disponibili «informazioni» scientifiche e tecniche al «letto del paziente»¹. Le evidenze oltre che dalla letteratura provengono dalla collaborazione con altri clinici che «portano con sé» parti di evidenza. La decisione da individuale e basata sulla scienza e coscienza sta evolvendo verso un processo decisionale incrementale e «collettivo», basato sulle prove di efficacia. Le implicazioni per il coordinamento del lavoro appaiono evidenti e forniscono di significato la ricerca di meccanismi di coordinamento basati su standard assistenziali e percorsi diagnostico terapeutici calati nella realtà organizzativa e in grado di offrire una soluzione al problema dell'integrazione (Lathorp, 1993).

La natura della conoscenza. Un ultimo aspetto riguarda le caratteristiche delle conoscenze sottese ai processi di lavoro ed alle attività svolte nelle organizzazioni sanitarie. Tali caratteristiche riguardano in particolare la natura della conoscenza e la complessità epistemica che contraddistingue i processi di

generazione di nuove conoscenze (Grandori, 2003).

Come anticipato, le risorse umane e le relative conoscenze e capacità, rappresentano sempre più il fattore critico di successo per le organizzazioni di tipo *knowledge-based* quali quelle sanitarie. È da sottolineare che non tutte le conoscenze all'interno delle aziende hanno stessa natura. Se da un lato è infatti possibile identificare conoscenze facilmente esplicitabili che è possibile trasferire attraverso linguaggi alfanumerici (referti, documentazione, archivi, ecc.), dall'altro nelle organizzazioni sanitarie si assiste alla forte presenza di conoscenza tacita, fortemente legata all'esperienza professionale ed alla sua concreta utilizzazione da parte del medico. Contrariamente a quanto avviene per la conoscenza esplicita, la trasferibilità della conoscenza tacita è più problematica in quanto strettamente legata all'osservazione in azione da parte degli attori che la producono e che ne sono detentori (Polanyi, 1958). La presenza di conoscenze di natura tacita ampiamente distribuite all'interno dell'organizzazione richiede anche in questo caso l'adozione di strumenti di coordinamento adeguati e del tutto peculiari, in grado di favorire in maniera continua il trasferimento e la successiva combinazione delle conoscenze. Nelle organizzazioni sanitarie la performance organizzativa è il risultato dell'integrazione e della combinazione di competenze e conoscenze che in larga parte hanno natura tacita e che spesso troviamo sotto forma di routine e comunità di pratiche informalmente costituite (Cicchetti, 2002). La gerarchia, così come la semplice comunicazione tra gli attori organizzativi coinvolti, sono certamente insufficienti a soddisfare la particolari necessità di coordinamento richieste.

La complessità epistemica incide negativamente sulle modalità di generazione di nuova conoscenza e sull'individuazione di relazioni di causa-effetto nello svolgimento delle attività organizzative (Cowan *et al.*, 1999; Grandori, 2003). Nel caso delle organizzazioni sanitarie questo aspetto si riscontra soprattutto nella grande difficoltà di misurare e valutare l'*outcome* del lavoro professionale, e conseguentemente nella difficoltà di adottare meccanismi di governo delle attività basati sul controllo delle variabili di risultato (prestazioni, risultati) e inter-

venienti (processi, routine, piani e programmi). In questo contesto, inoltre, la conoscenza che viene utilizzata nei processi operativi (la pratica clinica principalmente) ha origine «esterna» rispetto all'organizzazione di riferimento. La ricerca e le evidenze scientifiche disponibili sono oggi considerate le principali fonti di ispirazione delle decisioni operative negli ospedali e nelle altre organizzazioni sanitarie. La traslazione della «conoscenza» in «azione» necessaria per una pratica clinica basata sulle prove di efficacia (*evidence based health care - EBHC*) rappresenta ancora oggi uno dei principali dilemmi affrontati e non pienamente risolti per un reale governo delle organizzazioni sanitarie (Dopson, Fitzgerald, 2005).

Questi elementi di complessità, che in modo isolato riscontriamo in molte forme organizzative (dalle imprese alle università), nell'ospedale e nelle altre organizzazioni sanitarie sono presenti contemporaneamente, restituendo l'immagine di un sistema organizzativo iper-complesso che manifesta fabbisogni di coordinamento organizzativo del tutto peculiari (Cicchetti, 2004).

3. Il fabbisogno di coordinamento e la metafora della rete

L'analisi degli elementi che caratterizzano le organizzazioni sanitarie sotto un profilo progettuale evidenzia la presenza di uno scenario particolarmente articolato e complesso in termini di numerosità degli elementi critici e di loro interazione. Processi decisionali che si realizzano tra autonomia professionale e adesione a standard di riferimento, la differenziazione dei processi, gli alti livelli di specializzazione e la prevalenza della natura tacita delle conoscenze, evidenziano dunque, a livello complessivo, la debolezza della gerarchia quale forma organizzativa adatta a soddisfare le esigenze di coordinamento in ambito sanitario. La gerarchia, ancora largamente utilizzata nelle organizzazioni per il governo delle attività di lavoro, se da un lato permette il fluire delle informazioni e delle conoscenze nell'ambito di confini gerarchici ben delineati, dall'altro si scontra con la grande fluidità delle conoscenze, fortemente connaturate alla professionalità del lavoro clinico, e con la complessità delle interdipendenze che caratterizzano le attività in ambito

ospedaliero. Attraverso l'identificazione di programmi, regole e procedure formalizzate, la gerarchia può impedire la nascita di forme di integrazione spontanea delle conoscenze producendo inerzia al cambiamento (Powell, Di Maggio, 1991).

La letteratura e la pratica manageriale hanno oramai evidenziato come il fabbisogno di coordinamento organizzativo nel settore sanitario possa essere soddisfatto dal ricorso alla gerarchia unitamente ad altri meccanismi quali l'adozione di standard, il lavoro di gruppo, i ruoli di integrazione, il contatto diretto, ecc. (Charns, Shaefer, 1983). Nel caso di un paziente su cui è necessario intervenire chirurgicamente per un tumore al colon-retto, per assicurare efficacia e tempestività di intervento non appare sufficiente che i diversi operatori interessati appartengano allo stesso dipartimento (soluzione «gerarchica» per il coordinamento, istituzionalmente prevista nel Ssn). Il fabbisogno di coordinamento è assai più elevato e solo la presenza di altri strumenti (un protocollo; il contatto diretto e il lavoro in *équipe*; l'intervento costante del personale infermieristico di coordinamento; un *electronic patient record* – EPR – efficace) assicureranno un risultato accettabile sia sotto il profilo dell'efficacia, che dell'appropriatezza, che della qualità percepita.

La questione essenziale, però, non sembra la disponibilità di tali soluzioni organizzative. Molte sono le soluzioni disponibili e si moltiplicano le sperimentazioni negli ospedali o nei sistemi territoriali (in alcuni casi esistono degli EPR, sono stati elaborati i percorsi diagnostico terapeutici condivisi, ci sono figure di *case manager*, ecc.). Il problema aperto appare ancora quello della diffusione e dell'accettazione di queste soluzioni che molto spesso sono confinate a contesti limitati, e comunque faticano ad affermarsi. Questa difficoltà si riscontra ancora più spesso quando l'integrazione deve realizzarsi tra entità giuridicamente separate (es. azienda ospedaliera – *équipe* di medici di famiglia – distretto).

È soprattutto in questi casi che si invoca la «rete» come soluzione al problema dell'integrazione di unità separate e specializzate, per ognuna delle quali si intende garantire uno spazio di autonomia decisionale. In questo caso la rete è costituita dall'interazione tra nodi individuati come organizzazioni com-

plesse (es. aziende sanitarie), e la sua natura è quindi inter-organizzativa.

In maniera analoga, però, la stessa situazione di specializzazione e frammentazione in presenza di spazi di autonomia da garantire, si ripresenta all'interno della medesima azienda ospedaliera. Anche in questo caso ci troviamo di fronte all'esigenza di integrare una «rete» di operatori (livello interpersonale) e/o di unità organizzative (livello intra-organizzativo).

Il concetto di rete organizzativa, come già accennato in premessa, si caratterizza proprio per la sua adattabilità a molti contesti e questo rappresenta di per sé sia un vantaggio che un limite. La rete che invochiamo è quindi una nuova forma organizzativa, un meccanismo per il coordinamento o entrambe le cose? Quali sono le sue proprietà funzionali, quali gli elementi che la qualificano nel panorama delle forme organizzative? Quali condizioni ne rendono efficace il funzionamento?

Crediamo che la «metafora» della rete possa essere utile per introdurre soluzioni di coordinamento organizzativo che completano e ridefiniscono i confini della soluzione gerarchico-burocratica nelle organizzazioni sanitarie, in un quadro progettuale più ampio che porta, come conseguenza, a ridefinire le configurazioni organizzative a supporto delle esigenze di integrazione che caratterizzano la medicina moderna e i moderni sistemi sanitari.

Siamo però convinti che la costruzione di reti organizzative, in questo come in altri settori, presupponga l'adozione di approcci alla progettazione organizzativa diversi rispetto a quelli tradizionali. In analogia, quindi, anche gli strumenti di indagine organizzativa hanno bisogno di schemi concettuali e strumentazioni analitiche conseguentemente adatti alla specificità del modello a rete.

4. Modello «a rete» e approccio relazionale

La crescente attenzione posta verso strumenti di coordinamento basati sulla comunicazione orizzontale, sulla socializzazione e su meccanismi di natura informale all'interno delle organizzazioni, unitamente alla proliferazione di modelli «a rete» per il coordinamento tra attori organizzativi, hanno

portato ad una progressiva focalizzazione sul concetto di *relazione*.

Lo studio delle relazioni ha assunto un'importanza tale da dar vita ad un vero e proprio approccio relazionale nell'ambito della ricerca di matrice organizzativa (Levin e White, 1961). L'approccio relazionale raccoglie tutti quegli studi che spiegano i fenomeni organizzativi attraverso l'osservazione del complesso di relazioni che legano tra loro gli attori dell'azione organizzativa. Tali studi pongono l'enfasi sul fatto che i comportamenti e le decisioni degli attori, oltre che dipendere da un insieme di elementi attributivi legati a specifiche caratteristiche dell'attore organizzativo semplice o complesso (Coleman, 1974), possono essere interpretati in termini di vincoli e opportunità offerti dalla struttura delle relazioni nella quale gli attori sociali sono immersi (Levin, White, 1961; Evan, 1966; Granovetter, 1985). Secondo questa prospettiva gli attori organizzativi non operano come entità autonome, indipendenti e solitarie (Galaskiewicz, Wasserman, 1993), ma sono invece altamente interdipendenti e condizionati nel loro agire dalle relazioni che sviluppano con altri attori o gruppi di attori.

Una importante conseguenza è che nel momento in cui le relazioni che si instaurano tra attori indipendenti assumono una tale rilevanza nel governo dello scambio economico, la «rete» stessa finisce per configurarsi come una forma organizzativa che è del tutto peculiare per effetto dell'integrazione realizzata attraverso meccanismi di coordinamento diversi dalla gerarchia e dal mercato (Powell, 1990). La fiducia tra gli attori (Zucker, 1986), la reciprocità e l'altruismo garantiscono quello che altrove è garantito dal funzionamento dal meccanismo del prezzo o dall'autorità gerarchica (Thompson, 2003).

L'*embeddedness* dell'azione economica nel tessuto di relazioni sociali rende, a livello complessivo, fortemente necessaria l'analisi dell'influenza che tali relazioni esercitano sul comportamento individuale, di gruppo e organizzativo (Granovetter, 1985; Uzzi, 1997), anche attraverso il ricorso a metodologie di analisi adeguate.

Per quanti non sono familiari con la terminologia associata ai *network* e alla ricerca sulle reti sociali, è importante introdurre

alcuni concetti che sono fondamentali per lo studio dei *network*. Una rete sociale può essere concettualizzata come un insieme di *nodi*, ovvero come un insieme di attori sociali (individui, gruppi/unità organizzative, organizzazioni) caratterizzati da specifici elementi attributivi (ad esempio sesso, età, e formazione professionale nel caso di singoli individui, oppure dimensione, localizzazione geografica, modello organizzativo nel caso delle imprese), legati da *connessioni* che possono rappresentare legami o relazioni (di parentela, amicizia, affiliazione, ecc.) e/o interazioni per lo scambio di risorse (finanziarie, informative, ecc.).

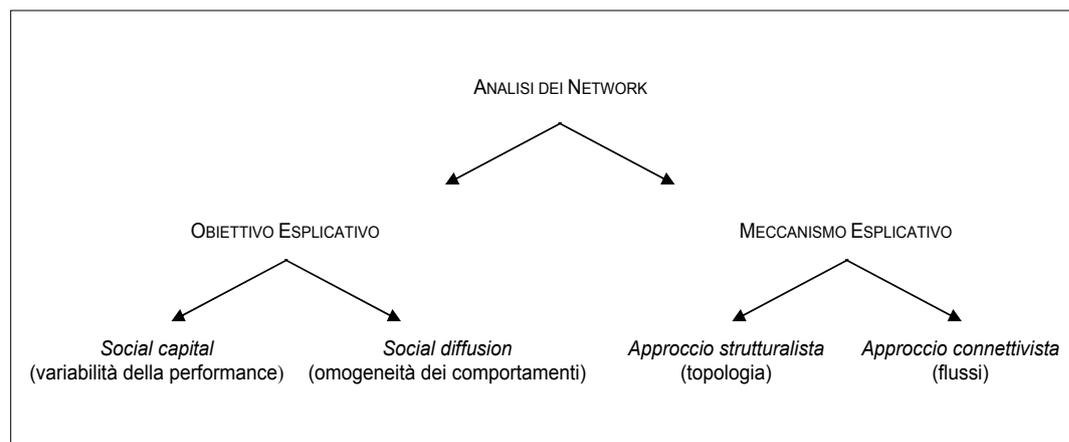
Il singolo attore organizzativo può, come anticipato, riferirsi al singolo individuo membro di un'organizzazione, ad uno specifico gruppo di individui o ad una organizzazione. Tenendo presente tuttavia che le relazioni tra gli attori producono conseguenze tanto sulla sfera individuale quanto sul sistema cui appartengono (Granovetter, 1973), l'adozione di un approccio relazionale consente di studiare i fenomeni organizzativi partendo anche dal massimo livello di disaggregazione, ovvero quello individuale. Ciò riguarda nello specifico le diverse entità che possono essere oggetto di studio. Molto spesso si tende a confondere l'entità di analisi con quelli che sono invece i differenti livelli di analisi utilizzati nella *social network analysis*. I livelli non riguardano le caratteristiche degli attori studiati (individuo, unità organizzativa o sistema organizzativo), ma i differenti *focus* di analisi potenzialmente adottabili dal ricercatore. Essi riguardano in particolare l'analisi

delle diadi, l'analisi degli attori e l'analisi di gruppi di attori (Borgatti, Foster, 2003).

Il numero di studi che hanno utilizzato il concetto e la metafora della «rete» è cresciuto molto rapidamente nel corso degli anni, così come sono progressivamente aumentati gli ambiti disciplinari di applicazione. Dalla sociologia alla fisica, oggi i campi di studio in cui è possibile trovare applicazioni che fanno riferimento al concetto di *network* sono molto numerosi. Nonostante tale moltiplicazione ne abbia reso difficoltoso un preciso inquadramento e una netta classificazione in ambito organizzativo, nella letteratura si individuano due diverse prospettive che permettono di distinguere i contributi di ricerca sui *network* (Borgatti, Foster, 2003): la prospettiva dell'*obiettivo esplicativo* e quella del *meccanismo esplicativo* (figura 1).

L'*obiettivo esplicativo* classifica gli studi sui *network* a seconda che la rete venga interpretata come un elemento che dà opportunità agli attori organizzativi, o viceversa come un elemento in grado di vincolare i comportamenti organizzativi. Nel primo caso si inquadra la teoria del *social capital* (Coleman, 1990; Lin, 2001), in cui i legami relazionali vengono concettualizzati alla stregua di risorse sociali che permettono agli individui di realizzare importanti *outcome* organizzativi, quali ad esempio potere (Brass, 1984; Kilduff, Krackhardt, 1994), *leadership* (Brass, Krackhardt, 1999; Sparrowe, Liden, 1997), imprenditorialità (Shane, Stuart, 2002), creatività (Burt, 2003). Il *social capital* rappresenta «l'insieme di risorse, attuali o virtuali, di cui individui o gruppi beneficiano grazie

Figura 1
Classificazione
degli approcci di ricerca



ad un *network* di relazioni fatto di legami caratterizzati da durevolezza e mutuo riconoscimento» (Bourdieu, Wacquant, 1992: 119). Un'importante conseguenza di questo approccio è la rilevanza che assume la struttura complessiva delle relazioni e della particolare posizione dell'attore nel *network*.

Contrapposto a questo approccio, in cui individui ed organizzazioni operano come attori razionali scegliendo di investire tempo nella creazione di relazioni in vista del raggiungimento dei propri obiettivi, si identifica un altro filone teorico molto importante, noto come *social diffusion* o *social influence approach* (Friedkin, Johnsen, 1999). In questo caso, più che studiare il grado con cui certi *outcome* organizzativi vengono raggiunti, vengono enfatizzati soprattutto i vincoli che la rete determina per l'azione organizzativa e, analizzando i livelli di omogeneità che gli attori manifestano in relazione alle proprie attitudini, usi, o abitudini lavorative. Poiché immersi in un ambiente fatto di relazioni, gli attori organizzativi sono dunque influenzati, e quindi condizionati, nel proprio agire. Sono riconducibili a questo approccio ad esempio i lavori di Di Maggio e Powell (1983) che, nell'ambito del filone neo-istituzionalista, hanno sottolineato che le relazioni tra organizzazioni in un certo contesto ambientale inducono le organizzazioni verso un progressivo isomorfismo strutturale. Nella stessa prospettiva, altri studi hanno evidenziato che in situazioni di forte incertezza e complessità ambientale gli individui tendono ad assumere comportamenti simili a quelli praticati da altri (Erickson, 1988).

L'altra prospettiva che consente di distinguere e classificare gli studi sui *network* riguarda il *meccanismo esplicativo* adottato. Se da un lato si identificano ricerche che adottano un approccio «strutturalista» focalizzato soprattutto sulla topologia e sull'architettura strutturale dei *network*, dall'altro è possibile cogliere un approccio di natura «funzionalista» che focalizza al contrario l'attenzione sui benefici e sulle risorse che fluiscono grazie ai legami relazionali (Borgatti, Foster, 2003).

Nell'ambito del filone strutturalista la ricerca analizza la particolare posizione occupata da un attore all'interno del *network* considerando la struttura dei legami con tutti gli altri attori della rete. Quello del-

l'equivalenza strutturale è uno dei concetti più rappresentativi di questo approccio (Mizruchi *et al.*, 1981, 1998). Due attori che all'interno di un *network* hanno gli stessi legami con gli altri attori presenti nella rete stessa sono detti strutturalmente equivalenti (Lorraine, White, 1971; Burt, 1982, 1992). Per equivalenza strutturale si intende, dunque, la similitudine nella struttura delle relazioni che ciascun attore intrattiene con gli altri nell'ambito di una rete. L'equivalenza nel «pattern» relazionale nel *network* è importante per spiegare tutta una serie di fenomeni organizzativi, tra cui l'omogeneità dei comportamenti: l'assunto in questo caso è che, ravvisando una certa confrontabilità della propria reciproca posizione all'interno della rete, due o più attori strutturalmente equivalenti tenderanno ad imitarsi l'un l'altro (Burt, 1987).

L'approccio funzionalista sposta il *focus* dall'analisi della topologia della rete alla particolare funzione assoluta dai legami relazionali rispetto a specifici *outcome* organizzativi. La singola relazione in questo caso viene considerata non rispetto alla sua proprietà strutturale, ma come uno strumento in grado di far fluire informazioni e conoscenze tra attori organizzativi. Nell'ambito di questo approccio, la ricerca fa spesso riferimento al concetto di coesione. Due o più attori sono «coesi» all'interno di un *network* quando essi mostrano legami relativamente forti, intensi o diretti (Coleman, 1990). Il concetto di coesione è per certi versi contrapposto a quello di equivalenza strutturale (Mizruchi, 1990), in quanto anch'esso utilizzato per spiegare l'omogeneità di comportamento. Tuttavia, in questo caso, è il contatto più o meno diretto all'interno della rete a favorire la formazione di comportamenti omogenei tra attori. La presenza di un *network* fortemente coeso favorirebbe un'elevata circolazione delle informazioni e una maggiore possibilità di influenza reciproca.

Sulla base dei vari benefici associati alla creazione e al mantenimento delle relazioni, l'appartenenza degli attori a gruppi sociali coesi permette di spiegare innumerevoli fenomeni organizzativi come la diffusione del consenso nei gruppi (Friedkin, 1994), l'adozione di standard di comportamento (Collins, 1988) o la diffusione di innovazioni in campo medico (Coleman *et al.*, 1966).

5. Social network analysis in sanità: ambiti e livelli di applicazione

La prospettiva relazionale ha trovato una applicazione molto ampia nelle scienze sociali; negli studi sociologici, in quelli economici, nel management, nella psicologia, nelle scienze politiche. In campo economico-manageriale lo sviluppo di questi studi è stato incredibilmente variegato e ha permesso la spiegazione di innumerevoli fenomeni e comportamenti organizzativi (performance organizzativa, distribuzione del potere, processi decisionali, alleanze tra imprese, diffusione delle conoscenze, processi di innovazione tecnologica, ecc.) avvalendosi anche dei preziosi concetti e strumenti di analisi relativi all'analisi delle reti sociali.

Questa diffusione è stata favorita anche dalla progressiva diffusione e standardizzazione dei metodi analitici a supporto dell'analisi delle reti sociali fino ad individuare un *corpus* relativamente omogeneo di principi, metodi e strumenti (Wasserman, Faust, 1994). L'analisi delle reti sociali, a cui spesso si fa riferimento con la terminologia anglosassone «*social network analysis*» (di seguito Sna), attiene l'insieme dei concetti e delle metodologie necessarie per lo studio delle relazioni che intervengono tra attori sociali. L'analisi delle reti sociali ha le sue radici nell'ambito di contesti non aziendali, ed in particolare nell'antropologia, nella psicologia sociale e nella sociologia (Tichy, 1981), anche se nel corso degli anni si è assistito ad un forte incremento dell'applicazione di questa metodologia a tutta una serie di fenomeni di natura organizzativa (Lomi, 1991; Grandori, 1995).

La Sna descrive le caratteristiche delle reti di relazioni tra attori organizzativi analizzandone l'impatto e l'influenza sul comportamento e sulla performance a livello individuale, organizzativo o di gruppo. Le reti di relazioni – o reti sociali – rappresentano «specifici insiemi di legami interpersonali la cui natura può essere utilizzata per predire e interpretare il comportamento sociale degli individui» (Mitchell, 1969: 2).

L'adozione dell'approccio relazionale e l'utilizzo della Sna – anche se in misura minore – ha contribuito in passato allo studio di numerosi fenomeni e aspetti organizzativi legati al mondo della sanità. Per facilitare

una breve revisione di queste esperienze è possibile classificare i diversi lavori alla luce della complessità degli attori che rappresentano i singoli nodi della rete di relazioni. Le analisi e gli studi sono quindi distribuiti in tre gruppi corrispondenti a tre diversi livelli di indagine;

– *interpersonale*, quando il nodo della rete è rappresentato dal singolo individuo (medico, infermieri, paziente, ecc.);

– *intra-organizzativo*, quando il nodo della rete è rappresentato da un gruppo più o meno formalizzato (es. *équipe*, unità operativa, dipartimento, distretto, ecc.);

– *inter-organizzativo*, quando il nodo della rete è una organizzazione complessa (es. azienda ospedaliera).

A livello interpersonale, la Sna è normalmente utilizzata per comprendere in che misura le relazioni sociali producono effetti sui comportamenti e sugli *outcome* individuali. Nell'ambito delle applicazioni condotte in sanità la Sna ha consentito, ad esempio, di esplorare il legame esistente tra alcuni importanti fenomeni quali il supporto sociale, lo stress e altri problemi di salute, e la struttura e i contenuti delle relazioni interpersonali in specifici contesti (Hall, Wellman, 1985; Hirdes, Scott, 1998). Studi più propriamente epidemiologici hanno invece analizzato la gamma di benefici che determinate configurazioni strutturali delle reti sociali possono produrre sotto il profilo immunologico e psico-sociologico dei pazienti (Pilisuk, Froland, 1978; Karoly, 1991).

L'analisi delle reti sociali è stata inoltre utilizzata, sempre sul piano individuale, per analizzare fenomeni di natura organizzativa riconducibili all'offerta di prestazioni, quali ad esempio la diffusione delle innovazioni e di nuove pratiche cliniche tra medici e professionisti sanitari (Coleman *et al.*, 1966; Valente, 1995), la rilevanza che le relazioni sociali hanno nell'influenzare i processi informativi e decisionali di importanti figure in sanità (West *et al.*, 1999), l'interazione tra i modelli organizzativi formali ed i *pattern* relazionali emergenti tra professionisti all'interno delle organizzazioni sanitarie (Johanson, 2000), il funzionamento di *team*-multiprofessionali per la cura delle malattie croniche (Cott, 1997), la performance delle *équipe*

chirurgiche all'interno di contesti ospedalieri (Sparrowe *et al.*, 2001), o ancora la produttività scientifica dei ricercatori attivi nella ricerca clinica e pre-clinica (Mascia, Cicchetti, 2005). Alcune particolari applicazioni hanno riguardato inoltre, più recentemente, l'analisi dell'attitudine dei clinici nello svolgimento di funzioni manageriali all'interno delle aziende ospedaliere (Pallotti, 2005), l'individuazione degli *opinion leader* nelle organizzazioni sanitarie (Kravitz *et al.*, 2003), e lo studio dei processi di influenza esercitati da particolari ruoli professionali sulla formazione della politica sanitaria (Lewis, 2006).

A livello intra-organizzativo, un'importante area di intervento riguarda l'applicazione della Sna a supporto dell'attività di progettazione delle organizzazioni sanitarie. Alcuni autori hanno evidenziato sul piano empirico come nell'ambito delle organizzazioni professionali e di quelle sanitarie in particolare, le relazioni sociali assumono un ruolo rilevante nella spiegazione di fenomeni quali la performance delle unità organizzative formali (Cicchetti, Lomi, 2000; Cicchetti, Profili, 2001). L'adozione della prospettiva relazionale rappresenta in questa prospettiva un utile strumento di «lettura» e di rilevazione di tutti quei processi di coordinamento non progettati, rappresentati dalle interazioni tra unità operative e persone che intervengono quotidianamente nell'attività assistenziale (Cicchetti, 2004). La progettazione dei dipartimenti e l'aggregazione delle unità operative può così beneficiare di metodologie in grado di evidenziare le dinamiche del tessuto sociale e i livelli d'interazione tra attori organizzativi. Cicchetti (2002), in particolare, fornisce un utile *framework* per l'applicazione delle tecniche di Sna all'interno delle organizzazioni sanitarie, rilevandone una forte utilità proprio in fase progettuale².

A livello interorganizzativo o sistemico, la Sna è stata utilizzata come strumento per la progettazione e l'ottimizzazione – in una logica di intervento – del funzionamento delle singole strutture ospedaliere e/o di intere reti assistenziali, intese come insiemi complessi di nodi e relazioni (Kwait *et al.*, 2001; Agranoff, 2003). I benefici legati alla costituzione di una organizzazione a rete in ambito sanitario sono molteplici, e vengono normalmente ricondotti i) alla possibilità di razionalizzare il sistema di offerta, concen-

trando la politica degli investimenti in tecnologie e strutture ed evitando duplicazioni e sprechi; ii) al perseguimento di economie di scala attraverso l'attivazione di processi di accentrimento della gestione di attività più critiche; iii) alla possibilità di attivare processi organizzativi volti a facilitare l'integrazione dei percorsi assistenziali e la progressiva introduzione del governo clinico; infine, iv) alla maggiore condivisione di dati, informazioni e conoscenze per promuovere il miglioramento della qualità e dei livelli di *outcome*. In Italia una recente applicazione ha riguardato l'analisi della rete dell'emergenza 118 della Regione Lazio (Cicchetti *et al.*, 2006). In questo caso lo studio ha avuto carattere descrittivo ma ha permesso di identificare il livello di appropriatezza di utilizzo della rete nel suo complesso piuttosto che dei singoli nodi della rete, fornendo più in generale una valutazione della performance della «rete» (intesa come sintesi di nodi più relazioni) e non dei singoli nodi specializzati.

A livello interorganizzativo è possibile individuare numerosi modelli operativi di configurazione del sistema secondo il concetto di rete, si distinguono principalmente per la intensità e/o la natura gerarchica delle relazioni funzionali fra i punti di produzione dei servizi, alcuni dei quali possono essere individuati come critici in quanto dotati di funzioni peculiari (Bazzoli *et al.*, 2002). Nel campo sanitario le principali applicazioni riguardano, da un lato, l'organizzazione dei servizi secondo il modello perno/raggi, anche definito modello «hub & spoke», e dall'altro i modelli che prevedono la nascita di reti cliniche «virtuali»³ (tra gli altri, Bazzoli *et al.*, 1999; Shortell *et al.*, 2000). Nell'ambito di questo filone di ricerca, particolare rilevanza assumono i lavori di Provan e Milward, volti da un lato a fornire metodologie appropriate per l'analisi delle strutture reticolari interorganizzative (Milward, Provan, 1998), e dall'altro a misurare l'efficacia complessiva dei *network* in ambito sanitario (Provan, Milward, 1995).

Va infine ricordato che l'utilizzo della Sna in ambito sanitario non riguarda esclusivamente il versante dell'offerta, ma anche quello della domanda dei servizi. La Sna è stata impiegata su questo fronte per studiare, ad esempio, l'impatto delle reti sociali sull'utilizzo dei servizi sanitari (numero di vi-

site presso i Mmg, medici specialisti, ecc.) a livello individuale (Deri, 2005). Osservando aspetti particolarmente critici sul piano epidemiologico, l'utilizzo dell'analisi delle reti sociali ha contribuito, infine, anche ad individuare utili elementi per la programmazione e la prevenzione in ambito sanitario, così come per l'educazione alla salute. In questo ambito, la Sna ha permesso di valutare l'influenza delle reti sociali sui consumi di tabacco, alcol e droga (Michell, 1997; Pearson, Michell, 2000), e di studiare i meccanismi di diffusione di patologie trasmissibili come l'HIV/AIDS (Schensul *et al.*, 2003).

6. L'analisi delle reti sociali: concetti e metodi

L'analisi delle reti sociali rappresenta, come già premesso, un metodo di raccolta e analisi di dati relazionali riferiti ad una molteplicità di individui o organizzazioni interagenti. Tale tipologia di dati si riferisce ai contatti, ai vincoli, ai collegamenti, alle appartenenze – in via generica alle *connessioni* – che mettono in relazione un attore (nodo della rete) con l'altro (Lomi, 1991; Scott, 1991). L'unità di analisi in questo caso non riguarda tanto le caratteristiche del singolo attore (o attributi), quanto le relazioni che legano coppie di attori (diadi) all'interno della rete. Le diadi sono pertanto l'elemento portante dell'analisi delle reti poiché sottolineano che una relazione non è un qualcosa che appartiene ad un singolo attore ma, per de-

finizione, appartiene almeno a due di questi (Soda, 1998). Va inoltre sottolineato che la Sna indaga la rete organizzativa in forma di grafo, utilizzando concetti e modelli di analisi che sono propri della teoria dei grafi⁴.

Sulla base del tipo di dati raccolti è possibile studiare il numero di attori a cui un'organizzazione o un individuo sono legati, il numero complessivo di legami presenti nel *network*, la tipologia delle relazioni (ad esempio, scambio di informazioni, di conoscenze, di pazienti) il livello della relazione (amministrativo, di servizio, ecc.), la frequenza della relazione, e l'intensità della relazione, o ciò che in letteratura viene definita «multiplexity» (presenza congiunta di molteplici e differenti legami relazionali).

Poiché la Sna focalizza l'attenzione sulle relazioni tra singoli attori del *network*, i dati relazionali vengono normalmente rappresentati e analizzati attraverso l'impiego di matrici sociometriche di tipo «n x n» che accolgono nei lati (singole righe e colonne) i vari nodi della rete e nelle celle di intersezione la presenza o l'assenza di connessione espressa da un valore numerico (**box 1**). L'uso delle matrici consente non soltanto di archiviare e codificare i dati grezzi in maniera logica, efficace ed efficiente, ma anche di esaltare la proprietà reticolare e la struttura sistemica del singolo dato (Wellman, Berkowitz, 1988). La presenza di una relazione all'interno della matrice sociometrica è normalmente rappresentata con l'indicazione del valore 1, mentre nel caso di assenza di legame tra

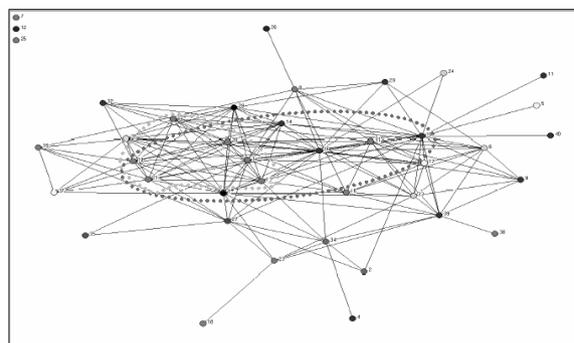
Box 1

Come si rappresenta una rete

Rappresentazione Numerica (matrici nxn)

Cod. Ist.	Istituti di trasferimento									
	120002	120003	120004	120006	120007	120011	120014	120019	120020	120022
120002	17	0	9	0	0	0	0	1	0	0
120003	0	0	16	1	0	0	0	0	0	0
120004	9	0	75	5	1	13	1	1	0	0
120006	0	4	3	0	1	0	0	0	0	0
120007	0	1	0	6	0	2	0	9	0	0
120011	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
120014	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0
120019	0	0	4	0	0	0	0	57	50	8
120020	0	8	0	0	0	0	0	107	4	0
120022	0	0	0	0	0	0	0	18	0	0

Rappresentazione Grafica (sociogramma)



due nodi si utilizza il valore 0. Al fine di aumentare la capacità informativa dell'analisi è inoltre possibile includere nella forma matriciale anche la frequenza e/o l'intensità del legame tra due o più attori sociali, utilizzando matrici cosiddette «valued» che accolgono valori numerici diversi da 0 e 1.

L'utilizzazione delle matrici sociometriche «caso x caso» (o format *one-mode*) è soltanto una delle diverse modalità con cui è possibile rappresentare i dati relazionali. Accanto a questa, nell'ambito della ricerca sulle reti sociali troviamo altre due modalità di rappresentazione. La prima si riferisce alle matrici «caso x affiliazione» (o format *two-mode*) – anche definite matrici di affiliazione –, in cui il *network* viene ricostruito considerando contemporaneamente molteplici entità che non riguardano soltanto i casi, vale a dire i nodi della rete, ma anche alcuni «eventi» cui essi sono affiliati. Ciò si verifica ad esempio quando accade che più individui appartengono a gruppi differenti, o vari membri risultano affiliati a numerose organizzazioni. In queste matrici i casi vengono di norma rappresentati sulle righe, mentre le colonne sono destinate ad accogliere i diversi eventi cui i nodi sono affiliati/collegati. Dato il particolare formato *two-mode*, queste matrici assumono forma rettangolare. Attraverso semplici trasformazioni algebriche è possibile poi ricavare matrici quadrate di tipo « $n \times n$ » relative sia ai casi che alle affiliazioni (Wasserman, Faust, 1994).

Un'altra importante modalità di rappresentazione dei *network* riguarda l'approccio *egocentrico* (per una *review*, Breiger, 2004; Hanneman, Ridde, 2005). In questo caso lo studio delle reti cambia angolazione, focalizzandosi sulle relazioni afferenti a specifici attori organizzativi. Questo approccio, utilizzato soprattutto per lo studio delle relazioni interpersonali, prevede l'individuazione di un attore di riferimento, definito *ego*, e di un certo numero di *alters*, ossia di altri individui cui l'*ego* è connesso. Oggetto di studio sono sia le relazioni tra l'*ego* e gli *alters* che quelle che intercorrono tra gli *alters*. Il ricercatore deve essere conscio dei problemi che possono sorgere quando si adotta questa metodologia, soprattutto quando l'obiettivo dello studio è legato all'analisi dei legami indiretti o all'indagine di *network* molto ampi. Un problema rilevante che si presenta in

questi casi è la scelta dei contatti diretti e indiretti che si decide di includere nell'analisi. È infatti possibile condurre analisi piuttosto semplici, che considerano soltanto il *one-step neighborhood*, vale a dire solamente gli *alters* direttamente connessi all'*ego*, ad indagini che includono anche i legami relazionali che gli *alters* a loro volta hanno con altri attori organizzativi. In questo caso, gli *alters* dell'*ego* diventano a loro volta degli *ego*, rispetto ai quali si vanno a identificare altri *alters*. La possibilità di studiare *network* sempre più ampi dipende dunque dal numero di *step* che il ricercatore intende effettuare, attraverso la progressiva inclusione di *alters* di livello via via superiore (cd *snowball sampling*) (Doreian, Woodard, 1992).

Tipicamente, i dati relazionali vengono raccolti attraverso la conduzione di interviste strutturate o la somministrazione di questionari per ciascuno degli attori della rete. Normalmente nel questionario vengono riportati tutti gli altri attori della rete oggetto di studio, in modo che ogni attore possa rispondere sulla base dello stesso *set* di attori di riferimento⁵. Tali questionari sono normalmente definiti *questionari sociometrici*.

Nell'analisi relazionale bisogna considerare che l'eventuale assenza di dati relazionali incide in misura significativa sulla capacità informativa dello strumento matriciale e, dunque, sull'analisi successivamente elaborata. Se ad esempio consideriamo un *network* composto da 50 attori, la mancanza di dati relativi ad un singolo nodo comporterà l'assenza di dati relazionali che riguardano il legame di quell'attore con gli altri 49 attori della rete. Ne consegue che nell'utilizzo di questa metodologia particolare attenzione dovrà essere posta nella corretta strutturazione del questionario al fine di ottenere più elevati tassi di risposta. Una modalità normalmente impiegata per sopperire al problema della mancanza dei dati relazionali consiste nell'utilizzare i dati che scaturiscono dai questionari compilati da parte degli altri attori del *network* per ricostruire in tal modo le relazioni mancanti. Tale soluzione può tuttavia essere utilizzata solamente quando il numero di attori non rispondenti non è troppo elevato (Scott, 1991; Wasserman, Faust, 1994).

Nell'ambito della Sna è molto spesso opportuno operare una distinzione tra relazioni «reciproche» e relazioni «non reciproche».

Queste ultime, in particolare, riguardano relazioni individuate da un particolare attore di una rete, indipendentemente dal fatto che quello stesso attore sia stato a sua volta indicato dagli attori da esso nominati. Le relazioni reciproche, o «confermate», sono invece un più solido indicatore dell'attività relazionale all'interno di un *network*, poiché si riferiscono a tutti quei legami relazionali validati in modo «incrociato» da parte degli attori intervistati (Krackhardt, 1990; Hansen, 1999). L'analisi relazionale può in genere includere anche relazioni non confermate, sebbene in questo caso la portata informativa del dato relazionale e dell'analisi corrispondente sia più limitata.

Una volta raccolti e organizzati in matrici sociometriche, i dati relazionali vengono normalmente analizzati con l'ausilio di specifici algoritmi di calcolo. Fermo restando che lo spazio a disposizione non ne consente una trattazione esaustiva, va sottolineato che tali algoritmi consentono di studiare tanto le proprietà del singolo attore organizzativo, quanto quelle della rete nel suo complesso (box 2). Esistono oramai numerosi *software* che incorporano questi algoritmi e che sono in grado di analizzare i dati relazionali. Tra quelli maggiormente utilizzati ricordiamo *UCINET* (Borgatti *et al.*, 1999)⁶, *software*

realizzato da un gruppo di ricercatori dell'università californiana UCI, che ha tra gli altri il vantaggio di includere un utile strumento per la visualizzazione e l'analisi grafica dei *network*, *NetDraw* (figura 2).

Un'ultima considerazione sulla Sna concerne quello che in genere è considerato un limite della metodologia stessa. Il fatto di osservare la struttura di una rete in un dato istante temporale implica di fatto una eccessiva staticità nell'analisi delle relazioni, che per loro natura appaiono invece piuttosto fluide e poco cristallizzate (Wasserman, Faust, 1994). La Sna dovrebbe per quanto possibile raccogliere dati di natura longitudinale, cercando di analizzare le dinamiche relazionali e lo sviluppo strutturale delle reti nel tempo⁷. Solamente osservando i cambiamenti delle relazioni nel corso del tempo è possibile studiare le dinamiche evolutive di un *network*, verificando se e in che misura la struttura delle relazioni è mutata.

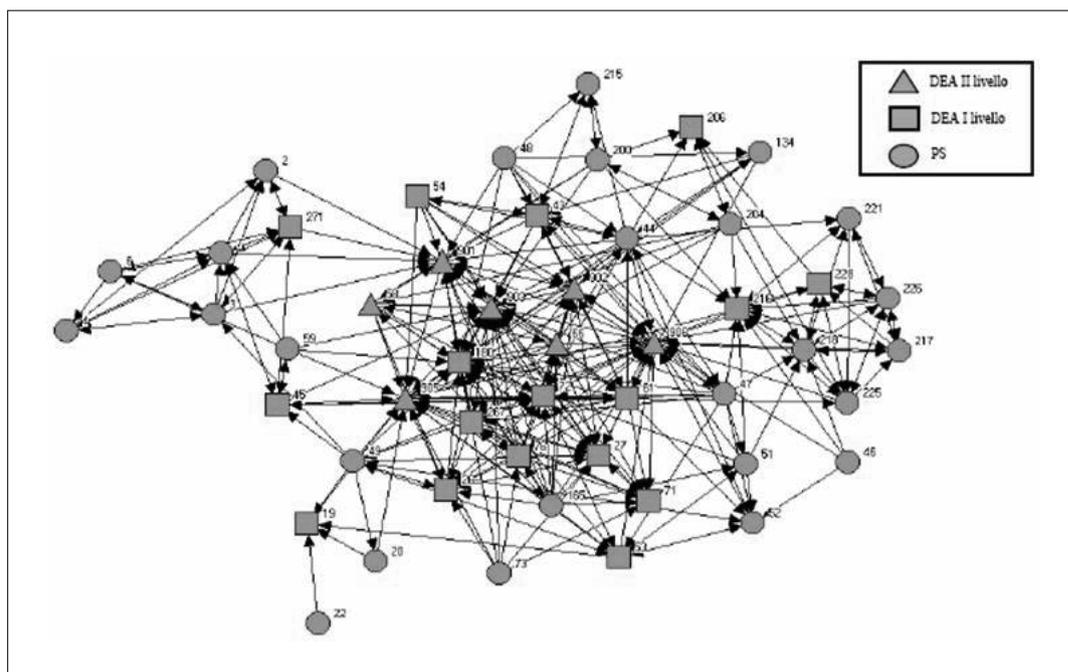
7. Discussione

Le organizzazioni sanitarie, oggi più che mai, si trovano ad operare in ambienti fortemente mutevoli in cui elemento determinante diventa la capacità di gestire e valorizzare le proprie conoscenze (Cicchetti, Lorenzoni,

Figura 2

Esempio di sociogramma realizzato attraverso l'utilizzo di NetDraw

Fonte: Cicchetti *et al.* (2006) - Rappresentazione della Rete 118 nella Regione Lazio espressa dai trasferimenti di pazienti tra Pronto soccorso, DEA di I e di II livello degli ospedali della Regione



Box 2

Elementi e concetti chiave
nella *social network
analysis*

Concetti e variabili chiave

Contenuto della relazione: Identifica quale tipologia di legame o relazione è oggetto di analisi. Può trattarsi di relazioni individuali (ad es., manifestazione di amicizia, di stima, di approvazione), trasferimento di risorse materiali, associazione o affiliazione, interazioni comportamentali, connessioni fisiche, movimenti nello spazio o di *status*, relazioni formali (ad es., relazioni di autorità), relazioni biologiche

Oggetto della relazione: Riguarda la complessità della relazione intesa come raggio d'azione, grado di incertezza, volume e orizzonte temporale del legame e della relazione osservata

Natura della relazione: Qualifica la relazione rispetto ad una serie di elementi chiave quali: intensità, specificità, frequenza, reciprocità, molteplicità

Livello d'interazione: Riguarda le figure e il livello organizzativo che viene investigato per ricostruire la rete di relazioni. Ad esempio, il *focus* può essere sul livello manageriale-amministrativo (*top management* o comitato direttivo), o sul livello operativo (ad es., livello di erogazione dei servizi)

Analisi longitudinale: Raccolta dei dati relazionali in diversi momenti temporali e osservazione delle dinamiche evolutive del *network*

Passi e applicazioni

Confini della rete: Individua e qualifica l'insieme di attori (individui/organizzazioni) inclusi nel *network* al fine di procedere successivamente alla raccolta dei dati relazionali

Diadi: Rappresentano i legami che caratterizzano coppie di attori di una rete

Raccolta dati: Dati relazionali ottenuti attraverso la somministrazione di questionari sociometrici, l'effettuazione di interviste strutturate o la raccolta di dati secondari disponibili presso fonti istituzionali (Ministero della salute, Agenzie di sanità pubblica, etc.)

Matrice sociometrica: Identifica una matrice contenente dati relazionali che può assumere forma di matrice «caso x caso», di dimensione $-n \times n-$ (cosiddette matrici quadrate) e, in alcune categorie di analisi, di matrice «caso x affiliazione», di dimensione $-n \times m-$

Possibili rispondenti: Manager sanitari, medici, ricercatori, altri professionisti della sanità

Reciprocità: Individua in che misura le relazioni elencate da parte di un attore sono confermate, e quindi validate, da parte dei suoi partner

Proprietà e analisi dei dati

Densità: Misura il livello complessivo di connettività di un *network*. Quanto maggiore è il numero di relazioni tra coppie di attori di una rete, tanto maggiore sarà la densità di un *network*

Centralizzazione: Misura il grado di compattezza complessiva di una rete, indicando quanto le relazioni sono organizzate intorno a particolari nodi focali. Elevati valori di centralizzazione indicano normalmente l'accumulazione delle relazioni e dei legami intorno a pochi attori della rete

Frammentazione: Indica il livello di connessione all'interno del *network* unitamente al coinvolgimento di un gran numero di attori che lo compongono. Un *network* è frammentato quando esistono un gran numero di nodi che sono disconnessi dagli altri

Multiplexity: Si riferisce all'intensità e alla forza della relazione misurata in base del numero delle diverse tipologie di relazioni instaurate tra coppie di attori nel *network*

Centralità: Indica il numero di relazioni direttamente o indirettamente collegate ai diversi attori della rete. All'aumentare del numero di relazioni, aumenta la centralità che ciascun attore riveste all'interno del *network*

Clique: Si riferisce all'individuazione all'interno di una rete di uno o più gruppi di attori altamente interconnessi al loro interno

Equivalenza strutturale: Si riferisce al grado di similitudine che si riscontra tra i diversi nodi di una rete. Due o più nodi si dicono strutturalmente equivalenti se caratterizzati dalle stesse relazioni con tutti gli altri nodi della rete

2001). Le conoscenze cliniche e manageriali rappresentano infatti, nelle loro diverse sfaccettature, una risorsa essenziale sia sul versante dell'assistenza che su quello della ricerca clinica.

Tali conoscenze tuttavia sono altamente distribuite sia all'interno che all'esterno dei confini organizzativi, generando comportamenti e decisioni che sono sempre più «partecipati» e che prevedono il coinvolgimento di un ampio numero di attori. Si assiste, in altri termini, ad un aumento delle interrelazioni con l'ambiente circostante ed a crescenti livelli di interdipendenza tra diversi attori organizzativi. In questo quadro, i modelli organizzativi «a rete» si affermano oltre che come strumenti più efficaci per il coordinamento delle attività, anche quali importanti modelli per il governo e la valorizzazione delle conoscenze possedute (Lorenzoni, 2003).

L'adozione dell'approccio reticolare che consideri le relazioni come elementi portanti del comportamento e della performance degli attori organizzativi, unitamente all'uti-

lizzo di appropriati strumenti di analisi dei *network*, diventano dunque prerequisiti indispensabili per studiare, analizzare e progettare in maniera adeguata le organizzazioni sanitarie e per ottenere informazioni e dati a supporto di un processo progettuale razionale e basato sull'evidenza. Nonostante queste potenzialità, l'utilizzazione dell'analisi relazionale nell'economia e nell'organizzazione sanitaria è ancora piuttosto limitata sia a livello nazionale (per una rassegna, **box 3**) che internazionale (Huerta, 2004).

Il presente lavoro ha cercato di delineare le caratteristiche fondamentali dell'analisi delle reti sociali, esplicitando anche i potenziali benefici che possono derivare dalla sua utilizzazione in ambito sanitario. Questi benefici riguardano tanto l'applicabilità dello strumento a numerosi ambiti specialistici del mondo della sanità, quali la programmazione sanitaria, la progettazione organizzativa, la creazione delle reti ospedaliere, quanto la sua grande duttilità, legata alla possibilità di integrazione con altre metodologie di anali-

Box 3

Analisi della letteratura nazionale con applicazioni di *social network analysis* in ambito sanitario

Livello di analisi	Autore (anno)	Rete osservata	Tipo di rete e dimensione	Contenuto relazionale indagato	Fenomeno organizzativo (intento della ricerca)
Inter-organizzativo	Cicchetti <i>et al.</i> (2006)	Rete di strutture di emergenza presso ospedali della Regione Lazio	Matrici «caso x caso» (68 x 68)	Trasferimento dei pazienti tra strutture di emergenza	Appropriatezza nell'uso della rete assistenziale (esplorativo, descrittivo)
Intra-organizzativo	Cicchetti e Lomi (2000)	Unità operative in un policlinico universitario	Matrici «caso x caso» (34 x 34)	Relazioni funzionali (consulenze, scambio prestazioni)	Accorpamento unità nei dipartimenti (progettuale)
	Cicchetti (2001)	Unità operative in un policlinico universitario	Matrici «caso x caso» (58 x 58)	Relazioni funzionali (consulenze, scambio prestazioni)	Performance unità operative (esplicativo, causale)
	Profili (2004)	Unità operative in un policlinico universitario	Matrici «caso x caso» (36 x 36)	Relazioni funzionali, di comunicazione e amicizia	Acquisizione di nuove conoscenze (esplicativo, causale)
	Mascia e Cicchetti (2005)	Progetti di ricerca biomedicali in un parco scientifico	Matrici «caso x caso» (50 x 50)	Relazioni legate allo scambio di conoscenze	Produzione di brevetti e pubblicazioni impattate (esplicativo, causale)
Inter-personale	Mascia e Cicchetti (2005)	Ricercatori-medici in un parco tecnologico	Matrici «caso x caso» (301 x 301)	Co-authorship di pubblicazioni scientifiche	Produttività della ricerca in campo biomedico (esplicativo, causale)
	Fattore <i>et al.</i> (2006)	Medici di famiglia in associazione in una ASL della Regione Toscana	Matrici «caso x affiliazione» (92 x 21; 157 x 37)	Partecipazione congiunta ad iniziative formative ed associative	Differenza tra spesa farmaceutica a budget ed effettiva (esplicativo, causale)
	Pallotti (2005)	Radiologi di un policlinico universitario	Matrici «caso x caso» (31 x 31; 83 x 83)	Relazioni professionali, co-authorship di pubblicazioni	Attitudine manageriale (esplorativo, causale)

si (Scott, 1991; Wasserman, Faust, 1994). È possibile trarre implicazioni sia sotto il profilo teorico che sotto quello operativo prima di affrontare i limiti derivanti dall'approccio e i rischi connessi all'utilizzo nell'ambito del contesto dell'organizzazione sanitaria.

Implicazioni teoriche. Gli aspetti discussi nell'ambito di questo articolo possono avere implicazioni sul fronte della teoria della progettazione organizzativa. L'analisi delle reti sociali e le evidenze che possono essere tratte dal suo utilizzo in questo particolare settore, rappresentano una fonte indispensabile di informazione in un percorso di progettazione organizzativa e di selezione delle modalità di regolazione dell'azione organizzativa più articolato rispetto a quelli tradizionalmente proposti dal *mainstream* dell'approccio «contingente» (Donaldson, 1995). Questo percorso progettuale, attraverso l'analisi relazionale, permette di affiancare all'applicazione di regole progettuali di natura «istituzionale» (ad es. quelle poste dalla legislazione sanitaria) e a quelle di natura «manageriale» (derivante dall'applicazione di regole tecnico-economiche tendenti ad ottimizzare efficacia ed efficienza a livello organizzativo) anche quelle regole che altrove abbiamo definito «costrutturali» (Cicchetti, Lomi, 2000). L'azione organizzativa e le strutture formali che ritroviamo nel settore sanitario – contesto caratterizzato da ampie autonomie e forte intensità di relazione – sono il risultato dell'interazione dinamica di tre diversi sistemi di regolazione che sono posti da altrettante fonti: le istituzioni, il management aziendale e gli «attori» che, nel loro interagire quotidiano, definiscono regole d'azione (routine, lavoro d'*équipe*, *team*, ecc.) che sono poste dal basso e che progressivamente si «strutturano» in forme organizzative (Giddens, 1979). La natura di organizzazioni professionali, così come la rilevanza di fonti regolative esterne (codici deontologici delle professioni, evidenze scientifiche) rendono il ruolo propositivo degli attori organizzativi particolarmente rilevante nel definire il sistema complessivo di regolazione organizzativa (Barley, 1986; Yates, Orlikowski, 1992).

L'analisi delle relazioni sociali ci permette di comprendere in che modo queste «regole» emergono dall'interazione quotidiana e ci fornisce gli strumenti per acquisire l'informazione necessaria per trarre dati ai fini

della progettazione delle organizzazioni che sia rispettosa anche delle esperienze individuali e collettive in un contesto dove queste appaiono particolarmente rilevanti ai fini dell'efficacia complessiva del sistema.

Implicazioni operative. L'adozione dei metodi analitici sopra sommariamente presentati sembrerebbe garantire una risposta per coloro che sono alle prese con esercizi di programmazione sanitaria in cui il lato dell'offerta dei servizi non è sempre configurabile come un «sistema» verticalmente integrato secondo una precisa linea gerarchica e costruita per rispondere a semplici requisiti di efficienza tecnico-economica. Di fronte abbiamo un «sistema debolmente connesso» (Weick, 1969) fatto di organizzazioni sanitarie (pubbliche, private, *onlus*, che operano a diversi livelli di intensità assistenziale e con diverse forme) e singoli attori (es. i medici di famiglia) dotati di spazi di autonomia e discrezionalità rispetto ad un sistema di regolazione basato sia su regole di natura istituzionale che su regole di natura tecnica (Scott, Meyer, 1983; Scott *et al.*, 2000; Cicchetti, Lomi, 2000). Realizzare una offerta integrata di servizi per pazienti affetti da patologie croniche in una Regione Italiana piuttosto che migliorare l'appropriatezza dell'utilizzo della rete del 118, imporrebbe una preventiva analisi organizzativa basata sull'osservazione congiunta delle caratteristiche degli attori presenti all'interno del sistema (quello che in genere chiamiamo rete) e delle relazioni che intercorrono tra tali attori (trasferimento di pazienti, scambio di informazioni e di dati, ecc.). Se ci fermiamo ad identificare il numero di unità ospedaliere dedicate ai pazienti diabetici e il numero o anche la dislocazione geografica dei distretti e dei medici di famiglia perdiamo la dimensione relazionale di quella rete. La mancanza di questa duplice linea informativa pone la successiva progettazione a rischio di realizzare un sistema in cui i singoli nodi rispondono a requisiti di efficienza-efficacia (magari attraverso un sistema di accreditamento) ma la rete nel suo complesso non è in grado di funzionare per mancanza di un adeguato meccanismo di coordinamento che non può essere razionalmente identificato senza conoscere le caratteristiche dei contenuti che «riempiono» i legami (flussi informativi, scambi di materiali,

trasferimento di pazienti, flussi economici ed amministrativi).

La Sna, in fase di analisi organizzativa, permette di scattare una fotografia «sintetica» dell'organizzazione nelle sue espressioni più vere e reali, attraverso un *set* di indicatori standard e grazie a strumenti di visualizzazione grafica sempre più efficaci. Analizzare l'organizzazione di un ospedale osservando l'organigramma o i documenti ufficiali non restituisce che una visione statica e «formale» dell'organizzazione. La Sna permette di scattare delle istantanee dell'organizzazione in azione (Thompson, 1967), interpretata come il reale intreccio delle relazioni, multi-strato e multi-direzione, che giornalmente si realizzano ai diversi livelli del sistema; quello interpersonale, quello intra-organizzativo, quello inter-organizzativo.

Nella realtà di un sistema sanitario in cui è sempre più difficile individuare chiaramente i confini operativi delle organizzazioni che lo compongono, e dove l'esigenza di assistenza ai pazienti sempre più porta a realizzare collaborazioni ed interazioni *cross-boundaries*, l'approccio relazionale appare premiante. La Sna, per sua natura, permette di analizzare relazioni anche attraverso i confini dell'organizzazione permettendo, invece, di confrontare quanto l'organizzazione formale è in grado di «contenere» e supportare il funzionamento dell'organizzazione «reale», intesa come sistema di relazioni.

Il presente lavoro non ha come intento quello di fornire un'esaustiva trattazione dell'adozione del modello organizzativo a «rete» nel settore sanitario. La fenomenologia delle soluzioni organizzative basate sul concetto generico di «rete» sono tantissime, riportate da una letteratura internazionale e nazionale altrettanto ricca. Vasta parte di questa letteratura, però, analizza l'organizzazione a rete fermandosi alla descrizione dei «nodi» del sistema e manca di strumentazione analitica in grado di fornire una vista congiunta dei nodi e delle relazioni che costituiscono un sistema relazionale. Nelle ricerche in cui le caratteristiche relazionali vengono poste a base della spiegazione di fenomeni organizzativi, come ad esempio la performance, la mancanza di indicatori standard che identifichino la tipologia di rete (es. livello di centralizzazione, coesione, ecc.) o la posizione degli attori (es. equivalenza strutturale o centralità) da cor-

relare ai risultati, portano gli studi a difettare in termini di generalizzabilità dei risultati prodotti.

Il pregio dell'adozione dei principi e degli strumenti della Sna, è proprio quello di fornire una strumentazione analitica per lo studio delle reti nella duplice dimensione dei nodi e delle relazioni, mettendo a disposizione un sistema di indicatori relativi alle caratteristiche sia della rete nel suo insieme che dei singoli attori, indicatori validati che si caratterizzano per replicabilità, standardizzazione e stabilità (Wasserman, Faust, 1994).

Limitazioni e Rischi. A fronte di questi vantaggi e delle enormi potenzialità, esistono alcuni limiti collegati all'adozione dell'approccio relazionale nell'ambito delle organizzazioni sanitarie. L'adozione di un approccio relazionale e l'utilizzo della *social network analysis* garantiscono, infatti, una strumentazione analitica fenomenale in fase di indagine ed analisi organizzativa. Certamente gli stessi strumenti non hanno un immediato impatto in fase progettuale. Tali strumenti, infatti, assicurano una lettura dell'organizzazione nelle sue espressioni emergenti e non codificate (relazioni formali e informali) e ci mostra l'effetto di un sistema di regolazione organizzativa basato sull'autodeterminazione e la capacità di auto-organizzazione degli attori (Cicchetti, Lomi, 2000). Evidentemente ciò che possiamo vedere con l'analisi delle relazioni sociali è la «forma dell'azione organizzativa» indipendente dal livello di performance che l'organizzazione è in grado di raggiungere con quella configurazione. Con la disponibilità di queste informazioni potremmo essere tentati di «assecondare» l'espressione emergente dell'organizzazione cristallizzando quindi le relazioni osservate in strutture formali: potremmo, ad esempio, essere tentati di costruire i dipartimenti semplicemente accorpando le unità operative che in una rete appaiono «vicine» in quanto cooperanti in maniera molto intensa. Questo «disegno», però, renderebbe «strutturale» l'eventuale livello di inefficienza dell'organizzazione in quella sua specifica configurazione. Per questo è fondamentale affiancare l'analisi relazionale con altre modalità di indagine organizzativa in grado di cogliere le espressioni delle regole istituzionali e manageriali che compo-

no il percorso di progettazione organizzativa nel suo complesso.

A fianco a questo limite «progettuale» esistono certamente altri limiti. In primo luogo esiste un problema di disponibilità di dati in forma matriciale. Come anticipato, per svolgere una analisi relazionale è infatti indispensabile disporre di dati che traccino le relazioni tra gli attori e questo impone una strutturazione dei dati in forma di matrice. Purtroppo raramente i sistemi informativi e la reportistica aziendale forniscono informazione in questa forma e in modo immediato. È infatti più comune trovare un dato relativo al numero di consulenze erogate dai medici di una unità operativa che dati sullo scambio di consulenze tra unità operative dell'ospedale. Le matrici devono essere in questo caso ricostruite, allungando così i tempi dell'analisi.

Analogamente alla mancanza di dati relazionali è ancora ridotta la conoscenza dei metodi e scarsa è la diffusione degli strumenti analitici per l'analisi relazionale. I *software* per la Sna (es. Ucinet, Netdraw ecc.) sono ancora poco diffusi tra gli stessi ricercatori.

È certamente auspicabile la diffusione di un approccio all'analisi e alla progettazione organizzativa che colmi un *gap* che oggi appare sempre più rilevante proprio perché siamo alla ricerca di forme organizzative – quelle a «rete» – per la cui progettazione non si può prescindere dall'adozione di specifici modelli analitici. Allo stesso tempo, però, è opportuno non nascondere le complessità e i rischi derivanti dall'adozione diffusa di tali metodi. La Sna è ricca di strumenti ed indicatori. La complessità non riguarda certo lo sviluppo dell'indagine analitica, facilitata dalla disponibilità di *software* «*user-friendly*», quanto la corretta interpretazione delle evidenze che emergono dall'applicazione degli indicatori. La letteratura ci propone una miriade di indicatori la cui lettura superficiale potrebbe portare a considerazioni ed indicazioni fuorvianti. Non si può cioè prescindere dalla conoscenza approfondita delle modalità di costruzione dell'indicatore e quindi da un approfondimento degli algoritmi matematici sottostanti un semplice «click» nel sistema che calcola un indicatore di centralità.

Altrettanto rischioso potrebbe essere fermarsi alla semplice lettura delle «immagini»,

reticoli spesso visualizzati anche in 3 dimensioni grazie a *software* avanzati, ma la cui interpretazione è altrettanto complessa soprattutto se non avviene attraverso una lettura congiunta dei dati numerici degli indicatori sopra richiamati ma, soprattutto, se non è basato su una profonda conoscenza dell'algoritmo e della teoria dei grafi che è sottostante al semplice «disegno».

L'espressione «rete», seppure nella sua ambiguità, richiama – nell'organizzazione sanitaria – la possibilità di conciliare autonomie e responsabilità organizzative, discrezionalità decisionale ed esigenze di regolazione istituzionale, conoscenze disperse e frammentate, processi di assistenza efficaci. In qualche modo sembrerebbe la via per valorizzare le individualità salvaguardando l'obiettivo comune dell'azione organizzativa in questo settore, l'assistenza ai pazienti efficace, appropriata ed efficiente. Progettare una rete però non è cosa banale perché implica l'adozione di meccanismi di coordinamento organizzativo «non-gerarchici» che possono funzionare solo se supportati da un livello di cultura organizzativa tale da stimolare risposte emotive, partecipazione da parte degli attori e in grado di sviluppare in ciascuno la consapevolezza del ruolo giocato nell'ambito di un sistema sempre più complesso.

In questo lavoro abbiamo analizzato le logiche e gli strumenti per l'analisi delle reti di relazioni tra i differenti attori organizzativi che, secondo la letteratura, sono in grado di supportare il processo di analisi che precede la fase progettuale di una rete. Crediamo che questo possa rappresentare un primo passo verso la riduzione di un *gap* che è di natura sia culturale che metodologica verso l'efficace utilizzo dell'analisi delle relazioni sociali applicata a questo delicato settore della vita sociale.

Note

1. Le implicazioni sono rilevanti per la strutturazione e la gestione dei sistemi informativi sanitari.
2. Il *framework* in oggetto prevede la realizzazione di alcuni passi fondamentali quali (Cicchetti, 2002: 131): l'individuazione dei confini della rete degli attori organizzativi; la selezione dei contenuti relazionali; la costruzione di matrici sociometriche per l'analisi di dati relazionale; la selezione e il calcolo degli indicatori relazionali; la visualizzazione delle reti e l'analisi grafica; l'analisi per blocchi e l'interpretazione.

3. L'organizzazione dei servizi secondo il modello delle reti cliniche virtuali, o integrate, prevede invece una concentrazione del sistema reticolare di produzione, senza individuare a priori una gerarchia fra i punti di produzione. Le reti integrate possono essere considerate come delle organizzazioni «virtuali» di servizi, le cui competenze professionali e risorse tecnologiche sono utilizzate per il soddisfacimento dei bisogni della popolazione residente in un determinato ambito di riferimento, o di categorie specifiche di utilizzatori dei servizi. In questo caso, l'accento è posto più sulle relazioni, ovvero sui flussi e sui meccanismi di coordinamento che permettono di regolare le dinamiche di risorse – professionali e tecnologiche – attorno a specifiche categorie di pazienti, che sulle caratteristiche strutturali dei nodi della rete.
4. Un grafo può essere definito genericamente come «una struttura composta di punti (detti apici, vertici, o nodi) e di segmenti (a volte detti lati, archi, spigoli, o bordi) che connettono tutti o alcuni di essi» (Lomi, 1991: 65).
5. Va evidenziato che nell'approccio c.d. *egocentrico* la metodologia di raccolta dei dati è differente a fronte della problematica definizione a priori dei confini del *network*. Operativamente, dunque, non è possibile ricostruire la rete a partire da un elenco predefinito di attori cui l'intervistato deve far riferimento. Al contrario, in questi casi, il *network* si definisce prendendo in esame un attore focale (c.d. *focal individual*) e includendo progressivamente nella rete quegli attori che mano a mano vengono indicati dagli intervistati (Lauman, 1973).
6. Sono disponibili versioni di prova di UCINET all'indirizzo <http://www.analytictech.com/ucinet.htm>.
7. Su questo tema si veda Snaijders (2001).

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

- AGRANOFF A. (2003), *Leveraging Networks: A Guide for Public Managers Working Across Organizations*, IBM Endowment for the Business Government, Arlington.
- BARLEY S.R. (1986), «Technology as an occasion for structuring: Evidence from observation of CT scanners and the social order of radiology departments», *Administrative Science Quarterly*, 31, pp. 78-108.
- BAZZOLI G.J., LO SASSO A., ARNOULD R.J., SHALOWITZ M. (2002), «Hospital Reorganization and Restructuring Achieved Through Merger», *Health Care Management Review*, 27, pp. 7-20.
- BAZZOLI G.J., SHORTELL S.M., DUBBS N., CHAN C., KRALOVEC P. (1999), «A Taxonomy of Healthcare Networks and Systems: Bringing Order Out of Chaos», *Health Services Research*, 33, pp. 1683-1717.
- BECKER S.W., NEUHAUSER D. (1975), *The Efficient Organization*, Elsevier Inc, New York.
- BORGATTI S., FOSTER P.C. (2003), «The Network Paradigm in Organizational Research: A Review and Typology», *Journal of Management*, 29, pp. 991-1013.
- BORGATTI S., EVERETT M., FREEMAN L. (1999), *UCINET V Version 1.0*, Analytic Technologies, Natick, MA.
- BORGONOV E., ZANGRANDI A. (1988), *L'ospedale: un approccio economico-aziendale*, Giuffrè, Milano.
- BOURDIEU P., WACQUANT L.J.D. (1992), *An invitation to reflexive sociology*, University of Chicago Press, Chicago.
- BRASS D.J. (1984), «Being in the right place: A structural analysis of individual influence in an organization», *Administrative Science Quarterly*, 29, pp. 518-539.
- BRASS D.J., KRACKHARDT D. (1999), «The social capital of 21st century leaders», in J.G. Hunt & R.L. Phillips (Eds.), *Out of the box leadership*, pp. 179-194, JAI Press, Stamford, CT.
- BRIGER R.L. (2004), «The Analysis of Social Networks», in M. Hardy, A. Bryman (Eds.), *Handbook of Data Analysis*, pp. 505-526, Sage Publications, London.
- BURT R. (2003), «The social origin of good ideas», paper non pubblicato, disponibile online www.uchicago.edu/fac/ronald.burt/research.
- BURT R. (1987), «Social contagion and innovation: Cohesion versus structural equivalence», *American Journal of Sociology*, 92, pp. 1287-1335.
- BURT R. (1982), *Toward a structural theory of action*, Academic Press, New York.
- BUTLER R. (1991), *Progettare le organizzazioni*, Mc Graw-Hill, Milano.
- CEPIKU D., FERRARI D., GRECO A. (2006), «Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie», *Mecosan*, 57, pp. 17-36.
- CHAKRAVARTHY B., ZAHEER A., ZAHEER S. (1999), «Knowledge sharing in organizations: A field study», paper presentato all'EGOS colloquium di Warwick, Luglio.
- CHARNS, W., SCHAEFER, J. (1983), *Health Care organizations: a model for management*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- CICCHETTI A., CIPOLLONI E., DE LUCA A., MASCIA D., PAPINI P., RUGGERI M. (2006), «L'analisi dei network organizzativi in sistemi sanitari: Il caso della rete di emergenza della Regione Lazio», *Politiche Sanitarie*, 7, pp. 77-90.
- CICCHETTI A. (2004), *La progettazione organizzativa*, Franco Angeli, Milano.
- CICCHETTI A. (2002), *L'organizzazione dell'ospedale. Fra tradizione e strategie per il futuro*, Vita&Pensiero editore, Milano.
- CICCHETTI A., LORENZONI G. (2001), «Le architetture strategiche basate sulle conoscenze: una prospettiva basata sulle conoscenze», in F. Fontana, G. Lorenzoni (a cura di), *L'architettura strategica delle aziende*

- de ospedaliere: un'analisi empirica*, Franco Angeli, Milano.
- CICCHETTI A., PROFILI S. (2001), «Relazioni informali e attitudine alla collaborazione nelle organizzazioni professionali: i risultati di uno studio empirico», *Studi Organizzativi*, 2-3.
- CICCHETTI A., LOMI A. (2000), «Strutturazione organizzativa e performance nel settore ospedaliero», *Sviluppo & Organizzazione*, 180, pp. 33-49.
- COASE R.H. (1937), «The nature of the firm», *Economica N.S.*, 4, pp. 386-405.
- COHEN W.M., LEVINTHAL D.A. (1993), «Absorptive capacity: A new perspective on learning and innovation», *Administrative Science Quarterly*, 35, pp. 128-152.
- COLEMAN J.S. (1990), *Foundations of social theory*, Belknap Press, Cambridge, MA.
- COLEMAN J.S., KATZ E., MENZEL H. (1966), *Medical Innovation: A Diffusion Study*. Indianapolis, The Bobbs-Merrill Company, IN.
- COLEMAN J.S. (1974), *Power and the Structure of Society*. Norton, New York.
- COSER R. (1958), «Authority and decision-making in a hospital», *American Sociological Review*, 23, pp. 56-64.
- COSMACINI G. (1997), *L'arte lunga*, Edizioni Laterza, Bari.
- COTT C. (1997), «“We decide, you carry it out”: A social network analysis of multidisciplinary long-term care teams», *Social Science & Medicine*, 45, pp. 1411-1421.
- COWAN R., DAVID P., FORAY D. (2000), «The Explicit Economics of Knowledge Codification and Tacitness», *Industrial and Corporate Change*, 9, pp. 211-254.
- DAFT R. (2001), *Organizzazione Aziendale*. Apogeo Editore.
- DERI C. (2005), «Social networks and health service utilization», *Journal of Health Economics*, 24, pp. 1076-1107.
- DI MAGGIO P., POWELL W.W. (1983), «The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational field», *American Sociological Review*, 48, pp. 147-160.
- DOPSON S., FITZGERALD L. (2005), *Knowledge to action? Evidence based health care in context*, Oxford University Press, Oxford.
- DOREIAN P., WOODARD K. (1992), «Fixed list versus snowball selection of social networks», *Social Science Research*, pp. 216-233.
- ERICKSON B. (1988), «The relational basis of attitudes», in B. Wellman & S. Berkowitz (Eds.), *Social Structures: A Network Approach*, pp. 99-121, Cambridge University Press, NY.
- EVAN W.M. (1966), «The Organization-Set: Toward a Theory of Interorganizational Relations», in Thompson J.D. (Ed.), *Approaches to Organizational Design*, Pittsburgh: University of Pittsburgh.
- FATTORE G., FROSINI F., SALVATORE D., TOZZI V. (2006), «Social Network Analysis in Primary Health Care: Consequences of General Practitioner Associative Initiatives», paper presentato al 22° EGOS Colloquium, Bergen, Norwegian School of Management, Luglio.
- FREDDI G. (1990), *Medici e Stato nel mondo occidentale*, Il Mulino, Bologna.
- FREIDSON E. (2002), *Professionalismo. La Terza Logica*, Dedalo Editore, Bari.
- FREIDSON E. (1994), *Professionalism Reborn*, The University of Chicago Press, Chicago.
- FRIEDKIN N.E., JOHNSEN E.C. (1999), «Social influence networks and opinion change», *Advances in Group Processes*, 16, pp. 1-29.
- FROLAND C., BRODSKY G., OLSON M., STEWART L. (1979), «Social support and social adjustment: Implications for mental health professionals», *Community Mental Health Journal*, 15, pp. 82-93.
- GALASKIEWICZ J., WASSERMAN S. (1993), «Social Network Analysis: Concepts, Methodology and Directions for the 1990's», *Sociological Methods and Research*, 22, pp. 3-22.
- GIDDENS A. (1979), *Central Problems in Social Theory*, University of California press.
- GOSS M. (1963), «Administration and the physician», *American Journal of Public Health*, 52, pp. 183-191.
- GRANDORI A. (2003), «Knowledge governance mechanisms and the theory of the firm», working paper, Università di Modena e Reggio Emilia e CRORA, Università Bocconi di Milano.
- GRANDORI A. (2000), «Methodological options for an integrated perspective on organization», *Human Relations, Millennium Issue*, Forth.
- GRANDORI A. (1995), *L'organizzazione delle attività economiche*, il Mulino, Bologna.
- GRANOVETTER M.S. (1985), «Economic action, social structure, and embeddedness», *American Journal of Sociology*, 58, pp. 699-712.
- GRANOVETTER M.S. (1973), «The Strength of Weak Ties», *American Journal of Sociology*, 78, pp. 1360-1380.
- GUERRA G. (1992), *Psicosociologia dell'Ospedale*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- HALL A., WELLMAN B. (1985), «Social networks and social support», in S. Cohen, S.L. Syme (Eds.), *Social support and health*, Academic Press, San Diego, CA.
- HANNEMAN R.A., RIDDLE M. (2005), *Introduction to social network methods*, University of California, Riverside CA (disponibile anche online <http://faculty.ucr.edu/~hanneman>).
- HANSEN M. (1999), «The search-transfer problem: the role of weak ties in sharing knowledge across sub-units», *Administrative Science Quarterly*, 44, pp. 82-111.
- HARITOS R., KONRAD T.R. (1999), «A Timely Partnership: Sociology and Health Services Research», *Contemporary Sociology*, 28, pp. 529-536.
- HEYDEBRAND W.V. (1973), *Hospital Bureaucracy: A Comparative Study of Organizations*, Dennell, New York.
- HIRDES J.P., SCOTT K.A. (1998), «Social relations in chronic care hospital: a whole network study of patients, family and employees», *Social Networks*, 20, pp. 119-133.
- HUERTA T.R. (2004), «Networks in Public Health», working paper, Faculty of Medicine, Department of Health Care and Epidemiology, University of British Columbia.
- KAROLY P. (1991), «On the robustness and flexibility of clinical health interventions», in R. Snyder, D.R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psy-*

- chology: *The health perspective*, Pergamon Press, Elmsford, NY.
- KATZ N., LAZER D. (2003), «Building effective intra-organizational networks: the role of teams», paper non pubblicato (disponibile online www.ksg.harvard.edu/teamwork).
- KILDUFF M., KRACKHARDT D. (1994), «Bringing the individual back in: A structural analysis of the internal market for reputation in organizations», *Academy of Management Journal*, 37, pp. 87-108.
- KNOKE D., KUKLINSKI J.H. (1982), *Network Analysis*, Sage Publications, Newbury Park.
- KRACKHARDT D. (1990), «Assessing the political landscape: structure, power, and cognition in organizations», *Administrative Science Quarterly*, 35, pp. 342-369.
- KRAVITZ R.L., KRACKHARDT D., MELNIKOW J., FRANZ C.E., GILBERT W.M., ZACH A. et al. (2003), «Networked for change? identifying obstetric opinion leaders and assessing their opinions on caesarean delivery», *Social Science & Medicine*, 57, pp. 2423-2434.
- KWAIT J., VALENTE T.W., CELENTANO D.D. (2001), «Interorganizational Relationships Among HIV/AIDS Service Organizations in Baltimore: A Network Analysis», *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78, pp. 468-487.
- LAUMANN E.O. (1973), *Bonds of Pluralism. The Form and Substance of Urban Social Networks*, Wiley, New York.
- LAWRENCE P., LORSCH J. (1967), *Organization and environment*, Harvard Business School.
- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità*, Egea, Milano.
- LEVINE S., WHITE P.E. (1961), «Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationship», *Administrative Science Quarterly*, 5, pp. 583-601.
- LEWIS J.M. (2006), «Being around and knowing the players: Networks of influence in health policy», *Social Science & Medicine*, 62, pp. 2125-2136.
- LIN N. (2001), *Social capital: a theory of social structure and action*, Cambridge University Press, Cambridge.
- LOMI A. (1991), *Reti organizzative. Reti, tecniche e applicazioni*, il Mulino, Bologna.
- LORENZONI G. (2003), «Le reti fra astrazione e pratica organizzativa», in Miolo Vitali P., Nuti S. (a cura di).
- MAGGI B. (1984), *Razionalità e benessere. Studio interdisciplinare dell'organizzazione*, Etas, Milano.
- MARI A. (2003), «L'inquadramento normativo delle reti di Area Vasta nel Sistema Sanitario Toscano», in Miolo Vitali P., Nuti S. (a cura di).
- MASCIA D., CICCETTI A. (2005), «Comunità della conoscenza e innovazione tecnologica», *Sviluppo & Organizzazione*, 209, pp. 103-113.
- MASCIA D., CICCETTI A. (2005), «Unlocking biotech organizations from the inside: an empirical study of the relationship between collaborative networks and scientific production», paper presentato al XXI EGOS colloquium, Berlino.
- MENEGUZZO M. (2000), «I terreni dell'innovazione organizzativa: le reti sanitarie multispedaliere e multiservizi», in M. Bergamaschi (a cura di), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw Hill, Milano.
- MENEGUZZO M. (1996), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*. Egea, Milano.
- MICHELL L. (1997), «Loud, sad or bad: Young people's perceptions of peer groups and smoking», *Health Education Research*, 12, pp. 1-14.
- MILWARD H., PROVAN K. (1998), «Measuring network structure», *Public Administration*, 76, pp. 387-407.
- MINZBERG H. (1983), *Structure in fives: designing effective organizations*, Prentice Hall Inc., Engelwood Cliffs, N.J.
- MINZBERG H. (1979), *The structuring of organizations*, Prentice Hall Inc., Engelwood Cliffs, N.J.
- MIOLO VITALI P., NUTI S. (a cura di) (2003), *Ospedale in rete e reti di ospedali: modelli ed esperienze a confronto*, Franco Angeli, Milano.
- MITCHELL J.C. (1969), «The Concept and the Use of Social Networks», in J.C. Mitchell (ed.), *Social Network in Urban Situation*, Manchester University Press, Manchester.
- MIZRUCHI M.S. (1990), «Cohesion, Structural Equivalence, and Similarity of Behavior: An Approach to the Study of Corporate Political Power», *Sociological Theory*, 8, pp. 16-32.
- MIZRUCHI M.S., POTTS P.P. (1998), «Centrality and Power Revisited: Actor Success in Group Decision Making», *Social Networks*, 20, pp. 353-387.
- MIZRUCHI M.S., BUNTING D. (1981), «Influence in Corporate Networks: An Examination of Four Measures», *Administrative Science Quarterly*, 26, pp. 475-489.
- PALLOTTI F. (2005), «Il medico-manager tra natura e cultura: l'esperienza del Regno Unito e insegnamenti per l'Italia», paper presentato al Convegno AIES 2005, Genova 10-11 novembre.
- PEARSON M., MICHELL L. (2000), «Smoke rings: Social network analysis of friendship groups, smoking and drug-taking», *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 7, pp. 21-37.
- PERROW C. (1965), «Hospitals: technology, structure and goals», in J. March (ed.), *Handbook of Organizations*.
- PILISUK M., FROLAND C. (1978), *Kinship, Social Networks, Social Support and Health*.
- POLANYI M. (1958), *Personal knowledge*, Routledge, London.
- POWELL W.W. (1990), «Neither market nor hierarchie: networks forms of organization», *Research of organizational behavior*, 12, pp. 295-336.
- POWELL W.W., DI MAGGIO P. (1991), *The new institutionalism in organizational analysis*, The University of Chicago Press, Chicago.
- 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.
- RICHARDSON G.B. (1972), «The organization of industry», *The Economic Journal*, Settembre, pp. 833-896.
- SCHENSUL J.J., LEVY J.A., DISCH W.B. (2003), «Individual, contextual, and social network factors affecting exposure to HIV/AIDS risk among older residents living in low-income senior housing complexes», *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 33, pp. 138-152.
- SCOTT J. (1991), *Social Network Analysis. A Handbook*, Sage Publications, London.

- SHANE S., STUART T. (2002), «Organizational endowments and the performance of university start-ups», *Management Science*, 48, pp. 154-170.
- SHORTELL S.M., BAZZOLI G.J., DUBBS N., KRALOVEC P. (2000), «Classifying Health Networks and Systems: Managerial and Policy Implications», *Health Care Management Review*, 25, pp. 9-17.
- SHORTELL S.M., KALUZNY A.D. (2000), *Health Care Management: Organization Design and Behavior*, Delmar Thomson Learning, Albany, NY.
- SNIJEDERS T.A. (2001), «The statistical evaluation of social network dynamics», in M.E. Sobel, M.P. Becker (Eds), *Sociological Methodology*, Basil Blackwell, Boston and London.
- SODA G. (1998), *Reti tra imprese. Modelli e prospettive per una teoria del coordinamento*, Carocci, Bologna.
- SPARROWE R.T., LIDEN R.C., KRAIMER M.L. (2001), «Social networks and the performance of individuals and groups», *Academy of Management Journal*, 44, pp. 316-325.
- SPARROWE R.T., LIDEN R.C. (1997), «Process and structure in leader-member exchange», *Academy of Management Review*, 22, pp. 522-552.
- THOMPSON G.F. (2003), *Between Hierarchies & Markets. The Logic and Limits of Network Forms of Organization*, Oxford University Press, New York.
- THOMPSON J.D. (1967), *Organization in action*, McGraw-Hill, New York.
- THOMPSON J.D., BATES F.L. (1957), «Technology, organization and administration», *Administrative Science Quarterly*, 2, pp. 325-343.
- TICHY N.M. (1981), «Networks in organizations», in P.C. Nystrom, W.H. Starbuck (eds.), *Handbook of organizational design*.
- UZZI B. (1997), «Social Structure and Competition in Interfirm Networks: The Paradox of Embeddedness», *Administrative Science Quarterly*, 42, pp. 35-67.
- UZZI B. (1996), «The Sources and consequences of embeddedness for the economic performance of organizations», *American Sociological Review*, 61, pp. 674-698.
- VALENTE T. (1995), *Network Models of the Diffusion of Innovations*, Hampton Press, Cresskill, NJ.
- WASSERMAN S.Y., FAUST K. (1994), *Social Network Analysis. Methods and Applications*, Cambridge University Press, Cambridge.
- WELLMAN B., BERKOWITZ S.D. (1988), *Social Structures: A Network Approach*, Cambridge University Press, Cambridge.
- WENGER E. (1998), *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge University Press, Cambridge.
- WEST E., BARRON D.N., DOWSETT J., NEWTON J.N. (1999), «Hierarchies and cliques in the social networks of health care professionals: implications for the design of dissemination strategies», *Social Science & Medicine*, pp. 633-646.
- WILLIAMSON O. (1975), *Markets and Hierarchies*, Free Press, New York.
- YATES J., ORLIKOWSKI W.J. (1992), «Genres of organizational communication: a structural approach to studying communication and media», *Academy of Management Review*, 17, pp. 299-326.
- ZANGRANDI A. (1988), «Un modello d'analisi dell'ospedale», in E. Borgonovi (a cura di), *L'organizzazione dell'ospedale*, McGraw Hill, Milano.
- ZUCKER L.G. (1986), «Production of trust: Institutional sources of economic structure. 1840-1920», in B.M. Staw, L.L. Cummings (eds.), *Research in Organizational Behavior*, 8, pp. 53-111. JAI Press, Greenwich, CT.

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.

I sistemi di quality management in sanità: caratteristiche percepite e grado di maturità. I risultati di una ricerca empirica

MANUELA SAMANTHA MACINATI

For many years, the lack of an effective legislative quality policy and the actual difficulties to adapt the quality industrial concept to health care, caused many Italian public health providers to focus more on cost containment than quality related issues. Nowadays, new emphasis is being given to improving the quality and outcome of health care.

This study aims to define the principal characteristics of quality management systems adopted in the Italian NHS and determine their stage of evolution. Results show many critical points of the quality management systems adopted by respondents. Moreover, collected data indicate that quality management systems in healthcare are still in an intermediate phase of evolution.

Note sugli autori

Manuela Samantha Macinati, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Economia

1. Introduzione

I profondi mutamenti intervenuti a livello economico e sociale nell'ultimo ventennio hanno progressivamente modificato le forme di legittimazione dei soggetti titolari di funzioni pubbliche e attribuito un più profondo significato al concetto di *accountability*.

Nel settore sanitario, questi aspetti, unitamente all'evoluzione nel tempo del ruolo e delle attese di risultato degli *stakeholder*, hanno progressivamente indotto le aziende sanitarie pubbliche a sviluppare un atteggiamento proattivo verso il miglioramento della qualità dei servizi erogati al cittadino, quale elemento imprescindibile per il conseguimento della finalità istituzionale della soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione. Il miglioramento della qualità, intesa come grado con il quale il servizio sanitario aumenta la probabilità del risultato di salute (Steffen, 1988), è oggi considerato da molte aziende sanitarie l'obiettivo strategico prioritario¹.

Nonostante il contesto normativo di riferimento abbia da tempo richiamato l'attenzione sull'importanza della qualità dei servizi erogati (D.L.vo 502/92, D.L.vo 517/93, D.L.vo 299/99, Psn 1998-2000, Psn 2003-2005, Psn 2006-2008)², le aziende sanitarie pubbliche hanno iniziato solo recentemente a adottare azioni sistematiche dirette al mantenimento e all'innalzamento dei livelli di qualità dell'assistenza.

Tale ritardo è da imputare ad almeno due ordini di motivi.

In primo luogo, l'assetto istituzionale delineatosi a seguito dei decreti di riforma ha

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il *Quality Management* in sanità
3. La ricerca empirica
4. Discussione e conclusioni

creato delle forti pressioni verso la ricerca di soluzioni volte a migliorare l'efficienza nella gestione delle combinazioni economiche. L'esigenza di rispettare il vincolo di bilancio imposto alle aziende sanitarie (art. 3, D.L.vo 502/92) ha indotto il management ad attribuire, quanto meno nel breve periodo, maggiore rilevanza alle problematiche del contenimento dei costi e del miglioramento del rapporto tra *output* e *input* rispetto a quelle legate alla qualità e alla *policy effectiveness*.

In secondo luogo, la presenza di indicazioni normative, invero, generiche e talora *in fieri*, le difficoltà oggettive insite nell'applicazione al settore sanitario del concetto di qualità e la molteplicità di scuole di pensiero e di approcci alla gestione della stessa hanno spesso creato incertezze di carattere interpretativo e applicativo che hanno finito per lasciare in ombra gli aspetti collegati alla qualità del servizio erogato.

L'attuale attenzione alla qualità da parte delle aziende sanitarie denota importanti cambiamenti di orientamento rispetto al passato. Da un lato implica lo spostamento dell'attenzione del management aziendale dalla struttura ai processi. Dall'altro sottende il passaggio da una interpretazione del concetto di risultati aziendali orientata a privilegiare le componenti «interne» della performance (efficienza, produttività, ecc.) ad una che, pur non trascurando queste ultime, favorisce il conseguimento di risultati «esterni» (soddisfazione del paziente, reputazione, ecc.).

Dal primo punto di vista, l'approccio tradizionale alla definizione del sistema di offerta, che prevedeva l'individuazione delle competenze chiave dell'azienda e la conseguente individuazione di servizi predefiniti nelle loro caratteristiche tecniche e operative, viene ad essere sostituita da nuovi criteri di progettazione dell'*output* ispirati alla centralità dell'individuo nel processo di cura. Il servizio erogato al cittadino e il livello qualitativo dello stesso, da fase finale del processo operativo, divengono dal punto di vista decisionale il momento logico iniziale per la definizione del sistema di offerta (Borgonovi, 2002). In questo modo, il cittadino, da soggetto passivo destinatario dell'intervento di cura, diviene il fulcro intorno al quale organizzare il sistema di offerta pubblica.

Dal secondo punto di vista, il concetto di performance aziendale viene a perdere la ca-

ratterizzazione prettamente economica che, sulla spinta dei decreti di riforma, ha dominato per diversi anni il panorama sanitario pubblico. Il conseguimento della finalità istituzionale della tutela della salute della popolazione richiede infatti di valorizzare maggiormente la dimensione sociale esterna dei risultati aziendali, pur nel rispetto di quella economica. La maggiore attenzione attribuita agli aspetti esterni della performance non implica, infatti, l'abbandono dell'ottica «interna», ma per molti versi il suo consolidamento. L'attenzione alla qualità dell'assistenza erogata può risultare funzionale al miglioramento dei risultati economico-finanziari dell'azienda sanitaria. La scarsa attenzione da parte dell'azienda sanitaria alla qualità dei servizi erogati può infatti tradursi in un peggioramento dell'immagine aziendale e, nei settori nei quali esistono forme di «concorrenza» tra i soggetti erogatori, possono generarsi comportamenti di fuga dal servizio tali da produrre effetti negativi moltiplicativi sulle condizioni operative ed economiche di svolgimento dei servizi (Borgonovi, 2002). Viceversa, il miglioramento della qualità dei servizi erogati alimenta la *customer satisfaction* e la reputazione di cui gode l'azienda sanitaria. Ciò può favorire fenomeni di attrazione dei pazienti e riflettersi, in presenza di sistemi di finanziamento a prestazione, in un aumento dei ricavi. L'innalzamento della qualità dei servizi, d'altro canto, consente un miglioramento delle modalità di svolgimento dei processi produttivi e una razionalizzazione nell'impiego delle risorse con conseguente riduzione dei costi di produzione.

L'interrelazione tra risultati non economici ed economici può dar vita ad un sistema virtuoso in grado di favorire il contemporaneo perseguimento dell'economicità della gestione e della finalità istituzionale della tutela della salute.

La centralità del tema della qualità nell'attuale panorama sanitario e la carenza di studi sistematici riferiti all'intero contesto nazionale suggeriscono di approfondire lo studio dei sistemi di *quality management* adottati dalle aziende sanitarie anche attraverso una ricerca empirica.

Il presente lavoro si articola in due parti. In una prima sezione, alla luce dell'analisi della letteratura internazionale, vengono individuati gli elementi che confluiscono nei siste-

mi di gestione della qualità in sanità. In una seconda sezione vengono illustrati i risultati di una ricerca empirica condotta sull'intero territorio nazionale tendente a verificare la percezione da parte dei rispondenti delle caratteristiche sistemi di *quality management* adottati dalle aziende sanitarie pubbliche ed equiparate e del loro stadio di maturità.

2. Il Quality Management in sanità

In letteratura sono rintracciabili una pluralità di approcci teorici alla qualità³ e alla gestione della qualità suffragati da un ampio numero di ricerche empiriche relative prevalentemente al settore industriale.

Con riferimento al settore sanitario, la letteratura internazionale riporta un numero ben più limitato, pur in costante aumento, di studi riferiti alla gestione della qualità (Steffen, 1988; van Harten *et al.*, 2002; Weiner *et al.*, 1997; Slujs *et al.*, 2001; Li, 1997; Ferlie, Shortell, 2001; Joss, Kogan, 1995; Blumenthal, Kilo, 1998; Shortell *et al.*, 1998).

Nonostante le prime applicazioni del concetto di qualità in sanità risalgano alla seconda metà degli anni '60 (Donabedian, 1966), la letteratura internazionale non trascura di sottolinearne ancora oggi le difficoltà di applicazione operativa. Ricerche empiriche recentemente condotte in diversi contesti nazionali delineano, in particolare, delle difficoltà oggettive nell'impiego di sistemi di *quality management* (Hansson, Ericsson, 2002) e nell'ottenimento di risultati positivi in termini di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza (Nwabueze, Kanji, 1997; Zabada *et al.*, 1998).

Il riconoscimento della qualità dell'assistenza erogata quale elemento determinante per il conseguimento dei fini istituzionali dell'azienda sanitaria postula l'adozione di un sistema di gestione della qualità, cioè di un complesso strutturato di procedure che consentano la definizione dei livelli di qualità desiderati, il loro monitoraggio e valutazione. Esso può essere interpretato come un modello gestionale e organizzativo strutturato, integrato e inter-funzionale tale da garantire la pianificazione, la misurazione, la gestione e l'erogazione dei livelli di servizio da erogare al paziente (Slujs *et al.*, 2001; Li, 1997).

Indipendentemente dal sistema di gestione della qualità adottato⁴, la letteratura internazionale ha identificato una serie di fattori critici che dovrebbero confluire nel sistema di gestione della qualità adottato dalla specifica azienda (Saraph *et al.*, 1989), molti dei quali applicabili allo specifico contesto del Ssn. Tali fattori, che agiscono come «catalizzatori» per il miglioramento della qualità, possono essere interpretati come delle *core properties* (Ferlie, Shortell, 2001) dei sistemi di gestione della qualità.

Tra essi, il più comunemente riconosciuto è la *leadership* per la qualità da parte della direzione generale e dei responsabili dell'unità operativa (Crosby, 1979; Juran, 1986; Deming, 1986; Weiner *et al.*, 1997; Benson *et al.*, 1991). In particolare, la letteratura riconosce il management un ruolo prioritario nell'indirizzare e nell'incoraggiare gli sforzi dell'intera azienda verso l'implementazione di un appropriato sistema di qualità aziendale. Tale ruolo può sostanziarsi in una pluralità di azioni tendenti a definire e a rendere visibile la qualità quale valore aziendale: nella definizione e l'attribuzione di obiettivi di qualità alle diverse unità operative, nell'adozione di un piano strategico per la qualità, nella destinazione di parte delle risorse disponibili al raggiungimento di obiettivi di qualità, nella definizione di sistemi di incentivazione a favore dei dipendenti basati sulla qualità delle prestazioni rese (Crosby, 1979; Juran, Gryna, 1980).

Altro elemento qualificante dei sistemi di *quality management* è relativo alla gestione del personale. Un sistema di qualità non può prescindere dalla presenza di strumenti volti ad allineare gli obiettivi individuali alle priorità strategiche dell'azienda. A tale scopo, rilevano lo svolgimento di attività di formazione a favore dei dipendenti e il grado di coinvolgimento e di responsabilizzazione degli stessi nel sistema di gestione della qualità (Donabedian, 1966; Crosby, 1979; Juran, 1986; Deming, 1986). Nelle aziende sanitarie, tipiche organizzazione professionali, il ruolo del personale nell'assicurare i livelli qualitativi desiderati assume un significato del tutto particolare. In questo contesto è necessario adottare un approccio non tradizionale alla formazione del personale che, diversamente dall'ottica prescrittiva, ne valorizzi le potenzialità, ne favorisca l'*empowerment*

e ne assicuri il coinvolgimento nelle decisioni relative alla qualità dell'assistenza.

Altro elemento cardine dei sistemi di gestione della qualità è rappresentato dalla disponibilità e dall'impiego di informazioni e dati per la qualità (Li, 1997). Nel settore sanitario, ancor più che in altri contesti, la disponibilità, l'analisi, la tempestività e la diffusione delle informazioni di carattere clinico è indispensabile per permettere al personale il raggiungimento, il mantenimento e il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

Un ulteriore elemento che contribuisce a definire il sistema di gestione della qualità adottato dalle aziende sanitarie riguarda l'adozione di una visione per processi (Deming, 1982; Benson *et al.*, 1991). Il *quality management* implica l'abbandono dell'ottica verticale e gerarchica a favore di quella orizzontale che considera e valorizza i rapporti orizzontali tra le diverse unità operative coinvolte nel trattamento del paziente.

3. La ricerca empirica

3.1. Obiettivi e schema analitico della ricerca

Il lavoro si propone di indagare, attraverso una ricerca di carattere esplorativo-descrittivo, lo stato dell'arte dei sistemi di gestione della qualità nel settore sanitario. In particolare, in base alle percezioni dei Direttori generali (o di eventuali soggetti da loro incaricati), la ricerca intende verificare le caratteristiche e la maturità dei sistemi di gestione della qualità adottati dalle aziende sanitarie pubbliche ed equiparate presenti sull'intero territorio nazionale.

L'evidente impatto del contesto normativo-istituzionale sul comportamento delle aziende sanitarie pubbliche ha suggerito di interpretare l'adozione dei sistemi di *quality management* in sanità alla luce delle prospettive teoriche di tipo sistemico-strutturale⁵ (Astley, Van de Ven, 1983). Tale impostazione, che postula un approccio adattivo dell'azienda all'evoluzione delle variabili ambientali, è stata ritenuta coerente con la realtà del Ssn e in grado di supportare la valutazione della maturità dei sistemi di gestione della qualità adottati in sanità. Secondo le prospettive teoriche sistemico-strutturali, infatti, il

management conforma e adatta i preesistenti assetti aziendali alle pressioni ambientali⁶ in modo da adeguare l'*output* aziendale alle nuove attese di risultato. A fronte dell'evoluzione delle variabili ambientali, il management adegua la struttura aziendale in modo tale da garantire l'efficacia dell'attività aziendale e assicurarne la sopravvivenza.

Adottando la visione sistemico-strutturale e riprendendo le indicazioni di Benson e altri (1991), l'adozione di sistemi di gestione della qualità in sanità può essere configurato come un processo evolutivo che si sviluppa lungo tre stadi consecutivi. In un primo stadio, ricevuto l'impulso da parte del contesto ambientale di riferimento, vi è la percezione da parte del management della necessità di il cambiamento. In un secondo stadio, vengono identificati gli eventuali cambiamenti da operare per adeguare il contesto interno alle indicazioni provenienti dall'ambiente di riferimento e vengono apportate delle modifiche formali agli elementi della struttura aziendale. In un terzo stadio il cambiamento diviene parte integrante delle modalità di svolgimento delle combinazioni aziendali in modo da allinearsi alle nuove attese di risultato da parte degli *stakeholder*. Tali cambiamenti non si limitano agli aspetti formali (di cui al secondo stadio evolutivo), ma riguardano le concrete modalità di svolgimento delle operazioni e dei processi aziendali.

La maturità dei sistemi di *quality management* adottati dalle aziende sanitarie, e quindi il posizionamento dell'azienda in uno dei tre precedenti stadi, può essere valutata in base alla rilevanza attribuita a una serie di fattori critici che contribuiscono a definire il sistema di gestione della qualità.

Accanto a quelli indicati precedentemente (§ 2), si è ritenuto di includere ulteriori variabili ritenute in grado di contribuire al raggiungimento degli obiettivi di ricerca. Esse sono riconducibili a: (i) presenza e ruolo dell'ufficio/dipartimento qualità all'interno dell'azienda; (ii) percezione del sistema di qualità dei fornitori.

Conseguentemente, sono state individuate sette distinte aree di indagine⁷: (1) *commitment* per la qualità (2) presenza e ruolo dell'ufficio/dipartimento qualità all'interno dell'azienda, (3) svolgimento di programmi di formazione a favore dei dipendenti, (4) sistema di qualità dei fornitori, (5)

gestione dei processi e delle procedure operative per la qualità, (6) informazioni e dati per la qualità, (7) coinvolgimento dei dipendenti nel sistema di gestione della qualità. Con riferimento a ciascuna area sono stati successivamente identificate delle variabili esplicative (**tabella 1**).

3.2. 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.

Il questionario (riportato in **Appendice**) si sviluppa nelle sette aree di indagine delineate nello schema analitico della ricerca. Lo strumento di indagine, ispirato a quello proposto da Saraph, Benson e Schoeder (1989) e testato nel settore sanitario da Raju e Lonial (2002) e Dilber, Bayyurt, Zaim e Tarim (2005), 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 1).

Il questionario, inviato all'attenzione dei direttori generali, si articola in 21 *item*, cinque dei quali a loro volta strutturati in *sub-item*. Il questionario prevede domande alle quali il rispondente è chiamato a fornire il proprio grado di accordo impiegando una scala *Likert* 1-5 e domande trattate come variabili dicotomiche (Sì/No). Una sola domanda relativa alle aree aziendali eventualmente interessate dalla certificazione di qualità è stata predisposta come domanda aperta.

Il questionario, dopo una fase pilota, è stato inviato nel mese di giugno 2006 alla totalità delle strutture sanitarie pubbliche ed equiparate presenti in Italia⁸. Il tasso di ritorno è stato di circa il 41,9%; dei 148 rispondenti, il 31,8% sono Asl (o zone corrispondenti alle ex Asl dell'Asur della Regione Marche), il 44,2% sono Ao, il 27,5% sono Irccs (il 61,5% dei quali Irccs di diritto privato), il 25% sono Policlinici universitari.

Per quanto riguarda la distribuzione geografica dei rispondenti, il 54,5% delle rispo-

ste proviene dal nord, il 19% dal centro e il 26,4% dal sud Italia. Non risultano pervenute risposte dalle Regioni Valle d'Aosta, Trentino Alto-Adige e Sardegna.

Due aziende (una Ao e un Irccs) hanno dichiarato di non aver attivato alcun sistema di qualità aziendale strutturato. Una delle due ha tuttavia precisato che l'avvio di un sistema di *quality management* è previsto per il prossimo esercizio, così come previsto nell'atto aziendale. 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.

3.3. Risultati

La prima area di ricerca era volta a verificare l'attenzione riservata dalla direzione generale alla qualità dell'assistenza erogata. In particolare, le domande si concentravano sulla rilevanza attribuita alla qualità intesa come variabile strategica e sull'adozione di una serie di azioni e comportamenti in grado di riflettere il *commitment* della direzione verso la qualità. In **tabella 2** sono riportate le mediane e le medie delle risposte fornite attraverso la scala *Likert* 1-5.

I risultati mostrano che la qualità è interpretata dalla generalità dei rispondenti come variabile strategica e supportata attraverso programmi di miglioramento della qualità a medio/lungo termine. Nel breve periodo, tuttavia, gli obiettivi di qualità sono considerati maggiormente rilevanti rispetto a quelli reddituali solo dagli Irccs. Analogamente, solo quest'ultima tipologia di aziende sembrerebbe attribuire rilevanza alla qualità per il miglioramento dei risultati reddituali (mediana: 4; media: 4,20) e dedicherebbe una quantità di risorse superiore al miglioramento della qualità dell'assistenza rispetto alle altre tipologie aziendali (mediana: 4; media: 3,63). Con riferimento a questo specifico *item*, vi è inoltre da segnalare una estrema variabilità delle risposte da parte delle aziende e un'elevata frequenza di rispondenti che riportano valori inferiori a tre (34%) a indicare la diversa attenzione alla problematica da parte delle singole aziende.

È stato inoltre chiesto se fosse stato sviluppato un piano strategico per la qualità. Il 18,2% dei rispondenti ha dato risposta negati-

Tabella 1

Le aree di indagine e le variabili esplicative

Area di indagine 1: Commitment per la qualità	<ul style="list-style-type: none"> ● Considerazione della qualità come variabile strategica ● Adozione di programmi di miglioramento della qualità a medio-lungo termine ● Importanza relativa degli obiettivi di qualità rispetto agli obiettivi economico-finanziari ● Considerazione degli obiettivi di qualità in funzione del miglioramento dei risultati economico-finanziari ● Disponibilità di risorse per il miglioramento della qualità; attribuzione di obiettivi di qualità alle direzioni amministrative e ai dipartimenti ● Sviluppo di un piano strategico per la qualità
Area di indagine 2: Presenza e ruolo dell'ufficio/dipartimento qualità all'interno dell'azienda	<ul style="list-style-type: none"> ● Costituzione di un ufficio/dipartimento qualità ● Visibilità/autonomia ● Interazione con la direzione generale ● Consultazione da parte dei responsabili aziendali ● Coordinamento con gli altri uffici e dipartimenti aziendali ● Incisività sulle scelte e decisioni aziendali
Area di indagine 3: Programmi di formazione dei dipendenti	<ul style="list-style-type: none"> ● Organizzazione corsi di formazione per i dipendenti sulle tematiche legate alla qualità ● Attuale livello di formazione dei dipendenti rispetto alle tematiche legate alla qualità
Area di indagine 4: «Sistema qualità» dei fornitori	<ul style="list-style-type: none"> ● Fiducia nel «sistema qualità» dei fornitori ● Adozione di una politica degli acquisti basata sulla qualità piuttosto che sul prezzo ● Partecipazione da parte dell'azienda alla definizione delle specifiche di qualità dei servizi/materiali acquistati dal fornitore
Area di indagine 5: Gestione dei processi e delle procedure operative per la qualità	<ul style="list-style-type: none"> ● Ricorso alle attività preventive di manutenzione delle attrezzature al fine di assicurare i livelli di qualità desiderati ● Ricorso alle ispezioni al fine di assicurare i livelli di qualità desiderati ● Importanza delle linee-guida per assicurare i livelli di qualità desiderati ● Ricorso ad attività di <i>technology assessment</i> ● Ottenimento della certificazione di qualità
Area di indagine 6: Informazioni e dati per la qualità	<ul style="list-style-type: none"> ● Disponibilità dei dati di qualità clinica (mortalità, morbosità, ecc.) ● Tempestività delle informazioni di qualità ● Entità dei costi legati alla raccolta dei dati di qualità ● Impiego delle informazioni sulla qualità per la gestione della qualità ● Diffusione delle informazioni di qualità tra i capi-dipartimento ● Impiego delle informazioni di qualità per la valutazione della performance manageriale dei capi-dipartimento ● Diffusione delle informazioni di qualità tra i dipendenti ● Impiego delle informazioni di qualità per il miglioramento della performance clinica e dei processi operativi
Area di indagine 7: Coinvolgimento dei dipendenti nel «sistema qualità» aziendale	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizzazione di programmi di miglioramento della qualità che coinvolgono tutti i dipendenti ● Efficacia dei programmi relativi al miglioramento della qualità che coinvolgono tutti i dipendenti ● Responsabilizzazione dei dipendenti rispetto alla qualità della loro performance ● <i>Feedback</i> dato ai dipendenti sulla qualità della loro performance ● Partecipazione da parte dei dipendenti alle decisioni relative alla qualità dell'assistenza ● Sensibilizzazione continua dei dipendenti sull'importanza della qualità dell'assistenza ● Riconoscimento ai dipendenti di incentivi non monetari legati all'ottenimento di prestazioni qualitativamente elevate ● Riconoscimento ai dipendenti di incentivi monetari legati all'ottenimento di prestazioni qualitativamente elevate

		Importanza della qualità come variabile strategica	Supporto di programmi di miglioramento qualità a m/l termine	Importanza relativa degli obiettivi di qualità rispetto agli obiettivi reddituali	Importanza attribuita alla qualità per il miglioramento dei risultati reddituali	Entità risorse dedicate alla qualità
Ao	mediana	4	4	3	3	3
	media	3,98	3,86	3,30	3,45	2,88
Asl	mediana	4	4	3	3	3
	media	3,70	3,61	3,03	3,25	2,68
Ircs	mediana	4	4	4	4	4
	media	4,14	4,00	4,20	3,50	3,63
Pudg	mediana	3	4	3	3	3
	media	3	4	3,20	3	3

Tabella 2
Il commitment per la qualità

va. Se non esistono differenze statisticamente significative rispetto all'adozione da parte delle diverse categorie di aziende del piano strategico per la qualità per quanto riguarda Ao, Asl e Ircs, nel caso dei Policlinici solo uno dei tre rispondenti ha formalizzato i propri obiettivi strategici di qualità attraverso un apposito piano.

Per coloro che avevano risposto affermativamente alla domanda relativa all'adozione del piano strategico per la qualità, il questionario prevedeva di indicare (i) la comunicazione da parte della Direzione degli obiettivi perseguiti con il piano strategico per la qualità in quanto parte della complessiva strategia aziendale; (ii) la comprensione da parte dei dipendenti degli obiettivi strategici di qualità in quanto parte della complessiva strategia aziendale; (iii) la pervasività rispetto all'azienda del piano strategico per la qualità. I risultati sono indicati in **tabella 3** che riporta le mediane e le medie dei punteggi ottenuti.

Se la comunicazione da parte della Direzione aziendale e la comprensione da parte dei dipendenti può ritenersi soddisfacente (tranne che nel caso dei Policlinici per i quali la mediana e la media della comprensione assumono valore intermedio nella scala Likert), i risultati evidenziano una pervasività parziale del piano strategico per la qualità rispetto all'azienda.

È stato inoltre chiesto se, in ottica di *total quality management*, fossero stati attribuiti obiettivi di qualità tanto ai dipartimenti di diagnosi e cura, quanto alle direzioni ammi-

		Comunicazione	Comprensione	Pervasività
Ao	mediana	4	4	3
	media	3,87	3,62	3,38
Asl	mediana	4	4	3
	media	3,47	3,96	3,04
Ircs	mediana	4	4	3,5
	media	3,92	3,83	3,25
Pudg	mediana	4	3	3
	media	3	3	2,5

Tabella 3
Le caratteristiche del piano strategico per la qualità

nistrative. In caso di risposta affermativa, il rispondente era invitato a indicarne il grado di accettazione da parte dei soggetti coinvolti. Due aziende hanno dichiarato di non aver attribuito alcun obiettivo di qualità né alle direzioni amministrative, né ai dipartimenti. A conferma della parziale pervasività del piano per la qualità rispetto all'azienda, il compito di erogare servizi di qualità sembra essere attribuito prevalentemente ai dipartimenti. In tutti i casi, infatti, ai dipartimenti sono stati attribuiti obiettivi di qualità; nel 68% dei casi sono state coinvolte anche le direzioni amministrative. L'area clinica sembra maggiormente sensibile verso la qualità dell'assistenza erogata rispetto alle direzioni amministrative. Il grado di accettazione degli obiettivi di qualità da parte dei dipartimenti è infatti superiore rispetto alle direzioni amministrative (mediana e media rispettivamente

Tabella 4

Le caratteristiche dell'ufficio qualità

		Visibilità/ autonomia	Interazione con la Direzione generale	Interazione con altri responsabili aziendali	Coordinamento con altri uffici e dipartimenti aziendali	Incisività sulle scelte aziendali
Ao	mediana	4	4	4	3	3
	media	4,23	3,88	3,56	3,41	2,65
Asl	mediana	4	4	3	3	3
	media	4,16	3,64	3,35	3,45	2,66
Ircs	mediana	5	4	4	4	3
	media	4,88	3,82	3,82	3,82	3,06
Pudg	mediana	4	4,5	4	4	3
	media	4	4,5	4	4	3

Tabella 5

Il sistema di qualità dei fornitori

		Fiducia nel sistema qualità del fornitore	Politica degli acquisti basata sulla qualità più che sul prezzo	Partecipazione alla definizione delle specifiche di qualità dei prodotti/servizi acquistati
Ao	mediana	3	3	2
	media	2,98	2,78	2,51
Asl	mediana	3	3	3
	media	2,77	2,63	2,89
Ircs	mediana	3	3	3
	media	2,98	3,16	3,14
Pudg	mediana	3	3	3
	media	2,60	2,8	2,7

pari a 4 e 4,2 per i dipartimenti, e a 3 e 2,8 per le direzioni amministrative).

La seconda area di ricerca era riferita alla costituzione dell'ufficio qualità e al suo ruolo all'interno dell'azienda. L'8% dei rispondenti, il 70% dei quali operante nel centro-sud Italia, riferisce di non aver costituito un ufficio qualità aziendale. Per la valutazione del ruolo sostanziale dell'ufficio di qualità all'interno dell'azienda sono stati formulati degli *item* relativi alla sua visibilità e all'autonomia, al grado di interazione e di coordinamento con la direzione generale e con gli altri soggetti aziendali, all'incisività sulle scelte aziendali. I risultati sono indicati in **tabella 4** dalla quale emerge da un lato una buona visibilità/autonomia dell'ufficio qua-

lità e un generale buon livello di interazione e coordinamento con gli altri soggetti aziendali, dall'altro una parziale incisività sulle scelte aziendali.

La terza area di ricerca riguardava l'adozione di programmi di formazione sulla qualità a favore dei dipendenti. Il 4% della aziende dichiara di non aver svolto alcuna attività di formazione in materia di qualità. L'attuale livello di formazione dei dipendenti sul tema è ritenuto intermedio dalla generalità dei rispondenti (mediana pari a 3 per tutte le tipologie aziendali).

La quarta area di ricerca era volta a indagare il sistema qualità dei fornitori la politica degli acquisti da parte delle aziende sanitarie. In particolare, si è ritenuto opportuno verificare (i) la fiducia nutrita nel sistema di qualità dei fornitori, (ii) l'adozione di una politica degli acquisti basata sulla qualità piuttosto che sul prezzo, (iii) il grado di definizione da parte delle aziende delle specifiche di qualità dei servizi e materiali acquistati. I risultati sono indicati in **tabella 5**, dalla quale emerge la criticità dell'intera area.

La quinta area di ricerca si riferiva alla gestione dei processi e delle procedure operative per la qualità ed era volta a verificare le attività poste in essere per assicurare il rispetto e il miglioramento dei livelli di qualità prefissati⁹. La **tabella 6** illustra i risultati riferiti alle diverse tipologie aziendali. È stato inoltre chiesto se l'azienda aveva ottenuto la certificazione di qualità e, nel caso, di indicare le aree aziendali interessate. Il 69,5% dei rispondenti dichiara di essere in

		Attività preventiva di manutenzione di impianti e attrezzature	Attività ispettiva	Aderenza alle linee-guida	Attività di <i>technology assessment</i>
Ao	mediana	3	4	4	3
	media	3,52	3,64	3,83	3,21
Asl	mediana	3	3	4	3
	media	3,44	3,30	3,70	2,78
Irccs	mediana	4	4	4	3
	media	3,71	3,79	3,79	3,21
Pudg	mediana	3	4	4	3
	media	3,0	3,3	3,3	2,7

Tabella 6
Le procedure operative per la gestione della qualità

possesto della certificazione di qualità per uno o più servizi/aree aziendali. Il panorama dei servizi certificati è molto variegato; si passa da casi di certificazione dell'azienda nel suo complesso a situazioni nelle quali è stata certificata una singola unità operativa o un servizio. Tra le unità/servizi per i quali ricorre più frequentemente la certificazione vi è da segnalare la farmacia, i laboratori analisi, i servizi di diagnosi, i servizi di formazione.

Un'ulteriore area di ricerca riguardava le informazioni e i dati per la qualità (mortalità, morbosità, errori ecc.). Essa era diretta a verificare non solo la disponibilità di informazioni, ma soprattutto il loro effettivo impiego

al fine della gestione della qualità. I risultati sono indicati in **tabella 7** dalla quale emerge una buona disponibilità di informazioni e un adeguata diffusione delle stesse tra i capo-dipartimento. Esse, tuttavia, risultano limitatamente impiegate come strumento di *quality management*.

L'ultima area di ricerca riguardava il coinvolgimento dei dipendenti nel sistema di qualità aziendale. In particolare, essa mirava a verificare l'attitudine dell'azienda a far partecipe e rendere corresponsabile il dipendente dei livelli qualitativi raggiunti. I risultati, esposti in **tabella 8**, indicano un coinvolgimento dei dipendenti e una corresponsabilizzazione generalmente non elevata.

Tabella 7
La disponibilità e l'impiego dei dati di qualità

		Disponibilità dati di qualità clinica	Tempestività dei dati di qualità	Entità costi di raccolta dei dati di qualità	Impiego dei dati di qualità clinica per il <i>quality management</i>	Diffusione dei dati di qualità tra i capo-dipartimento	Impiego dei dati di qualità per la valutazione dei capo-dipartimento	Diffusione dei dati di qualità tra i dipendenti	Impiego dei dati di qualità per il miglioramento dei processi e della performance
Ao	mediana	4	3	3	3	4	3	3	3
	media	3,90	3,29	2,74	3,38	3,37	3,00	3,00	3,36
Asl	mediana	4	3	3	3	4	3	2	3
	media	3,82	3,07	2,50	2,95	4,22	2,93	2,74	3,14
Irccs	mediana	4,5	3,5	3	3	3,5	3,5	3	3
	media	4,4	3,5	2,84	3,28	3,82	3,28	3,07	3,14
Pudg	mediana	4	3	2,5	3	3	2	2	3
	media	4,67	4,00	2,50	3,33	3,33	2,67	2,67	2,67

		Realizzazione di programmi di miglioramento della qualità che coinvolgono tutti i dipendenti	Efficacia dei programmi di miglioramento della qualità che coinvolgono tutti i dipendenti	Responsabilizzazione dei dipendenti rispetto alla qualità delle loro prestazioni	Feedback dato ai dipendenti sulla qualità delle loro prestazioni	Partecipazione dei dipendenti alle decisioni relative alla qualità dell'assistenza	Sensibilizzazione continua dei dipendenti sull'importanza della qualità	Riconoscimento ai dipendenti di incentivi non monetari legati alla qualità	Riconoscimento ai dipendenti di incentivi monetari legati alla qualità
Ao	mediana media	3 3,38	3 3,05	3 3,14	3 2,86	3 2,88	4 3,60	2 2,33	3 2,50
Asl	mediana media	3 3,13	3 2,97	3 3,08	2 2,76	2 2,77	3 3,39	2 2,15	3 2,52
Ircs	mediana media	4 3,71	3 3,50	3 3,43	3 3,00	3 3,21	3,5 3,64	2,5 2,93	3 2,71
Pudg	mediana media	3 3,0	3 2,3	3 2,7	2 1,7	2 2,3	4 3,3	1 2,0	3 2,7

Tabella 8

Il coinvolgimento dei dipendenti

4. Discussione e conclusioni

L'indagine realizzata permette di effettuare considerazioni coerenti con gli obiettivi di ricerca perseguiti. Sebbene non riferibili all'universo delle aziende sanitarie, e nonostante i limiti derivanti dall'impiego di un questionario di percezione quale strumento di ricerca che potrebbe dar luogo al fenomeno delle risposte «falsate», i risultati ottenuti consentono di individuare le caratteristiche e i limiti dei sistemi di *quality management* così come percepiti dai rispondenti e di stabilirne il grado di maturità attraverso il posizionamento in uno dei possibili stadi di sviluppo dei sistemi di gestione della qualità.

Con riferimento all'attenzione riservata dalla direzione generale alla qualità dell'assistenza erogata, i risultati della ricerca evidenziano un diverso peso attribuito al miglioramento della qualità dell'assistenza a seconda dell'orizzonte temporale di riferimento.

Da un lato, infatti, sembrerebbe essere ormai diffusa la consapevolezza dell'importanza strategica della qualità che verrebbe sostenuta da programmi di miglioramento a medio/lungo termine e formalizzata attraverso un piano strategico per la qualità.

Nonostante ciò, sembrerebbe che tale strategia non sia adeguatamente supportata nel breve periodo attraverso un'ideale programmazione delle priorità e degli investimenti.

Se si eccettua il caso degli Ircs (tra i quali il 61,5% di diritto privato), infatti, nel breve periodo gli obiettivi di miglioramento della

qualità dell'assistenza sono considerati altrettanto importanti quanto quelli di carattere economico-finanziario. Sebbene tale dato possa essere interpretato come una conseguenza naturale della necessaria modulazione tra obiettivi strategici e operativi da un lato e, dall'altro, il risultato della pressione esercitata dal rispetto del vincolo di bilancio, è evidente che un'enfasi non prioritaria sugli obiettivi di qualità nel breve periodo potrebbe riflettersi negativamente sul conseguimento della strategia deliberata nel medio-lungo termine.

Parimenti, l'allocazione delle risorse non sembrerebbe seguire le priorità strategiche dichiarate. A tale proposito lascia perplessi l'elevato numero di rispondenti che giudica non soddisfacenti la quantità di risorse allocate nel breve periodo per il miglioramento della qualità dell'assistenza, posto che tale insufficienza potrebbe determinare l'insuccesso della strategia pianificata.

Ulteriori elementi di criticità dei sistemi di gestione della qualità adottati dai rispondenti potrebbero derivare dalla parziale pervasività del piano strategico, dal limitato coinvolgimento dell'area amministrativa nel perseguimento degli obiettivi di qualità e dalla più modesta accettazione di obiettivi di qualità da parte da parte di quest'ultima rispetto all'area clinica.

I risultati della ricerca evidenziano che il miglioramento della qualità non è considerato dai rispondenti come funzionale al

conseguimento di un vantaggio economico. Ciò non è vero nel caso degli Irccs presumibilmente a causa dell'elevata percentuale di Irccs di diritto privato tra i rispondenti. Con riferimento alle aziende diverse dagli Irccs, i dati rilevati indicano, infatti, che il miglioramento della qualità è ritenuto «neutrale» rispetto al miglioramento della performance economico-reddituale. Ciò lascia presagire che gli obiettivi di qualità siano considerati esclusivamente nelle loro valenza clinico-assistenziale e non anche nei loro possibili risvolti di carattere economico-finanziario. Tale risultato, interessante per la sua valenza osservazionale, appare meritevole di ulteriori indagini volte a indagare specificatamente la relazione tra miglioramento della qualità dell'assistenza e risultati aziendali (economico-finanziari e non economico-finanziari) anche in considerazione delle recenti indicazioni del Piano sanitario nazionale 2006-2008.

Un interessante elemento di riflessione riguarda la presenza e il ruolo dell'ufficio di qualità. Sebbene la costituzione dell'ufficio qualità realizzata da molte aziende dimostri l'attenzione da parte del management aziendale verso la problematica, la neutralità dell'ufficio stesso sulle scelte aziendali lascerebbe presagire un ruolo sostanzialmente formale e non sostanziale dell'ufficio stesso. Questa conclusione sarebbe altresì suffragata dal dato riguardante la disponibilità e l'impiego delle informazioni di qualità. Anche in questo caso, alla buona disponibilità di informazioni fa eco il loro parziale impiego quale strumento operativo di *quality management*, a sottolineare un approccio più formale che sostanziale alla problematica in discussione.

Interessanti appaiono altresì i risultati della ricerca in tema di fiducia nel sistema di qualità dei fornitori. Adottando un'interpretazione ampia e integrata del concetto di sistema di qualità aziendale tale da coinvolgere a valle anche i sistemi di qualità dei fornitori, quest'area sembrerebbe essere un importante elemento di debolezza del sistema di gestione della qualità adottato dalle aziende sanitarie. La limitata o insufficiente fiducia nel sistema di qualità dei fornitori non sembrerebbe bilanciata né dall'adozione di un'ideale politica degli acquisti volta a privilegiare la qualità piuttosto che il prezzo, né da un concreto intervento da parte delle aziende sanitarie

nella definizione delle specifiche qualitative dei prodotti/servizi acquistati.

Altrettanto critica sembrerebbe l'area di ricerca relativa alla formazione e al coinvolgimento dei dipendenti nel sistema di qualità aziendale. Nel settore sanitario, più che in altri contesti, la qualità delle prestazioni dipende fortemente dal contributo dei prestatori di lavoro che vengono considerati delle risorse critiche al fine del mantenimento e del miglioramento della qualità dell'assistenza. Il limitato coinvolgimento dei dipendenti che emergerebbe dalla ricerca, specialmente in tema di partecipazione alle decisioni relative alla qualità dell'assistenza e di condivisione dei risultati, è un punto di estrema debolezza dei sistemi di *quality management* adottati nel settore sanitario.

In conclusione, alla luce delle considerazioni sinora esposte sui risultati della ricerca e riprendendo quanto precedentemente illustrato in tema di stadi di maturità dei sistemi di *quality management* (§ 3.1) è possibile affermare che i sistemi di gestione della qualità in sanità si collocano in posizione intermedia tra il secondo e il terzo stadio di evoluzione. Dai risultati della ricerca sembrerebbe che il management aziendale abbia percepito le pressioni provenienti dal contesto istituzionale di riferimento verso l'innalzamento dei livelli di qualità dell'assistenza erogata quale parte essenziale per il conseguimento delle proprie finalità istituzionali (stadio I). A tale scopo, sembrerebbero stati intrapresi degli sforzi volti all'adattamento della struttura organizzativa e dei processi operativi alle nuove attese di risultato (stadio II). Tuttavia, sembrerebbe ancora prevalere un approccio formale e prescrittivo alla problematica che limiterebbe la diffusione di una cultura e di un sistema di qualità basate sulla responsabilizzazione dei singoli e sul miglioramento continuo.

L'analisi svolta sui sistemi di qualità in sanità sembrerebbe avallare la sensazione che talune delle logiche e degli strumenti proposti dal c.d. processo di aziendalizzazione in sanità si collocano, a circa quindici anni dall'emanazione del D.L.vo 502/92, ancora a «metà del guado». Il problema in questo caso non sembrerebbe attribuibile alla natura dello strumento, quanto piuttosto alle modalità di impiego dello stesso che sembrerebbero talora non pienamente coerenti con la «logi-

ca aziendale». Se è vero che l'introduzione dei sistemi di gestione della qualità presenta difficoltà oggettive derivanti dalla particolare natura dell'attività svolta, è d'altro canto evidente la necessità di un loro consolidamento e affinamento dato il ruolo della qualità dell'assistenza nel conseguimento delle finalità istituzionali dell'azienda sanitaria e del sistema sanitario pubblico nel suo complesso.

Note

1. In un recente studio riferito al ricorso all'*outsourcing* da parte delle aziende sanitarie pubbliche emerge, tra l'altro, che il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata è uno degli obiettivi strategici prioritari per la generalità delle aziende rispondenti (Macinati, 2006).
2. Il D.L.vo 502/92, e successive modificazioni, prevede all'art. 10 «la verifica e la revisione della qualità delle prestazioni come metodo adottato in via ordinaria». Il D.L.vo 229/99 attribuisce notevole rilievo alla qualità dell'assistenza sottolineando, all'art. 1, comma 2, che il Ssn assicura «i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse». Lo stesso D.L.vo 229/99 attribuisce al Piano sanitario nazionale (Psn) il compito di indicare «gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza» (articolo 1, comma 10) attribuendo alla Regione e alle Aziende unità sanitarie locali il compito di attivare «un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati, nonché sulla qualità dell'assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese». Significative risultano altresì le indicazioni fornite dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 che pone come obiettivo prioritario la garanzia di adeguati livelli di qualità dell'assistenza sanitaria sulla base di un Programma nazionale per la qualità finalizzato rendere sistematico l'orientamento del Ssn verso la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria. Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 sottolinea il rapporto tra la qualità dell'assistenza e l'economicità della gestione affermando che la qualità delle prestazioni deve essere perseguita per il raggiungimento di elevati livelli di efficienza ed efficacia nell'erogazione dell'assistenza e nella promozione della salute. Anche il recente Piano sanitario nazionale 2006-2008 riprende il tema della qualità dell'assistenza collegandolo a quello dell'economicità evidenziando tra le priorità da seguire quella di promuovere la qualità (appropriatezza, confort, economia...) del servizio fornito e correlarla al risultato, in base alle evidenze sulla efficacia clinica e sull'efficienza operativa dei servizi.
3. Limitando l'analisi ai «padri» degli studi sulla qualità, Juran (1986) definisce la qualità in termini di «*fitness for use*» focalizzando la sua attenzione sugli aspetti della pianificazione, del controllo e del miglioramento della qualità del prodotto. Analoga attenzione al prodotto è posta da Garvin (1987) il quale individua otto attribuiti ai quali il prodotto deve rispondere per poter essere considerato di qualità. Crosby (1986) interpreta la qualità come «*conformance to requirements or specifications*» e identifica quattordici elementi che possono favorire la «difettosità zero». Una diversa interpretazione del concetto di qualità è proposta da Feigenbaum (1983), il primo a proporre una visione della qualità non focalizzata sul prodotto ma riferita all'azienda nel suo complesso (*Total Quality Management*). Egli definisce la qualità come «*the total composite product and service characteristics of marketing, engineering, manufacturing and maintenance through which the product and service in use will meet the expectations by the customer*». Analizzando le diverse interpretazioni del concetto di qualità proposte dai più illustri autori è possibile constatare una vera e propria evoluzione del concetto di qualità. Quest'ultimo si è modificato soprattutto nei suoi risvolti applicativi passando da un orientamento focalizzato sul prodotto a un ottica di tipo globale che coinvolge l'azienda nel suo complesso.
4. Gli approcci alla gestione della qualità applicabili al settore sanitario sono molteplici. Essi possono presentare gradi diversi di «profondità» e coinvolgimento fino a divenire una vera e propria filosofia gestionale in grado di coinvolgere l'azienda nel suo complesso. Tra i più noti è possibile ricordare, l'«Assicurazione della Qualità» (AQ-QA), la «Verifica e Revisione della Qualità» (VRQ), il «Miglioramento Continuo di Qualità» (MCQ-CI), l'«Analisi Partecipata della Qualità» (APQ), il *Total Quality Management* (TQM), il modello europeo di Qualità totale sostenuto dall'*European Foundation for Quality Management* (EFQM), (Scrivens, 1997; Louidice, 1998). A questi modelli di gestione della qualità si affiancano i sistemi di certificazione di accreditamento tra i quali la certificazione ISO 9000, l'accreditamento di «eccellenza» statunitense (JCAHO), inglese (CPA) o olandese (CCKL). La letteratura internazionale riporta che le recenti applicazioni al settore sanitario dei più noti sistemi di gestione della qualità (TQM, CI, QA) hanno avuto un impatto modesto a causa della difficoltà di adattare tali modelli alle specificità del settore sanitario, dello scarso coinvolgimento del personale medico, della mancanza di *leadership* per la qualità da parte della direzione aziendale, dell'inadeguatezza del sistema informativo (Joss, Kogan, 1995; Blumenthal, Kilo, 1998; Shortell *et al.*, 1998; Ferlie, Shortell, 2001).
5. Secondo Astley e Van de Ven è possibile elaborare una tassonomia delle teorie organizzative. Adottando quali variabili di indagine il livello organizzativo di analisi (livello macro vs micro) e le ipotesi di base sulla natura umana (determinismo vs volontarismo), possono essere individuati quattro diversi raggruppamenti che sottendono altrettante diverse prospettive: la *natural-selection view*, la *collective-action view*, la *system-structural view*, la *strategic-choice view*. La *system-structural view*, che più interessa ai fini del presente lavoro, riunisce diverse teorie e scuole di pensiero (teoria dei sistemi, funzionalismo strutturale, teoria delle contingenze, teoria istituzionale) ricondu-

- cibili a unità per il ruolo attribuito all'ambiente esterno nel determinare il cambiamento interno all'azienda.
6. «According to the system-structural view, the manager's basic role [...] is one of fine tuning the organization according to the exigencies that confront it. Change takes the form of "adaptation"; it occurs as the product of the exogenous shifts in the environment. The manager must perceive, process and respond to a changing environment and adapt by rearranging internal organizational structure to ensure survival or effectiveness». Il riferimento alla *system-structural view* nello studio dei sistemi di gestione della qualità è rintracciabile anche in Benson *et al.*, 1991.
 7. Oltre alle sette aree di ricerca indicate, il questionario comprendeva un'ulteriore sezione riferita alla performance aziendale che è stata impiegata per il perseguimento di obiettivi di ricerca ulteriori rispetto a quelli indicati in questa sede. Poiché non significativa ai fini dell'analisi presentata in questo lavoro, l'area di ricerca in questione è stata omissa.
 8. 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.
 9. Evidentemente, le attività poste in essere dalle aziende per il miglioramento della qualità non si esauriscono in quelle indicate nel questionario. La scelta delle domande da inserire nel questionario è stata basata sugli *item* presenti nel lavoro di Benson (attività preventiva di manutenzione e ispettiva), dal quale il presente lavoro trae ispirazione, nonché sulla tipologia di attività e strumenti ritenuti dalla normativa (ad esempio, Raccomandazione del Consiglio d'Europa, comitato dei ministri n. r (97) «Sullo sviluppo e l'attivazione di sistemi di miglioramento della qualità (smq) dell'assistenza sanitaria; Programma nazionale per le linee guida; Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private) e dalla letteratura nazionale e internazionale maggiormente rilevanti al fine del miglioramento della qualità delle prestazioni erogate (linee guida e *technology assessment*).

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

- ASTLEY W.G., VAN DE VEN A.H. (1983), «Central perspectives and debates in organization theory», *Administrative Science Quarterly*, June, pp. 245-273.
- BENSON G.P., SARAPH J.V., SCHROEDER R.G. (1991), «The effects of organizational context on quality management: an empirical investigation», *Management Science*, 34, pp. 1107-1124.
- BLUMENTHAL D., KILO C.M. (1998), «A report card on continuous quality improvement», *Milbank Quarterly*, 74, pp. 625-648.
- BORGONOVÌ E. (2002), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- CROSBY P.B. (1979), *Quality is free*, McGraw Hill, New York.
- DEMING W.E. (1986), *Out of the crisis*, MIT centre for advanced engineering, Cambridge, MA.
- DILBER M., BAYYURT N., ZAIM S., TARIM M. (2005), Critical factors of total quality management and its effect on performance in health care industry: a Turkish experience, *Problems and Perspectives in Management*, 4, pp. 220-234.
- DONABEDIAN A. (1966), «Evaluating the quality of medical care», *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 44, pp. 166-203.
- FEIGENBAUM A.V. (1983), *Total quality control: engineering and management*, McGraw Hill, New York.
- FERLIE E.B., SHORTELL S.M. (2001), «Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change», *The Milbank Quarterly*, 79, pp. 281-296.
- GARVIN D.A. (1987), «Competing on the eight dimension of quality», *Harvard Business Review*, Nov-Dec., pp. 101-109.
- HANSSON J., ERICSSON H. (2002), «The impact of TQM on financial performance», *Measuring Business Excellence*, 6, pp. 44-54.
- JOSS R., KOGAN M. (1995), *Advancing quality: TQM in the NHS*, Open University Press, Buckingham.
- JURAN J.M. (1986), «The quality trilogy», *Quality Progress*, August, pp. 19-24.
- JURAN J.M., GRYNA F.M. (1980), *Quality planning and analysis*, MacGraw Hill, New York.
- LI L. (1997), «Relations between determinants of hospital quality management and service quality performance: a path analytical model», *Omega, International Journal of Management Science*, 25, pp. 535-545.
- MACINATI M.S. (2006), Il ricorso all'outsourcing nel Ssn: i risultati di una ricerca empirica, *Mecosan*, 57, pp. 121-136.
- NWABUEZE U., KANJI G.J. (1997), «A system management approach for business process reengineering», *Total Quality Management*, 8, pp. 281-292.
- RAJU P.S., LONIAL S.C. (2002), The impact of service quality and marketing on financial performance in the hospital industry: an empirical examination, *Journal of Retail and Consumer Services*, 9, pp. 335-348.
- SARAPH J.V., BENSON G.P., SCHROEDER R.G. (1989), «An instrument for measuring the critical factor of quality management», *Decision Sciences*, 20, pp. 810-829.
- SHORTELL S.M., BENNET C.I., BYCK G.R. (1998), «Assessing the impact of total quality management and

- organizational culture o multiple outcomes of care for coronary artery bypass graft surgery patients», *Medical Care*, 38, pp. 207-217.
- SLUJS E.M., OUTINEN M., WAGNER C., LIUKKO M., BAKKER D.H. (2001), «The impact of legislative versus non legislative quality policy in health care: a comparison between two countries», *Health Policy*, 58, pp. 99-119.
- STEFFEN G.E. (1988), «Quality medical care: a definition», *JAMA*, 260, pp. 56-61.
- VAN HARTEN W.H., CASPARIE T.F., FISSCHER O.A.M. (2002), «The evaluation of the introduction of a quality management system. A process-oriented case study in a large rehabilitation hospital», *Health Policy*, 60, pp. 17-37.
- WEINER J.B., SHORTELL S.M., ALEXANDER J. (1997), «Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts: the effect of top management, board and physicians leadership», *Health Services Research*, 32: 491-510.
- ZABADA C., ASUBONTERG R., MUNCHUS G. (1998), «Obstacles to the implementation to Total quality Management in health care», *Total Quality Management*, 9: 57-66.

A P P E N D I C E

IL QUESTIONARIO ¹

A.1. *Commitment* per la qualità della Direzione generale e dei responsabili di dipartimento

1. In che misura la direzione aziendale considera la qualità come variabile strategica?
2. Qual è il grado con cui la direzione generale supporta programmi di miglioramento della qualità a medio-lungo termine?
3. Qual è l'importanza relativa degli obiettivi di qualità rispetto agli obiettivi economico-finanziari?
4. Qual è il grado con cui la direzione generale considera gli obiettivi di qualità funzionali al miglioramento dei risultati economico-finanziari?
5. Qual è la disponibilità di risorse per il miglioramento della qualità?
6. Sono stati attribuiti obiettivi di qualità alle direzioni amministrative?

Sì No

7. Qual è il grado di accettazione da parte dei responsabili amministrativi di obiettivi di qualità?
8. Sono stati attribuiti obiettivi di qualità ai responsabili di dipartimento?

Sì No

9. Qual è il grado di accettazione da parte dei responsabili di dipartimento degli obiettivi di qualità?
10. È stato sviluppato un piano strategico per la qualità?

Sì No

11. In caso di risposta affermativa, si prega di indicare il grado di:

- a) comunicazione da parte della Direzione generale degli obiettivi di qualità contenuti nel piano strategico della qualità come parte della complessiva strategia aziendale
- b) comprensione da parte dei dipendenti del piano strategico per la qualità come parte della complessiva strategia aziendale
- c) pervasività rispetto all'organizzazione del piano strategico per la qualità

A.2. Presenza e ruolo dell'ufficio/dipartimento qualità all'interno dell'azienda

1. È stato costituito un ufficio/dipartimento qualità?

Sì No

2. In caso di risposta affermativa, si prega di indicare il grado di:

- a) visibilità/autonomia dell'ufficio/dipartimento qualità
- b) interazione tra la direzione generale e l'ufficio/dipartimento qualità
- c) consultazione dell'ufficio/dipartimento qualità da parte dei responsabili aziendali
- d) coordinamento tra l'ufficio/dipartimento qualità e gli altri uffici e dipartimenti aziendali
- e) incisività dell'ufficio/dipartimento qualità sulle scelte e decisioni aziendali

A.3. Programmi di formazione dei dipendenti

1. La Sua azienda ha organizzato corsi di formazione per i dipendenti sulle tematiche legate alla qualità?

Sì No

2. Sia in caso di risposta affermativa che negativa, si prega di indicare:

- a) l'attuale livello di formazione dei dipendenti rispetto alle tematiche legate alla qualità

A.4. «Sistema qualità» dei fornitori

1. Con riferimento al «sistema qualità» dei fornitori si prega di indicare il grado di:

- a) fiducia nel «sistema qualità» dei fornitori
- b) adozione di una politica degli acquisti basata sulla qualità piuttosto che sul prezzo
- c) partecipazione da parte della Sua azienda alla definizione delle specifiche di qualità dei servizi/materiali acquistati dal fornitore

1. Ad eccezione dei casi specificatamente indicati che richiedevano risposte del tipo Sì/No, tutte le risposte sono state fornite attraverso una scala Likert 1-5.

A.5. Gestione dei processi e delle procedure operative per la qualità

1. Con riferimento alla gestione dei processi e delle procedure operative, si prega di indicare:
 - a) il ricorso alle attività preventive di manutenzione delle attrezzature al fine di assicurare i livelli di qualità desiderati
 - b) il ricorso alle ispezioni al fine di assicurare i livelli di qualità desiderati
 - c) l'importanza delle linee-guida per assicurare i livelli di qualità desiderati
 - d) il ricorso ad attività di technology assessment
2. L'azienda ha ottenuto la certificazione di qualità?

Sì No
3. Se sì, per quale area/servizio? _____

A.6. Informazioni e dati per la qualità

1. Con riferimento alle informazioni e dati per la qualità, si prega di indicare:
 - a) la disponibilità dei dati di qualità clinica (mortalità, morbosità, ecc.)
 - b) la tempestività delle informazioni di qualità
 - c) l'entità dei costi legati alla raccolta dei dati di qualità
 - d) l'impiego delle informazioni sulla qualità (costi della qualità, mortalità, morbosità, errori, ecc.) come strumenti per la gestione della qualità
 - e) la diffusione delle informazioni di qualità tra i capi-dipartimento

- f) l'impiego delle informazioni di qualità per la valutazione della performance manageriale dei capi-dipartimento
- g) la diffusione delle informazioni di qualità tra i dipendenti
- h) l'impiego delle informazioni di qualità per il miglioramento della performance clinica e dei processi operativi

A.7. Coinvolgimento dei dipendenti nel «sistema qualità» aziendale

1. Con riferimento al coinvolgimento dei dipendenti nel «sistema qualità» aziendale, si prega di indicare il grado di:
 - a) realizzazione di programmi di miglioramento della qualità che coinvolgono tutti i dipendenti
 - b) efficacia dei programmi relativi al miglioramento della qualità che coinvolgono tutti i dipendenti
 - c) responsabilizzazione dei dipendenti rispetto alla qualità della loro performance
 - d) feedback dato ai dipendenti sulla qualità della loro performance
 - e) partecipazione da parte dei dipendenti alle decisioni relative alla qualità dell'assistenza
 - f) sensibilizzazione continua dei dipendenti sull'importanza della qualità dell'assistenza
 - g) riconoscimento ai dipendenti di incentivi non monetari legati all'ottenimento di prestazioni qualitativamente elevate
 - h) riconoscimento ai dipendenti di incentivi monetari legati all'ottenimento di prestazioni qualitativamente elevate

Il dualismo competizione/ cooperazione fra aziende sanitarie pubbliche: un'analisi esplorativa

ANTONIO BARRETTA

In certain nations the health-care system is being modernized partly by creating inter-organisational networks. In many cases, the introduction of spheres of cooperation has not eliminated competition among health-care trusts, however, it has created the conditions for so-called co-opetitive markets: that is, contexts in which these organisations compete and cooperate simultaneously. The aim of this study is make an initial attempt to understand the functioning of co-opetition in the public health-care sector. In particular, the following aspects will be analysed in detail: a) the possible determinants of competition, b) the possible determinants of cooperation and c) the possible interactions between these two types of determinants.

Note sugli autori

Antonio Barretta è Professore Associato di Programmazione e controllo delle aziende sanitarie, presso il Dipartimento di Studi Aziendali e Sociali, nella Facoltà di Economia di Siena

Ringraziamenti

L'autore desidera ringraziare i diversi interlocutori del Sistema sanitario della Toscana che si sono resi disponibili per le interviste, nonché i partecipanti alla quarta Conferenza, tenutasi a Siena fra il 7 ed il 9 settembre 2006, «Accounting, Auditing and Management in Public Sector Reforms» organizzata dall'EIASM per i loro commenti e suggerimenti. Si ringrazia, infine, per le preziose indicazioni fornite il reviewer anonimo

1. Introduzione

Negli ultimi due decenni i sistemi sanitari di molti Paesi occidentali sono stati interessati da profonde riforme. Fra i principali cambiamenti introdotti è possibile identificare sia l'aziendalizzazione dei fornitori pubblici di servizi sanitari che l'introduzione, nei contesti in cui questi operano, di modelli di finanziamento di quasi mercato (Lapsley, 1993, 1994; Levaggi, 1995; Ellwood, 1996; Lindkvist, 1996; Preston *et al.*, 1997; Jones, Dewing, 1997; Glynn, Perkins, 1998; Marcon, Panozzo, 1998; Pettersen, 1999; Kurunmäki, 1999; Lowe, 2000). Mediante la costituzione delle aziende sanitarie e l'introduzione del quasi mercato si è soprattutto inteso incentivare il miglioramento delle performance di efficienza e di economicità delle organizzazioni pubbliche operanti in sanità. Tuttavia, a seguito della realizzazione delle riforme in oggetto si sono manifestati anche effetti negativi indesiderati. Fra questi sono stati identificati l'incentivazione del perseguimento di obiettivi aziendali individuali di breve termine e l'indebolimento della cooperazione fra i differenti fornitori (Barretta, 2004; Cepiku *et al.*, 2006). Per tale motivo, in alcuni Paesi gli assetti organizzativi dei sistemi sanitari sono stati rivisitati anche mediante la creazione di *network* di aziende sanitarie pubbliche. La creazione di consorzi unici d'acquisto e di dipartimenti sanitari interaziendali, la definizione di protocolli di cura da parte di gruppi di sanitari provenienti da differenti contesti aziendali e la stesura di accordi interorganizzativi che specificano l'ambito di operatività di ogni azienda costituiscono solo alcuni esempi delle tipologie di collaborazione in atto (Ferlie, Pettigrew,

SOMMARIO

1. Introduzione
2. *Framework* teorico
3. La coesistenza della competizione/cooperazione: il caso del sistema sanitario regionale toscano
4. Conclusioni

1996; Meneguzzo, 1996; Buccoliero, Meneguzzo, 1999; Hardy *et al.*, 1999; Dirindin, 2003; Miolo Vitali, Nuti, 2003; Meijboom *et al.*, 2004; Lega, 2002; Barretta, Busco, 2004; Sheaff *et al.*, 2004; Pescini, Cinquini, 2005; Cepiku *et al.*, 2006).

In molti contesti la costruzione di ambiti di cooperazione non ha comportato la totale eliminazione della competizione fra aziende sanitarie pubbliche ma, diversamente, ha creato le condizioni per la costituzione di cosiddetti mercati «*coopetitivi*», ovvero, contesti in cui tali organizzazioni simultaneamente cooperano e competono.

Una recente ed emergente dottrina, focalizzata sul settore privato, ha considerato riduttivo studiare le relazioni fra imprese ritenendo che queste possano competere con alcune e cooperare con altre (Brandenburger, Nalebuff, 1996; Dowling *et al.*, 1996; Bengtsson, Kock, 1999 e 2000; Tsai, 2002; Clarke, Hill *et al.*, 2003; Kotzab, Teller, 2003; Soekijad, Andriessen, 2003; Bengtsson, Powell, 2004; Fjeldstad *et al.*, 2004; Hertz, Mattsson, 2004; Oliver, 2004; Huemer *et al.*, 2004; Luo, 2004 e 2005). Infatti, le relazioni interorganizzative possono ricomprendere sia spinte a competere che a cooperare, pertanto, le aziende possono trovarsi nella situazione di cooperare e competere contemporaneamente con altre organizzazioni. La situazione in cui sono evidenti comportamenti competitivi e contestuali atteggiamenti cooperativi delineano un contesto definibile di *coopetizione* (*co-opetition*) (Bengtsson, Kock, 2000).

L'utilizzo del *framework* teorico sulla *coopetizione* ci sembra ricco di «potenzialità investigative» anche in ambito sanitario perché consente di effettuare analisi più approfondite su alcuni processi che stanno comportando un ripensamento del modello del quasi mercato al fine di contenerne gli effetti negativi.

Il fine di questo contributo è di realizzare un primo approfondimento sul funzionamento della *coopetizione* in un contesto di sanità pubblica. In particolare, costituiranno oggetto di analisi i seguenti aspetti: a) i possibili determinanti della competizione, b) i possibili determinanti della cooperazione e c) le interazioni fra le due precedenti tipologie di determinanti.

La realizzazione della presente indagine esplorativa sulla *coopetizione* fra aziende sanitarie pubbliche si baserà sulle informazioni raccolte durante delle interviste realizzate con dei dirigenti regionali e con alcuni direttori generali di aziende coinvolte in relazioni *coopetitive*. L'analisi empirica sarà condotta con riferimento al sistema sanitario regionale della Toscana (Ssrt).

Nel prossimo paragrafo viene proposta una breve panoramica degli studi sulla *coopetizione* i quali costituiscono il *framework* teorico di questo contributo. Il terzo paragrafo sarà dedicato allo studio della coesistenza della competizione-cooperazione nel Ssrt. L'obiettivo che ci proponiamo è di identificare alcuni elementi che possano contribuire a spiegare il funzionamento della *coopetizione* in un *network* di aziende sanitarie pubbliche. Nelle conclusioni sono sintetizzati i risultati della ricerca e vengono proposti degli spunti per delle future ricerche.

2. Framework teorico

Il *framework* teorico basato sul dualismo cooperazione/competizione costituisce una sorta di «metodologia del prisma» che può consentire di identificare l'ampio spettro delle tipologie di relazioni (ovvero «lo spettro della luce») coesistenti in alcuni *network* interorganizzativi (Oliver, 2004).

A seguito della pubblicazione nel 1996 del testo di Brandenburger e Nalebuff «*Co-opetition*» si sono succedute diverse pubblicazioni tese ad approfondire la coesistenza di relazioni tanto competitive quanto cooperative fra due o più organizzazioni. Gli studi empirici riconducibili a tale filone di indagine hanno studiato la *coopetizione* in varie forme di relazioni interorganizzative, fra cui: a) le imprese industriali (Bengtsson, Kock, 1999 e 2000; Oliver, 2004); b) le imprese commerciali (Kotzab, Teller, 2003; Soekijad, Andriessen, 2003); c) le imprese di servizi (Fjeldstad *et al.*, 2004); d) le divisioni di una stessa impresa (Tsai, 2002); e) le imprese multinazionali e i governi dei Paesi che le ospitano (Luo, 2004) ed f) le differenti subunità di una multinazionale (Luo, 2005).

La precedente rassegna evidenzia che gli studi empirici sulla *coopetizione* hanno analizzato il dualismo fra relazioni competitive e cooperative avendo come riferimento il

settore privato. Tuttavia, la coesistenza di relazioni tanto cooperative quanto competitive fra due o più organizzazioni può caratterizzare anche alcuni contesti del settore pubblico. In tali ambiti l'approccio di analisi della *coopetizione* ci sembra particolarmente utile poiché il *mix* di cooperazione/competizione può essere influenzato in maniera rilevante dalle riforme legislative. A volte i processi di riforma tentano di «prendere e miscelare» le caratteristiche di modelli anche profondamente differenti quali ad esempio, nel caso da noi osservato, il *quasi market* e l'*integrated market*. In ambito pubblico, la compresenza di stimoli contrastanti può derivare, tra le possibili cause, da processi di riforma che (Brunsson, Olsen, 1993; Considine, Lewis, 2003; Glendinning *et al.*, 2005): a) non «azzerano» il quadro normativo antecedente ma lo modificano (e/o integrano) mediante l'introduzione di nuovi elementi dicotomici rispetto a quelli preesistenti, b) rappresentano la risultante delle attività normative non allineate di un organo legislativo operante a livello nazionale e di un analogo organo avente potere legislativo a livello locale e c) giungono ad un quadro normativo completamente rinnovato che, per effetto della ricerca di un accordo che costituisca il punto di incontro fra le esigenze di differenti portatori di interessi, contiene elementi di ambiguità. Occorrerebbe, tuttavia, tenere presente che gli elementi di un modello non sono semplicemente addizionali rispetto a quelli di un modello alternativo, bensì, possono interagire in maniera complessa (Exworthy *et al.*, 1999). Da qui la necessità di approfondire, da un lato, le forze che inducono alla competizione/cooperazione e, dall'altro lato, le interazioni fra queste due spinte. L'utilità dell'analisi in oggetto appare chiara laddove si ritenesse che la condizione di *coopetizione* potrebbe risultare utile per il raggiungimento degli obiettivi che un sistema pubblico si è posto e, conseguentemente, l'organo di governo procedesse consapevolmente ad un bilanciamento delle forze competitive con quelle cooperative in modo da scegliere la combinazione più adatta al modello che intende realizzare.

Finora gli studi sulla cooperazione e sulla competizione si sono focalizzati su una delle due tipologie di relazioni (Lapsley, 1993 e 1994; Levaggi, 1995; Jones, Dewing, 1997;

Glynn, Perkins, 1998; Marcon, Panozzo, 1998; Pettersen, 1999; Kurunmäki, 1999; Jones, 1999; Hardy *et al.*, 1999; Lowe 2000; Lapsley, 2001) o sul passaggio da una all'altra (Jones, 1997; Axelsson, 2000; Bate, 2000; Barretta, Busco, 2004). Pertanto, tali analisi non hanno avuto come prospettiva di indagine privilegiata gli effetti prodotti dalla possibile presenza del dualismo competizione/cooperazione all'interno di un contesto di sanità pubblica.

Poiché l'oggetto di studio di tale contributo è rappresentato dalle interazioni delle relazioni competitive con quelle cooperative fra aziende sanitarie pubbliche, appare utile qualche breve riflessione sul significato attribuibile ai termini competizione e cooperazione in un contesto di sanità pubblica. La dottrina inerente all'ambito privato ha racchiuso nella cooperazione ogni iniziativa di collaborazione interorganizzativa tesa alla creazione o all'estensione dei mercati di sbocco dei prodotti (servizi) fabbricati (apprestati), inoltre, ha definito la competizione come l'insieme delle strategie finalizzate ad aggiudicarsi, a discapito dei competitori, quote di mercato sempre più rilevanti (Brandenburger, Nalebuff, 1996; Callon, 1998). Seppure tali definizioni possano essere impiegate anche per descrivere alcune delle relazioni fra aziende sanitarie, tuttavia, non ci paiono adeguate a descrivere le dinamiche competitive/cooperative che, in un contesto di sanità pubblica, possono avere fini differenti da quelli prettamente economici. Infatti, la cooperazione fra aziende sanitarie, oltre che dall'ottenimento di reciproche convenienze economiche, potrebbe essere motivata, ad esempio, dalla ricerca di legittimazione nei confronti degli attori che desiderano (o se ne hanno il potere pretendono) la collaborazione interorganizzativa e/o dalla necessità di fornire risposte efficaci ai bisogni di salute. D'altro canto, la competizione potrebbe essere motivata oltre che dall'ottenimento di maggiori risorse economiche anche dalla ricerca di visibilità e di prestigio. Pertanto, nel contesto oggetto di questo approfondimento ci pare preferibile identificare nella cooperazione ogni accordo consenziente di due o più organizzazioni teso ad instaurare forme di collaborazione finalizzate al conseguimento di comuni obiettivi, mentre, per mezzo del termine competizione riteniamo condivisi-

bile descrivere situazioni di conflittualità finalizzate all'ottenimento di un tornaconto individuale a discapito degli interessi di altri soggetti (Luo, 2004). Inoltre, per differenziare con maggiore efficacia le relazioni competitive da quelle cooperative, è utile riflettere sul concetto di «confine organizzativo» (Oliver, 2004). Infatti, nella situazione di pura competizione le strutture organizzative sono separate e distinte, mentre, nella condizione di pura cooperazione esiste uno stretto legame di collaborazioni interaziendali che oltrepassano i confini della singola organizzazione.

In questo studio il nostro fine è di fornire un primo contributo alla comprensione di come la *coopetizione* può agire in un sistema di aziende sanitarie. In particolare, facendo riferimento ad alcuni aspetti del modello di *coopetizione* sviluppato da Luo (2005) intendiamo soffermarci su: a) i possibili determinanti della competizione, b) i possibili determinanti della cooperazione e c) le interazioni fra le due precedenti tipologie di determinanti. I determinanti della competizione/cooperazione rappresentano dei fattori contingenti che impattano sulla tipologia di relazioni che un'organizzazione è disposta a intrattenere con altre organizzazioni. Nel tempo, è probabile che, al modificarsi dei determinanti, il livello di competizione/cooperazione fra organizzazioni subisca delle variazioni adattive (Luo, 2005).

3. La coesistenza della competizione/cooperazione: il caso del sistema sanitario regionale toscano

In ambito pubblico sia le relazioni cooperative che quelle competitive fra differenti organizzazioni possono essere fortemente condizionate dal quadro normativo di riferimento. Ad esempio, le organizzazioni pubbliche possono essere indotte a competere fra loro a seguito di una riforma che introduce le logiche del quasi mercato, oppure, come conseguenza dell'emanazione di una norma che preveda l'implementazione di iniziative di *benchmarking* finalizzate a premiare le aziende in grado di conseguire, all'interno di un determinato settore, le migliori performance. D'altro canto, la propensione alla cooperazione interaziendale potrebbe essere incentivata dall'imposizione normativa di

fare ricorso a forme associate di svolgimento di alcune attività, ovvero, dalla realizzazione, a seguito di una legge, di iniziative di *benchmarking* tese all'identificazione e alla diffusione delle migliori prassi aziendali. Pertanto, lo studio della coesistenza delle relazioni interaziendali di competizione e di cooperazione deve prendere in considerazione anche il contributo delle disposizioni normative al disegno di un modello di *coopetizione*.

L'analisi empirica qui proposta prende le mosse da un'analisi dei determinanti della competizione e della cooperazione previsti dalla normativa riguardante l'ambito delle aziende sanitarie pubbliche operanti in Toscana. Successivamente, al fine di proporre delle riflessioni sulle effettive relazioni *coopetitive* che intercorrono fra queste aziende, sono oggetto di approfondimento le concrete interdipendenze fra spinte a competere e a cooperare. Nell'analizzare la *coopetizione* «in azione» sono state ricercate anche i possibili determinanti della competizione/cooperazione estranei al quadro normativo.

L'analisi empirica proposta in questo contributo si focalizza sul sistema delle aziende sanitarie pubbliche della Toscana in quanto: a) nel panorama italiano la Toscana è fra le regioni che hanno intrapreso con maggiore decisione la strada della riforma del sistema per promuovere la cooperazione interaziendale; b) la Toscana, pur avendo optato per l'avvicinamento ad un modello cooperativo, tuttavia, non ha rimosso dal quadro normativo i principali determinanti della competizione e c) per quanto scritto nei due precedenti punti, il sistema delle aziende sanitarie pubbliche toscane risulta caratterizzato dal dualismo competizione/cooperazione.

Nel prosieguo si procede con l'identificazione dei determinanti della competizione e della cooperazione previsti dalla norma (sia nazionale che regionale). Il presente paragrafo si chiude con un'analisi dell'effettivo funzionamento del modello di *coopetizione* del Ssrt e con delle riflessioni di sintesi sulle evidenze emerse.

All'interno del Ssrt, dopo circa sette anni dall'introduzione delle logiche competitive del *quasi* mercato, fu avviato un processo di riforma teso a stemperare la competizione fra aziende sanitarie pubbliche toscane e a promuovere la cooperazione interorganizzativa. A tal fine nel 2002 furono create tre aree

vaste al cui interno le aziende avrebbero dovuto assumere comportamenti cooperativi.

In Toscana sono state costituite tre aree vaste: l'area vasta nord-ovest (ricomprensente l'azienda ospedaliera pisana e le aziende sanitarie locali di Pisa, Viareggio, Massa Carrara, Livorno e Lucca), l'area vasta centro (costituita dalle aziende ospedaliere di Careggi e Meyer e dalle aziende sanitarie locali di Firenze, Prato, Pistoia ed Empoli) ed, infine, l'area vasta sud-est (ricomprensente l'azienda ospedaliera senese e le aziende sanitarie locali di Siena, Arezzo e Grosseto). Il fatto che l'area vasta costituisca, nelle intenzioni della Regione Toscana, un correttivo alle distorsioni prodotte dal quasi mercato è chiarito nel seguente passo del Piano Sanitario Regionale 2002-2004: «Il sistema sanitario si caratterizza per una notevole articolazione dell'offerta e per una variabilità non sempre programmabile o semplicemente prevedibile della domanda. Tali caratteristiche, affiancate al meccanismo economico della remunerazione a tariffa compensativa in regime di «mobilità sanitaria» (prestazioni a cittadini/e non residenti nel territorio dell'azienda unità sanitaria locale), inducono talvolta a comportamenti in contrasto con una logica a rete del sistema, finalizzati piuttosto al raggiungimento di una «autosufficienza» aziendale. La scelta della Toscana, con l'obiettivo di privilegiare l'appropriatezza degli interventi e l'integrazione dei servizi nei percorsi assistenziali è quella di potenziare lo sviluppo armonico della rete. Nella consapevolezza che per l'attività specialistica soprattutto a carattere ospedaliero la dimensione aziendale è insufficiente a garantire l'obiettivo, nella normativa regionale è stato definito il livello interaziendale della concertazione di area vasta (articolo 11, L. reg. 22/2000) con finalità di programmazione dell'attività e di regolazione degli scambi economici».

3.1. I determinanti della competizione/cooperazione identificati dalle norme

La normativa nazionale e regionale che regola il Ssrt contiene sia disposizioni che inducono le aziende sanitarie toscane a competere sia imposizioni che le spingono a cooperare.

Iniziamo con un'analisi dei determinanti normativi della competizione identificabili

in: a) il meccanismo tariffario mediante cui le prestazioni ospedaliere sono remunerate sulla base del tariffario regionale; b) l'obbligo per le aziende sanitarie di raggiungere l'equilibrio economico e la valutazione del direttore generale sulla base del conseguimento di tale obiettivo e c) la libertà per i pazienti di scegliere il fornitore cui rivolgersi per ottenere le prestazioni sanitarie.

a) Il meccanismo di finanziamento delle prestazioni ospedaliere

L'art. 8-sexies del D.L.vo 502/92 prevede la remunerazione in base a tariffe predefinite per i servizi ospedaliere per acuti erogati in regime di degenza ordinaria e di *day hospital* e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Di fatto, tale disposizione ha introdotto un modello di quasi mercato nel Ssn nel quale, in maniera analoga a quanto è accaduto in altri Paesi, si sono ben presto registrati alcuni effetti indesiderati quali l'assunzione di comportamenti opportunistici e individualistici a discapito della qualità dei servizi erogati e di un utilizzo razionale delle risorse a livello di sistema (Cesaroni, 2000; Marinò *et al.*, 2002; Barretta, 2004; Jommi, 2004). Le criticità citate hanno previsto il ricorso, in molte regioni, a correttivi alle limitazioni del quasi mercato quali, ad esempio, i tetti di spesa, i vincoli all'utilizzo di determinati *input*, il monitoraggio sulle prestazioni a rischio di inappropriata e i contratti/accordi interaziendali (Carbone *et al.*, 2004; Cantù, Jommi, 2003; Jommi, 2004; Guccio *et al.*, 2005). Nonostante l'introduzione dei precedenti correttivi, il finanziamento a tariffa non è privo di conseguenze per gli attori di un sistema sanitario in quanto le caratteristiche del sistema finanziamento delle aziende sanitarie determinando le convenienze delle aziende ne influenzano scelte e comportamenti (Jommi, 2004). Con riferimento al contesto della Toscana è possibile rilevare che più dell'80% dei ricavi delle aziende ospedaliere universitarie (Aou) derivano dall'applicazione del meccanismo tariffario, invece, nel caso delle aziende unità sanitarie locali (Ausl) il 90% circa dei ricavi hanno origine dalla quota capitolaria. Perciò, mentre l'attrazione dei pazienti rappresenta una condizione indispensabile per le Aou per raggiungere l'equilibrio

fra costi e ricavi d'esercizio, invece, il controllo dei costi costituisce la fondamentale leva su cui le Ausl devono agire per ottenere lo stesso risultato economico. Il sistema di finanziamento descritto può spingere le aziende sanitarie a competere anche all'interno della stessa area vasta. Infatti, la capacità di una Aou di attrarre i residenti nel territorio di competenza di una Ausl, operante nella stessa area vasta, determina un aumento dei suoi ricavi. Invece, la capacità di una Ausl di erogare un servizio ospedaliero ad un soggetto residente nel suo territorio, evitando il coinvolgimento in qualità di fornitore della Aou (o delle altre Ausl) operante (presenti) nella stessa area vasta, implica il contenimento dei propri costi connessi con l'acquisto di prestazioni dall'esterno.

b) Obbligo per le aziende sanitarie di raggiungere l'equilibrio economico e criteri di valutazione del direttore generale collegati con le performance contabili

Gli artt. 3 e 4 della legge 502/92 prevedono che le Ausl e le Aou «informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi». In coerenza con le precedenti disposizioni l'art. 3 bis prevede che il direttore generale possa essere rimosso dal suo incarico nel caso in cui non fosse raggiunto l'obiettivo dell'equilibrio economico. In coerenza con quanto dispone la normativa nazionale (si veda il D.P.C.M. n. 502 del 1995), lo schema di contratto dei direttori generali, identificato dalla Regione Toscana, prevede che: «il direttore generale è obbligato al rispetto del *budget* economico negoziato annualmente con la Regione. L'adempimento di tale obbligo sarà verificato annualmente a consuntivo, nonché mediante controlli trimestrali. Il suddetto obbligo viene considerato un obiettivo essenziale e irrinunciabile per il servizio sanitario regionale e il relativo inadempimento costituisce grave motivo ai fini della risoluzione del contratto». La legge nazionale fissa nella misura del 20% della remunerazione annua del direttore generale il valore massimo del premio di risultato annuo. Fino al 2004, la Regione Toscana ha considerato l'equilibrio economico uno dei parametri da utilizzare per la valutazione annuale dei direttori

generali. Sebbene le disposizioni normative richiamate, introducano un vincolo di natura economica ai processi decisionali delle aziende sanitarie pubbliche, tuttavia, è bene sottolineare che altre variabili concorrono nell'indirizzare l'operato delle organizzazioni in questione quali, ad esempio, la rilevanza per la collettività dei servizi offerti, le decisioni assunte dai livelli istituzionali sovraordinati per mezzo dei documenti programmatici e la pressione che questi esercitano verso il perseguimento dell'equilibrio economico, il grado di legittimazione sociale connesso con il perseguimento di obiettivi economico-finanziari e il ruolo attribuito ai fornitori privati e la dimensione da questi assunta (Del Vecchio, 2004). Coerentemente con tale situazione la stessa valutazione dei direttori generali, spesso, risulta caratterizzata da un'ambiguità di fondo che rende tale attività dipendente da variabili soggettive e, pertanto, ne limita l'efficacia nell'orientare i comportamenti (Del Vecchio, Barbieri, 2002). Da ciò discende che, in un contesto di sanità pubblica, l'introduzione del determinante alla competizione in oggetto, da un lato, non può portare ad una «replica perfetta» dei modelli decisionali tipici delle imprese che assumono come criterio di riferimento prioritario delle loro decisioni gli effetti economici che da queste possono discendere, dall'altro lato, avrà effetti differenti a seconda delle specificità del contesto in cui tali spinte a competere vengono introdotte (Del Vecchio, 2004).

c) Libertà per il paziente di scegliere il fornitore delle prestazioni sanitarie

Una delle condizioni ritenute indispensabili per promuovere la competizione fra i fornitori delle prestazioni sanitarie è rappresentata dal riconoscere ai cittadini la facoltà di scegliere liberamente le organizzazioni a cui rivolgersi per soddisfare il proprio bisogno di salute. Tale libertà è sancita in più articoli del D.L.vo n. 502 del 1992, nonché, nella normativa regionale che regola il Ssrt.

Procediamo con l'identificare le determinanti normative della cooperazione le quali sono riconducibili a: a) la suddivisione fra i presidi ospedalieri focalizzati sull'erogazione di prestazioni ospedaliere di elevata complessità e quelli che devono occuparsi

di servizi di medio-bassa complessità; b) la costituzione di organismi interaziendali impegnati nella definizione di obiettivi strategici e/o in attività esecutive e c) la valutazione annuale del direttore generale sul raggiungimento di obiettivi interaziendali.

a) Suddivisione fra subunità ospedaliere di alta specialità e di specialità di base

Il D.L.vo n. 502 del 1992, nell'identificare le specificità delle Aou, effettua un preciso riferimento al fatto che queste devono caratterizzarsi per la presenza di subunità di alta specialità. La normativa regionale della Toscana (si veda la legge regionale n. 40 del 2005) e il piano sanitario regionale 2005-2007 attribuiscono alle Aou il compito di sviluppare le attività ospedaliere di alta specialità e alle Ausl l'erogazione dei servizi ospedalieri di base. Tale distinzione di ruoli dovrebbe implicare una collaborazione reciproca fra Aou e Ausl tesa ad indirizzare i pazienti nelle strutture più adatte a fornire risposta al loro bisogno di cura. Fra le modalità di formalizzazione di tale collaborazione assumono particolare importanza l'identificazione dei percorsi di cura per patologia.

b) Costituzione di organismi interaziendali

La normativa regionale della Toscana ha previsto la costituzione di alcuni organismi interaziendali a supporto della cooperazione interaziendale all'interno delle tre aree vaste. Questi, oggetto di studio di vari contributi (Barretta, 2004; Barretta, Busco, 2004; Del Vecchio, Rossi, 2004; Cinquini, Pescini, 2005), sono rappresentati da: a) i comitati di area vasta, b) i collegi di direzione di area vasta, c) i dipartimenti interaziendali di coordinamento tecnico e d) i consorzi d'area vasta (attualmente enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta). L'art. 9 della legge regionale n. 40 del 2005 prevede la costituzione, all'interno di ciascuna delle tre aree vaste, di un *comitato*. Tale organo, composto dai direttori generali delle aziende operanti all'interno di ogni area vasta, elabora i piani che contengono gli obiettivi strategici interaziendali validi per l'ambito geografico in oggetto. I piani di area vasta sono trasmessi alla giunta regionale che ne controlla la conformità con il piano sanitario

regionale; in seguito sono sottoposti all'approvazione del Consiglio regionale. Il piano sanitario regionale 2005-2007 prevede che siano sottoposte a preventiva discussione e deliberazione all'interno del comitato di area vasta le decisioni attinenti a: 1) il potenziamento di attività con investimenti rilevanti, 2) l'eliminazione dei fenomeni di duplicazione delle attività e 3) l'implementazione di procedure innovative, nonché, l'avvio di attività che comportino uso di tecnologie nuove o ad alto costo. Il comitato di area vasta, per le tematiche connesse con il governo clinico, si avvale del *collegio di direzione* (si veda art. 49 della legge regionale n. 40 del 2005). Tale organo è costituito da varie figure professionali operanti in area vasta fra le quali devono essere menzionati i direttori sanitari delle aziende. Un ulteriore organismo interaziendale è costituito dai *dipartimenti interaziendali di coordinamento tecnico*. Questi coinvolgono, per ambiti di specialità omogenee (quali, ad esempio, l'oncologia, la riabilitazione, la cardiologia e la cardiocirurgia, la radiologia etc.), almeno un professionista di ciascuna azienda dell'area vasta. Il fine dei dipartimenti interaziendali è lo sviluppo di accordi e di linee guida interaziendali che consentano tanto lo sviluppo della continuità dei percorsi assistenziali quanto una crescente omogeneità nelle procedure operative adottate nell'erogazione dei servizi sanitari. In passato, i *consorzi unici d'acquisto* hanno costituito un ulteriore organismo interaziendale delle aree vaste. La recente trasformazione in enti pubblici per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (ESTAV) li ha resi un attore giuridicamente autonomo con un'identità propria più marcata all'interno del *network*.

c) Valutazione annuale dei DG sul raggiungimento di obiettivi interaziendali

Dopo il 2004, in Toscana l'equilibrio economico non ha più costituito uno dei parametri di valutazione annuale dei direttori generali. Negli ultimi due anni la valutazione è stata fortemente collegata ad indicatori tesi ad misurare il grado di cooperazione interaziendale. Infatti, il 60% della remunerazione variabile dei direttori generali dipende dal raggiungimento di obiettivi di collaborazione all'interno delle aree vaste quali, ad esem-

pio, l'attivazione dei dipartimenti interaziendali di coordinamento tecnico, la definizione delle linee guida per la redazione del bilancio consolidato di area vasta, il trasferimento della funzione acquisti etc.

3.2. La cooepetizione «in azione»

Il presente paragrafo propone un'analisi dell'effettivo funzionamento della *cooepetizione* nel Ssrt. L'approfondimento in oggetto è stato realizzato mediante una serie di interviste sia con i direttori generali delle quattro Aou toscane che con alcuni dirigenti e funzionari operanti nella *Direzione generale del diritto alla salute e delle politiche della solidarietà* della Regione Toscana. La scelta di intervistare i direttori generali delle Aou è motivata dal fatto che: a) essi ricoprono il ruolo di coordinatori dei comitati di area vasta, pertanto, dovrebbero possedere una visione più chiara delle relazioni interaziendali all'interno del *network* e b) le Aou sono finanziate per mezzo del sistema tariffario per cui i loro vertici dovrebbero avvertire in maniera più pressante, rispetto ai direttori generali delle Ausl, la dicotomia competizione/cooperazione. A tale proposito, sembra opportuno precisare che la scelta di intervistare, a livello aziendale, i soli direttori generali delle Aou ha implicato una focalizzazione sulle relazioni interaziendali inerenti all'ambito ospedaliero che, per altro, in base a quanto prevede il quadro normativo regionale della Toscana, costituisce il settore di attività fondamentale su cui si devono focalizzare le strategie di cooperazione all'interno delle aree vaste. Presso la Regione Toscana sono stati intervistati il direttore generale del *Direzione generale del diritto alla salute e delle politiche della solidarietà*, un funzionario impegnato nella predisposizione della valutazione annua dei direttori generali delle aziende e un funzionario incaricato di seguire la tematica dei piani di area vasta. Gli incontri con gli intervistati si sono svolti tra dicembre 2005 e maggio 2006. Le interviste hanno avuto una durata che è oscillata da un minimo di 80 ad un massimo di 140 minuti. Tutte le interviste sono state trascritte. I questionari sottoposti agli intervistati sono semi-strutturati. In particolare quello rivolto ai direttori generali è organizzato in tre sezioni. La prima è dedicata ad approfondire

i determinanti della competizione, la seconda è finalizzata allo studio dei determinanti della cooperazione e, infine, l'ultima parte si è posta l'obiettivo di approfondire le interazioni delle relazioni competitive con quelle cooperative.

Lo studio è stato condotto mediante l'approccio tipico dell'analisi narrativa la quale, sebbene non sia finalizzata alla formulazione di leggi generalizzabili, tuttavia, consente di identificare, mediante l'analisi delle affermazioni dei soggetti intervistati, delle possibili interpretazioni del/dei fenomeno/i indagato/i all'interno di uno specifico contesto (Reissman, 1993, p. 69; Polkinghorne, 1988, p. 21). Tale approccio di studio appare particolarmente efficace in ambiti di studio, quali quello della *cooepetizione*, in cui, a causa della presenza di situazioni paradossali e/o complesse, non sono identificabili relazioni chiare fra le variabili studiate (Llewellyn, 1999).

Il concreto svolgersi delle relazioni interaziendali all'interno delle tre aree vaste toscane può essere meglio interpretato procedendo ad una suddivisione in due fasi del periodo di tempo oggetto di analisi. Nella prima fase (dal 2002 al 2004) si è assistito al prevalere di alcuni determinanti competitivi previsti dalla norma che hanno fortemente ostacolato lo sviluppo delle relazioni cooperative fra aziende sanitarie dello stesso *network*. In particolare, il meccanismo di finanziamento a tariffa e la valutazione dei direttori generali sul raggiungimento dell'equilibrio economico aziendale hanno fatto prevalere relazioni interaziendali quasi esclusivamente ispirate alla competizione e perfino alla conflittualità. In tale fase è possibile definire i tre *network* di aziende sanitarie pubbliche *cooepetitivi* solo con riferimento al modello disegnato dalla norma, ma il sistema operante appariva fortemente improntato alla competizione. Nella seconda fase (dal 2005 fino ad oggi), durante la quale è stato rivisitato il meccanismo di finanziamento e sono stati modificati i criteri di valutazione dei direttori generali, le relazioni interaziendali all'interno del *network* si sono maggiormente ispirate all'assunzione di atteggiamenti cooperativi. In tale arco temporale è possibile definire i tre *network* di aziende sanitarie pubbliche voluti dall'ente regionale cooperativi. Tuttavia, oltre al mantenimento della libertà di scelta per il

paziente, la persistenza di un determinante della competizione non dipendente dal quadro normativo, ovvero, la propensione alla competizione dei professionisti operanti nelle aziende, consente di classificare il modello concretamente operante come *coopetitivo*. Nel prosieguo viene approfondita l'evoluzione delle relazioni interaziendali all'interno delle aree vaste nel passaggio da una fase all'altra.

Dalle interviste condotte è emerso che all'interno dei tre *network* di area vasta il meccanismo di finanziamento a tariffa ha costituito la principale causa di conflittualità fra le aziende. Tale situazione ha portato, nel corso del 2005, alla revisione del meccanismo di assegnazione delle risorse finanziarie nei tre *network* del Ssrt.

Per approfondire il tema della conflittualità indotta dal meccanismo tariffario occorre soffermarsi sul periodo precedente a tale modifica. Il contrasto fra aziende si acuisce nel momento della redazione del bilancio d'esercizio. In quella fase, quando per alcune aziende si delineava l'impossibilità di raggiungere il pareggio economico, le tensioni fra i direttori generali rappresentavano una regola. Come testimoniano le affermazioni che seguono, nella maggior parte dei casi, la contrapposizione aveva come protagonisti l'Aou da un lato e le Ausl della stessa area vasta dall'altro.

«Il livello conflittuale fra Aou e Ausl è sempre stato molto elevato a causa della spartizione delle risorse finanziarie. Tale tematica era motivo ricorrente di conflitto. Il motivo del contendere era che noi Aou avevamo svolto delle attività per le Ausl e volevamo essere pagati; le Ausl invece spesso contestavano il conto che presentavamo loro. I dissapori riguardavano sempre la compensazione dei servizi ceduti dalla Aou alle Ausl. La situazione ricorrente era che l'Aou aveva iscritto fra i propri ricavi d'esercizio nei confronti dell'Ausl Alfa 100 euro e invece questa aveva inserito fra i costi d'esercizio solo 95 euro. I 5 euro di differenza erano dovuti, ad esempio, alla presenza dei ricoveri ripetuti, pertanto, contestati dalla Ausl all'Aou. Ancora la causa del contenzioso poteva derivare dalla scarsa tempestività dei flussi informativi sulle prestazioni erogate dalla Aou; tali dati, essendo gestiti a livello regionale, potevano arrivare con ritardo alla Ausl. Oltre a questi problemi si potevano sollevare altre mille cause di contenzioso fra Aou e Ausl.» (Direttore generale Aou 1)

«Ragionando in un'ottica esclusivamente economica l'Ausl che indirizza alla Aou un paziente non presta attenzione alla durata della degenza, anzi più il paziente sta nelle strutture della Aou più differisce e, soprattutto, contiene gli eventuali costi post dimissione quali, per esempio, quelli dell'assistenza domiciliare e della riabilitazione. I medici di medicina generale valutati dalla Ausl sull'ammontare dei farmaci prescritti ai loro assistiti non si danno certo da fare perché i soggetti con le patologie che richiedono l'uso di farmaci costosi possano essere dimessi non appena le loro condizioni di salute lo rendano possibile. Più questi soggetti rimangono all'interno delle strutture della Aou più migliorano le loro performance a discapito di quelle dei medici della Aou.» (Direttore generale Aou 1)

«La logica tariffaria non gioca certo a favore della cooperazione. La logica tariffaria costituisce un elemento normativo antitetico rispetto a quello della cooperazione. Anche l'equilibrio di bilancio non fa bene alla cooperazione. A questo proposito posso fare un esempio che riguarda l'ambito della cardio-chirurgia. Nelle Aou che possiedono le cardiocirurgie di terzo livello l'aspetto critico è la rotazione dei pazienti. La disponibilità dei posti letto sia di terapia intensiva che di degenza è essenziale per poter procedere con le operazioni chirurgiche. L'indisponibilità di posti letto ha come effetto l'allungamento delle liste d'attesa inerenti alle operazioni chirurgiche. Per risolvere il problema venne naturale trovare un accordo fra la nostra Aou e le Ausl dell'area vasta affinché i pazienti una volta operati da noi venissero dimessi dopo due o tre giorni e ricoverati nei presidi ospedalieri delle Ausl di residenza per la convalescenza. Il percorso di cura in tal modo si strutturava in due ricoveri al fine di garantire tempi di risposta più rapidi ai pazienti in attesa di un'operazione chirurgica complessa. Tale accordo giova al sistema perché riduce le liste di attesa, tuttavia, non giova alle singole aziende. Infatti, i vertici aziendali delle Ausl hanno sollevato la seguente obiezione: «perché vi dobbiamo pagare per un ricovero di due-tre giorni l'intera tariffa?». Per tale motivo, negli scorsi giorni, è arrivata alla nostra azienda e al nostro cardio-chirurgo una richiesta di indennizzo di 500.000 euro pari al valore economico dei ricoveri che dovevano essere fatti da noi. Il risultato è stato che il mio cardio-chirurgo mi ha fatto pervenire una comunicazione con la quale mi ha fatto sapere che non dimetterà più verso le Ausl. Questo è un esempio classico di competizione inesa nel modo più sbagliato. Poiché l'equilibrio economico è un vincolo, alcuni direttori generali decidono di ingegnarsi per comprendere dove si possono racimolare le risorse e lo fanno anche a

discapito sia di altre organizzazioni che del sistema. In questi casi si perde di vista la visione d'insieme per concentrarsi su quella del particolare.» (Direttore generale Aou 2)

Come evidenzia l'esempio appena proposto il fallimento delle iniziative di cooperazione interaziendale può impedire un miglioramento delle performance di efficacia del *network*. A tale proposito, è il caso di sottolineare che tutti gli intervistati hanno considerato la cooperazione interaziendale fra le aziende sanitarie facenti parte dell'area vasta un requisito essenziale per garantire una maggiore efficacia a livello di *network* dei servizi erogati.

Come dimostrano le affermazioni che seguono, la cooperazione appare giustificata anche da motivazioni connesse con un utilizzo razionale delle risorse a livello sovraziendale.

«Dal punto di vista della Regione il finanziamento a prestazione ha comportato delle difficoltà anche sotto l'aspetto della razionalità economica. [...] In un ambito di competizione tutti tendono a fare tutto per attrarre gli utenti. Pertanto, ciò provoca un trend di aumento dell'offerta e, conseguentemente della domanda, che in sanità è indotta dalla prima. La logica dell'equilibrio economico a livello aziendale in alcuni casi può portare ad adottare comportamenti giustificati se considerati ad un livello micro, tuttavia, questi stessi atteggiamenti considerati a livello macro sono spesso non razionali perché comportano degli sprechi. Con un finanziamento a tariffa le Ausl non ragionano in termini di attività ospedaliere che dovrebbero indirizzare alle Aou e altrettanto fanno le Aou nei confronti delle Ausl. Spesso, tutti cercano il modo di fare da loro il più possibile con il risultato che i servizi erogati possono essere inappropriati e/o erogati nella struttura sbagliata» (Soggetto intervistato presso la Regione Toscana)

«Che l'ospedale della Ausl Alfa curi i casi di allergia che possono provocare shock anafilattico rappresenta uno spreco e un rischio perché loro ne vedono uno ogni tanto, invece, noi ne vediamo numerosi e pertanto possiamo giustificare certi tipi di investimento. Certo è vero che, al contrario, gli ospedali delle Ausl devono garantire un'assistenza sanitaria di primo e di secondo livello adeguata diversamente questa casistica arriva alle Aou e le intasa impattando negativamente anche sui loro tempi di attesa. [...] La competizione ha rappresentato un ostacolo anche

alla divisione dei ruoli in funzione della difficoltà delle prestazioni da realizzarsi.» (Direttore generale Aou 4)

«Il meccanismo di finanziamento a tariffa ha, in diversi casi, giustificato il potenziamento delle strutture aziendali per aumentare la capacità di attrazione. Ciò ha a volte creato delle duplicazioni, delle triplicazioni etc. di subunità organizzative che non sono risultate in grado di raggiungere dei livelli critici di produzione. [...] Per livelli critici intendo tanto dei volumi di attività che consentano il recupero dei costi aziendali quanto dei volumi di operatività che permettano lo sviluppo e il mantenimento di capacità professionali coerenti con standard qualitativi della prestazione soddisfacenti.» (Direttore generale Aou 3)

La volontà di consentire lo sviluppo di relazioni cooperative fra aziende sanitarie pubbliche della stessa area vasta, giustificata da motivazioni inerenti all'efficacia e all'efficienza a livello di *network*, ha portato, come già menzionato, alla revisione del meccanismo di finanziamento tariffario. La modifica riguarda il finanziamento delle Aou rispetto alle prestazioni realizzate per le Ausl all'interno dell'area vasta. Seppure le norme regionali in materia di finanziamento alle aziende sanitarie non siano state modificate, dal 2005 è stato deciso di non applicare il meccanismo di finanziamento a tariffa bensì di predeterminare il valore delle risorse che, all'interno dell'area vasta, le Ausl dovranno trasferire alla Aou appartenente al loro *network*. Mediante tale sistema, che si può definire *budget predefinito* per i servizi erogati all'interno dell'area vasta dall'Aou ai residenti nei vari territori delle Ausl, i trasferimenti dalle Ausl alla Aou sono noti all'inizio dell'anno, risultano prefissati tenendo conto degli acquisti effettuati nell'anno precedente dalle Ausl e, pertanto, non dipendono dai volumi dei servizi erogati nell'anno considerato.

A seguito di tale revisione, all'interno del territorio toscano (escludendo, pertanto, la mobilità dei pazienti interregionale), il meccanismo di finanziamento a tariffa continua ad essere applicato con riferimento agli scambi, fra aziende sanitarie pubbliche, che finora hanno avuto un'importanza economica modesta, ovvero: a) le prestazioni ospedaliere erogate da una Ausl ai cittadini residenti nel territorio di competenza di un'altra Ausl (sia all'interno che all'esterno dell'area

vasta) e b) i servizi ospedalieri erogati da una Aou ai cittadini residenti in Ausl operanti al di fuori dell'area vasta di competenza della prima.

Sebbene la revisione del meccanismo di finanziamento sia stata recentemente realizzata tutti gli intervistati sono stati concordi nel ritenere che essa abbia già ridotto in maniera significativa il livello di conflittualità, all'interno delle aree vaste, fra i direttori generali delle Aou e quelli delle Ausl.

«Dentro l'area vasta con questo sistema (budget predefinito) è diminuita la propensione alla competizione. Dopo questa innovazione le Aou sono portate a focalizzare il loro atteggiamento competitivo fuori area vasta e soprattutto fuori regione.» (Direttore generale Aou 2)

«Questa novità sul sistema di finanziamento delle Aou toscane è sicuramente di grande impatto per il sistema sanitario regionale. Un primo risultato già conseguito è che le aziende della stessa area vasta litigano meno fra loro e sono divenute più propense alla cooperazione. In particolare si è ridotta enormemente la conflittualità fra Aou e le Ausl della stessa area vasta. Tale evoluzione nel sistema di finanziamento ha creato un clima di maggior distensione fra le aziende e ha favorito un atteggiamento di maggior predisposizione alla cooperazione interaziendale creando i presupposti per poter costruire un modello di governance dell'area vasta. Significativo è il fatto che nel chiudere il bilancio delle aziende della nostra area del 2005 non si è registrato nessun contrasto.» (Direttore generale Aou 1)

Dalle interviste è possibile desumere che alla riduzione del livello di conflittualità e all'incentivazione della cooperazione all'interno del network ha contribuito anche la rivisitazione dei criteri di valutazione utilizzati per la determinazione del compenso aggiuntivo annuo spettante ai direttori generali. In particolare, a circa due anni dalla costituzione delle aree vaste, l'aver collegato il 60% della remunerazione variabile dei direttori generali ad obiettivi di collaborazione all'interno del network e l'aver ridimensionato l'importanza degli obiettivi di natura contabile nella valutazione dei vertici aziendali ha rappresentato un ulteriore stimolo alla cooperazione interorganizzativa.

«Il prevalere dell'interesse comune rispetto all'interesse della singola azienda è via via più

frequente. Una delle cause di ciò è, oltre alla revisione del meccanismo di finanziamento delle Aou, che i criteri adottati dalla Regione per valutarci non guardano più ai soli risultati economico-finanziari ma che siano contemplati anche indicatori extracontabili tesi a misurare il grado di integrazione. Da questo punto di vista la rivisitazione del meccanismo di valutazione dei direttori generali è stata determinante. L'aspetto economico ha fatto prevalere un atteggiamento competitivo e comportamenti del tipo dello scarica barile.» (Direttore generale Aou 1)

I commenti fin qui proposti ci permettono di proporre le seguenti possibili interpretazioni all'interazione fra determinanti competitive e cooperative:

Interpretazione 1

(a) Nei network di aziende sanitarie pubbliche sia il meccanismo di finanziamento a tariffa che la valutazione dei vertici aziendali sulla base del risultato economico dell'azienda svolgono un ruolo decisivo nell'incentivare l'adozione di comportamenti competitivi e perfino conflittuali fra le diverse organizzazioni. La presenza di tali determinanti della competizione possono impedire lo sviluppo di forme di cooperazione interaziendale salvo che queste non comportino un vantaggio economico per tutte le aziende coinvolte nelle relazioni di collaborazione. In presenza dei due determinanti a competere in oggetto, la competizione fra aziende può concretizzarsi oltre che in conflitto per attrarre pazienti, o più in generale in lotta ad ottenere risorse, altresì, in scontro per «scaricare» i propri costi sugli altri.

Il meccanismo di finanziamento a tariffa e la valutazione dei vertici aziendali sulla base del risultato economico dell'azienda, disincentivando la cooperazione fra differenti organizzazioni, può comportare, rispetto alla situazione in cui queste cooperassero, peggiori risultati a livello di network sia in termini di efficacia che di efficienza.

(b) Nei network di aziende sanitarie pubbliche l'introduzione di meccanismi di finanziamento alternativi a quello che caratterizza i contesti di quasi mercato e il passaggio da forme di valutazione dei direttori generali focalizzate sulle performance economico-finanziarie a forme di valutazione multi-dimensionali possono creare le condizioni af-

finché si sviluppino comportamenti cooperativi fra le diverse organizzazioni.

Dagli incontri con gli intervistati è emerso con chiarezza che il volere politico ha rappresentato (e costituisce tuttora) l'elemento determinante per spingere le aziende appartenenti ai tre *network* toscani a cooperare fra loro. Infatti, dalle risposte fornite ai nostri quesiti si desume che nella fase precedente all'introduzione degli incentivi alla cooperazione interaziendale, ad opera degli interventi soprattutto normativi della Regione, le forme di collaborazione interaziendale risultavano quasi del tutto inesistenti. La spinta della politica verso la cooperazione sta gradualmente producendo degli effettivi adeguamenti e delle modifiche del sistema sanitario in quanto la retorica che supporta la «politica della cooperazione in sanità» è incentrata oltre che sul miglioramento delle performance di efficienza anche su motivazioni connesse con l'efficacia delle attività sanitarie. Il fatto che la collaborazione interaziendale possa avere effetti positivi sull'efficacia a livello di sistema ha generato, anche nelle fasi iniziali, condivisione intorno alla politica della cooperazione in sanità, soprattutto, nei direttori sanitari delle aziende.

«Il processo della promozione della cooperazione fra aziende è fortemente dipendente dal costante impegno della Regione. Il volere politico è determinante. [...] L'intervento della Regione è fondamentale perché, storicamente dalla costituzione delle aziende, per le organizzazioni il comportamento naturale è quello competitivo. La cooperazione non è spontanea. Se non c'è un soggetto regolatore di natura politica che induce e che favorisce la cooperazione questa non si realizza per iniziativa delle aziende. Solo in quegli ambiti in cui esiste una convenienza economica reciproca a cooperare sono possibili gli accordi interaziendali spontanei, per esempio, un accordo che riduce gli sprechi di tutti (e non solo di qualcuno) o che consente di acquistare a prezzi più contenuti i fattori produttivi. Ma la cooperazione, ad esempio, nelle neurochirurgie o nelle neurologie non ci si può aspettare che sia spontanea.» (Soggetto intervistato presso la Regione Toscana)

«Alcune persone hanno lavorato notte e giorno alla realizzazione del progetto aree vaste in quanto il mandato politico è stato accolto con grande entusiasmo. Ciò è valso soprattutto per diversi

direttori sanitari. La risposta così entusiasta, almeno iniziale, è stata giustificata dalla voglia di fare, dalla voglia di dimostrare che la sanità era in grado di affrontare i propri problemi riguardanti soprattutto l'efficacia delle prestazioni. Poi si è assistito a delle battute di arresto dipendenti dai meccanismi competitivi del sistema. [...] Nella natura umana niente che è imposto riesce a funzionare bene. Dal momento che l'idea della cooperazione è stata condivisa subito da molti attori del sistema sanitario regionale, primi fra tutti alcuni direttori sanitari, la riforma non è stata vissuta come un'imposizione. [...] È l'organismo regolatore che avendo in mano il timone può indirizzare verso la cooperazione o verso la competizione.» (Direttore generale Aou 1)

«Nel momento del forte impulso della Regione a cooperare c'è stata una diversa reazione dei direttori generali rispetto ai direttori sanitari; i secondi hanno cooperato molto di più. Il direttore generale si sente responsabile dell'azienda in quanto rappresentate legale della stessa e nella cooperazione perde di potere, di visibilità e centralità poiché deve mediare con altri. Il direttore sanitario, invece, è un soggetto diverso che non deve svolgere un ruolo di rappresentanza dell'azienda. È più abituato all'idea di dover regolare il sistema dei professionisti.» (Soggetto intervistato presso la Regione Toscana)

Le precedenti riflessioni ci portano ad avanzare la seguente possibile interpretazione:

Interpretazione 2

Nei contesti in cui il processo di aziendalizzazione dei fornitori pubblici di prestazioni sanitarie ha comportato lo sviluppo di orientamenti individualistici la volontà del soggetto regolatore e finanziatore del sistema può essere decisiva per incentivare le aziende a cooperare. Il fatto che la cooperazione interaziendale possa essere giustificata oltre che da valutazioni economiche anche da considerazioni inerenti all'efficacia delle attività sanitarie a livello di *network* può rendere la «politica della cooperazione sanitaria» condivisa soprattutto dai soggetti aziendali, quali ad esempio i direttori sanitari, maggiormente focalizzati sui temi del governo clinico.

In precedenza, abbiamo sostenuto che sebbene la Regione Toscana abbia fortemente ridotto i determinanti normativi della

competizione all'interno delle aree vaste, la persistenza di una spinta alla competizione, estranea al quadro normativo, costituisce la principale causa della co-presenza di relazioni competitive con quelle cooperative. Analizziamo, dunque, la determinante della competizione, emersa nel corso delle interviste, costituita dalla propensione alla competizione dei professionisti operanti nelle aziende.

L'atteggiamento competitivo dei professionisti è giustificato da diversi fattori, ovvero: a) essi perseguono sia obiettivi economici riferibili alle subunità organizzative in cui operano che finalità personali di affermazione e di visibilità, b) il personale sanitario è, spesso, impegnato nell'erogazione dei servizi sanitari oltre che come dipendente pubblico anche come libero professionista, c) nelle aziende sanitarie i professionisti godendo di ampia autonomia nello svolgere i compiti assegnatigli sviluppano una forte propensione all'autodeterminazione e uno spiccato individualismo e d) i sistemi di programmazione e controllo finora utilizzati non consentono un'analisi delle «performance trasversali» né incentivano miglioramenti in questa direzione.

Come si desume dalle affermazioni che seguono i professionisti competono per l'ottenimento di maggiori risorse per le loro subunità organizzative prima ancora che a livello interaziendale all'interno delle aziende. A far scattare i comportamenti competitivi, anche fra subunità della stessa azienda, è, fra le altre cause, il desiderio dei professionisti di affermare il proprio prestigio personale. Laddove all'interno delle aziende sanitarie risulti forte la competizione fra professionisti, la concorrenza fra il personale medico appartenente ad aziende differenti potrebbe essere ancor più esasperata a causa della presenza di meccanismi di coordinamento interaziendali meno stringenti di quelli intraziendali e/o per via dell'assenza (o della scarsa incisività) di un organismo interaziendale di governo del network.

«Il nostro ospedale, come gran parte delle strutture, è un arcipelago di tante subunità organizzative, di tante isole. [...] Immaginiamo, ad esempio, che si rivolga alla nostra azienda una paziente che ha identificato un nodulo ad uno dei seni. Questa paziente entrerà in contatto con delle

subunità della nostra azienda che adottano atteggiamenti competitivi l'una nei confronti dell'altra. Nel nostro caso le strutture di Senologia e quella di Radiologia universitaria competono all'interno della stessa azienda per attrarre pazienti e per affermare la propria professionalità su quella altrui. Spesso, durante tutto il percorso di diagnosi e di cura le strutture della stessa azienda non vogliono cooperare fra loro ed, anzi, competono rendendo il percorso non efficace. La cooperazione prima che fra aziende dovrebbe rappresentare un atteggiamento promosso all'interno dell'azienda. Quando non c'è cooperazione dentro l'azienda la collaborazione interaziendale è ancor più complessa.» (Direttore generale Auo 2)

«La cultura cooperativa fra sanitari è difficile anche all'interno dell'azienda. È più facile che un medico della mia azienda mi proponga un accordo di cooperazione con un suo collega di Boston piuttosto che con un suo collega della stessa azienda. Il collega di Boston non è un rivale e anzi dà prestigio. Il collega della stessa azienda è un rivale sotto l'aspetto del prestigio, sotto l'aspetto economico, è un rivale in termini di visibilità e collaborazione con l'attore regionale.» (Direttore generale Auo 3)

I professionisti hanno la possibilità di svolgere la loro attività oltre che come dipendenti delle aziende sanitarie anche come liberi professionisti. Quando il medico agisce da libero professionista possiede interessi economici personali distinti dagli obiettivi aziendali e/o da quelli assegnati alla subunità aziendale in cui esso opera. Spesso, è il perseguimento di obiettivi economici personali che impatta negativamente sulla disponibilità alla cooperazione fra professionisti.

«La forma più pura della cooperazione dovrebbe essere quella fra professionisti, ma è anche quella che presenta maggiori difficoltà. Quando metti intorno ad un tavolo i cardiologi dell'area vasta teoricamente siamo di fronte alla forma più pura di cooperazione. I professionisti possono condividere le linee guida, gli aspetti della medicina basati sull'evidenza, i concetti di risk management etc. Siamo di fronte al classico governo clinico. Tale cooperazione è, però, molto difficile da realizzare perché ognuno di questi soggetti possiede un portafoglio clienti cui è fortemente attaccato per motivazioni personali di ordine economico. Per cui gli accordi interaziendali che possano portare a delle revisioni delle quote di mercato dei pazienti determinano delle grandi tensioni nei tavoli dei professionisti. [...]

Questo fenomeno della competizione fra professionisti non è stato intaccato dalla revisione del meccanismo di finanziamento delle Aou perché c'è la libera professione.» (Direttore generale Aou 1)

L'ambito delle aziende sanitarie è stato considerato, da vari autori, il tipico esempio di organizzazione che Mintzberg (1979) ha definito «burocrazia professionale». Questa si caratterizza per le seguenti peculiarità (Borgonovi, 1990; Abernethy, Stoelwinder, 1990 e 1995; Jones, Dewing, 1997; Pettersen, 1999 e 2001; Zangrandi, 1999): a) numerosissime operazioni condotte all'interno del contesto aziendale sono controllate direttamente dai professionisti, b) queste figure organizzative, nel realizzare tali attività, possiedono un'ampia autonomia, c) i comportamenti di tali professionisti si ispirano fortemente alle norme di condotta formali e informali definite dalle associazioni di categoria (cosiddetta deontologia professionale), d) l'addestramento e «l'indottrinamento» dei professionisti richiede un periodo di formazione e socializzazione lungo che, spesso, si svolge in contesti differenti da quello che sarà l'ambito lavorativo, e) il potere si basa più sulle competenze possedute (ovvero, sulla specializzazione) che sulla posizione organizzativa ricoperta e f) il «rapporto fiduciario» dell'azienda con l'utente è filtrato dai professionisti che diventano dei veri e propri «mediatori» fra i «clienti» e l'organizzazione. Tali caratteristiche generano uno spiccato individualismo e una forte necessità di autodeterminazione dei professionisti riducendo la loro disponibilità a cooperare.

«I professionisti a volte vivono la cooperazione in termini negativi. Essi necessitano di affermare la propria individualità con una superspecializzazione o con una competenza puntuale intorno a cui girano una serie di utenti-clienti. È evidente che il sistema della cooperazione pone dei paletti chiari da cui il singolo professionista non può prescindere. Un pediatra di una struttura ospedaliera di una Auhl non dovrebbe pretendere di fare la terapia intensiva neonatale solo perché bravo; dovrebbe necessariamente cercarsi il posto in un ambito ospedaliero di livello superiore. La cooperazione, pertanto, ha ricadute sui comportamenti richiesti ai professionisti non solo in qualità di dipendenti dell'azienda – di soggetti che devono perseguire gli obiettivi dell'organiz-

zazione – ma anche in qualità di soggetti portatori di interessi personali. Pertanto, succede che la cooperazione possa trovare degli ostacoli proprio nell'atteggiamento avverso dei professionisti nei confronti del sistema cooperativo.» (Direttore generale Aou 4)

«Nelle organizzazioni professionali troviamo soggetti con ampia autonomia professionale. Tale autonomia porta alla creazione soggetti con uno spiccato individualismo. In questi casi la cooperazione deve passare attraverso meccanismi di autodeterminazione e, quindi, il cambiamento è più lento in quanto non può essere imposto. Occorre aspettare che il sistema maturi, prenda coscienza da sé. Ma la mutazione culturale è lenta.» (Direttore generale Aou 3)

Il fatto che i sistemi di programmazione e controllo impiegati dalle aziende sanitarie toscane non consentono un'analisi delle performance «trasversali» (o interunità), né incentivano miglioramenti in questa prospettiva, rappresenta una delle cause dell'atteggiamento competitivo assunto dai professionisti. Tale problematica, spesso, presente all'interno della stessa azienda è ancor più rilevante quando è l'agire delle subunità di differenti aziende a dover essere coordinato. A quest'ultimo proposito la dottrina ha evidenziato l'importanza della progettazione e implementazione di sistemi di rilevazione, alternativi a quelli impiegati negli assetti organizzativi gerarchico-funzionali, che supportino lo sviluppo delle relazioni inter-organizzative (Van der Meer-Kooistra, Vosselman, 2000; Mouritsen *et al.* 2001; Tomkins, 2001; Dekker, 2003 e 2004; Håkansson, Lind, 2004). I sistemi di programmazione e controllo in qualità, oltre che di oggetto di fiducia, di fonte della stessa (Busco *et al.*; 2006), nel caso in cui venissero rivisitati in chiave «trasversale/interorganizzativa» potrebbero contribuire significativamente allo sviluppo di una cultura di *network*.

«Al momento il sistema di programmazione e controllo è troppo focalizzato sui dipartimenti e sulle loro proiezioni verticali. Tuttavia, interessa fino ad un certo punto quanti esami fa la Radiologia, quanti interventi fa la Chirurgia ecc. Potrei citare un esempio per fare capire meglio cosa intendo. Immaginiamo di dover assistere il Sig. Rossi paziente diabetico. Il Sig. Rossi ogni anno dovrà fare la visita oculistica, l'esame neurologico, l'esame della funzionalità renale e l'esame

del piede diabetico. Questi esami devono essere fatti tutti dal paziente e saranno fatti in strutture differenti l'una dall'altra. La visione che io ho proposto è quella del percorso diagnostico è la visione del paziente, una visione trasversale. Il sistema di rilevazione dell'ospedale, invece, vede differenti Sig. Rossi non un solo Sig. Rossi affetto da diabete. I nostri dati mi dicono che nell'85% dei casi i diabetici fanno la visita oculistica, il 90% fanno la visita neurologica, il 95% l'esame della funzionalità renale e l'80% l'esame del piede diabetico. Il mio sistema mi consente un'analisi a compartimenti stagni che porta ad esprimere un giudizio positivo sulle strutture. Invece, a me interessa quanti sig. Rossi hanno fatto nell'anno tutte le visite necessarie. [...] i sistemi di programmazione e controllo devono essere modificati al fine di promuovere rappresentazioni maggiormente integrate e trasversali. Invece, i nostri sistemi sono focalizzati sui volumi delle prestazioni realizzate dalle singole strutture e su tale dimensione vengono costruiti anche gli incentivi. Il sistema degli incentivi è, spesso, slegato dal garantire l'efficacia dei percorsi la quale necessita di una prospettiva di analisi trasversale e non parcellizzata. La problematica diviene ancor più drammatica quando il percorso di diagnosi o di cura coinvolge più aziende.» (Direttore generale Aou 2)

Quanto in precedenza asserito in tema di propensione dei professionisti alla competizione ci conduce alla formulazione delle seguenti possibili interpretazioni:

Interpretazione 3

(a) Le relazioni fra aziende sanitarie pubbliche appartenenti ad un *network* possono essere indirizzate dai vertici aziendali ma, successivamente, dipendono fortemente dalle operazioni e dai comportamenti posti in essere dai professionisti operanti all'interno delle singole aziende. La cooperazione voluta dai vertici aziendali può essere ostacolata dalla propensione a competere dei professionisti. Il personale sanitario può essere indotto a competere da diversi fattori, ovvero: 1) gli obiettivi economici riconducibili alle subunità organizzative di cui possiedono la responsabilità, 2) gli interessi personali, 3) l'auto-determinazione e l'individualismo connessi con l'autonomia professionale e 4) i sistemi di programmazione e controllo non adatti a misurare e incentivare le «performance trasversali».

(b) I precedenti punti 1) e 4) impongono un ripensamento dei sistemi di programmazione e controllo affinché questi possano contribuire allo sviluppo delle relazioni interorganizzative. In particolare, i sistemi di programmazione e controllo rappresentando oltre che un oggetto di fiducia anche una fonte della stessa, se rivisti in chiave trasversale/interorganizzativa possono contribuire significativamente allo sviluppo di una cultura di *network*.

4. Conclusioni

In questo lavoro è stato adottato il *framework* teorico della *coopetizione*, finora applicato al contesto delle imprese, per tentare di comprendere il funzionamento del dualismo cooperazione/competizione all'interno di tre *network* di aziende sanitarie pubbliche legate da relazioni *coopetitive*. In particolare, hanno costituito oggetto di analisi i seguenti aspetti: a) i possibili determinanti della competizione, b) i possibili determinanti della cooperazione e c) le interazioni fra le due precedenti tipologie di determinanti. L'analisi empirica, condotta mediante l'approccio dell'analisi narrativa, ha consentito di identificare delle prime possibili interpretazioni inerenti alle interazioni fra spinte cooperative e forze competitive.

È emerso che la presenza di alcuni determinanti della competizione quali, in particolare, il meccanismo tariffario per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere e la valutazione della figura del direttore generale sul raggiungimento dell'equilibrio economico aziendale possono ostacolare lo sviluppo di concrete forme di cooperazione fra le aziende sanitarie. Seppure il quadro normativo possa prevedere sia determinanti della competizione che della cooperazione, le prime possono prevalere fino al punto di disincentivare qualsiasi forma di reale collaborazione interaziendale. In tali circostanze, la *coopetizione* costituisce una condizione presente solo nella norma; le reali relazioni fra aziende risultano ispirate da comportamenti esclusivamente competitivi. Un altro aspetto emerso è costituito dal fatto che la volontà dell'ente regionale può risultare determinante per incentivare atteggiamenti di cooperazione interorganizzativa. Inoltre, è stato rilevato che, a causa della possibile ten-

sione dei professionisti alla competizione, lo stemperamento dei determinanti della competizione in precedenza citati e la *leadership* politica appaiono condizioni necessarie ma non sufficienti per attivare una reale cooperazione interaziendale. L'evidenza emersa da questo studio, secondo la quale il grado di propensione dei professionisti alla competizione (cooperazione) rappresenta una variabile rilevante nella realizzazione di un determinato equilibrio fra forze competitive e spinte alla cooperazione, riteniamo debba essere sottolineata in quanto spinge a riflettere su una delle possibili determinanti della competizione (cooperazione) nell'ambito di tutti i contesti, oltre quello delle aziende sanitarie, che possiedono le caratteristiche tipiche delle «burocrazie professionali». In un contesto di «burocrazia professionale» lo studio della dicotomia cooperazione/competizione non dovrebbe prescindere dalle cause e dalle specificità che possono spiegare l'affermazione di atteggiamenti dei *professional* prevalentemente competitivi, ovvero, cooperativi. Il caso illustrato in questo contributo dimostra che per promuovere la cooperazione interaziendale è fondamentale preparare (indirizzare) i professionisti a (verso) atteggiamenti di collaborazione. A tal fine, ogni iniziativa in grado di accrescere il senso di appartenenza dei professionisti al *network* potrà risultare utile. Fra le iniziative in oggetto riteniamo che la rivisitazione dei sistemi programmazione e controllo in un'ottica interaziendale possa rappresentare una rilevante strategia per promuovere la collaborazione fra organizzazioni differenti. Un'organizzazione a rete di aziende sanitarie presuppone la necessità di condividere logiche e metodologie di programmazione e di controllo della gestione delle singole organizzazioni rendendo evidente quella che è stata definita la «dimensione sovraziendale» del meccanismo in analisi (Barretta, 2004). Scrivendo di «dimensione sovraziendale» della programmazione e del controllo di gestione si intende descrivere il processo di condivisione interaziendale di alcuni principi di fondo e di alcune metodologie che devono informare tali processi interorganizzativi. A titolo esemplificativo, è possibile fare riferimento ai seguenti aspetti in relazione ai quali occorre pervenire a delle soluzioni condivise dalle diverse aziende del *network* (Barretta,

2004; Barretta, 2005): a) definire la tempistica e l'*iter* di perfezionamento dei documenti programmatici contenenti obiettivi concertati, b) individuare i tempi e le modalità di determinazione del *budget* degli acquisti delle aziende che hanno deciso di centralizzare tale funzione, c) definire degli indicatori e la metodologia di calcolo per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi concordati a livello interaziendale, d) individuare le modalità di «consolidamento» dei valori contabili allo scopo di evidenziare le performance economico-patrimoniali conseguite a livello sovraziendale ed e) definire sistemi uniformi di rilevazione dei costi (*uniform cost accounting*) che permettano il confronto fra misure di efficienza omogenee.

Per concludere vorremmo proporre alcune riflessioni sui limiti dell'analisi proposta in questo contributo e su alcuni spunti per la realizzazione di future indagini in tema di *coopetizione* in ambito sanitario.

La nostra analisi empirica ha coinvolto alcuni attori chiave del Ssrt, ovvero, i direttori generali delle Aou e alcuni dirigenti/funzionari della Regione Toscana. Ulteriori approfondimenti potrebbero essere realizzati intervistando altre figure operanti nel Ssrt quali, ad esempio, i direttori generali delle Ausl e/o il personale sanitario che prende parte alle attività degli organismi interaziendali di area vasta.

Le interpretazioni cui siamo pervenuti sono strettamente collegate alle specificità del contesto indagato (si pensi, per esempio, alla tipologia di determinanti della competizione e della cooperazione introdotti dalla normativa, alla pregresse esperienze condotte dai professionisti e in particolare a quelle inerenti alla cooperazione interaziendale, alla possibilità per i professionisti dipendenti delle aziende di volgere o meno la libera professione etc.). Per tentare la definizione di un modello di funzionamento della *coopetizione* in un contesto di sanità pubblica sarebbe opportuno condurre analoghe analisi in altri sistemi sanitari regionali e/o nazionali aventi specificità diverse da quello indagato.

L'analisi proposta riguarda un sistema sanitario teso a promuovere la cooperazione e, a tal scopo, impegnato a rimuovere alcuni determinanti della competizione. In coerenza con tale evoluzione, tutti gli intervistati, seppure con toni differenti, hanno espresso valutazioni positive nei confronti della

cooperazione e avanzato numerose riserve nei confronti della competizione. Tuttavia, la competizione, tanto a livello di singola azienda quanto a livello di *network*, non genera solo ripercussioni negative né la cooperazione produce solo effetti positivi. Infatti, la cooperazione può comportare esternalità negative e la competizione esternalità positive (Oliver, 2004). Pertanto, lo studio delle relazioni *coopetitive* in contesti in cui le determinanti della competizione risultano oggetto di revisione (o sono introdotte *ex novo*), piuttosto che di eliminazione, appare di grande significatività.

Nel caso analizzato la Regione Toscana ha intrapreso delle iniziative tese a promuovere la cooperazione fra aziende ma, soprattutto nella fase iniziale, lo ha fatto senza porsi il problema della interdipendenza fra i determinanti della competizione e quelli della cooperazione. In altri casi l'ente regionale, agendo da *coordination system* (Luo, 2005), potrebbe governare in maniera consapevole il *mix* di competizione/cooperazione fra

aziende. L'analisi di tali casi potrebbe consentire di verificare sia le modalità di realizzazione di tale attività che le condizioni per garantirne l'efficacia.

In una «burocrazia professionale» la cooperazione interaziendale è fortemente dipendente dalla disponibilità dei professionisti a cooperare. A sua volta, quest'ultima, è connessa con lo sviluppo di una cultura di *network*. Futuri approfondimenti potrebbero essere utili per comprendere il ruolo che lo sviluppo di forme di *collective accounting* (quali, per esempio, il *budget* interaziendale e i sistemi uniformi di rilevazione dei costi) possono avere nella promozione di comportamenti cooperativi.

Come è possibile apprezzare dai precedenti commenti le relazioni *coopetitive* nei sistemi sanitari costituiscono una tematica complessa che richiede, per essere compresa a fondo, la realizzazione di ulteriori studi focalizzati su ambiti geografici e/o finalità di indagine differenti da quelli del presente contributo.

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

- ABERNETHY M.A., STOELWINDER J.U. (1990), «The Relationship between Organisation Structure and Management Control in Hospitals: An Elaboration and Test of Mintzberg's Professional Bureacracy Model», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 3, 3, pp. 18-33.
- ABERNETHY M.A., STOELWINDER J.U. (1995), «The Role of Professional Control in the Management of Complex Organizations», *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20, 1, pp. 1-17.
- ANSELMINI L. (1996), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 ore, Milano.
- AXELSSON R. (2000), «The organizational pendulum. Healthcare management in Sweden 1865-1998», *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 28, 1, pp. 47-53.
- BARRETTA A. (2004), *L'unità nella diversità. La dimensione sovraziendale del controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Cedam, Padova.
- BARRETTA A., BUSCO C. (2004), «Competizione e cooperazione nel sistema sanitario: il ruolo della programmazione e del controllo nella creazione di una «cultura d'area vasta»», *Azienda Pubblica*, 4, pp. 565-586.
- BARRETTA A. (2005), «The difficulties presented by cost comparison for health care trusts: an empirical analysis», *Public Management Review*, vol. 7, 4, pp. 589-613.
- BATE P. (2000), «Changing the culture of a Hospital: from hierarchy to networked community», *Public Administration*, vol. 78, 3, pp. 485-512.
- BENGTSSON M., KOCK S. (1999), «Cooperation and competition in relationship between competitors in business network», *Journal of business & industrial marketing*, vol. 14, 3, pp. 178-193.
- BENGTSSON M., KOCK S. (2000), «Coopetition in Business Networks - to Cooperate and Compete Simultaneously», *Industrial Marketing Management*, vol. 29, 5, pp. 411-426.
- BENGTSSON M., POWELL W. (2004), «Introduction: new perspectives on competition and cooperation», *Scandinavian Journal of Management*, vol. 20, 1-2, pp. 1-8.
- BORGONOV I. (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BRANDENBURGER A.M., NALEBUFF B. J. (1996), *Co-opetition*, Doubleday Dell Publishing Group: New York.
- BRUNSSON N., OLSEN J.P. (1993), «Organisational forms: Can we choose them?», in N. Brunsson, J.P. Olsen (eds.), *The reforming organization*, Routledge, London.

- BUCCOLIERO L., MENEGUZZO M. (1999), *Allearsi per competere. Politiche di acquisto dei network di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BUSCO C., RICCABONI A., SCAPENS R.W. (2006), «Trust for accounting and accounting for trust», *Management Accounting Research*, vol. 17, 1, pp. 11-41.
- CALLON M. (1998), «Introduction: The embeddedness of economic markets in economics», in M. Callon (ed.), *The laws of the markets*, Blackwell Publishers, Oxford.
- CANTÙ E., JOMMI C. (2003), «I sistemi di finanziamento e di controllo della spesa in cinque regioni: un aggiornamento al 2003», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- CARBONE C., JOMMI C., SALVATORE D. (2004), «I sistemi di finanziamento corrente delle aziende sanitarie: un'analisi di quattro casi», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano.
- CATTURI G. (2003), *L'azienda universale*, Cedam, Padova.
- CEPIKU D., FERRARI D., GRECO A. (2006), «Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie», *Mecosan*, 57, pp. 17-36.
- CESARONI F.M. (2000), *Strumenti per il controllo di gestione delle aziende ospedaliere*, Giappichelli Editore, Torino.
- CINQUINI L., PESCHINI L. (2005), «Il reporting consolidato di Area Vasta nell'esperienza della Regione Toscana», *Mecosan*, 56, pp. 65-83.
- CLARKE HILL C., LI H., BARRY D. (2003), «The Paradox of Co-operation and Competition in Strategic Alliances: Towards a Multi-Paradigm Approach», *Management Research News*, vol. 26, 1, pp. 1-20.
- CONSIDINE M., LEWIS J. M. (2003), «Bureaucracy, Network, or Enterprise? Comparing Models of Governance in Australia, Britain, The Netherlands, and New Zealand», *Public Administration Review*, vol. 63, 2, pp. 131-140.
- DEKKER H.C. (2003), «Value chain analysis in interfirm relationships: a field study», *Management Accounting Research*, vol. 14, 1, pp. 1-23.
- DEKKER H.C. (2004), «Control of inter-organizational relationships: evidence on appropriation concerns and coordination requirements», *Accounting Organizations and Society*, vol. 29, 1, pp. 27-49.
- DEL VECCHIO M., BARBIERI M. (2002), «I processi di valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche: primi spunti di ricerca», E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2004), «Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione», in C. Jommi (a cura di), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M., ROSSI A.G. (2004), «I Consorzi di Area Vasta in Toscana: il caso del CAVC tra innovazione gestionale e trasformazione istituzionale», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano.
- DIRINDIN N. (a cura di) (2003), *Cooperazione e competizione nel servizio sanitario*, il Mulino, Bologna.
- DOWLING M., ROERING W., CARLIN B.A., WISNIESKI (1996), «Multifaced Relationships Under Competition. Description and Theory», *Journal of Management Inquiry*, vol. 5, 2, pp. 155-167.
- ELLWOOD S. (1996), «Full-cost pricing rules within the National Health Service internal market-accounting choices and the achievement of productive efficiency», *Management Accounting Research*, vol. 7, 1, pp. 25-51.
- EXWORTHY M., POWELL M., MOHAN J. (1999), «The NHS: Quasi-market, Quasi-hierarchy and Quasi-network?», *Public Money & Management*, vol. 19, 4, pp. 15-22.
- FERLIE E., PETTIGREW A. (1996), «Managing Trough Networks: Some Issue and Implications for the NHS», *British Journal of Management*, vol. 7, Special Issue, pp. 81-99.
- FJELDSTAD Ø.D., BECERRA M., NARAYANAN S. (2004), «Strategic action in network industries: an empirical analysis of the European mobile phone industry», *Scandinavian Journal of Management*, vol. 20, 1-2, pp. 173-196.
- GLENDINNING C., HUDSON B., MEANS R. (2005), «Under Strain? Exploring the Troubled Relationship between Health and Social Care», *Public Money & Management*, August, pp. 245-251.
- GLYNN J.J., PERKINS D. (1998), «Control and accountability in the NHS market: a practical proposition or logical impossibility?», *Journal of Management in Medicine*, vol. 12, 4/5, pp. 256-269.
- GUCCIO C., PIGNATARO G., RIZZO I. (a cura di) (2005), *Finanziamento e valutazione dei servizi ospedalieri. Aspetti metodologici e applicativi di una sperimentazione interregionale*, Franco Angeli, Milano.
- HÅKANSSON H., LIND J. (2004), «Accounting and network coordination», *Accounting Organizations and Society*, vol. 29, 1, pp. 51-72.
- HARDY B., MUR-VEEMANU I., STEENBERGEN M., WISTON G. (1999), «Inter-agency services in England and The Netherlands. A comparative study of integrated care development and delivery», *Health Policy*, vol. 48, 2, pp. 87-105.
- HERTZ S., MATSSON L. (2004), «Collective competition and the dynamics of market reconfiguration», *Scandinavian Journal of Management*, vol. 20, 1-2, pp. 31-51.
- HUEMER L., BECERRA M., LUNNAN R. (2004), «Organizational identity and network identification: relating within and beyond imaginary boundaries», *Scandinavian Journal of Management*, vol. 20, 1-2, pp. 53-73.
- JOMMI C. (2004), «I sistemi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie: cinque realtà regionali a confronto», in C. Jommi (a cura di), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano.
- JONES C.S., DEWING I.P. (1997), «The Attitudes of NHS Clinicians and Medical Managers Towards Changes in Accounting Controls», *Financial Accountability & Management*, vol. 13, 3, pp. 261-280.
- JONES C.S. (1997), «Hierarchies, networks and management accounting in NHS hospitals», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 12, 2, pp. 164-187.
- JONES C.S. (1999), «Developing Financial Accountability in British Acute Hospitals», *Financial Accountability & Management*, vol. 15, 1, pp. 1-20.

- KOTZAB H., TELLER C. (2003), «Value-adding partnerships and co-opetition models in the grocery industry», *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, vol. 23, 3, pp. 268-281.
- KURUNMÄKI L. (1999), «Professional vs financial capital in the field of health care – struggles for the redistribution of power and control», *Accounting, Organisation & Society*, vol. 24, 2, pp. 95-124.
- LAPSLEY I. (1993), «Markets, Hierarchies and the Regulation of the National Health Service», *Accounting and Business Research*, vol. 23, 91A, pp. 384-394.
- LAPSLEY I. (1994), «Market Mechanisms and the Management of Health Care. The UK Model and Experience», *International Journal of Public Sector Management*, vol. 7, 6, pp. 15-25.
- LAPSLEY I. (2001), «Accounting, Modernity and Health Care Policy», *Financial Accountability & Management*, vol. 17, 4, pp. 331-350.
- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità. Strategie e gestione*, Egea, Milano.
- LEVAGGI R. (1995), «Accountability and the Internal Market», *Financial Accountability & Management*, vol. 11, 4, pp. 283-296.
- LINDKVIST L. (1996), «Performance Based Compensation in Health Care – A Swedish Experience», *Financial Accountability & Management*, vol. 12, 2, pp. 89-105.
- LLEWELLYN S. (1999), «Methodological Themes. Narratives in accounting and management research», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 12, 2, pp. 220-236.
- LOWE A. (2000), «The construction of a network at Health Waikato. The towards clinical budgeting project», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 13, 1, pp. 84-114.
- LUO Y. (2004), «A co-opetition perspective of MNC–host government relations», *Journal of International Management*, vol. 10, 4, pp. 431-451.
- LUO Y. (2005), «Toward co-opetition within a multinational enterprise: a perspective from foreign subsidiaries», *Journal of World Business*, vol. 40, 1, pp. 71-90.
- MARCON G., PANOZZO F. (1998), «Reforming the reform: changing roles for accounting and management in the Italian health care sector», *European Accounting Review*, vol. 7, 2, pp. 185-208.
- MARINÒ L., DEL BENE L., ZUCCARDI MERLI M. (2002), «Sistemi e modelli competitivi nel settore sanitario», in L. Anselmi, M. Saita, *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie. L'evoluzione organizzativa del sistema sanitario nella prospettiva federale*, Il Sole 24 ore, Milano.
- MENEGUZZO M. (1996), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- MINTZBERG H. (1979), *The Structuring of Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- MIOLO VITALI P., NUTI S. (ed.) (2003), *Ospedale in rete e reti di ospedali: modelli ed esperienze a confronto*, Franco Angeli, Milano.
- MOURITSEN J., HANSEN A., HANSEN C.Ø. (2001), «Inter-organizational controls and organizational competencies: episodes around target cost management/functional analysis and open book accounting», *Management Accounting Research*, vol. 12, 2, pp. 221-244.
- OLIVER A. L. (2004), «On the duality of competition and collaboration: network-based knowledge relations in the biotechnology industry», *Scandinavian Journal of Management*, vol. 20, 1-2, pp. 151-171.
- OLLA G., PAVAN A., GUGLIOTTA A., LALLAI M., NARDI M.G. (2000), *Il management nell'azienda sanitaria*, Giuffrè, Milano.
- PETTERSEN I. J. (1999), «Accountable Management Reforms: Why the Norwegian Hospital Reform Experiment Got Lost in Implementation», *Financial Accountability & Management*, vol. 15, 3/4, pp. 377-396.
- PETTERSEN I.J. (2001), «Hesitation and rapid action: the new public management reforms in the Norwegian hospital sector», *Scandinavian Journal of Management*, vol. 17, 1, pp. 19-39.
- POLKINGHORNE D.E. (1988), *Narrative Knowing and the Human Sciences*, State University of New York Press, New York.
- PRESTON A.M., CHUA W., NEU F.D. (1997), «The Diagnosis-Related Group-Prospective Payment System and the Problem of the Government of Rationing Health Care to the Elderly», *Accounting, Organizations & Society*, vol. 22, 2, pp. 147-164.
- REISSMAN C.K. (1993), *Narrative Analysis*, Sage, London.
- SHEAFF R., MARSHALL M., ROGES A., ROLAND M., SIBBALD B., PICKARD S. (2004), «Governmentality by Network in English Primary Healthcare», *Social Policy & Administration*, vol. 38, 1, pp. 89-103.
- SOEKIJAD M., ANDRIESSEN E. (2003), «Conditions for Knowledge Sharing in Competitive Alliances», *European Management Journal*, vol. 21, 5, pp. 578-587.
- TOMKINS C. (2001), «Interdependencies, trust and information in relationships, alliances and networks», *Accounting, Organizations & Society*, vol. 26, 2, pp. 161-191.
- TSAI W. (2002), «Social Structure of «Coopetition» Within a Multiunit Organization: Coordination, Competition, and Intraorganizational Knowledge Sharing», *Organization Science*, vol. 13, 2, pp. 179-190.
- VAN DER MEER-KOOISTRA J., VOSSELMAN E.G.J. (2000), «Management control of interfirm transactional relationships: the case of industrial renovation and maintenance», *Accounting Organizations and Society*, vol. 25, 1, pp. 51-77.
- ZANGRANDI A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche. Aspetti di gestione, organizzazione e misurazioni economiche*, Giuffrè, Milano.

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.

L'approccio ABM per la misurazione dei servizi territoriali: il caso dell'ADI nell'Ausl 7 di Siena

LINO CINQUINI, LINDA MARCACCI, GIOVANNI TIEZZI, MILENA VAINIERI

In recent years in Italy, as in other European countries, profound changes have been introduced in health care at both the central and the regional levels oriented towards a shifting from «hospital-centred» healthcare to a more territorial services-based healthcare. This transition pursues two objectives: giving more effective responses to citizens' needs and reducing public health expenditure. Changes that involve organizational structure must also be carried out with the introduction of measurement tools that can help in planning and can control this change. Starting from the experiences of the healthcare system of the Tuscan Region of Italy, the paper aims to provide an experience of the Activity Based Management (ABM) approach to measure both output and efficiency of territorial health services. On the basis of experience obtained in territorial long term-homecare, the paper underscores the principal issues arising from the process of conducting an ABM project in territorial health services through a strong involvement of healthcare workers and presents the main outputs achieved.

Note sugli autori

Lino Cinquini (l.cinquini@sssup.it) è Professore Ordinario della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e componente del Comitato Scientifico del «Laboratorio Management e Sanità» di Scuola Superiore Sant'Anna e Regione Toscana
Linda Marcacci (l.marcacci@sssup.it) e Milena Vainieri (vainieri@sssup.it) sono ricercatrici del «Laboratorio Management e Sanità»
Giovanni Tiezzi (g.tiezzi@usl7.toscana.it) è dirigente dell'organizzazione dei Servizi Sanitari di Base dell'Ausl 7 di Siena

1. Introduzione

La spinta di nuovi bisogni legati a fattori epidemiologici, quali l'aumento dell'età della popolazione e l'aumento della ricchezza dei Paesi sviluppati, stanno spostando il baricentro del sistema sanitario dai servizi ospedalieri a quelli del territorio (Saltman, Rico, Boera, 2006); questi cambiamenti hanno portato ad una modifica sia in termini quantitativi che qualitativi dei servizi offerti, imponendo un aggiornamento degli strumenti e delle modalità di assistenza che integrano le diverse professionalità coinvolte.

Fino a 30 anni fa il bisogno di cure sanitarie o di assistenza trovava in Italia essenzialmente due tipi di risposta: il medico di famiglia e l'ospedale. L'ospedale garantiva essenzialmente la presenza costante di personale di assistenza (di qualificazione spesso molto approssimativa) e la rassicurante presenza di alcuni medici, solitamente qualificati.

Oggi l'ospedale continua ad essere un momento centrale, ma l'evoluzione delle conoscenze scientifiche, la progressiva necessità di tecnologie ad alta complessità, la specializzazione sempre più raffinata delle competenze ne hanno modificato radicalmente le caratteristiche e le attese (Pellegrini, Tonio, 2003). Esso è sede riconosciuta di alte competenze professionali, di tecnologie sempre più sofisticate, luogo di formazione e di prestigio professionale, ma è anche divenuto la principale fonte di spesa del sistema sanitario. Pertanto, la gestione dei problemi di salute dei cittadini non può più essere definita e programmata da singoli soggetti o settori, ma deve avvenire in una logica di rete, considerando l'assistenza su livelli differen-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La realtà dell'organizzazione territoriale della Regione Toscana: dalle criticità alla progettazione di un sistema di misurazione
3. La metodologia e l'approccio adottato
4. L'esperienza di realizzazione dell'ABM nel «Percorso ADI»
5. Risultati dell'ABM nel «Percorso ADI» nell'Asl di Siena
6. Conclusioni

ziati di intensità e complessità e basandosi su criteri e modalità operative concordate tra i diversi soggetti responsabili dell'assistenza ai vari livelli. Gli ospedali si stanno oggi focalizzando su cure intensive e fasi limitate del decorso delle malattie, dove la criticità delle condizioni giustifica l'alto impegno di risorse scientifiche, professionali ed economiche: i professionisti più specializzati e le tecnologie più costose vanno gestiti al meglio delle loro potenzialità, spostando ad altri livelli ciò che non ha le stesse esigenze. Quindi, i pazienti che possono essere gestiti o con accessi limitati agli ospedali (cure ambulatoriali o giornaliere) o presso strutture non dotate di alte tecnologie e cure intensive (quali residenze sanitarie, strutture protette, ma anche assistenza domiciliare) devono trovare in tali sedi la risposta ai loro bisogni.

Già il Piano sanitario nazionale 1998-2000 indicava tale tendenza impostando il programma di azione sui seguenti principi:

- spostare l'attenzione dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale, con un'organizzazione specifica incentrata sul distretto;

- sviluppare forme alternative al ricovero quali: l'ADI, l'assistenza semiresidenziale e l'ospedalizzazione a domicilio, favorendo l'integrazione fra le diverse forme di intervento e la realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali (RSA) previste nella legge finanziaria n. 67/1988;

- realizzare l'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e tra l'assistenza sanitaria e quella socio-assistenziale (integrazione istituzionale, gestionale, professionale);

- rafforzare la tutela dei soggetti deboli, creando uno specifico programma per le diverse fasi della vita: procreazione, infanzia e adolescenza, anziani, fase terminale della vita;

- realizzare specifiche azioni per i malati terminali (tra cui la realizzazione di strutture residenziali e diurne – *hospice* – autorizzate ed accreditate).

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 riassume in questi termini l'essenza e le finalità del cambiamento in atto:

«L'obiettivo prioritario è la realizzazione di un processo di riordino che garantisca

un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, con il supporto del medico dell'assistenza sanitaria di base. Un processo teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersettorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo».

«Il territorio è sempre stato considerato erogatore di servizi extraospedalieri: oggi è necessario indirizzare chiaramente una nuova e razionale offerta di prestazioni sul territorio, che configuri l'intervento ospedaliero come assistenza extra-territoriale sempre più riservato alle patologie acute».

«È una linea che inverte il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale che attende i cittadini ai servizi, a favore di una linea che identifica il territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini».

Lo sviluppo dei servizi territoriali pone problemi nuovi sotto il profilo manageriale e di misurazione dei risultati e delle attività svolte.

Infatti, a differenza delle realtà sanitarie ospedaliere, dove l'introduzione della misurazione dell'*output* è avvenuta mediante i Drg (Fetter, Freeman, 1986), le attività sanitarie territoriali sono ancora oggetto di studio e di analisi rispetto alla identificazione e codifica dei «prodotti»; inoltre, la valutazione della performance delle attività territoriali rimane una delle esigenze maggiormente sentite per migliorare il controllo di tali servizi (Cifalindò, Bottone, 2004).

Il presente articolo riporta i risultati di un'esperienza sperimentale svolta nel corso del 2004 e in parte nel 2005 dai responsabili del controllo di gestione e dai responsabili dei servizi territoriali delle Ausl toscane finalizzata alla definizione di indicatori utili per la gestione ed il confronto interaziendale di alcune attività territoriali.

Adottando un approccio metodologico di *action-research* (Jönsson, Lukka, 2006), i ricercatori del Laboratorio management e sa-

nità hanno supportato i rappresentanti delle Ausl nell'evidenziare le principali problematiche inerenti la misurazione delle attività territoriali e nel condividere per gruppi di Area Vasta la mappatura di un servizio territoriale e un *set* di indicatori che ne misura le criticità e gli *output* da monitorare. In particolare, i servizi indagati dai tre gruppi sono stati: il percorso della gravidanza fisiologica, il percorso dell'ictus in riabilitazione ed il percorso in ADI. Su quest'ultimo si è successivamente attivata una misurazione sperimentale oggetto di questo articolo.

Esso si svilupperà secondo le seguenti linee: dopo aver individuato le principali criticità nella misurazione dei servizi territoriali, viene presentato l'approccio adottato per la mappatura dei servizi, la mappatura del percorso in ADI ed i risultati della sua applicazione nell'Ausl di Siena.

2. La realtà dell'organizzazione territoriale della Regione Toscana: dalle criticità alla progettazione di un sistema di misurazione

L'organizzazione territoriale di tutte le aziende toscane si basa sulla Legge regionale 22 del 2000, modificata nel 2005 (L. reg. n. 40/05); il titolo V della L. reg. 40/05 è dedicato all'organizzazione delle aziende sanitarie. Nell'organizzazione del territorio, struttura centrale è la zona-distretto che svolge una serie di funzioni di programmazione e coordinamento e integrazione fra le attività sociali e sanitarie e le attività ospedaliere e di prevenzione. Le strutture predisposte per l'erogazione dei servizi sono le «unità funzionali»: si tratta di unità organizzative multiprofessionali che aggregano funzioni operative appartenenti a settori omogenei di attività e che negoziano, secondo la Legge 40/2005, il *budget*. Ad esse si affiancano unità organizzative professionali caratterizzate per l'omogeneità delle professionalità che attengono ad una specifica funzione operativa.

La struttura dei servizi territoriali è, pertanto, una struttura matriciale costituita da unità funzionali, erogatrici delle prestazioni/servizi e da unità operative professionali il cui coordinamento è assicurato dalla zona-distretto. La Legge 40/05, inoltre, esplicita i settori di attività delle unità funzionali:

- a) attività sanitarie di comunità;
- b) salute mentale;
- c) assistenza ai tossicodipendenti ed alcolisti;
- d) assistenza sociale.

Oltre alla zona-distretto ed alle unità funzionali e professionali la Legge regionale 40/05 prevede, come nel Psr 2002-2004, la presenza sul territorio delle Società della salute come nuova soluzione organizzativa in via di sperimentazione per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini coinvolgendo in modo attivo nella programmazione e nel governo del territorio gli enti locali.

Nel periodo 2004-2005 si è tenuto un corso di formazione-laboratorio svolto dalla Scuola Superiore Sant'Anna, rivolto a tutti i responsabili del controllo di gestione delle Ausl toscane e dei responsabili dei servizi territoriali, strutturato in due fasi: una prima fase, d'aula, in cui i partecipanti hanno condiviso ed appreso un linguaggio comune sulle tematiche di misurazione in atto ed una seconda fase, di laboratorio, in cui i partecipanti hanno messo a confronto e tracciato una mappatura comune di un percorso o servizio territoriale che partisse dai bisogni dell'utente. Dal confronto tra gli statuti aziendali ed i documenti di *budget* 2004 delle aziende sanitarie toscane è emerso in modo evidente che l'organizzazione dei servizi territoriali fra le aziende toscane nelle forme indicate di unità funzionale ed unità operative professionali non è omogenea: poche sono le strutture comuni a tutte le aziende (dipartimento/unità funzionale salute mentale, dipartimento/unità funzionale dipendenze e la presenza della «macrostruttura» zona-distretto); inoltre si ritrovano in alcune aziende forme organizzative ibride, ad esempio. Moduli organizzativi multiprofessionali (Mom), simili alle unità funzionali ma che non negoziano il *budget*, oppure unità operative monoprofessionali che negoziano il *budget*.

Inoltre, dall'indagine condotta con i responsabili del controllo di gestione ed i responsabili dei servizi territoriali delle Asl della Regione Toscana sono emerse diverse criticità correlate al controllo dell'attività del territorio. Queste possono essere riassunte in quattro categorie:

- 1) mancanza di un sistema informativo adeguato ed integrato;
- 2) problematiche a livello organizzativo;
- 3) mancanza di un vero e proprio percorso integrato per il paziente;
- 4) mancanza di linee guida condivise e standard di riferimento.

1. *Mancanza di un sistema informativo adeguato ed integrato*

Il problema del territorio non è la mancanza delle informazioni o dei flussi ma l'eterogeneità di questi ultimi: i flussi informativi richiesti ai servizi territoriali (per rispondere ai bisogni aziendale che ai debiti informativi verso la Regione ed il Ministero) sono molti e talvolta rilevano le stesse cose in modo diverso provocando, da un lato, una duplicazione dell'attività nel reperimento dei dati, dall'altro, la produzione di dati che non concordano, mettendone in discussione l'attendibilità. Ciò rende difficile l'interpretazione del dato ed il confronto con altre aziende, ma anche il confronto nella stessa azienda fra zone diverse. La ridondanza nella raccolta dei dati spesso è legata alla mancanza di integrazione dei sistemi informativi territoriali: i sistemi informativi dei servizi territoriali «non dialogano» ... non essendo incentrati sull'utenza non si riesce a seguire la storia clinica-terapeutica dell'utente che si reca presso più strutture del territorio o che usufruisce di più servizi territoriali, incorrendo alle volte in errori della stima del numero di casi seguiti presso un servizio territoriale: si rischia di contare più volte la stessa persona che si reca in momenti diversi presso la stessa struttura.

2. *Problematiche a livello organizzativo*

I responsabili dei servizi territoriali chiedono una maggiore chiarezza nella divisione dei ruoli; non c'è una chiara attribuzione delle responsabilità fra le diverse unità organizzative nelle loro diverse forme. Una problematica evidenziata meglio dalla presentazione della mappatura dei servizi territoriali nelle Ausl toscane è l'eterogeneità dell'organizzazione dei servizi che fa pensare che ad una così diversa struttura dell'offerta corrisponda una diversa tipologia della domanda... «Ma è possibile che zone

o aziende limitrofe rispondano a bisogni così diversi?». Questa è una domanda che si sono posti proprio gli operatori nel momento in cui confrontavano i propri indicatori nelle schede di *budget* aziendali. Questa eterogeneità emerge anche dal confronto dei *budget* aziendali: oltre al diverso stile nel processo di negoziazione degli obiettivi e delle azioni, la lettura delle schede di *budget* evidenzia molte differenze fra le strategie e gli oggetti di monitoraggio fra le aziende e fra le zone della stessa azienda.

3. *Mancanza di un vero e proprio percorso integrato per il paziente*

Nel campo dei servizi territoriali una delle principali caratteristiche è la multidiprofessionalità: l'erogazione di un servizio spesso prevede il coinvolgimento di servizi e professionalità appartenenti a strutture diverse (ad es. relazioni fra ospedale e consultorio o consultorio e servizi sociali...) spesso distanti da un punto di vista logistico.

Queste peculiarità organizzative fanno sì che la presa in carico del paziente, aspetto critico anche nell'ospedale, assuma un peso rilevante nel territorio: l'utente usufruisce di servizi interdisciplinari ed interstrutturali e rischia di trovare scarsa integrazione fra le strutture/servizi venendo meno il percorso assistenziale in quanto è l'utente stesso e non l'organizzazione sanitaria che svolge il ruolo di collegamento fra le diverse componenti e fasi del servizio (Nuti, 2004). In questi casi ciò che crea valore per l'utente è il processo e non il servizio della singola struttura organizzativa.

La mancanza di collegamento tra ospedale e territorio e tra i diversi servizi territoriali mette in evidenza che il territorio risponde più ad una logica «di singola prestazione» che di «risposta ad un bisogno complesso». Nel territorio, ancor più che nell'ospedale, il paziente ha bisogno di essere preso in carico riorganizzando il servizio in funzione delle sue necessità. La presa in carico del paziente può essere anche intesa come una garanzia dell'*equità* del sistema: se non vi è presa in carico riusciranno ad avere risposta solo gli utenti più consapevoli dei propri diritti.

4. Mancanza di linee guida condivise e standard di riferimento

Un'altra problematica segnalata dai rappresentanti delle aziende è la difficoltà nel valutare l'attività svolta dal territorio sia in termini di efficacia che di efficienza. Questa problematica dipende sostanzialmente da due fattori: la difficoltà nell'individuazione degli obiettivi da perseguire, in quanto non vi sono standard di riferimento per l'attività del territorio validi, a livello regionale o nazionale, cui tendere o confrontarsi; la difficoltà a ricorrere al *benchmarking* a causa della mancanza di un flusso unico, informatizzato ed attendibile, che rilevi le attività ed i dati dei servizi territoriali in modo omogeneo (criticità di cui al punto 1), infatti, laddove le aziende utilizzano gli stessi indicatori, nella maggior parte dei casi, questi misurano cose diverse in quanto non è in uso una terminologia comune.

Inoltre, in una prospettiva di confronto tra le strutture, l'elevata eterogeneità e la presenza di strutture con lo stesso nome ma che offrono una gamma di servizi diversa obbligano a spostare l'attenzione sul servizio e sull'utente piuttosto che sull'organizzazione formalizzata dei servizi territoriali delle aziende sanitarie e, quindi, verso la focalizzazione su indicatori di attività del servizio o del percorso piuttosto che su dati di attività di struttura come avviene attraverso il confronto dei *budget*.

Partendo dall'analisi di queste problematiche, il gruppo di lavoro ha individuato un approccio che cerca di superare alcune criticità.

I problemi relativi ai sistemi informativi risultano essere sicuramente strategici perché senza informazioni di qualità non si possono prendere decisioni ma, considerato che i sistemi informativi devono essere al supporto delle decisioni e visti gli sviluppi degli ultimi anni della tecnologia e dei *software*, tale problema può essere affrontato, con adeguati investimenti, nel momento in cui sono chiare le informazioni che si intende ottenere.

Concentrandosi quindi sul fabbisogno informativo obiettivo, i gruppi di lavoro hanno ragionato su alcuni servizi territoriali in termini di processo seguendo un approccio di tipo ABM (*Activity Based Management*)¹.

L'utilizzo di un sistema di misurazione basato sui processi piuttosto che sui centri di responsabilità supererebbe i limiti dei sistemi tradizionali basati sulle funzioni per misurare ciò che realmente interessa all'utente ed all'azienda: il processo o il servizio globalmente offerto.

Il passaggio dal centro di responsabilità al servizio permette di affrontare il problema della mancanza di un vero e proprio percorso integrato per il paziente; infatti il monitoraggio del processo prende in considerazione, oltre alle singole prestazioni, anche le interazioni. L'ABM può essere visto come una risposta al problema del governo e della gestione delle attività delle aziende sanitarie in quanto integra elementi di processo e qualità totale costituendo un ausilio per la descrizione e valutazione del percorso del paziente (Casati, 2000).

L'utilizzo di sistemi integrati di informazione legati ai processi permette di superare l'ottica prevalentemente finanziaria dei sistemi della contabilità analitica tradizionali che si focalizzano sugli effetti della gestione (rispondendo alle domande: quanto è costato un centro di responsabilità? quanto ha prodotto?) e non sulle cause (rispondendo alle domande: come e perché si è giunti a consumare queste risorse?). Queste considerazioni assumono un maggior valore nel contesto sanitario in cui gli utilizzatori delle informazioni per modificare/orientare l'azione sono i professionisti (Lega, 2001).

3. La metodologia e l'approccio adottato

Uno dei punti focali per procedere nella direzione indicata nel precedente paragrafo è stato la condivisione degli oggetti di analisi: solo la condivisione della mappatura delle attività e dei fattori critici da misurare rende possibile un confronto interaziendale o interzonale che agevola la valutazione delle attività. La condivisione risulta essenziale per il confronto di aziende diverse sia per la terminologia, sia per l'individuazione di oggetti comuni da comparare. Il confronto è reso possibile grazie al *focus* sul «cosa» offrire e non sul «come»; in questo modo si superano le questioni legate alle scelte di organizzazione del servizio che sono e rimangono scelte di autonomia aziendale.

Il processo di condivisione nell'esperienza oggetto di analisi si è sviluppato su tre fasi:

- a) mappatura del servizio nella propria realtà aziendale attraverso l'identificazione delle fasi del percorsi territoriali prescelti; l'identificazione degli *output* finali; l'identificazione dei *process performance measures*;
- b) confronto delle mappature aziendali;
- c) individuazione di una mappatura comune e condivisa.

Per agevolare il processo di condivisione e per identificare un percorso di cura comune a tutte le aziende si è adottato come punto di partenza l'utente ed il suo bisogno (Euske *et al.*, 1998).

Il *focus* sull'utente recupera la visione complessiva del servizio, pone l'attenzione sul bisogno nella sua globalità e permette di individuare i punti critici del percorso dal punto di vista del paziente.

Diverse sono state le difficoltà da superare per arrivare a definire una mappatura comune; la prima deriva proprio dal punto di partenza adottato: il bisogno di salute dell'utente. Nella quotidianità del proprio lavoro capita di considerare l'obiettivo ultimo «sottinteso» o scontato, anche perché la specializzazione del lavoro e l'aumento del numero di figure professionali e di strutture coinvolte fa perdere la visione d'insieme. Pertanto i gruppi hanno lavorato sulla mappatura del percorso che l'utente effettua nelle strutture/nei servizi per soddisfare il proprio bisogno di salute.

Un altro importante passaggio è stato quello di individuare e separare i servizi *core* dai *peripherals* (servizi collaterali). La mappatura ed i confronti devono essere effettuati solo sul *core*. L'offerta dello stesso servizio fra le aziende varia sia per le modalità organizzative con cui si risponde (es. consultorio in alcune Asl, centri donna in altri...), sia per caratteristiche aggiuntive di alcuni servizi. Questo si riscontra soprattutto nelle attività di comunicazione: ci sono aziende che nei corsi di preparazione alla nascita coinvolgono più professionalità di altre aziende, oppure che forniscono più informazioni di altre. In questi casi si è chiesto ai partecipanti di tracciare qual è il servizio minimo comune che le aziende dovrebbero fornire, ad esem-

pio per il corso di preparazione alla nascita si è ritenuto opportuno definire i contenuti minimi del corso, la durata (espressa in ore) e le professionalità da coinvolgere.

Il processo seguito per arrivare alla condivisione della mappatura può essere paragonato alla ricerca del massimo comune divisore: si è cercato il punto in cui tutte le Ausl si trovavano d'accordo nel servizio «di base» da offrire, con riferimento al livello di servizio che ciascuna Ausl si impegna a garantire anche secondo la definizione dei LEA. In tal senso i professionisti, partendo dalle realtà aziendali, si sono confrontati anche sul «come dovrebbe essere» il percorso.

Un'altra questione affrontata nei lavori di gruppo sulla creazione di una mappatura comune è il trattamento di servizi che sono svolti da altri soggetti, privati o altri enti pubblici (comuni), ma che costituiscono parte integrante del servizio. Nel momento in cui l'utente ha un percorso che incrocia più servizi sanitari o socio-sanitari possono nascere problemi di continuità assistenziale; il problema aumenta se i servizi sono erogati da privati (in alcune realtà come nel caso di una zona della Toscana per la riabilitazione) o dai Comuni nelle zone della Toscana in cui i servizi sociali non sono stati delegati alle aziende sanitarie. Queste problematiche di continuità assistenziale e di rapporti istituzionali non devono influire sulla misurazione delle attività del percorso che incidono sui risultati del servizio: i protocolli/le convenzioni fra servizi o fra istituzioni devono prevedere un ritorno di informazioni chiave che riguardano i risultati relativi al percorso che gli competono.

Superate le difficoltà relative alla mappatura condivisa, un altro passaggio critico è stato l'individuazione di indicatori che spiegassero i risultati ma che non risultassero dispendiosi nell'acquisizione delle informazioni: lo sforzo è stato quello di utilizzare le informazioni già presenti nei flussi regionali o aziendali ed aggiungere il minor numero di cambiamenti possibili ai flussi informativi già esistenti e, laddove fosse necessario, inserire nuove informazioni tenendo presente il tempo necessario all'alimentazione di nuovi flussi informativi da parte degli operatori sanitari e non sanitari (e quindi il costo dell'informazione) in relazione ai benefici informativi.

4. L'esperienza di realizzazione dell'ABM nel «Percorso ADI»

La nostra analisi si focalizzerà, come detto, sui risultati del processo di mappatura e misurazione del «Percorso di Assistenza domiciliare integrata» (ADI).

Da diversi anni l'organizzazione di servizi di cura domiciliare rappresenta un obiettivo prioritario al fine di fornire ai cittadini un sistema di protezione sociale ai bisogni più complessi, che richiedono al contempo interventi sanitari e socio-assistenziali. Ciò avviene dopo una lunga stagione durante la quale in Italia, come del resto in altri Paesi, si è assistito ad una straordinaria espansione dell'attività degli ospedali, divenuti sempre più la sede naturale di tutte le funzioni assistenziali di qualche rilievo².

Ciò è confermato dal fatto che le normative regionali negli ultimi dieci anni hanno dato forte impulso alle cure a domicilio e, in particolare, all'assistenza domiciliare integrata (ADI). L'ADI nasce come un modello assistenziale volto ad assicurare l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) a domicilio, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate. È deputata, pertanto, a soddisfare esigenze complesse di persone che richiedono una assistenza continuativa di tipo sociosanitario.

La responsabilità assistenziale è attribuita al medico di medicina generale, la sede organizzativa è nel distretto, la sua realizzazione richiede la definizione di piani personalizzati di assistenza in relazione ai bisogni della persona. Inizialmente, tale forma di assistenza ha riguardato essenzialmente la popolazione anziana e i disabili; successivamente, si è estesa alla cura di altre tipologie di persone come ad esempio quelle affette da AIDS, Alzheimer, pazienti allo stato terminale ed altre, nell'ottica di orientare sempre più gli interventi verso forme di assistenza non caratterizzate dalla istituzionalizzazione ospedaliera e rivolte a garantire le esigenze di umanizzazione e di rispetto della qualità della vita. La più recente evoluzione programmatica nel settore è volta a creare una rete integrata dei diversi servizi domiciliari, da quelli più semplici a quelli più comples-

si (dall'accesso estemporaneo domiciliare di operatori sanitari, socio-sanitari, all'intervento infermieristico programmato e continuativo, associato o meno a quello del medico di medicina generale, all'assistenza sanitaria specialistica in *équipe* a domicilio, con utilizzo o meno di tecnologie complesse diagnostico-terapeutiche e di telematica (ad es. telemedicina)³.

Il gruppo di lavoro dell'Area Vasta Sud Est ha disegnato il modello di analisi ed un sistema di misurazione della performance condiviso dalle tre Ausl toscane (Ausl 7 di Siena, Ausl 8 di Arezzo e Ausl 9 di Grosseto) sul percorso (o dei percorsi) in ADI.

Il primo *step* affrontato dal gruppo di lavoro dell'ADI nella costruzione della mappatura condivisa, è stato quello di individuare le macro fasi del percorso in ADI: dall'emersione del bisogno al termine dell'intervento o della valutazione finale.

Le Macrofasce individuate sono (figura 1):

- emersione del bisogno (che può provenire o dall'ospedale o dal territorio);
- ricevimento della richiesta;
- valutazione multidimensionale;
- elaborazione del progetto di intervento personalizzato con la definizione dell'obiettivo;
- attuazione dell'intervento integrato;
- termine dell'intervento e valutazione finale.

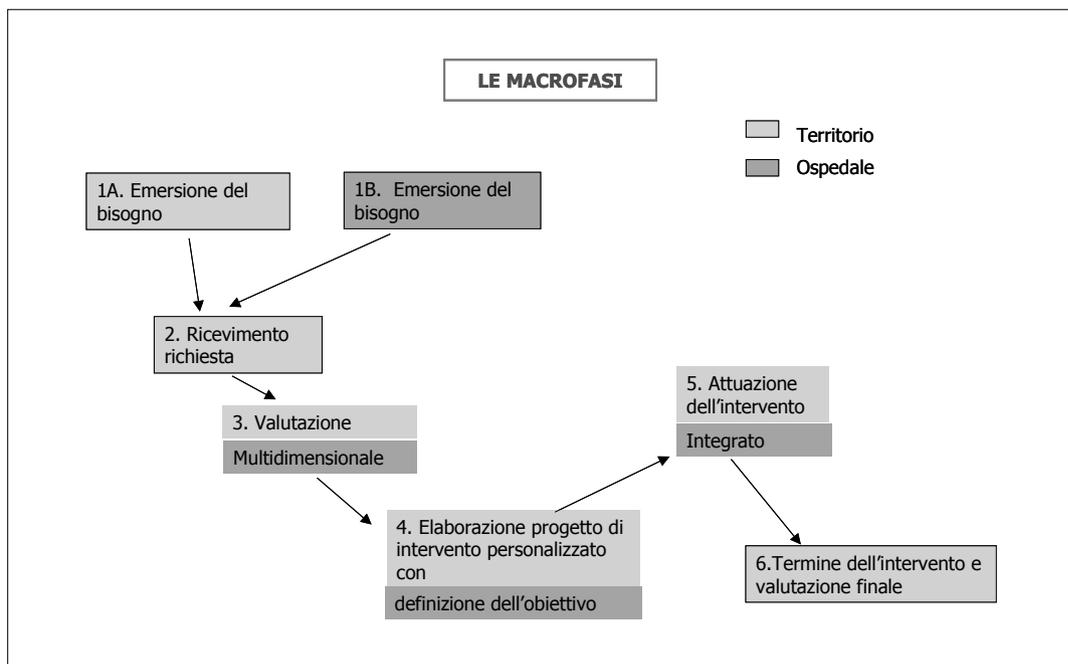
Per ciascuna macrofase si sono elencate le attività evidenziando se queste avevano una qualche relazione temporale.

Per ogni attività sono stati individuati gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte e gli indicatori da monitorare per verificare se il percorso è in linea con gli obiettivi.

In questa prospettiva uno degli *output* più importanti emersi dal gruppo di lavoro dell'ADI è stato quello di individuare e raggruppare le necessità dell'utente in tre percorsi: sia che l'utente provenga dall'ospedale o dal territorio, la sua patologia può essere di due tipi, suscettibile di miglioramento oppure non migliorabile. Tale raggruppamento evidenzia il collegamento fra il servizio offerto e le necessità dell'utente. Si passa quindi dalle necessità dell'utente alle finalità che il servizio (oggetto d'analisi e di valutazione)

Figura 1

Le quattro macrofasi



deve raggiungere, questo passaggio sintetizza come l'azienda crea il valore per l'utente.

Nel caso in cui la patologia sia suscettibile di miglioramento, la necessità dell'utente può essere: recuperare o migliorare il grado di autonomia attraverso il percorso riabilitativo, migliorare le condizioni cliniche o trattare la patologia in atto attraverso il percorso terapeutico; nel caso in cui la patologia non sia suscettibile di miglioramento allora le necessità dell'utente possono essere di cure palliative e/o di terapia del dolore, non necessariamente in patologia neoplastica, attraverso il percorso delle cure palliative. Le necessità dell'utente convergono in tre percorsi ADI: percorso riabilitativo, terapeutico o di cure palliative; in modo trasversale a questi tre percorsi si inseriscono i servizi sociali in risposta ai bisogni di tipo sociale che si sommano alle altre necessità. I bisogni sociali nel percorso ADI non danno luogo ad un percorso a sé ma vengono soddisfatti in tutti e tre i percorsi attraverso l'integrazione ed il coinvolgimento dei professionisti dell'azienda o del Comune (figura 2).

Successivamente sono stati individuati i *process performance measures* per il monitoraggio dei risultati di ciascuna fase ma anche gli indicatori di monitoraggio di percorso nel loro complesso di seguito riportati:

1. Per il percorso in riabilitazione:

a) n. casi ADI percorso riabilitazione *migliorati*/totale ADI in riabilitazione: nel percorso riabilitativo l'obiettivo è quello di recuperare o migliorare l'autonomia dell'utente; l'obiettivo raggiungibile dal paziente viene valutato dall'unità di valutazione multidisciplinare e descritto nel piano individuale di cura. A seguito di successive visite anche multidisciplinari viene verificato lo stato di salute dell'utente e registrato se v'è stato un miglioramento o meno (uso di scale di valutazione FIM⁴ o altre);

b) n. casi ADI percorso riabilitazione in cui è stato richiesto l'intervento del 118/totale casi di ADI percorso riabilitazione;

c) n. casi ADI percorso riabilitazione in cui è stato effettuato un ricovero ospedaliero/totale casi ADI percorso riabilitazione.

2. Per il percorso terapeutico:

a) casi ADI percorso terapeutico *migliorati*/totale ADI in terapeutico: analogamente al percorso riabilitativo, l'obiettivo raggiungibile dal paziente viene valutato dall'unità di valutazione multidisciplinare e descritto nel piano individuale di cura. A seguito di successive visite anche multidisciplinari viene verificato lo stato di salute dell'utente e registrato se v'è stato un miglioramento o meno

(uso di scale di valutazione CIRS⁵ o analoghe);

b) n. casi ADI percorso terapeutico in cui è stato richiesto l'intervento del 118/totale casi di ADI percorso terapeutico;

c) n. casi ADI percorso terapeutico in cui è stato effettuato un ricovero ospedaliero/totale casi ADI percorso terapeutico.

3. Per il percorso cure palliative, l'esito normale è il decesso, quindi, come indicatore di risultato, si possono soltanto prendere in considerazione eventi sfavorevoli (quali i ricoveri o il ricorso al 118) segnaletici di qualcosa che nel percorso non ha funzionato; rispetto agli altri questi sono indicatori «negativi» perché vanno a monitorare se il percorso non ha funzionato, negli altri casi invece si verifica se il percorso funziona:

a) n. casi ADI percorso cure palliative in cui è stato richiesto l'intervento del 118/totale casi di ADI percorso cure palliative;

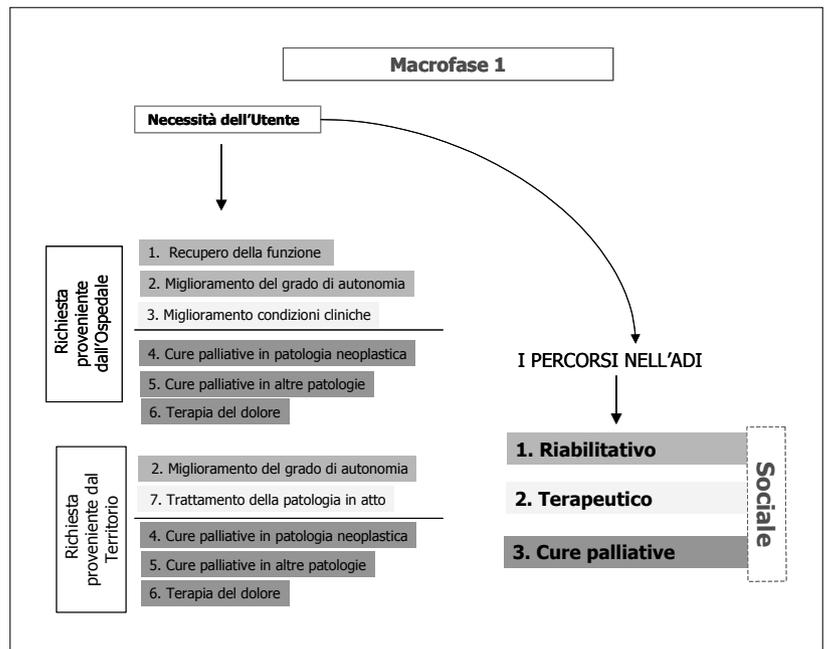
b) n. casi ADI percorso cure palliative in cui è stato effettuato un ricovero ospedaliero/totale casi ADI percorso cure palliative.

4. Indicatore sulla qualità percepita dall'utente (che misura anche il livello relativo all'assistenza sociale; questo indicatore va costruito in relazione alla percentuale di soddisfatti del servizio o a *focus group* sulla base di indagini svolte possibilmente con la stessa metodologia dalle aziende sanitarie per permettere il confronto dello stesso servizio fra aziende diverse).

5. Risultati dell'ABM nel «Percorso ADI» nell'Asl di Siena

L'Azienda sanitaria locale di Siena ha sperimentato l'applicazione degli indicatori relativi ai ricoveri in ospedale e agli interventi della Continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale sui percorsi dell'ADI precedentemente menzionati, effettuando un confronto fra i tre poli del distretto Valdichiana dell'azienda.

Nel 2005, nel Distretto in oggetto, sono state seguite 1128 persone in Assistenza domiciliare integrata, di queste solo 435 sono state seguite con la sperimentazione perché affette da patologie particolarmente impegnative o perché risultanti avere elevata complessità socio-sanitaria. Le frequenze



delle patologie principali sono evidenziate nella **tabella 1**.

È opportuno rimarcare il fatto che assistiamo ad un progressivo spostamento dell'ADI verso persone affette da patologie più complesse e con bisogni assistenziali sempre più elevati.

5.1. La distribuzione dei casi in ADI nei tre percorsi

L'obiettivo assistenziale è stato esplicitato nel 100% dei 435 casi seguiti, il percorso che risulta avere la frequenza maggiore è quello delle cure palliative (62%) che dedicate non solo alle persone con patologia neoplastica in fase terminale, ma anche a tutti i soggetti che hanno esaurito ogni possibilità di miglioramento (**tabella 2**).

Per quanto riguarda l'inserimento dei soggetti in uno dei tre percorsi è stato usato il riferimento all'obiettivo atteso vale a dire:

– le persone con esiti vascolari od ortopedici con ragionevole possibilità di recupero della capacità motoria o di miglioramento del grado di autonomia, sono state inserite nel percorso della riabilitazione;

– i soggetti con riacutizzazioni di patologie croniche o con patologie in via di stabilizzazione sono stati inseriti nel percorso della terapia;

Figura 2
La macrofase 1

Tabella 1

Frequenze delle patologie principali

Distribuzione patologie	Numero casi	%
Neoplasie	170	39%
Demenza	20	5%
Cardiopatie	40	9%
Ictus	58	13%
Respiratori	38	9%
Decubiti	11	3%
Ortopediche	66	15%
Immobilizzazione	18	4%
Altre	14	3%
Totale	435	

Tabella 2

Distribuzione casi ADI nei tre percorsi

	Numero casi	%
Percorso palliativo	268	62%
Percorso in riabilitazione	85	20%
Percorso terapeutico	82	19%
Totale	435	

– infine le persone per le quali non è più possibile ipotizzare interventi di miglioramento, indipendentemente dalla patologia di fondo, sono state inserite nel percorso delle cure palliative.

La distribuzione delle tipologie di ADI è sostanzialmente uniforme nei tre poli distrettuali della Valdichiana, anche se è presente

Tabella 3

Distribuzione dei casi nei tre poli distrettuali

	Percorso palliativo	Percorso in riabilitazione	Percorso terapeutico	Num. casi
Chiusi	66,7%	20,5%	12,8%	117
Montepulciano	60,0%	14,3%	25,7%	175
Torrta	59,4%	25,2%	15,4%	143

Tabella 4

Esito Trattamento ADI (numero casi)

	Migliorati	Deceduti	Altro	Totale
Percorso palliativo	6	116	11	133
Percorso in riabilitazione	40	7	6	53
Percorso terapeutico	30	8	6	44
Totale	76	131	23	230

una maggiore frequenza di percorso «terapia» nel polo di Montepulciano (**tabella 3**).

5.2. Gli indicatori di risultato di percorso

Sono stati misurati gli indicatori globali di percorso per 230 casi, avendo così una rappresentatività del 53% dei casi trattati.

Nella **tabella 4** si riporta la distribuzione degli esiti dei tre percorsi. Nelle categoria «altro» vengono inseriti soggetti che sono usciti dall'osservazione a causa di trasferimento oppure di inserimento in Rsa o per altri motivi. Si ricorda che nel percorso delle cure palliative l'esito normale è il decesso, decesso che dovrebbe avvenire in maniera dignitosa, con un buon controllo del dolore, con l'assistenza che garantisce la soddisfazione dei bisogni primari e con il conforto dei familiari.

Rilevare questo tipo di indicatori non è immediato in quanto richiede una valutazione completa ed attenta alla fine del percorso che non sempre è stato possibile fare.

Al contrario, gli eventi sfavorevoli sono stati rilevati con costanza durante il periodo di trattamento su tutti i soggetti inseriti nei diversi percorsi. Si tratta di rilevare il numero di volte che si ricorre all'emergenza territoriale ed il numero di ricoveri ospedalieri non programmati. Infatti, questi ultimi due indicatori sono entrambi indice di qualcosa che nel percorso non ha funzionato per cui i familiari sono stati costretti a rivolgersi ad altri attori.

La percentuale di eventi sfavorevoli (tabella 5) non è molto diversa tra i tre poli distrettuali, occorre fare attenzione al fatto che la mancanza di un sistema automatico di rilevazione potrebbe portare al paradosso che, laddove si lavora con maggiore attenzione, si rilevano con più precisione gli eventi avversi così da apparire meno efficaci. In definitiva tra gli indicatori di *output* sono stati utilizzati in maniera sistematica e compiuta solo il numero di attivazioni dell'emergenza territoriale ed il numero di ricoveri ospedalieri.

Il sistema di misurazione è stato accolto positivamente dai professionisti per cui è stato abbastanza semplice coinvolgere l'*équipe* di Valutazione multidimensionale e, di conseguenza, gli operatori del Servizio domiciliare; ciò che è stato apprezzato è l'aspetto gratificante di far emergere il lavoro sul territorio come azione finalizzata a risolvere un problema dell'utente, azione che si può misurare e valutare durante lo svolgimento ed alla fine del percorso.

Per completare il quadro occorrerebbe aggiungere un altro indicatore rilevato in maniera oggettiva sulla base di semplici parametri che permetterebbe di dare un peso alla complessità del caso, in maniera tale da arrivare a poter paragonare le casistiche un po' come avviene per i Drg ospedalieri. Occorre però sempre tenere presente che questi sistemi di misurazione sono il mezzo per valutare gli interventi effettuati (in un'ottica di risoluzione dei problemi degli utenti) e non il fine da raggiungere. Pertanto la rilevazione degli indicatori deve essere semplice e deve impegnare una piccola parte del tempo degli operatori. In questo senso, lo schema utilizzato sperimentalmente da un Distretto della Usl 7 non ha comportato un aggravio significativo di tempo per gli operatori: occorrono solo alcuni minuti in più per ciascuna valutazione. Ha sicuramente comportato una maggiore e più convinta partecipazione de-

gli operatori ai momenti di valutazione multidimensionale. Ha comportato anche una maggiore attenzione alla definizione del progetto personalizzato per i diversi soggetti in trattamento con un'aumentata attenzione sui bisogni individuali. La *compliance* potrebbe essere ulteriormente migliorata con la rilevazione automatica degli indicatori attraverso la via informatica.

6. Conclusioni

Nonostante le problematiche incontrate per ottenere una mappatura condivisa e la difficoltà nell'applicazione del modello, le opportunità derivanti da questo lavoro possono essere notevoli perché esso presenta un approccio che rende possibile il confronto ed il miglioramento dei servizi territoriali sulla base di esigenze avvertite a diversi livelli:

1) a livello regionale, dove queste informazioni possono essere utilizzate per una serie di decisioni che vanno dalla determinazione delle tariffe dei servizi alle scelte sull'innalzamento o meno dei livelli di assistenza e, più in generale, sui bisogni di salute;

2) a livello aziendale, dove da un confronto sui dati di efficienza dello stesso servizio fra aziende diverse si possono innescare meccanismi di miglioramento e recupero dell'efficienza o della qualità laddove vi siano delle differenze in termini di *output* raggiunti. Il confronto interaziendale è un elemento importante per i servizi territoriali perché qui, più che in altri servizi, mancano riferimenti o standard nazionali/internazionali che indichino le buone pratiche e quindi gli obiettivi e gli standard da raggiungere;

3) a livello di unità operativa, dove i professionisti vedono tutta la catena del valore e possono individuare dei meccanismi di miglioramento del servizio per mezzo del confronto fra colleghi, soprattutto nel momento

	Emergenze/ urgenze	%	Ricoveri in ospedale	%	Soggetti trattati
Chiusi	21	18%	14	12%	117
Montepulciano	32	18%	40	23%	175
Torrta	13	9%	13	9%	143

Tabella 5
Percentuale di eventi sfavorevoli

in cui il problema risiede nella interazione fra più strutture. L'introduzione dei sistemi di misurazione può essere vissuto, come nel caso della sperimentazione dell'Ausl 7 di Siena, positivamente: riuscire a misurare l'*output* del proprio lavoro (soprattutto per lavori di squadra) è motivante.

L'utilità del modello è però legata a condizioni di contesto, in particolare, l'applicazione del modello di misurazione dipende dalla presenza di un promotore o di un supporto esplicito della direzione aziendale o del manager del servizio. Come è stato riportato in altri studi sulle analisi ABM e ABC (Cinquini, Mitchell, 2005; King *et al.*, 1994), il supporto e il *commitment* del *management* è un fattore che condiziona in modo determinante il buon esito dell'implementazione e dell'utilizzo dei sistemi di misurazione. Questo è confermato anche dall'esperienza qui presentata: a distanza di un anno dall'esperienza formativa-laboratorio, solo l'Ausl 7 di Siena ha provato ad applicare e calcolare il *set* di indicatori individuati nel proprio gruppo di lavoro.

Un altro aspetto critico non affrontato in queste esperienze è collegato al fatto che i gruppi di lavoro si sono concentrati soprattutto sulla creazione del valore per l'utente e sulle leve che l'azienda può muovere per incrementarlo (attraverso l'individuazione degli snodi/attività critiche da monitorare) individuando le professionalità impegnate nella realizzazione di ciascuna attività, traslasciando ad una fase successiva, a livello aziendale, l'individuazione dei *cost driver* funzionali all'analisi di efficienza. Questa fase è cruciale: un sistema di misurazione per processi individuato e condiviso deve essere associato al sistema dell'organizzazione aziendale e al sistema di valutazione individuale (Baker, 1998); questo collegamento risulta essere una delle principali criticità – ma anche potenzialità – del sistema per processi, in quanto implica il passaggio ad un sistema premiante parzialmente legato a performance di *team* e non solo individuali (Dossi, 2006). Questa prospettiva relativa al sistema premiante rappresenta un ulteriore possibile sviluppo a partire dall'implementazione di un sistema di misurazione basato sui processi in sanità.

Note

1. Da circa vent'anni la contabilità dei costi ha visto l'ingresso preponderante di un modo diverso di fornire le informazioni a supporto delle decisioni manageriali: l'*Activity-Based Costing* (ABC) (Cooper, Kaplan, 1988). La differenza rispetto ai sistemi tradizionali risiede nel considerare le attività come principali fattori di assorbimento delle risorse e non più il prodotto in modo diretto. I tradizionali sistemi di rilevazione dei costi risalgono allo *Scientific Management* ed erano focalizzati essenzialmente sulla ricerca di una maggiore efficienza produttiva; i contesti competitivi di oggi invece richiedono un'attenzione su altri aspetti quali la qualità e la differenziazione dell'offerta, introducendo o rafforzando funzioni che non hanno un rapporto diretto con il prodotto. Il maggior ricorso a queste funzioni ha portato ad un aumento dei costi indiretti e, quindi, ad una maggiore attenzione alle tecniche di ribaltamento dei costi indiretti sul prodotto (Vitali, 2004). Anche nel campo della misurazione delle performance gli strumenti utilizzati dai sistemi tradizionali sono risultati adeguati in quanto ponevano enfasi: a) sulla dimensione economico finanziaria; b) sulla gerarchia; c) sulla dimensione individuale; d) sull'approccio *top down*; e) avevano un orientamento al passato; f) avevano una modesta diffusione verticale; g) avevano una modesta diffusione orizzontale; e) avevano un orientamento al breve; f) avevano un orientamento all'interno e g) erano rigidi (Baraldi, 2000). La misurazione della performance attraverso le attività quali fulcro dei processi aziendali mostra se si è raggiunto il risultato e come lo si è raggiunto. La misurazione della performance attraverso le attività costituisce il fulcro dell'*Activity-Based Management* (ABM).
2. Le indicazioni più recenti sono contenute nel Psn 2003-2005, che prevede in più punti la necessità di promuovere le cure domiciliari ed in particolare: – l'obiettivo 2.2, sulla «Promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili», indica la necessità di potenziare e garantire il corretto dimensionamento dei nodi della rete (ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, Centri diurni integrati, residenze sanitarie assistenziali e istituti di riabilitazione) in accordo con il loro effettivo utilizzo; nonché di ridurre in parallelo il numero dei ricoveri impropri negli Ospedali per acuti e la durata di degenza dei ricoveri appropriati, grazie alla presenza di una rete efficace ed efficiente; – l'obiettivo 3, sulla promozione della salute, rileva che l'incremento del numero delle persone anziane pone la necessità di promuovere la loro partecipazione alla vita sociale, contrastando l'emarginazione e rafforzando l'integrazione fra politiche sociali e sanitarie al fine di assicurare l'assistenza domiciliare per evitare ogni volta che sia possibile l'istituzionalizzazione; – l'obiettivo 3.2.3, sulle cure palliative, rappresenta che gli interventi di cure palliative vanno inserite all'interno del più vasto programma di percorso assistenziale della persona, che comprende anche la riorganizzazione della rete di interventi domiciliari sanitari, socio-sanitari ed assistenziali (rete per la cura ed assistenza domiciliare).

3. In questi anni si è registrato, nel complesso, un progressivo incremento dell'utilizzo di servizi domiciliari. Nell'anno 2000 risultano oltre 10 milioni e 370 mila gli anziani in Italia, di cui circa 5.800.000 in età compresa tra i 65 e i 74 anni e 4.500.000 con età maggiore di 74 anni (dati Istat, 2000). Nello stesso anno l'attività domiciliare integrata per gli anziani ha interessato oltre 191.000 persone, pari all'1,9 degli ultrasessantacinquenni su un totale di circa 240.000 assistiti in ADI. Nell'anno 2001 l'ADI si è estesa a oltre 214.000 anziani, su un totale di circa 270.000 assistiti. I dati evidenziano, pur costituendo «grandi aggregazioni» che non consentono di valutare specificamente i casi trattati, che l'ADI è prevalentemente rivolta agli anziani, rappresentando il 79,8% nel 2000 e il 79,2% nel 2001 (Fonte: dati SIS 2000 e 2001, Ministero della salute).
4. FIM: *Functional Independence Measure* si riferisce ad una scala che si usa per misurare l'indipendenza funzionale delle persone.
5. CIRS: *Cumulative Illness Rating Scale*.

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

- BAKER J.J., KEYTE B. (1998), *The Future for ABC/ABM in Health Care in Activity-Based costing and Activity-Based Management for Health Care*, Anspen Publication.
- BARALDI S. (2000), *Le performance manageriali sistemi di misurazione e valutazione*, Mc Graw Hill, Milano.
- CASATI G. (2000), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.
- CIFALINÒ A., BOTTONE L. (2004), «Finalità, metodologia e risultati della ricerca», paper presentato al workshop *Logiche e strumenti di governo dei servizi sanitari territoriali*, Milano, 12 dic.
- CINQUINI L., MITCHELL F. (2005), «Success in management accounting: lessons from the activity-based costing/management experience», *Journal of Accounting & Organisational Change*, 1, pp. 63-78
- COOPER R., KAPLAN R. (1988), «Measure Costs Right: Make the Right Decisions», *Harvard Business Review*, september-october, pp. 96-103.
- DOSSI A. (2006), «La misurazione e il controllo dei processi aziendali», in M. Agliati, F. Amigoni (ed.), *Budget e controllo di gestione*, Egea, Milano.
- EUSKE K.J., FRAUSE N., PECK T., ROSESTIEL B., SCHRECK S. (1998), *Service Process Management: Breaking the Code. Applying Activity Based Performance Measures to Service Processes*, CAM-I, Bedford.
- FETTER R.B., FREEMAN J.L. (1986), «Diagnosis Related Groups: Product Line Management within Hospitals», *Academy of Management Review* (11) 1, pp. 41-54.
- JÖNSSON S., LUKKA K. (2005), *Doing interventionist research in management accounting*, Gothenburg Research Institute, Göteborg.
- KING M., LAPSLEY I., MITCHELL F., MYES J. (1994), «Costing needs and practices in a changing environment: The potential for ABC in the NHS», *Financial Accountability & Management*, (10) 2, pp. 143-160.
- LAWSON R.A. (2005), «The use of activity based costing in the healthcare industry: 1994 vs 2004», *Research in healthcare financial management*, Vol.10, pp. 77-94.
- LEGA F. (2001), *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità*, Mc Graw Hill, Milano.
- NUTI S. (2004), «La gestione per processi in sanità», in S. Nuti, P.M. Vitali (ed.), *Sperimentazione dell'Activity Based Management nella sanità pubblica: l'esperienza dell'azienda USL 3 di Pistoia*, Franco Angeli, Milano.
- PELLEGRINI L., TONIOLO F. (2003), «Il baricentro è ora nel territorio», *Monitor*, 2 (6), pp. 2-7.
- SALTMAN R.B., RICO A., BOERA W. (eds.) (2006), *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*, Open University Press, Glasgow.
- VITALI P.M. (ed.) (2004), *Strumenti per l'analisi dei costi*, Giappichelli Editore, Vol. II, Torino.
- PSR TOSCANA 2002-2004.
- PSR TOSCANA 2000-2001.
- PSN 1998-2000.
- L. REG. TOSCANA 40/2005.

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.

Lo sviluppo organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale: evoluzioni in corso e spunti dall'esperienza lombarda dei Gruppi di cure primarie

STEFANO DEL MISSIER, PAOLO TEDESCHI

Awareness about the contribution of primary care to the sustainability of healthcare systems is growing in most western European countries. In Italy it is a subject of growing interest for regional decision makers, to ensure the right combination between traditional features of primary care and new services. In this perspective organizational design and development, as well governance issues, become key elements to provide new settings and capabilities, help to understand regional policies and rising models. Region of Lombardia is developing a policy focused on experimentation of «primary care groups», mainly aimed at managing chronic care, complementarily to hospital services. The change management effort reported for five areas of Lombardia (Cremona, Lecco, Legnano, Monza, Pavia) highlights the need for new skills as well as for the removal of some administrative and managerial obstacles; further performance measurement is also required to complete the assessment of the «primary care group» model.

Note sugli autori

Stefano Del Missier è Direttore Generale I.Re.F. Lombardia (e già Direttore Generale delle ASL delle Province di Lecco e Pavia)
Paolo Tedeschi, SDA - CeRGAS - Università «L. Bocconi», Milano

Attribuzione

Pur nella condivisione ed elaborazione comune dei contenuti del lavoro, i §§ 1, 2, 3, sono stati redatti da Paolo Tedeschi, i §§ 4, 5, 6, da Stefano Del Missier, il § 7 congiuntamente dai due Autori

1. Ruolo e contributo delle Cure primarie alla sostenibilità dei sistemi sanitari

Il processo di aziendalizzazione della sanità italiana avviato negli anni '90 si è concentrato sulle Aziende sanitarie e relativi dipendenti, mentre alcune «categorie professionali» sono state influenzate solo in parte: i Medici di medicina generale (Mmg), i Pediatri di libera scelta (Pls), i Medici di continuità assistenziale (Mca, ex-guardia medica), gli Specialisti ambulatoriali convenzionati (Sumaisti) ed i Medici della cosiddetta medicina dei servizi e dell'emergenza territoriale (**figura 1**). In totale quasi un quinto della forza lavoro del Servizio sanitario nazionale (Ssn), per un 7% del finanziamento sanitario pubblico, ovvero € 6,5 miliardi nel 2006. La maggior parte di queste figure è accomunata da un rapporto contrattuale non di «dipendenza» bensì di «convenzionamento»; un simile profilo presenta spesso elementi di ambiguità, in quanto aziende e medici rischiano di percepirsi come due entità separate, potendo questi ultimi interpretare diversamente il proprio ruolo (es. da liberi professionisti, a fornitori di cure a contratto, a centri di responsabilità aziendale); inoltre, la mancanza di modelli organizzativi strutturati determina un elevato coinvolgimento di organizzazioni sindacali ed associazioni scientifiche, rendendo specifici e complessi i processi di *governance* professionale, non potendo peraltro ricorrere agli strumenti di gestione del personale dipendente o del privato accreditato.

SOMMARIO

1. Ruolo e contributo delle Cure primarie alla sostenibilità dei sistemi sanitari
2. Comportamenti professionali e linee di *governance* della medicina territoriale
3. Evoluzione dell'associazionismo medico in Italia: dal singolo professionista alle reti di Cure primarie per la tutela della salute
4. Il contesto e le politiche per le Cure primarie in Regione Lombardia
5. Strumenti e competenze aziendali per lo sviluppo della medicina convenzionata
6. Esperienze aziendali di Gruppi di cure primarie e prime valutazioni
7. Considerazioni conclusive: dalla riscoperta delle Cure primarie ad una responsabilità sociale condivisa a livello aziendale

Anno 2005	Medici di famiglia (Mmg)	Pediatri di libera scelta (Pls)	Medici di continuità assistenziale (Mca)	Specialisti ambulatoriali (Sumaisti)	Medicina dei servizi	Emergenza territoriale
Professionisti	47.148	7.155	11.851	13.245	2.880	1.858
Numero pazienti	Massimo 1.500	Massimo 800	Rapporto 1 MCA ogni 6500	Variabile (in funzione liste attese)	n.a.	n.a.
Orario lavoro	5 giorni lavorativi h 8-20 + sabato h 8-10	Idem	5 giorni lavorativi h 20-8 + sabato dopo h 10 & domenica + giorni festivi	Variabile su 5 gg.	Variabile su 5 gg.	Variabile su 5 gg.
Remunerazione (prevalente)	Quota capitaria	Quota capitaria	Tariffa oraria	Tariffa oraria	Mediante contratto di incarico	Mediante contratto di incarico
Distribuzione geografica	Uniforme su territorio	Uniforme su territorio	In prevalenza al Centro-sud	Variabile su territorio	n.a.	n.a.

Figura 1

Principali categorie professionali coinvolte nelle cure primarie in Italia

Fonte: rielaborazione su dati Sisac & Ministero della salute

Non a caso il posizionamento dei Mmg nei Sistemi sanitari regionali (Ssr) è stato negli ultimi 10 anni oggetto di diversi orientamenti di politica sanitaria, sintetizzabili ad esempio in (Heller, Tedeschi, 2003; 2004): ruolo di «medico-tradizionale» (es. medico curante che agisce solo secondo scienza e coscienza), «medico-gate-keeper» (es. professionista responsabile dell'accesso alle prestazioni di secondo livello), «medico-fornitore di prestazioni» (es. centro di offerta territoriale), o ancora «medico-integratore delle cure primarie» (es. responsabile della presa in carico di patologie croniche). Simili differenziazioni sono riscontrabili in diverse Regioni, anche se nella realtà è ancora dominante un «ruolo di Mmg a pendolo» tra governo della domanda e produzione territoriale. In questo senso si inserisce anche il recente appello delle organizzazioni sindacali per una nuova legge in grado di «rifondare la medicina generale», definendone meglio ruolo, diritti e doveri, nonché modalità di relazione con le aziende sanitarie (Perrone, Turno, 2006). D'altro canto è sempre più arduo ipotizzare uno sviluppo futuro della medicina convenzionata senza una *partnership* più stretta con gli altri attori del sistema sanitario locale, superando quindi eventuali contrapposizioni del passato (si pensi ad esempio al rapporto più o meno conflittuale, ma interdipendente, tra Mmg e Asl appunto).

Uno scenario simile è peraltro diffuso nei sistemi sanitari in cui i medici generalisti sono autonomi rispetto al cosiddetto «Terzo pagante» (in Italia i Ssr); malgrado l'eterogeneità di assetti istituzionali¹, diversi Paesi stanno infatti sperimentando proprie soluzioni² alla ricerca di combinazioni sostenibili tra appropriatezza e qualità delle cure, economicità di gestione, innovazione assistenziale.

Tornando al caso italiano, le riforme degli anni '90 hanno comunque comportato un cambiamento di contesto per le professionalità delle cure primarie, «regionalizzando» il sistema di offerta sanitaria, introducendo particolari assetti organizzativi nelle aziende sanitarie (es. dipartimenti e distretti), rendendo più flessibili a livello regionale ed aziendale gli accordi con la medicina convenzionata. In sintesi, le Regioni hanno iniziato a spostare l'attenzione dal settore ospedaliero a quello territoriale, potenziando i Distretti sanitari (assistenza primaria, domiciliare, residenziale), coinvolgendo i medici anche su aspetti gestionali (es. *budget* per Mmg e Pls, percorsi diagnostico-assistenziali), programmando le prestazioni territoriali in base alla correlazione tra dati epidemiologici, di consumo e spesa sanitaria. La performance delle Regioni è risultata tuttavia assai variabile in termini di accessibilità alle prestazioni, ca-

pacità programatorie, risultati finanziari ed esiti sanitari (Longo, 2006).

In particolare, lo sviluppo della Medicina generale sta ancora avvenendo per effetto di quella che si potrebbe definire un'aziendalizzazione per «seconda ondata»; fino alla fine degli anni novanta l'Italia era contraddistinta da un modello centrato sulla figura del singolo medico generalista, scelto dal paziente, incaricato di fornire assistenza di base e favorire l'accesso a prestazioni specialistiche ed ospedaliere sulla base di rapporti personali e continuativi con i propri assistiti (da cui anche l'appellativo di medico di famiglia). Malgrado simili benefici, l'impostazione ereditata dal sistema mutualistico ha mostrato nel tempo anche alcuni effetti indesiderati, come la mancata responsabilità sull'uso delle risorse (es. farmaci, esami e visite specialistiche, ricoveri inappropriati), la variabilità nella qualità assistenziale (a seconda del grado di aggiornamento professionale, della disponibilità del medico, ecc.), l'assenza di una vera continuità assistenziale³, da cui elevati accessi al pronto soccorso. Sebbene la centralità delle professioni territoriali sia spesso sottolineata nei processi di riordino della sanità, aspetti quali il governo della domanda e lo sviluppo professionale sono diventati prioritari solo sul finire degli anni novanta, quando si è iniziato sia ad avvertire la necessità di nuove modalità relazionali tra medici ed aziende, sia a constatare come la tutela della salute in funzione delle risorse disponibili non possa fare a meno di assetti organizzativi e strumenti gestionali (Tedeschi, Tozzi, 2005).

Riallargando la prospettiva, negli ultimi 15-20 anni la maggior parte dei Paesi occidentali ha mantenuto la funzione delle cosiddette «Cure primarie», ovvero l'insieme di competenze e professionalità che eroga al di fuori di un contesto ospedaliero, servizi di prevenzione, Medicina generale, continuità assistenziale, assistenza domiciliare e residenziale. Ancora più di recente se ne sta «riscoprendo» l'importanza tramite nuove evidenze, come ad esempio uno studio dell'OMS (Atun, 2004), che sostiene come nei sistemi sanitari incentrati sulle Cure primarie sia possibile riscontrare *outcome* di salute, equità, e continuità delle cure superiori alle condizioni nei sistemi più orientati alle cure specialistiche. La stessa fonte sottolinea poi

come il ricorso a medici generalisti riduca i costi ed aumenti la soddisfazione dei pazienti, senza rischi avversi su qualità e stato di salute, anche se esiste un limite in tal senso, in quanto la capillarità di accesso può alimentare nuovi bisogni, maggiori servizi sanitari e, quindi, ulteriore spesa. L'analisi è peraltro coerente sia con uno studio dell'OCSE che dimostra come, a caratteristiche delle Cure primarie, quali la diffusione geografica, la longitudinalità, il coordinamento e l'orientamento alla comunità, corrisponda un miglioramento della salute (Macinko, Starfield, Shi, 2003), sia con una ricerca USA che ha riscontrato più aderenza alle cure, e quindi migliore efficacia e minori costi, nei pazienti che si affidano ad un medico di fiducia anziché ad ospedali che non ne conoscono la storia clinica (Piette *et al.*, 2005). Nonostante ciò pochi Paesi hanno investito in modo proattivo nelle Cure primarie; l'allocazione delle risorse, e soprattutto la spesa sanitaria risultante, sono spesso ancora a favore della specialistica ospedaliera, trascurando il potenziale apporto della sanità territoriale in termini di guadagno di salute rispetto alle risorse impiegate (e non già solo in termini di contenimento dei costi).

Cure primarie e secondarie, generaliste e specialiste, non sono dunque mutuamente escludibili; affinché le cure primarie siano in grado di fornire un contributo alla qualità e sostenibilità dei sistemi sanitari, occorre però poter temperare universalismo delle cure con realismo economico. In gioco non è la rilevanza «in sé» delle cure primarie, bensì l'individuazione di modelli organizzativi capaci di combinare efficienza ed efficacia, qualità ed appropriatezza, equità sociale e soddisfazione dei pazienti (Docteur, Oxley, 2003). Da questo punto di vista occorre chiedersi se le Cure primarie possano costituire un complemento affidabile all'ospedale; da un lato i cosiddetti medici generalisti sono una categoria molto apprezzata dai pazienti, dall'altra cresce la lamentela per i tempi di attesa negli ambulatori, per l'indisponibilità dei medici ad effettuare visite a domicilio. Ne consegue che la difesa del modello sanitario italiano richiede probabilmente non solo un ripensamento del «mix assistenziale» tra ospedale e territorio, ma anche innovazioni nella *value proposition* dei servizi territoriali. In quest'ottica diventa necessario dispor-

re di un sistema di Cure primarie non solo professionali, ma anche professionalmente organizzate, al fine di poter selezionare, rispondere ed indirizzare i bisogni, sia delle patologie croniche che delle urgenze non complesse. La libertà di scelta del cittadino non esclude, infatti, che si possano realizzare delle formule territoriali più attraenti e convenienti di altre, salvaguardando il rapporto personale con il singolo medico, magari all'interno di un gruppo ristretto di diversi professionisti.

2. Comportamenti professionali e linee di governance della medicina territoriale

Prima di entrare nel merito delle evoluzioni organizzative in corso nelle Cure primarie si propone di fare riferimento ad un quadro interpretativo dei comportamenti professionali, anche nell'ottica di poter discutere alcune linee di *governance* per la medicina territoriale (figura 2). Lo sviluppo organizzativo delle Cure primarie non può, infatti, prescindere da diverse variabili come le dinamiche ambientali, ma anche le interdipendenze tra profilo giuridico ed individuale dei medici, il posizionamento istituzionale all'interno del sistema sanitario, il contratto di lavoro e il modello organizzativo, ovvero le principali determinanti del comportamento professionale dei medici territoriali.

Partendo dalle dinamiche ambientali in corso (es. invecchiamento, evoluzione della scienza e tecnologie mediche, pressioni finanziarie, ecc.), esse pongono le Cure prima-

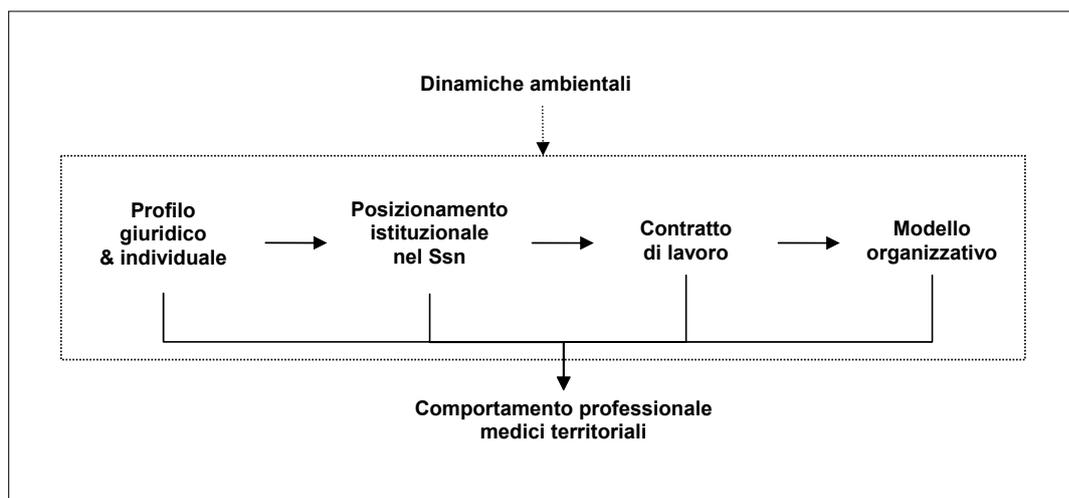
rie al centro di tensioni, tanto che un quesito diviene fondamentale: è possibile per i medici territoriali mantenere il patto fiduciario con gli assistiti, quando il terzo pagante (Ssr) impone vincoli crescenti sull'uso delle risorse (si pensi ad esempio alle note Aifa, ai LEA, ecc.)? In realtà, la responsabilità emergente è quella di riuscire a soddisfare il bisogno reale dei pazienti ottimizzando al contempo l'uso delle risorse. Ciò porta inevitabilmente a riflettere se regole e modalità di lavoro attuali siano ancora coerenti, oppure se non siano necessari cambiamenti. A titolo di esempio: il rapporto con gli specialisti (subalterno o di consulenza?), la compartecipazione decisionale nei Distretti (con che forma e ruolo?), gli investimenti strutturali per nuovi modelli organizzativi (es. sedi, personale, tecnologie, da che fonti – nazionale, regionale o locale? di che natura – pubblica, privata o *non profit*?). Tutto costringe le professionalità del territorio a misurare la propria libertà professionale con aspetti gestionali, ad aprire un sistema lavorativo «chiuso». La sfida diviene quella di un ambiente che non può più essere considerato indipendente rispetto alla pratica medica, ma che invece deve poter essere gestito come rischio globale della professione, in quanto la medicina di famiglia si rivolge per definizione all'individuo nel suo contesto socio-economico.

Circa il profilo giuridico, ad integrazione di quanto già commentato nel precedente paragrafo, gli effetti sui comportamenti professionali dei medici territoriali vanno interpretati anche alla luce di varie caratteristiche

Figura 2

Determinanti del comportamento professionale dei medici territoriali

Fonte: adattato da Boerma (2003)



individuali. Considerando per semplicità la sola medicina di famiglia, occorre ricordare come fino a pochi anni fa in Italia non esisteva una specializzazione *ad hoc*, tanto è vero che più del 70% dei Mmg possiede una o più specialità; in termini di demografia professionale, è opportuno poi sottolineare come il 60% dei Mmg ha un'età superiore ai 50 anni, mentre il 14% dei Mmg ha meno di 500 pazienti (dati Ministero della salute, 2005). Simili riferimenti hanno evidenti implicazioni: la resistenza al cambiamento è più alta in professionisti con formazione eterogenea, con una certa anzianità lavorativa ed abitudini professionali consolidate, così come medici con pochi pazienti finiscono con il disperdersi in molteplici attività (es. doppia convenzione come Mmg e Mca, medicina dei servizi, ecc.).

Inoltre, i Mmg non fanno carriera gerarchica o professionale; la principale fonte di variazione della retribuzione è legata al numero di assistiti (fino a 1.500 per i Mmg, fino a 800 per i Pls, salvo eccezioni). Solo una parte marginale dei Mmg lavora in sedi comuni con personale di supporto e dotazioni informatiche e strumentali. Infine, occorre tenere presente che, come liberi professionisti convenzionati, i Mmg e Pls hanno sia ricavi che costi professionali (es. affitti, utenze, autovettura, tecnologie, ecc.), da cui una diversa sensibilità alla qualità degli ambulatori ed alle modalità di accesso (es. visite libere, su prenotazione, reperibilità telefonica, ecc.). Questi semplici richiami ad una realtà nota, ma mai veramente oggetto di discussione, sono probabilmente sufficienti a dare il senso di un sistema che funziona ancora in base a regole anacronistiche e, quindi, con un potenziale assistenziale e di valorizzazione professionale in gran parte ancora inespresso.

A livello di posizionamento nel sistema sanitario occorre poi sottolineare come il principio di equità nella tutela della salute sia stato tradotto in uniformità degli assetti istituzionali della sanità territoriale (es. Medici territoriali che lavorano secondo le stesse regole e lo stesso metodo in tutta Italia); non a caso l'accesso alla professione è regolamentato (concorso pubblico con graduatorie regionali in funzione di ambiti disponibili), ma non necessariamente meritocratico. Nella realtà invece, la variabilità dei comportamenti professionali, la specificità delle con-

dizioni culturali e socio-economiche, hanno determinato un funzionamento delle cure primarie eterogeneo a seconda del grado di integrazione con i servizi distrettuali o dipartimentali, del capitale sociale del territorio, delle competenze gestionali disponibili, della convergenza tra convenienze professionali e modelli organizzativi perseguiti. In questa prospettiva possono essere inserite anche recenti indicazioni di politica sanitaria, allorché il Ministro Turco propone ai medici di famiglia di costruire un «nuovo patto per la salute» che abbia al centro la consacrazione della Medicina generale quale secondo pilastro della sanità, accanto all'ospedale, dando vita ad una vera integrazione socio-sanitaria, ad una medicina del cittadino che vada a casa delle persone e comunque possa farle sentire come a casa. Il «Patto per la salute» condiviso dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome il 28 settembre 2006, sottolinea in effetti tra le criticità della sanità italiana «l'organizzazione ancora prevalentemente burocratica della medicina di base, la carenza di servizi di assistenza domiciliare integrata, le liste di attesa, l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante in alcune Regioni». Inoltre, per realizzare la continuità assistenziale, si conviene di promuovere ulteriori forme aggregative nelle cure primarie. In precedenza, il Piano sanitario nazionale 2006-2008 poneva l'accento su due aspetti correlati, la riorganizzazione delle cure primarie e l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza. Nel primo caso, per superare la visione dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico a favore di forme organizzative multiprofessionali, nel secondo caso per disporre di percorsi clinico-assistenziali condivisi tra territorio ed ospedale. L'applicazione di questi spunti di politica sanitaria richiede però un raccordo non immediato tra comportamenti professionali variabili ed eterogenei su scala geografica e principi ancora una volta uniformanti.

La condotta professionale dei medici è anche influenzata dagli accordi contrattuali nazionali, regionali e sempre più spesso anche aziendali. Limitandosi alla medicina generale, dal 1996 in avanti si assiste progressivamente all'incentivazione per obiettivi, al coinvolgimento nella programmazione aziendale, alla negoziazione di obiettivi e risorse anche a livello regionale e non più

solo nazionale. Di conseguenza, la *governance* dell'assistenza primaria non può più essere solo una questione amministrativa e residuale, ma deve poter sviluppare propri strumenti di programmazione e controllo. Al riguardo Borgonovi (2004) parla, infatti, della necessità di un «ritorno al futuro», superando la tradizionale «separatezza» nei confronti del sistema, accettando la distinzione tra inquadramento lavorativo ed «integrazione» nel sistema di offerta. Ciò comporta un'inversione importante rispetto alla «deriva amministrativa», ovvero la percezione che i medici territoriali siano uno snodo burocratico (es. per le ricette, i certificati) anziché dei professionisti al servizio dei pazienti. In assenza di una simile prospettiva, un sistema sanitario fondato sulla libertà di scelta, sull'universalità delle cure, sul finanziamento per fiscalità generale, continuerà a registrare fenomeni di intasamento del pronto soccorso, liste di attesa, consumismo sanitario.

Per quanto attiene infine al modello organizzativo della medicina territoriale, diversi elementi influenzano tipicamente il comportamento professionale dei medici: lavoro individuale o pratica di gruppo, liste di pazienti chiuse o aperte, modalità di accesso in ambulatorio ed a domicilio, localizzazione geografica libera o vincolata, grado di integrazione professionale locale con altre professionalità e tra livelli di cure. Per il momento ci si limita volutamente a questi, in quanto i modelli organizzativi in essere ed in divenire saranno discussi nel successivo paragrafo.

In conclusione, quindi, sulla base delle dinamiche ambientali e delle determinanti di comportamento professionale richiamate dal quadro sinottico, si ritiene utile proporre alcune linee di *governance* ai fini dello sviluppo organizzativo delle cure primarie:

a) il consolidamento di strumenti e modelli clinico-assistenziali

– per il governo clinico della domanda (es. carte del rischio, anagrafiche dinamiche degli assistiti e relativi consumi sanitari), bilanciando autonomia professionale del medico e responsabilità aziendale, allo scopo di ridurre la variabilità dei comportamenti professionali e prescrittivi, ma anche per trovare equilibri sostenibili tra libertà di scelta,

domanda dei pazienti ed uso razionale delle risorse disponibili, onde evitare un domani di dover razionare in modo indiscriminato le risorse a prescindere dai bisogni effettivi;

– per la gestione della cronicità (es. *chronic care model*, *disease management*, cure intermedie, *self-management* dei pazienti, ecc.) allo scopo di garantire terapie e risposte assistenziali in buona correlazione di costo-efficacia, tenendo presente che le patologie croniche non si curano ma si controllano e quindi l'attività delle cure primarie deve garantire una presa in carico lunga e continuativa, «a monte ed a valle» di altre componenti assistenziali (es. specialistica, ospedale, riabilitazione, residenzialità, ecc.);

b) lo sviluppo dell'offerta di servizi e prestazioni delle Cure primarie

– per erogare «servizi di prossimità» orientati ai pazienti (es. modalità di accesso e processi assistenziali disegnati in funzione di segmenti di pazienti – per età, bisogno, patologia, fascia oraria, prestazioni, ecc.), decentrando possibilmente competenze e tecnologie di primo livello in strutture territoriali in grado di sostituire o fungere da punto di riferimento per ambulatori medici tradizionali o periferici. In altri termini, il mito del rapporto di fiducia «medico-paziente» deve tradursi in valore aggiunto per un numero crescente di cittadini (es. prelievi e referti di primo livello, visite specialistiche, punto di primo soccorso, continuità assistenziale, ecc.), da cui derivi una fidelizzazione anche di pazienti che oggi non frequentano il territorio (ma vanno dallo specialista ed in ospedale...);

c) l'integrazione professionale ed organizzativa nel sistema di offerta locale

– ovvero responsabilizzare i medici territoriali in qualità di coordinatori di cure, mediante forme di integrazione assistenziale verticale (es. percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, dimissioni protette, ecc.) ed orizzontale (es. Unità di valutazione e presa in carico multidimensionale, coordinamento assistenziale tra Mmg/Pls & Mca, ecc.) allo scopo di decongestionare strutture specialistiche ed ospedaliere (es. accessi al Ps, ricoveri impropri e ripetuti, liste di attesa) e consentire un riposizionamento e una specializzazione di queste ultime;

d) il potenziamento degli strumenti di management della pratica professionale

– per misurare la performance assistenziale e il merito professionale sulla base di strumenti di programmazione e controllo, indicatori multidimensionali o sistemi di *balanced score-card* (es. utilizzando meglio le tecnologie informative per dimensionare e valorizzare l'attività dei medici territoriali, il rapporto costo-efficacia di prestazioni e terapie, il valore e la qualità di servizi sostitutivi all'ospedale);

e) la revisione delle politiche retributive e di investimento strutturale

– per evolvere da meccanismi retributivi, da sistemi rigidi (es. quota capitaria) e a pioggia (es. incentivi in funzione del numero di pazienti), a sistemi bilanciati tra attività assistenziale (es. disponibilità del medico, quantità e qualità di assistenza domiciliare, coordinamento con continuità assistenziale, ambulatori per patologia, ecc.), risultati assistenziali (es. tasso di risposta al bisogno, di arruolamento di pazienti, ecc.), stato di salute dei pazienti (es. andamento nel tempo della glicemia, della pressione sanguigna, dell'insorgere di complicanze, ecc.); in questo senso, l'esperienza del *paying-by result or performance* inglese può essere un primo riferimento, anche se perfezionabile. Inoltre, si segnala la necessità di riflettere sulle fonti e l'entità delle risorse necessarie per sostenere gli investimenti di avviamento di forme organizzative complesse (es. Utap e Casa della salute, discusse in seguito), tenendo presente che lo scopo dell'incentivazione non dovrebbe essere l'incremento di ricavi dei Mmg, bensì migliori condizioni di lavoro.

Le questioni di *governance* dell'assistenza territoriale sono dunque articolate e complesse; a questo proposito Saltman *et al.* (2006) osservano, nell'ambito di una ricerca comparativa sulle riforme sanitarie in Europa, che le Cure primarie sono quasi ovunque al centro di un processo continuo (ma lento) di transizione strutturale. Le principali riforme riconoscono maggiore potere di controllo su altri livelli di cura, ampliano la gamma di prestazioni erogate direttamente sul territorio, specificano le condizioni di supporto necessarie (es. infrastrutture, multiprofessionalità, tecnologie, ecc.). Simili obiettivi comportano implicazioni, tra cui:

– variazione di assetti istituzionali ed organizzativi per far fronte all'evoluzione verso cure primarie diversificate con medici, infermieri, specialisti, con forme di coordinamento che richiedono la definizione di popolazioni *target*, pacchetti di servizi, responsabilità congiunte di presa in carico, finanziamento aggiuntivi, ricorso a strumenti tecnologici avanzati. Tali aspetti presuppongono lo sviluppo di reti organizzative orientate a bisogni ma anche *accountable* rispetto al consumo di risorse;

– cambiamento di profilo e modello lavorativo dei medici, allo scopo di consentire interventi multiprofessionali, formazione continua, revisione dei tradizionali confini medici ed assistenziali, adattamento al contesto locale. Occorre adottare un approccio contingente capace di generare il migliore *skill-mix* richiesto per determinati problemi di salute, combinando diversi meccanismi retributivi (tra cui anche la quota capitaria che, sebbene sia considerata il sistema con meno inconvenienti, comporta notevoli costi di negoziazione e regolamentazione - per l'Italia ancora su tre livelli: nazionale, regionale, locale).

Le cure primarie sono in movimento in diversi paesi europei, i sistemi di *governance* non sempre nitidi, anche perché esiste il ragionevole dubbio che si voglia veramente mettere i medici di famiglia alla «guida della sanità» e che essi stessi ne siano consapevoli e consenzienti. Inoltre, anche nei Paesi che hanno investito di più in personale, incentivi, formazione, si segnala ancora un *gap* di prestigio nei confronti dell'ospedale; va quindi preso atto che il rapporto di fiducia non è sinonimo di potere, a meno che non si traduca in legittimazione da parte degli assistiti e riconoscimento da parte della comunità medica. Da questo punto di vista la medicina convenzionata dovrebbe iniziare a gestire un processo di costruzione della propria immagine e credibilità professionale, in quanto la sola fiducia non è sufficiente. I riconoscimenti alla ricerca e sperimentazione clinica in Medicina generale (es. in Italia da parte dell'Aifa), nonché il dibattito in corso sul profilo dei docenti per la formazione universitaria dei Mmg sono segnali potenzialmente positivi.

3. Evoluzione dell'associazionismo medico in Italia: dal singolo professionista alle reti di Cure primarie per la tutela della salute

Il tema dello sviluppo organizzativo delle Cure primarie è centrale sia per il futuro delle professioni coinvolte sia per la sostenibilità dei sistemi sanitari; dal 1996 la realtà italiana ha visto fiorire molteplici forme di associazionismo medico (es. *team*, ambiti, gruppi *audit*, gruppi territoriali omogenei, ecc.), per poi arrivare nel 2000 ad un riordino del fenomeno in termini di forme associative sanitarie (es. medicina in associazione, in rete, in gruppo) e non sanitarie (es. cooperative, fondazioni, società di servizi). A queste si devono poi aggiungere altri modelli multiprofessionali come le *équipe* territoriali, i centri polifunzionali, gli ospedali di comunità. Nell'insieme una «fenomenologia» di associazionismo medico, con notevoli differenze tra finalità (es. assistenziali, di coordinamento, di supporto a singole categorie), criteri di adesione (es. volontaria, per scelta, obbligatoria), strumenti di attivazione (es. atto d'ufficio, statuto notarile, su domanda), natura dei rapporti (es. relazioni monoprofessionali, multiprofessionali, tra medici e Asl), requisiti costitutivi (es. da Convenzione, Codice civile, Delibere aziendali). Le soluzioni adottate presentano anche alcune ambiguità, mescolando modelli sanitari (incentivati economicamente ed in crescendo nel tempo) con modelli amministrativi o giuridici, così come non scontata appare la correlazione tra associazioni di Medicina generale (es. medicina in associazione, in rete e di gruppo), associazioni di cure primarie (es. ospedali di comunità, centro polifunzionale) e associazioni di supporto all'attività professionale (es. cooperative, società di servizi, fondazioni).

Una domanda appare però d'obbligo: *cui prodest* finora l'associazionismo? I pazienti non hanno quasi mai percepito un miglioramento di servizio rispetto al passato (se non nel caso delle cosiddette medicine di gruppo), le Asl hanno potuto beneficiare di economie di relazione con gruppi di professionisti, i medici hanno avuto qualche vantaggio economico condividendo le spese di gestione, ma soprattutto, in alcuni casi, un miglioramento professionale attraverso il confronto con colleghi e nuove modalità di erogazione

del servizio (es. visite su appuntamento, sostituzione tra medici, ambulatori per patologia, ecc.). Le dimensioni del fenomeno sono inoltre parziali: in base ad uno studio 2004 del Ministero della salute, solo il 13% dei Mmg opera in medicina di gruppo, la forma associativa sanitaria più evoluta, assistendo il 14% della popolazione italiana. Tuttavia, la Convenzione del 2005 propone due possibili punti di arrivo: *Équipe* territoriali e Unità territoriali di assistenza primaria (Utap). Le prime implicano una partecipazione collettiva di Mmg a progetti definiti a livello regionale ed aziendale (es. prevenzione, assistenza domiciliare, ecc.) per creare un confronto multiprofessionale (rilanciando quindi un modello funzionale già introdotto nel 2000). Le seconde intendono costituire centri di responsabilità aziendali con sede unica, risorse umane e strumentali, capaci di lavorare per obiettivi ed assicurare «risposte complesse al bisogno di salute» coinvolgendo in modo attivo Mmg, Pls, Infermieri, Mca, Specialisti ambulatoriali, Assistenti sociali, e con tecnologie mediche e diagnostiche di base, punto di primo soccorso, per un bacino minimo di 10.000 assistiti. Ed è proprio alla luce di queste due ultime prospettive che diverse Regioni stanno elaborando modelli associativi complessi (**figura 3**): Nuclei delle cure primarie in Emilia-Romagna, Gruppi delle cure primarie in Lombardia e Piemonte, Unità delle cure primarie in Toscana e Lazio, Utap in Veneto, Unità territoriali integrate di assistenza in Campania, *Équipe* territoriali in Piemonte, Marche, Puglia e Umbria, ed ulteriori forme innovative in grado di gestire servizi esternalizzati dalle Aziende sanitarie (es. continuità assistenziale, assistenza domiciliare e diurna, ecc.) attraverso *network* di società di servizi medici, come in Liguria, o cooperative mediche come in altre realtà italiane. In definitiva, quindi, non solo nomi diversi (segno della *devolution* in atto), ma anche modelli tesi a ricercare un'identità non necessariamente «strutturale», in quanto, a differenza dell'ospedale, occorrono altri «fattori di attrazione» quali, ad esempio, l'integrazione tra cure ambulatoriali e domiciliari, modalità di accesso flessibili e personalizzate, organizzazione a rete dei servizi tra sedi di riferimento ed ambulatori periferici. Dopodiché i modelli si vanno adattando al contesto locale dato che le esigenze di una

Figura 3

Caratteristiche dei modelli organizzativi per le cure primarie in alcune Regioni italiane

Fonte: Tedeschi (2006)

Regioni	Emilia-Romagna	Lazio	Lombardia	Marche	Piemonte	Umbria	Toscana	Veneto
Modelli & anno di attivazione	Ncp (2000)	Ucp (2004) Utap (2006)	Gcp (2005)	Et (2004)	Et (2000) Gcp (2006)	Et (2004)	Ucp (2003) Mac (2006)	Utap (2006)
Professionalità coinvolte	Mmg,Pls, Ip,Professioni sanitarie Distretto, Ass.Soc., terapisti	Mmg	Mmg, Ip, Specialisti ospedalieri, terapisti	Mmg,Pls, Ip, Professioni sanitarie Distretto, Ass.Soc., terapisti	Mmg, Pls, Ip, Mca, Ass.Soc, Operatori socio-sanitari	Mmg,Pls, Mca,Ip, Ass.Soc., Specialisti ambulatoriali e ospedalieri	Mmg, Ip, Mca, + legame con 118	Mmg,Pls, Mca,Ip, Ass.Soc., Specialisti ambulatoriali e ospedalieri
Obiettivi/ funzioni particolari	Erogazione a rete delle cure primarie e dei servizi distrettuali	Protocolli gestione percorso paziente e dimissioni ospedaliere protette	Gestione integrata patologie croniche	Gestione progetti aziendali e continuità assistenziale	Accessibilità a rete di servizi sanitari e continuità delle cure	Gestione cure domiciliari, dimissione protette, continuità assistenziale	Integrazione Mmg con Mca e Pls + interventi primo soccorso	Cure primarie + primo intervento e medicazione
Servizi aggiuntivi (oltre ad assistenza medico-pediatria)	Assistenza domiciliare, ostetrica e pediatrica, farmaceutica e sociale	Attività clinica e domiciliare per malattia influenzale	Continuità assistenziale, prestazioni specialistiche associative, prevenzione, campagne educative	Assistenza domiciliare, ambulatorio per patologia, Prevenzione, Continuità assistenziale	Screening oncologici e percorsi assistenziali, punto unico socio-sanitario	Promozione salute e screening, Percorsi assistenziali, sinergie con 118	Primo soccorso, prenotazioni esami, gestione cronici, prestazioni specialistico-diagnostiche	Specialistica di primo livello, assistenza domiciliare, promozione salute e prevenzione
Peculiarità	In media 8-15 Mmg, 3-4 Pls	Disponibilità a reperibilità telefonica	5 Mmg, 30% tempo c/o sede unica, visite su appuntamento	Attività su appuntamento, gestione assistenza in base a protocolli	Da 10 a 15 Mmg	Gestione integrata con Centri di Salute e protocolli assistenza	Apertura almeno 12h (24h 7x7 a regime)	Accesso su prenotazione h24 e 7 gg. su 7 (min. h12 e sabato mattina)
Bacino utenza (abitanti)	10.000-30.000.	n.a.	Minimo 6000	n.a.	10.000-15.000	10.000-15.000	5.000-50.000	4-8 Utap ogni 100.000
Strumenti	Diagnostico/ terapeutici	-	Specialistica/ screening	-	-	-	-	Diagnostico/ terapeutici
Sede unica	SI (sede di riferimento)	NO	SI	SI	NO per Et, SI per Gcp	NO	SI + altri ambulatori	SI + altri ambulatori
Coordinamento	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Orario di attività	Da 9 a 12 ore diurne	9 ore (Ucp) diurne	8 ore diurne	n.a.	12 ore diurne (fino a 24h)	n.a.	9-12 ore (fino a 24h)	12 ore diurne
Presenza specialisti	SI in ambito SSN	NO	SI	NO	SI in ambito SSN	NO	NO	SI
Finanziamento	Sperimentale	Per attività sorveglianza	Sperimentale	Da accordi Regione/Asl	Partecipazione a progetti & autofinanz.	Da accordi Regione/Asl	Funzionale ad obiettivi	Razionalizzazione sistema
Responsabilità & Strumenti di controllo	SI (referente Ncp)	SI (verifiche su attività)	SI (controlli interni/esterni Asl)	SI (controlli amministrativi)	SI (controlli amministrativi)	SI (riunioni audit)	SI (verifiche su attività)	SI (accordi integrativi locali)
Sistema informativo	SI, progetto Sole	NO	SI, SISS regionale	NO	NO	SI	SI	Cup Aziende Ulss

Legenda:

Mmg = Medico di medicina generale, Pls = Pediatra di libera scelta, Mca = Medico di continuità assistenziale, Ip = Infermiere professionale, Ncp = Nucleo cure primarie, Ucp = Unità cure primarie, Gcp = Gruppo cure primarie, Utap = Unità territoriali di assistenza primaria, Et = Équipe territoriali, Mac = Medicina in associazione complessa

vallata alpina non sono quelle di un centro urbano, né di una realtà rurale o isolana. E l'Italia, si sa, è stretta, lunga, ma soprattutto diversa!

Lo scenario dell'associazionismo medico deve anche recepire un ulteriore spunto dal già citato *New Deal della Salute*, che pone un «grande obiettivo di legislatura», ovvero la Casa della salute, struttura territoriale polivalente orientata a garantire continuità assistenziale, Cure primarie e prevenzione, con particolare attenzione per le malattie croniche. Ogni centro deve garantire l'accesso ai servizi di diversi professionisti (es. medici di famiglia, pediatri, specialisti ambulatoriali, infermieri, terapisti, ecc.), per almeno 12 ore diurne, 7 giorni su 7, ma anche accertamenti diagnostici di base; inoltre è previsto uno staff amministrativo, strumenti clinici condivisi (es. percorsi terapeutici assistenziali) e tecnologie innovative (es. sistemi informativi, teleconsulto, telemedicina). Ciascuna Casa della salute dovrebbe poi essere dimensionata per un bacino tra 5.000 e 20.000 abitanti, con sede unica, sportelli sanitari e sociali. La proposta del Ministro Turco riprende un'idea del 2004 di Spi-Cgil, ma con l'intenzione di svolgere ulteriori esperimenti (come si può evincere dai 10 milioni di euro stanziati dalla Legge Finanziaria 2007), affinché il modello non sia «calato dall'alto». La Casa della salute dovrebbe quindi diventare un punto di riferimento più «sotto casa», alternativo ma complementare al pronto soccorso e alla specialistica di secondo livello, con l'obiettivo di aumentare la qualità del servizio, ridurre le liste di attesa e, possibilmente, conseguire «economie di scopo e di raggio di azione».

A fronte di simili intenzioni è però auspicabile non fermarsi al modello istituzionale (il *contenitore*, la Casa della salute), tralasciando invece alcune questioni di fondo: quali sono i reali *contenuti* assistenziali del nuovo modello (es. la sommatoria di professionalità e prestazioni già presenti sul territorio oppure anche funzioni trasferibili da Distretti, Dipartimenti, Presidi ospedalieri, ecc.)? Con quali logiche guidare lo sviluppo organizzativo (es. sede unica sostitutiva di ambulatori esistenti oppure reti di cure primarie con sedi centrali e poli periferici)? Quali standard strutturali, di attività e servizio devono essere garantiti? Quale posizionamento per la Casa della salute nel sistema aziendale (es. centro

di responsabilità, fornitore di cure a contratto con l'Asl, o ancora forma integrata tra Comuni e Asl)? Come armonizzare un minimo i contratti di lavoro tra personale dipendente e convenzionato? Come conseguire una cultura del risultato (es. responsabilità di presidio, regolamenti organizzativi, ecc.)? Quali strategie per affrontare gli investimenti iniziali (es. risorse aggiuntive del Ssn, o più realisticamente, trasferimenti ad «iso-risorse», recupero di strutture dismesse)? Quali problematiche giuridico-fiscali occorre dirimere (es. personalità giuridica di struttura o meno, grado di autonomia professionale, modalità di raccordo con associazionismo medico, ecc.)? Quali strumenti operativi attivare (es. sistemi informativi e *reporting*, gestione del personale, *general management* di strutture e servizi, controllo di gestione, *marketing* sociale)?

Gli argomenti richiamati presuppongono scelte ed indicazioni di carattere organizzativo e gestionale; inoltre, siccome confrontando Utap e Case delle salute è possibile cogliere solo alcune differenze minime, cresce l'attesa nei confronti dei decisori politici nazionali e regionali affinché si passi dal dibattito sulla «modellistica istituzionale» a delle regole forti e chiare di *governance* professionale (cfr. paragrafo precedente), a delle sperimentazioni organizzative su larga scala, a degli investimenti economico-finanziari tangibili, di modo che i modelli annunciati possano essere conseguiti e valutati. Sarebbe inoltre riduttivo concepire la Casa della salute solo come l'alternativa al Pronto soccorso o al Centro specialistico; essa deve potersi legittimare anche con un'offerta di servizi alla persona (es. *mix* tra accessi liberi e su appuntamento, continuità assistenziale e di primo soccorso, infermieristica, riabilitativa, pediatrica, esami di laboratorio e diagnostici di base, servizi per patologia, specialistica ambulatoriale, dimissioni protette da strutture ospedaliere, servizi socio-sanitari domiciliari, medicina di iniziativa, promozione della salute, programmi di prevenzione, ecc.).

A fronte dell'*excursus* sull'evoluzione dell'associazionismo medico e, con riferimento anche all'esperienza dei Gruppi delle cure primarie lombardi descritti nel seguito, può essere utile infine considerare alcuni riferimenti concettuali. I possibili criteri di coordinamento nelle Cure primarie possono,

infatti, derivare dai due classici paradigmi del mercato e della gerarchia, ai quali si è aggiunta più di recente la rete. Pur trattandosi di archetipi ideali, nel mercato il mezzo di coordinamento per eccellenza è dato dal prezzo, che si suppone incorpori tutte le informazioni necessarie per instaurare una relazione negoziale. Nella gerarchia, il coordinamento è invece garantito da relazioni di subordinazione tra diversi attori. Nella rete, infine, il coordinamento è raggiunto attraverso l'interazione tra attori indipendenti, i quali condividono in modo autonomo e volontario la suddivisione di compiti ed attività. Simili precisazioni possono apparire teoriche o scontate, ma in realtà consentono di evidenziare come, non potendo sviluppare Utap, Casa della salute o altro ancora, sulla base di rapporti di mercato o gerarchici (a meno di non modificare l'inquadramento giuridico delle categorie professionali), occorra trovare altri paradigmi organizzativi, come ad esempio la rete, ovvero una forma di coordinamento fondata sulla fiducia professionale tra Mmg, Pls, Mca, Infermieri, Specialisti territoriali, Terapisti, ecc. A giudizio di chi scrive, però, nelle Cure primarie, non è sufficiente evocare ed emanare l'organizzazione a rete per legge o contratto; è invece necessario poter sperimentare le dinamiche del lavoro in rete (ricorrendo anche a metodologie di analisi e valutazione del funzionamento delle reti professionali, come la *social network analysis*⁴).

Il concetto di reti di Cure primarie, per la tutela della salute, mutuato dall'espressione internazionale *Primary Care Networks*, ruota attorno all'idea di combinare competenze, risorse, modelli organizzativi e strumenti di gestione di servizi di diagnosi, trattamento, riabilitazione e prevenzione al di fuori di un contesto ospedaliero. A differenza del modello gerarchico burocratico in auge negli anni '70, nonché del paradigma del mercato introdotto in sanità negli anni '80 e '90 (prova ne è il fatto che in Inghilterra si sta attualmente assistendo a tentativi di privatizzare⁵ e rendere «contendibili» le Cure primarie), la rete può consentire benefici diversi cogliendo fabbisogni contingenti di coordinamento tra potenziali partner, condividendo informazioni disperse e localizzate, limitando i costi di relazione tramite fiducia professionale.

In quest'ottica il tema delle reti è affrontato negli studi organizzativi, ove sono concepite come relazioni di coordinamento sulla base di interdipendenze alternative al mercato ed alla gerarchia (Thompson *et al.*, 1991); negli studi economici, dove la riduzione dei costi di transazione giustifica la rete quale processo produttivo più efficiente rispetto a grandi organizzazioni integrate verticalmente o orizzontalmente (Williamson, 1975); in scienze politiche, per cui l'espansione della *governance* a rete rappresenta una risposta delle Istituzioni all'aumento di complessità ed insolubilità dei problemi (Kickert *et al.*, 1997); ed in sociologia, dove si suggerisce che la diffusione delle moderne tecnologie sta favorendo l'emergere di una società a rete con relazioni virtuali aggiuntive o sostitutive tra le istituzioni sociali (Castells, 2000). Simili riferimenti consentono alcune considerazioni: sebbene il caso italiano sia caratterizzato da una certa rigidità nell'offerta di cure primarie, lo sviluppo organizzativo dell'associazionismo medico potrebbe trarre spunto dalle logiche a rete proprio per la presenza di molteplici determinanti favorevoli a meccanismi di coordinamento destrutturati (es. invecchiamento, territorio eterogeneo, rapporti tra domanda ed offerta di prestazioni disomogenei, ricerca di soluzioni con una buona correlazione di costo-efficacia, accessibilità, presa in carico, ecc.).

4. Il contesto e le politiche per le Cure primarie in Regione Lombardia

La riforma del Titolo V della Costituzione, di fatto, ha segnato la fine di un lungo processo di «regionalizzazione della sanità»⁶ che in Regione Lombardia fa riferimento ad una complessiva riforma della Pubblica amministrazione (PA), impostata perseguendo un cambiamento radicale nei rapporti tra la stessa PA e la società civile⁷.

I principi della riforma sanitaria lombarda possono essere ricondotti, essenzialmente ai seguenti:

- libera scelta del «provider» di cure da parte del cittadino, senza vincoli di programmazione;
- separazione tra i soggetti erogatori di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e i soggetti garanti della salute

(Asl) nonché acquirenti di prestazioni per i propri cittadini residenti;

– piena parità di diritti e di doveri tra soggetti erogatori accreditati di diritto pubblico e di diritto privato;

– aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie pubbliche per il recupero di efficienza.

Tuttavia, in ragione di mutamenti nelle strategie di sanità pubblica comuni ad altri sistemi sanitari e regioni italiane, la politica sanitaria lombarda ha anche orientato le Aziende sanitarie a privilegiare gli interventi territoriali e domiciliari proprio per garantire un'assistenza continuativa e programmata, migliorando la personalizzazione della stessa e l'appropriatezza delle attività di ricovero, rendendo gli ospedali sempre più (e solo) un luogo in cui erogare cure intensive e prestazioni di alta complessità.

Ciò che segue rappresenta dunque una disamina del processo di innovazione organizzativa nelle Cure primarie lombarde a partire dalla politica regionale, alla progettazione delle sperimentazioni organizzative, all'analisi di competenze necessarie ed ostacoli a livello aziendale, alla descrizione delle prime esperienze concrete, alle prime valutazioni e spunti per ulteriori progettazioni.

4.1. Dalla riforma del sistema alle scelte per lo sviluppo delle Cure primarie

La riforma sanitaria lombarda fin dal suo inizio ha manifestato la chiara prospettiva di incrementare l'orientamento territoriale delle Asl, da cui derivano importanti conseguenze nell'ambito delle Cure primarie: perseguendo un loro sviluppo, da un lato si ricolloca potenzialmente il paziente al centro dei processi di assistenza e cura, e dall'altro si ribadisce il ruolo del Mmg come principale interlocutore personale del paziente e primo regolatore dell'appropriatezza. È altresì noto che tale politica comporta l'esigenza di sviluppare anche concettualmente i contenuti da ascrivere alle conoscenze, alle competenze, alle esperienze e, non ultime, alle necessità della Medicina generale. In modo molto sintetico, anche in Lombardia si riconosce che gli obiettivi della Medicina generale si situano all'interno di un sistema sanitario in relazione dinamica, mantenendo

alcune competenze precipue che garantiscono un approccio centrato sulla persona e non sulla patologia, selezionando in via preventiva problemi specifici da trattare, eventualmente, ad un livello più specialistico (cure secondarie e terziarie).

Un riscontro di tale politica sanitaria regionale può essere individuato nelle modalità di finanziamento del sistema, di cui in Lombardia⁸ sono molto significativi i dati di allocazione della spesa sanitaria degli ultimi anni. Tuttavia, nonostante un forte cambiamento nella disponibilità di risorse finanziarie, solo di recente si è cominciato ad assistere ad un timido tentativo di cambiamento nei criteri gestionali delle Cure primarie. La politica sanitaria della Regione Lombardia, pur rifacendosi a documenti della comunità scientifica⁹ e pur espressa da indirizzi normativi e da documenti formali, non è riuscita a far evolvere la gestione e l'organizzazione delle cure primarie (come della più ampia sfera dei servizi territoriali) da un livello ancora incentrato su regole stabilite negli anni '70.

Le Cure primarie sono infatti rimaste per lo più impermeabili al cambiamento malgrado un contesto istituzionale più favorevole, a meno di non entrare in una valutazione di ordine culturale. Infatti, la Medicina generale ha sempre sostenuto una propria prerogativa nell'approccio olistico alla persona, nella garanzia di una continuità assistenziale nel tempo e nella promozione della salute del singolo e della sua famiglia. In quest'accezione, il Medico di medicina generale ha mantenuto un ruolo (per definizione) critico per l'intero sistema sanitario, soprattutto in un tempo in cui il rapporto tra il costo delle cure ed il beneficio di salute che ne deriva è duramente messo in discussione. Tale concezione, tuttavia, non è riuscita a svilupparsi come indicato da diversi lavori a riguardo, che individuano in una Medicina generale ben organizzata la base per un sistema sanitario più efficiente¹⁰.

Il principale ostacolo al cambiamento, fino ai recenti tentativi di sperimentazione, è proprio consistito nell'incapacità di passare da un concetto di *Medicina generale* ad uno più ampio di *organizzazione di Medicina generale*, all'interno della quale, di fatto, si introduce la necessità di accettare che non solo esistono diversi modi di erogare Cure pri-

marie, ma anche che vi sono diversi profili professionali in grado di fornirle ai pazienti. Inoltre, la definizione di competenze costitutive della Medicina generale rappresenta la possibilità stessa di sviluppare le Cure primarie quali ambito, contesto in cui più professionisti, magari integrati nei loro processi lavorativi, si interfacciano e si fanno carico dei bisogni del paziente all'interno della sua abituale comunità di vita.

Avendo presente la necessità di questa trasformazione logica, in Lombardia si è deciso di sperimentare un cambiamento organizzativo, caratterizzato sia dallo sviluppo dell'integrazione tra diversi percorsi assistenziali, sia dall'introduzione di nuovi modelli organizzativi e gestionali. In questa direzione, il Piano socio sanitario per il triennio 2002-2004 ha aperto lo spazio per la costituzione di Gruppi di cure primarie (Gpc), che rappresentano un primo passo nella prospettiva indicata: «*il Gruppo di cure primarie imperniato sui Mmg/Pls, sui medici di continuità assistenziale in collaborazione con le altre professioni, sperimenterà la presa in carico delle problematiche di salute della popolazione che fa riferimento ai singoli Mmg/Pls: tali problematiche, oltre alle attuali funzioni di diagnosi, terapia ed assistenza, potranno, a puro titolo esemplificativo, comprendere anche l'espletamento delle funzioni di prevenzione, la attivazione e la gestione di protocolli di cura integrati per le patologie croniche, il coordinamento ed il management del Gpc, il necessario raccordo con il Distretto*»¹¹.

Il modello organizzativo delle Cure primarie viene dunque assunto come un indirizzo strategico che impegna la Regione su più versanti, e cioè: assicurare il governo dell'innovazione, favorire la creazione di reti tra Mmg/Pls, definire percorsi di accreditamento per erogatori di Cure primarie, formare il Mmg/Pls coerentemente al nuovo contesto organizzativo e lavorativo.

In Lombardia viene così impostata una programmazione all'interno della quale, a fronte dell'impegno della Regione a perseguire gli indirizzi prescelti, deve corrispondere quello dei Mmg che, nel cogliere le nuove opportunità offerte, devono rivedere la loro funzione e la loro professionalità. Le attese verso lo scenario desiderato, cioè lo sviluppo delle Cure primarie, dovrebbero

pertanto concretizzarsi in alcuni significativi risultati di sistema:

1) permettere una rilettura di percorsi e procedure a partire dal bisogno complessivo dei cittadini, anche attraverso una funzione di «regia della rete di offerta» che, nel contesto sanitario lombardo, individuava nell'Asl il soggetto istituzionale preposto;

2) individuare un ambito puntuale all'interno del più ampio sistema sanitario, dove meglio identificare, cogliere ed analizzare la domanda sanitaria partendo dal suo unico portatore: il cittadino.

Tale opzione programmatica, comunque, non nasconde l'interesse verso lo sviluppo delle Cure primarie anche per una convenienza legata alla sostenibilità del sistema, secondo i valori ed i principi che lo regolano. Questo obiettivo non poteva che essere assunto dal management aziendale, chiamato a sviluppare le Cure primarie per coniugare le esigenze di integrazione tra i vari punti della rete, di coordinamento degli interventi in ambito sanitario, sociosanitario e assistenziale, di raggiungimento degli obiettivi di politica sanitaria senza farne pagare il prezzo al cittadino¹². La Regione Lombardia, in tale prospettiva, si è ritagliata il ruolo di ultimo regolatore del sistema¹³, quale livello istituzionale in grado di assorbire l'esigenza di equilibrio tra le forze centrifughe e centripete che stanno caratterizzando il processo di cambiamento attivato.

Si sono così venute a creare le condizioni per una fase di sperimentazione attiva, senza *input* dirigistici, ma con un forte richiamo a porre attenzione, laddove esistono le condizioni, per iniziative di sviluppo delle Cure primarie. Il tutto accompagnato da un certo realismo, consci del fatto che progetto e azione non rappresentano due fasi sequenziali, bensì momenti di interscambio continui, per cui ogni azione non può non avere un progetto all'origine, così come tutta la progettazione non può non partire dalla considerazione di quanto già in atto. Il periodo coperto dal Pssr 2002-2004, quindi, ha visto il fiorire di una notevole attività di progettazione, sia in sede regionale che in alcune sedi locali, generando, in questo modo, la maturazione per le sperimentazioni che si sono successivamente avviate su base locale.

4.2. La progettazione delle sperimentazioni di Gruppi delle cure primarie

La programmazione regionale ha generato le premesse per sperimentazioni organizzative a livello di Cure primarie, dando luogo anche a documenti di studio e progetto a carattere regionale in cui vengono evidenziate le caratteristiche ricercate. Tra queste, in via prioritaria, sono descritti alcuni fondamentali obiettivi, quali:

- l'individuazione dei modelli più efficaci per la riorganizzazione del settore con particolare riguardo sia all'appropriatezza dei servizi da mantenere a livello di Cure primarie che al grado di integrazione con altri livelli del sistema;
- la sperimentazione, a livello di uno o più distretti del/dei modello/i individuato/i, tenendo in grande considerazione criteri e indicatori legati alla fattibilità, all'analisi costi/benefici, e alla possibilità di estensione della stessa sperimentazione all'intero territorio regionale.

Fin dall'inizio, inoltre, si è posto il tema dell'arco temporale delle sperimentazioni, proprio perché il problema di fondo rimane la prospettiva di lungo periodo per il settore delle cure primarie in Lombardia, verificando la volontà politica di riorganizzarle in modo da renderne più efficace l'azione all'interno del Sistema sanitario regionale, tenendo ferme nel contempo le caratteristiche che hanno incontrato il favore della popolazione assistita (capillarità, accessibilità, umanizzazione, ecc.). Disegnare una prospettiva di lungo periodo, quindi, richiede la definizione di alcune condizioni imprescindibili:

- disponibilità di risorse economiche ed organizzative;
- effettiva realizzazione di un contratto regionale per il settore, anche significativamente differente dal quadro di riferimento nazionale;
- elaborazione di un testo legge che permetta un diverso quadro di riferimento per l'associazionismo medico.

Il successo della sperimentazione dipende dalla rapidità di svolgimento unitamente alla concretezza dei risultati, tali da permettere

alla Regione una serena valutazione circa la praticabilità delle soluzioni individuate, unitamente alla dimensione economica di una loro eventuale applicazione su tutto il proprio territorio. In questa prospettiva, la ricerca di scopi e metodi sperimentali ha individuato ulteriori obiettivi da perseguire nei singoli ambiti progettuali, e cioè:

- identificazione di modelli organizzativi in grado di assicurare continuità, integrazione ed efficacia degli interventi a livello di Cure primarie;
- definizione di un sistema incentivante la qualità e l'efficacia delle cure a livello di Cure primarie;
- valutazione delle necessità di un supporto da parte di strutture a bassa intensità assistenziale alla attività del Medico di medicina generale;
- sperimentazione di supporti di telemedicina e valutare l'impatto del loro utilizzo;
- definizione delle necessità di integrazione del Siss¹⁴ per supportare il cambiamento organizzativo.

Con elementi di indirizzo e la definizione di un set di riferimenti progettuali, la Regione ha quindi definito le premesse affinché si possa procedere, su base di libere iniziative locali, alla sperimentazione di Gruppi di cure primarie.

5. Strumenti e competenze aziendali per lo sviluppo della medicina convenzionata

Nel contesto del sistema sanitario della Lombardia e, soprattutto, nella prospettiva di sviluppo delle Cure primarie descritta, le Asl ricoprono un ruolo fondamentale e insostituibile nella creazione di un sistema sanitario a rete e nella costruzione di una innovativa funzione di governo della stessa. Ne consegue la necessità di rimuovere alcuni ostacoli, sostanzialmente di due ordini:

- ostacoli normativi, prodotti soprattutto da strumenti contrattuali non adeguati alla complessità rilevata e alle necessità di flessibilità richieste in forma e quantità diverse a seconda dei contesti in cui tale processo si sviluppa;
- ostacoli manageriali, rilevabili in una cultura manageriale ancora debole nella clas-

se dirigente pubblica e nella scarsa abitudine e propensione allo sviluppo di strumenti gestionali a supporto del cambiamento¹⁵.

L'esperienza lombarda evidenzia non solo l'emergere di questi ostacoli nell'implementazione dei progetti sperimentali di avvio e sviluppo dei Gruppi di cure primarie, ma suggerisce anche quali strumenti e quali competenze debbano essere attivati per poter superare tali ostacoli.

5.1. Ostacoli normativi

Il quadro normativo, sia a livello nazionale che regionale, nel corso degli anni ha disegnato percorsi che spostano la Medicina generale dall'esprimersi in una forma facente capo al singolo medico fino allo svilupparsi in un'organizzazione sanitaria in cui siano compresenti diverse figure professionali.

Tale assunto vale sia per le convenzioni nazionali per la Medicina generale e la Pediatria di libera scelta sia, in Lombardia, per gli accordi regionali ed il Pssr 2002-2004 che ne hanno attuato i dettati, cercando di mantenere fermo il principio secondo il quale *«il cittadino al centro del sistema socio sanitario e il superamento della logica dell'intervento rivolto alla risoluzione del singolo episodio clinico a favore di un approccio integrato finalizzato a una gestione globale della salute del cittadino richiedono un modello di cure che faccia corrispondere continuità e variabilità di bisogni del paziente con la continuità e la variabilità della risposta assistenziale del sistema»*¹⁶.

Questa nuova prospettiva ha richiesto un cambiamento che realizzasse l'integrazione organizzativa dei percorsi assistenziali intraospedalieri ed extraospedalieri e la formulazione di profili di cura imperniati sul potenziamento delle Cure primarie, sia dal punto di vista del soggetto delle cure (patologie croniche), sia dal punto di vista delle modalità di interlocuzione e di governo dei casi (assistenza a domicilio). Apprendo, quindi, una riflessione sui volumi appropriati di alcune prestazioni sanitarie, alle Cure primarie (purché sufficientemente organizzate) viene affidato il ruolo di decidere, assorbire, e «orientare» l'offerta sanitaria, in quanto luogo dove nasce e si rileva il bisogno. In estrema sintesi, si prospetta il passaggio dalla «re-

sidenzialità» alla «territorialità» delle cure¹⁷. Per il Mmg questo passaggio ha comportato e comporta tuttora una rivisitazione del rapporto fiduciario con l'assistito; più quest'ultimo è fidelizzato (in base alla competenza, capacità di indirizzo e offerta di servizi del medico), più è disposto a seguirne il consiglio. Diversamente, l'ambito delle Cure primarie viene letteralmente «by-passato» dalla libera scelta del cittadino, che si fidelizza al medico specialista piuttosto che alla stessa struttura erogatrice.

L'introduzione di nuove forme organizzative nella Medicina generale comporta poi un rischio di burocratizzazione e istituzionalizzazione che è ovviamente da evitare. Questo rischio è, soprattutto, evidente in ogni tentativo di risolvere il problema legislativo legato alla regolamentazione giuridica delle associazioni professionali. Infatti, i Gpc non sono soggetti giuridici e ogni rapporto, soprattutto di ordine economico, si esaurisce tra Asl, singolo medico e suoi assistiti. La necessità di acquisire una personalità giuridica, quindi, dovrebbe trovare un presupposto nel contesto civilistico e non più nella convenzione nazionale. L'esperienza dei Gpc, inoltre, mette in crisi l'attuale assetto istituzionale del Servizio sanitario nazionale, in quanto richiede la definizione di contesti diversi e diversificati, in cui le Cure primarie possano prevedere la presenza di erogatori diversi. Tale definizione non deve essere troppo rigida, ovviamente, così come è richiesto nella progettazione di sistemi a rete, in cui ruoli e confini non possono essere puntualmente identificati. Certo è che, in attesa di una chiarificazione sugli assetti organizzativi e giuridici dei Gpc, si apre uno spazio di lavoro significativo che va riempito sul versante culturale e professionale. In questa direzione possono essere progettati percorsi per ottenere il raggiungimento di alcuni obiettivi quali:

- analisi e definizione di ruoli e responsabilità necessarie all'interno dei Gpc;
- definizione di tipologie alternative e livelli di accreditamento su cui orientare la regolazione legislativa;
- individuazione delle competenze dei diversi professionisti e del Gpc, con la conseguente progettazione degli interventi formativi richiesti.

In estrema sintesi, parallelamente ad un quadro normativo che modifica il sistema, lo scenario, altrettanto deve avvenire per un corrispondente quadro normativo che permetta:

- lo «smarcamento» delle strutture dei Gpc dalle norme di accreditamento per erogatori di prestazioni sanitarie, individuando, fatte salve le norme relative alla sicurezza dei pazienti, un percorso di accreditamento diverso che riconosca le specificità organizzative e professionali di questo ambito di cura;

- la distinzione ed il trattamento fiscale di attività e pagamenti (es. prestazioni specialistiche erogate presso sedi di Gpc o remotamente – es. refertazione ecg, *fundus oculi*, ecc.);

- l'inquadramento diverso della remunerazione dei servizi resi e delle prestazioni erogate dai Gpc, nel senso di riferimenti economici al di fuori del sistema tariffario previsto per gli erogatori accreditati nell'ambito delle cure secondarie (su tutte, le prestazioni specialistiche, sia ambulatoriali che ospedaliere).

Si può intuire, di conseguenza, il limite rappresentato dall'attuale convenzione per la Medicina generale e la Pediatria di libera scelta, che non può in alcun modo, su scala nazionale (!), recepire una tale differenziazione di forme e modalità di intervento, di rapporto «contrattuale» e di obiettivi e percorsi di cura.

5.2. Ostacoli manageriali

Gli ostacoli di natura manageriale riguardano sia il management aziendale in senso stretto che il management professionale (ovvero l'attività di gestione di una forma organizzativa complessa, come i Gpc, da parte dei Mmg coinvolti).

Riguardo alla prima tipologia di ostacoli, va sottolineato come la logica dei rapporti interistituzionali normalmente si ripercuota anche sui rapporti interorganizzativi e interprofessionali. In questo senso, il passaggio da una logica di *government*, dove i processi decisionali si fondano su poteri formali, con criteri e standard predefiniti in modo più o meno rigido, ad una logica di *governance*,

dove i criteri e le regole sono tutte da decidere e i diversi interessi vanno contemperati al fine di ottenere condivisione e consenso, non è esperienza solo nel processo devolutivo di poteri dallo Stato alle comunità locali, ma anche una nuova concezione di lavoro nei rapporti all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Il criterio dominante, che informa tutti i processi di cambiamento, diviene quindi la «flessibilità». Un criterio che dovrebbe trovare maggiore spazio tra manager e professionisti, sia nei loro rapporti con l'azienda che nei rapporti tra di essi, proprio per poter meglio «gestire» i nuovi bisogni nell'ambito delle Cure primarie. L'evoluzione dei rapporti tra Mmg e aziende sanitarie è naturale conseguenza della necessità di rileggere il servizio sanitario secondo un modello di salute a partire dal quale vanno fatte serie riflessioni in ordine ad almeno tre elementi:

- il rapporto (o i confini) tra Cure primarie e cure specialistiche;

- il ruolo dei professionisti nei processi di erogazione e nel governo dei servizi alla persona;

- le modalità di relazione e di integrazione tra i diversi livelli di cura.

Si tratta di problematiche serie, complesse, alle quali non si riesce a dare risposte condivise nemmeno nell'ambito della ricerca scientifica. Il management aziendale, quindi, oltre a non avere punti di riferimento stabili nel sistema delle conoscenze e a dover esplorare nuovi percorsi senza esperienze solide cui confrontarsi, deve anche fare i conti con una scarsa attenzione volta non solo al processo selettivo (all'interno del quale si dovrebbero individuare manager con profili «adeguati») ma anche, e soprattutto, ai processi formativi e valutativi. Ne consegue non solo la mancanza di una classe dirigente «attrezzata» per gestire tali processi, ma addirittura l'impossibilità di prevedere, nel breve periodo, una sua «introduzione».

Per quanto riguarda gli ostacoli che attonano al *management professionale*, si ritiene che il Gruppo di cure primarie (Gpc) rappresenti la forma di un'ulteriore evoluzione della struttura organizzativa associata (forma, allo stato attuale, sperimentale), che possiede le caratteristiche per promuovere la Medicina

generale verso un forte ruolo di gestione dei processi clinico/assistenziali dei cittadini. Ci si sposta, quindi, da un ruolo ricondotto al solo «filtro» della domanda (*gate-keeper*) ad un ruolo di gestione del singolo caso e dei processi assistenziali (*case management e disease management*).

I Gpc della Lombardia (esperienza assimilabile ad altre iniziative extraregionali) rappresentano una medicina di gruppo che offre prestazioni integrate e che sperimenta un modello innovativo di organizzazione strutturale, funzionale, e professionale basato su una medicina di iniziativa: agli obiettivi generali di rinforzare la centralità dell'assistito del Medico di medicina generale e del territorio, si aggiungono obiettivi più specifici legati alla gestione dei percorsi di cura e alla maggiore presa in carico di pazienti cronici (diabetici, ipertesi) da parte del Mmg, così come la promozione dell'appropriatezza delle cure in ambito farmaceutico, specialistico e di ricovero¹⁸. Nel passaggio dal Mmg singolo, alle forme associative previste dalla Convenzione nazionale, alla costituzione di un Gruppo di cure primarie si ritiene, naturalmente, che nei confronti del cittadino, parametri quali la facilità di accesso, lo sgravio burocratico, la semplificazione procedurale e la risposta a bisogni sociosanitari complessi migliorino.

I Gpc, nella loro formulazione, vengono naturalmente progettati in modo da ottenere alcuni vantaggi «di sistema» (ricchezza e qualità dei contenuti assistenziali; collaborazione con l'Asl nel governo clinico della domanda; definizione di sistemi di *reporting* bidirezionale, in grado di integrare processi di programmazione e controllo; integrazione di lavoro con altri professionisti; crescita professionale; ecc.) a cui siano anche associabili vantaggi sia per i professionisti (nei rapporti con l'Asl e nella valorizzazione economica del proprio lavoro), sia per le aziende (nella negoziazione, nel perseguimento della strategia aziendale, nella capacità di costruire previsioni di bilancio). Ma l'organizzazione delle Cure primarie richiede competenze manageriali soprattutto riguardo al rapporto che si instaura tra le diverse figure professionali all'interno del Gpc. Questo vale nel rapporto tra Mmg e specialista, ma vale soprattutto nel rapporto tra Mmg e infermiere, in quanto questa figura può diventare un fattore

di integrazione professionale e organizzativa di grande spessore e di grande sinergia.

Come accade in ogni processo di profonda innovazione, l'introduzione di una forma organizzata della Medicina generale si presta ad andare incontro ad una serie di criticità, e non solo sul versante più strettamente culturale o professionale. In via generale, le criticità sono sintetizzabili in termini di eccessiva differenziazione (o specializzazione) dei compiti e delle professionalità da integrare, cioè di ordini e regole organizzative che rischiano di compromettere il raggiungimento degli obiettivi di efficacia. Il rapporto delicato tra differenziazione e integrazione accompagna sempre i processi di crescita organizzativa e richiede una attenta capacità di mantenere in equilibrio queste due esigenze apparentemente contrapposte.

In questo processo di «acculturamento», anche di competenze manageriali, quindi, la Regione e le Asl all'interno delle quali si stanno sviluppando tali esperienze, dovrebbe svolgere un forte ruolo di sostegno ai singoli Gpc, utilizzando in modo sensibile e diversificato la stessa leva dell'incentivazione economica.

6. Esperienze aziendali di Gruppi di cure primarie e prime valutazioni

Come già evidenziato in precedenza, l'associazionismo medico è stato attivato per diverse finalità¹⁹:

- facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta;
- garantire un più elevato livello qualitativo ed una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori per patologia;
- incrementare e qualificare gli standard strutturali, strumentali e organizzativi dell'attività professionale;
- condividere ed implementare linee guida diagnostico-terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza.

In Regione Lombardia, all'interno degli accordi regionali per la Medicina generale, si è deciso di incentivare la costituzione di Gruppi di cure primarie in qualità di unità elementare di offerta integrata di competenze mediche, infermieristiche e specialistiche

di primo livello. Di conseguenza, la realtà della Medicina generale presenta ancora sia singoli medici di famiglia (responsabili dell'assistenza di base al paziente e del coordinamento dei professionisti di livello superiore, nonché dell'attivazione dell'Assistenza domiciliare integrata concordando con l'Asl il piano di assistenza), sia diverse forme associative (medicina in associazione, medicina in rete, medicina di gruppo).

All'interno di tale quadro normativo, avente valenza generale, si sono sviluppate le esperienze di Gruppi di cure primarie indagate nel seguito.

6.1. Caratteristiche dei Gruppi delle cure primarie sperimentali

Pur essendo state avviate in precedenza esperienze dall'Asl di Lecco e di Cremona (progettazione e svolgimento) e dall'Asl di Pavia (progettazione ed avvio), la Regione Lombardia ha adottato il quadro di riferimento per la progettazione e la sperimentazione di Gruppi di cure primarie all'inizio dell'esercizio 2005²⁰. Alle prime esperienze si aggiungono poi successivamente quelle delle Asl di Milano 1 (Legnano) e di Milano 3 (Monza), definendo un quadro sostanzioso e ricco di elementi da poter osservare e valutare.

Innanzitutto è opportuno recuperare alcuni elementi, molto semplici e di carattere generale, per poter descrivere e confrontare sinteticamente le esperienze, e cioè:

- anno di avvio;
- numero di Gruppi di cure primarie avviati inizialmente e aggiunti successivamente;
- numero complessivo di pazienti assistiti;
- ulteriori servizi/prestazioni erogati/offerti e da chi vengono erogati/offerti;
- caratteristiche strutturali;
- tipologia del contratto (per esempio: incentivi per paziente, per prestazioni, o per pacchetti di cura).

Nella **figura 4** sono sinteticamente riportate le caratteristiche delle cinque Asl oggetto di analisi.

Alcune precisazioni possono poi aiutare ad interpretare in modo più esaustivo i casi aziendali riportati in tabella. In primo luogo i Gpc delle Asl di Lecco, Legnano e Pavia so-

no entrati a far parte di un progetto regionale sull'associazionismo evoluto e integrato, unitamente alle Asl di Bergamo e Sondrio. Questo porterebbe a pensare che le esperienze iniziali non siano state sufficientemente valutate ai fini di un loro consolidamento, dando adito all'idea di un continuo fiorire di nuove sperimentazioni senza che i casi precedenti vengano concettualizzati e modellizzati. La stessa esperienza dell'Asl di Monza, infatti, non ha ancora sviluppato la formula vera e propria dei Gpc, ma ha organicamente coinvolto Mmg in associazione, in rete, in gruppo come in *team* funzionali in processi di erogazione di prestazioni sanitarie, anche specialistiche, in ambito primario. In modo del tutto differente, l'Asl di Cremona ha utilizzato i Gpc anche per percorsi terapeutici destinati ad altri pazienti, non in loro carico, ma comunque residenti nel distretto (il che rende ragione dell'elevato numero di assistiti).

In secondo luogo, vale la pena sottolineare le diverse forme di incentivazione utilizzate dalle Asl e «accettate» dai diversi Gpc, a riprova che esiste una disponibilità diffusa da parte dei Mmg non solo a definire obiettivi monetari variabili, quali la riduzione in percentuale per mancata erogazione di prestazioni facenti parte del pacchetto previsto (Asl di Legnano), ma anche a negoziare incentivi che non siano di ordine economico (Asl di Monza e di Pavia).

In ogni caso, piuttosto che dalla descrizione, seppur sintetica, le considerazioni vanno fatte in sede di sintesi e di valutazione.

6.2. Prime sintesi e valutazioni dei Gruppi delle cure primarie in Lombardia

Le Asl individuate, di fatto, hanno elaborato progetti orientati allo sviluppo delle cure primarie, anche se ognuna ha denominato il proprio obiettivo con caratterizzazioni diverse. Chi ha centrato l'attenzione sul governo clinico, chi sullo sviluppo organizzativo della Medicina generale, chi sulla migliore gestione dei pazienti cronici, chi sull'integrazione tra ospedale e territorio, chi con più di un obiettivo tra quelli citati.

Le sperimentazioni attuate dalle 5 Asl, infatti, hanno avuto tempi di inizio, sviluppo e valutazione diversi: dall'esperienza di Lecco, la prima ad elaborare ed attuare un pro-

Figura 4
Caratteristiche delle esperienze di Gruppi di cure primarie in Lombardia

	Anno di avvio	N. di Gcp avviati inizialmente	N. di Gcp aggiunti in seguito	N. Mmg coinvolti	Totale pazienti assistiti	Ulteriori servizi/prestazioni erogati/offerti	Caratteristiche strutturali	Tipologia remunerazione
Cremona	2002	5 Altro: medicina in rete e team funzionale	-	41	92.650	- Tao - Adi con gestione diretta di personale infermieristico - Holter pressorio - Spirometria	- 5 Gcp con sede unica - altre forme in sedi comuni all'interno di reti di professionisti	- Pagamento a prestazione - Fornitura di materiali di consumo - Incentivi per Adi
Lecce	2001	2	1	30	40.000	- Cure domiciliari - Diabete - Front office (pratiche amministrative accesso servizi Asl e pratiche per conto Asl)	- Centro di erogazione cure primarie - Sede comune e medicina in rete	- Pagamento a prestazione - Riconoscimento forfetario per gestione progetto
Legnano	2002	8	7 (in corso di sperimentazione)	41	55.800	- Governo paziente - TAO - Bpco - Diabete - Iperensione	- Sede unica polifunzionale	- Pacchetto di cura - Compenso differenziato in proporzione alle prestazioni erogate
Monza	2005	Non ancora Gcp 13 [forme diverse di organizzazione]	-	95	129.000	- Prestazioni diagnostiche di primo livello - Attività specialistica di primo livello	- Centro di erogazione cure primarie - Sede comune e medicina in rete	- Pagamento a prestazione - Budget per volumi di attività predefiniti - Incentivi non monetari da Asl a supporto dell'organizzazione dei gruppi
Pavia	2004	3	8	61	56.000	- Diabete - Iperensione - Ambulatorio infermieristico gratuito - Front office per Asl (piani terapeutici per concessione di presidi per diabetici, accesso ai voucher Adi, esenzione ticket) - Prestazioni diagnostiche di primo livello - Attività specialistica di primo livello	- Sede unica polifunzionale - Prevista sede centrale di riferimento con ambulatori periferici collegati in rete	Per ogni medico (2006) quote di incentivi monetari per: - (fatturati) rimborso strumentazione - rimborso maggior onere personale di segreteria - raggiungimento del 1° obiettivo [inserimento nei PDT di almeno 60% dei pz. diabetici e 40% dei pz. ipertesi] - raggiungimento del 2° obiettivo [variabile per Gcp] Inoltre [variabile per Gcp]: - incentivi non monetari da Asl

getto di sviluppo delle cure primarie (anno 2000) fino all'esperienza di Monza, che ha iniziato la sua sperimentazione nel corso del 2005, abbiamo naturalmente la possibilità di esprimere valutazioni con diversi gradi di solidità.

Malgrado lo scopo del presente lavoro non sia quello di entrare nel merito di una valutazione delle singole esperienze o di un'analisi comparativa (peraltro non possibile a causa delle diverse impostazioni sperimentali), in tutti i progetti è comunque possibile cogliere alcune tendenze comuni:

- i pazienti dei Medici di medicina generale coinvolti nei progetti hanno espresso da un lato una percezione positiva del cambiamento attuato nell'organizzare i servizi a loro favore, dall'altro un livello di soddisfazione molto elevato;

- il livello di soddisfazione dei Medici di medicina generale che sono stati coinvolti nei progetti è molto elevato, non solo in termini professionali, ma anche (paradossalmente) per la diminuzione del carico burocratico realizzato;

- i Medici di medicina generale hanno dimostrato la capacità non solo di definire obiettivi e impegni relativi al governo dei percorsi dei loro assistiti, ma anche (e soprattutto) di attuare nel tempo piani di lavoro in grado di far rispettare gli impegni presi;

- la Medicina generale, rimanendo ferma nell'ambito delle Cure primarie, è in grado di erogare prestazioni diagnostiche funzionali al governo clinico di percorsi diagnostico terapeutici condivisi con gli specialisti;

- i Medici delle cure primarie sono in grado, in modo efficiente ed efficace, di integrare la loro attività con quella di altre professioni (*in primis*: infermieri e medici specialisti siano essi ambulatoriali o ospedalieri).

Altri spunti dalle esperienze aziendali possono poi essere colti ragionando in termini di appropriatezza clinica, organizzativa ed economica dei servizi resi.

L'appropriatezza in termini clinici va commisurata ai contenuti assistenziali delle attività svolte dai Gruppi di cure primarie. In ogni esperienza si è infatti posto il problema di capire se quanto si andava sviluppando rappresentava la creazione di nuove forme assistenziali che sostituivano percorsi esistenti o

se, al contrario, si assisteva ad un ulteriore e addizionale forma di servizio per attività già svolte (e che avrebbero continuato ad essere svolte) in altri punti di erogazione del servizio sanitario locale. Non solo, l'esperienza di un nuovo modello di svolgimento di attività in ambito di Cure primarie non doveva configurarsi come la sommatoria di professionalità diverse e prestazioni di vario genere, ma aveva l'obiettivo di rimodulare e trasferire risorse e competenze tra unità operative, ristretti, dipartimenti.

L'appropriatezza in termini organizzativi è stata affrontata prendendo in considerazione i risultati attesi dal punto di vista delle strutture in cui si sarebbero svolte le attività, la disponibilità e l'utilizzo di strumentazione diagnostica, l'integrazione con altre figure professionali. Innanzitutto il problema della sede in cui svolgere le attività, in cui l'opzione tra un unico luogo o più luoghi collegati in cui esercitare le attività del Gruppo ha orientato scelte differenti tra le varie esperienze. Altrettanto fondamentali le questioni relative agli strumenti di lavoro, non solo dal punto di vista dei sistemi informativi (il «discorso-informatica» è certamente l'argomento più dibattuto) ma anche dal punto di vista degli strumenti di gestione del personale o di programmazione e controllo. Dal lato organizzativo, infine, si è posto il tema di quale tipo di coordinamento dovesse attuarsi non solo tra le diverse figure professionali, ma anche, e soprattutto, tra le diverse strutture organizzative del variegato sistema di offerta dei servizi sanitari.

L'appropriatezza in termini economici, infine, vuole indagare l'impatto economico che i progetti hanno avuto sul sistema di offerta del territorio Asl di riferimento, per il quale la disponibilità di solidi e testati dati di consumo delle prestazioni diviene condizione indispensabile. I Gruppi di cure primarie, come tutte le forme di associazionismo medico, dovrebbero produrre economie:

- di produzione, riducendo le spese per affitti;

- assistenziali; attraverso l'utilizzo comune di fattori di produzione;

- di rappresentatività, soprattutto nel c.d. rapporto con il medico specialista;

– di significatività, aumentando la massa critica dei dati a fini statistici ed epidemiologici.

La valutazione e la misurazione di tali fattori economici va tenuta in considerazione, soprattutto perché per il futuro non si può prospettare, date le risorse disponibili, la sola leva dell'incentivazione monetaria per sviluppare l'associazionismo medico. Inoltre, non si può ovviamente limitare la valutazione alla sola spesa corrente, tra l'altro di scarsa utilità se effettuata all'interno di un arco temporale limitato. L'aspetto di maggiore impatto nel breve periodo, quindi, riguarda sicuramente gli investimenti da svolgere in ordine alle sedi in cui si attuano le attività dei Gruppi, soprattutto nella prospettiva di esercitare tutte le attività in un'unica sede cui si richiedono requisiti strutturali e organizzativi quali quelli previsti per i poliambulatori specialistici²¹.

Ulteriori valutazioni richiederebbe l'uso di indicatori di performance confrontabili per poter argomentare sui punti di forza e debolezza delle esperienze, sugli *output* e *outcome* di salute, sullo stadio di evoluzione delle sperimentazioni rispetto agli obiettivi ricercati. Non essendo però questo l'obiettivo del presente lavoro, si preferisce invece sottolineare alcuni tratti comuni delle esperienze descritte, ovvero il tentativo di applicare una metodologia di progettazione, realizzazione e poi valutazione di modelli e risultati, in modo da poter dare continuità alle esperienze in corso.

Secondo questo punto di vista vanno certamente definite alcune fasi di processo fondamentali, passando attraverso la negoziazione con i Gruppi di cure primarie per ridefinire gli impegni reciproci e suggerire prospettive di cambiamento anche per le altre le forme associative dei Mmg.

All'interno delle regole di sistema definite dalla Regione Lombardia, si devono porre obiettivi puntuali di consolidamento delle esperienze. Per questo è necessario:

– effettuare una valutazione puntuale dei riflessi economici sul sistema di offerta delle nuove modalità organizzative, mettendo a confronto il livello quali-quantitativo dell'offerta con la sostenibilità economica del modello;

– definire in modo puntuale i requisiti (strutturali, organizzativi e professionali) necessari delle nuove forme organizzative affinché garantiscano i risultati attesi, sia in termini di qualità sia intermini di volumi di attività offerte;

– riconoscere formalmente e comunicare pubblicamente il lavoro svolto dai Gruppi di cure primarie così come l'investimento delle aziende per sviluppare forme più adeguate di assistenza e cura per i propri cittadini;

– diffondere le esperienze fatte e indicare quali possano essere le opportunità di sviluppo delle cure primarie con gli attori del sistema e i portatori di interesse.

Lo scenario futuro, di conseguenza, dipende molto dalle scelte del legislatore in ordine al ruolo degli attori istituzionali ed allo sviluppo reale ed efficace dell'aziendalizzazione in ambito sanitario. E, potrebbe sembrare paradossale, il Legislatore regionale, principalmente, deve capire e decidere in modo puntuale il proprio ruolo, sciogliendo la riserva tra due principali e inconciliabili opzioni:

– essere pienamente e unicamente «regolatore» del sistema sanitario regionale;

– mantenere un ruolo di direzione (diretta o indiretta che sia) delle Asl, cui il quadro normativo della sanità in Lombardia assegna la funzione di governo del sistema sanitario locale svolgendo principalmente funzioni di programmazione, acquisto e controllo di prestazioni e servizi sanitari erogati dai diversi attori della rete di offerta sociosanitaria.

7. Considerazioni conclusive: dalla riscoperta delle Cure primarie ad una responsabilità sociale condivisa a livello aziendale

Se già la medicina viene spesso definita come un'arte più che una scienza, anche lo sviluppo organizzativo della sanità territoriale richiede particolare sensibilità alla natura professionale delle attività, dovendo bilanciare orientamento al paziente con contributo al funzionamento dell'azienda sanitaria (aspetti peraltro evidenziati dall'esperienza lombarda dei Gpc). Il tema rischia di essere inquinato anche dal continuo dibattito a livello di «massimi sistemi»: occorre trasformare

i medici territoriali in dipendenti pubblici o soggetti privati accreditati? Devono poter fare carriera esautorando la dirigenza pubblica nella gestione interna delle Asl? Devono controllare o meno una futuribile Unità organizzativa delle cure primarie a livello di Ministero della salute? Devono essere loro ad occuparsi dell'insegnamento nella specializzazione in Medicina generale (così come in altri Paesi, sulla base però di riconoscimenti da parte della comunità scientifica, e non per motivi di *status* o rivendicativi)? Questioni evidentemente rilevanti, ma che potrebbero sviare l'attenzione dalle condizioni necessarie per un reale ammodernamento delle Cure primarie.

Interessante è al proposito l'iniziativa del gennaio 2007 di un cosiddetto tavolo per la «rifondazione della Medicina generale», con la partecipazione delle principali organizzazioni sindacali e società scientifiche del settore, allo scopo di formulare proposte tese ad «evitare la progressiva emarginazione professionale ed economica della Medicina generale italiana». Oggetto della discussione sono stati i compiti, le funzioni del medico, ma anche la struttura del compenso ed il modello lavorativo. Un confronto quindi più propizio e realista, salvo evitare di concludere che eventuali organizzazioni territoriali a rete siano imponibili (anche a se stessi) senza testarne configurazione e gradimento o, peggio ancora, ipotizzando cambiamenti per legge (es. obbligo di integrazione tra Mmg e Mca, pena l'abbassamento del massimale di pazienti). Da un lato infatti il territorio è svantaggiato rispetto all'ospedale dall'opacità informativa su attività e costi (a meno di non riuscire a dimostrare un valore aggiunto sostitutivo delle cure primarie), dall'altra le soluzioni organizzative attuali risultano ancora instabili oscillando tra modelli basati sull'integrazione strutturale (es. Gpc con sede presso un centro polifunzionale), professionale (es. Gpc con sede presso una medicina di gruppo preesistente) o ancora strumentale (es. Gpc privo di sede, ma realizzato funzionalmente sulla base di protocolli di cura).

Il *gap* conoscitivo e di misurabilità della sanità territoriale richiede infatti uno sforzo a livello di sistemi informativi e metodo di lavoro per dimostrare che le cure primarie possono essere anche in un buon rapporto

di costo-efficacia per il sistema aziendale e, quindi, meritevoli di investimenti generati dai differenziali tra costi sorgenti (es. sedi per Gpc, Casa della salute, Utap) e costi cessanti (es. riduzione della variabilità nelle prescrizioni e nel consumo di risorse, ottimizzazioni nell'erogazione di prestazioni). In sostanza l'obiettivo rimane poter aggiungere alle caratteristiche di equità ed accessibilità, anche quelle di efficienza ed efficacia; i pazienti attuali hanno bisogno, come prima, di medici curanti, in grado però di aggiungere al tradizionale rapporto personale altre competenze e capacità operative per fornire servizi utili, alternativi, integrabili all'occorrenza con l'ospedale. Da questo punto di vista la leva economica sui ricavi e/o i costi della Medicina generale è importante per orientare maggiormente i medici rispetto ai bisogni dei pazienti ed ai vincoli del sistema sanitario, mentre può essere distorto qualora venga vissuta come uno strumento di conservazione della specie o di rivendicazione di ruolo. Per tali e altre ragioni in diversi Paesi si sta cercando di varcare una soglia decisiva, ovvero valorizzare il Mmg da «*gate-keeper*» a «*care coordinator*», dove nel secondo caso il medico è parte del sistema non per una variazione di *status* giuridico, bensì per un ridisegno dei processi di lavoro, di interazione con gli altri livelli di cura, di retribuzione per risultati e non solo per posizione. Ancora Borgonovi (2004) ribadisce come l'interesse particolare della categoria debba inserirsi nella prospettiva di un interesse comune, che si aspetta dalla Medicina generale l'inquadramento dei problemi di salute, un confronto continuativo, l'integrazione con il sistema socio-sanitario. Il futuro dei Mmg non è semplice; esso è probabilmente connesso ad un sapiente equilibrio tra rapporti personali con i pazienti, continuità delle risposte assistenziali, standard qualitativi elevati.

Le cure primarie possono quindi giocare un ruolo centrale nella misura in cui venga precisata l'identità professionale ed assistenziale delle categorie coinvolte. La questione non è solo organizzativa, in quanto si tratta di transitare da un'autoreferenzialità diffusa (a volte mascherata anche dietro al rapporto di fiducia con il paziente), ad un vantaggio competitivo professionale derivante da economie di relazione fiduciaria tra professioni-

sti e di servizio nei confronti dei pazienti. I medici devono sentirsi responsabili sui consumi dei propri assistiti (malgrado l'arma a doppio taglio della libertà di scelta del cittadino), ma devono anche poter partecipare al processo di allocazione delle risorse ed essere garantiti sugli investimenti strutturali. L'idea di creare un «*patient-led NHS*²²», per citare un riferimento inglese, richiede infatti ruoli, responsabilità e risorse dedicate. Siccome inoltre aziende sanitarie e professionisti non sono tutti uguali, l'innovazione può anche comportare nel breve periodo l'accettazione di «discontinuità organizzative», nel senso che, ad esempio, i pazienti di un Gruppo delle cure primarie è probabile che abbiano un servizio migliore e più orientato alle loro esigenze rispetto a cittadini seguiti da altri medici che, già solo nell'ambito della stessa Asl, non partecipano alla sperimentazione. In altri termini, visto che si conosce nel bene e nel male il livello di servizio delle Cure primarie attuali e dei suoi continui micro-aggiustamenti, per poter ambire ad altri esiti occorre provare soluzioni differenti, altrimenti si continuerà a registrare i risultati positivi e negativi di sempre (il che equivale a suscitare un bisogno di cui l'opinione pubblica non ha ancora sufficiente percezione, e quindi magari lasciato volutamente fuori dal dibattito, ma che in realtà potrebbe generare notevoli benefici). Tuttavia, non è neanche possibile continuare a trascurare alcuni segnali: ad esempio, uno studio internazionale intitolato *Chronic disease: an economic perspective* (Suhrcke *et al.*, 2006), sottolinea come i costi della cronicità siano sottostimati, in quanto non si può più limitare la malattia cronica solo ad un fenomeno di affluenza circoscritto all'anzianità, quando invece i costi sanitari e sociali (dovuti anche alla comorbilità tra diverse patologie) sono tali da costituire un rischio crescente di impoverimento per le famiglie o di disavanzo finanziario dei sistemi sanitari.

Sebbene vi sia una riscoperta delle Cure primarie, rimane però il problema di vincere l'inerzia al cambiamento; uno studio transnazionale su un campione di 16 Paesi in 5 Continenti ha rivelato come, le politiche manageriali in grado di affrontare la resistenza professionale all'innovazione nelle Cure primarie, abbiano quattro caratteristiche: coinvolgimento delle comunità locali e par-

tecipazione dei pazienti, percorsi formativi interprofessionali e meccanismi di rappresentanza equilibrati, sistemi di finanziamento e valutazione multidimensionali, integrazione con le risorse sociali delle comunità locali (Meads *et al.*, 2006). Un altro contributo (Gérvás, Fernández, 2006) sottolinea invece come la forza delle Cure primarie di un Paese dipenda, non dalla natura degli attori coinvolti, ma dall'equilibrio tra poteri di amministratori (es. Asl), assicuratori (es. Ssr) e professionisti (es. Mmg). Siccome lo *status* delle Cure primarie è più forte in alcuni Paesi europei che in altri, gli Autori si chiedono se l'innovazione organizzativa sia sempre una minaccia, specialmente laddove esiste un circuito negativo tra bassa stima sociale, scarsa formazione ed autostima professionale, guadagni ristagnanti, ricerca insufficiente, concorrenza impari da parte della medicina ospedaliera. D'altro lato, nei Paesi con Cure primarie più forti e strutturate, si percepisce come la funzione di *gate-keeper* sia considerata insufficiente e formale, non consentendo un'interazione interprofessionale soddisfacente, da cui nasce la spinta a creare reti interorganizzative. Ed è quindi nei sistemi sanitari con Cure primarie più deboli che il sistema pubblico può innescare circuiti positivi legando l'autonomia professionale dei medici a condizioni organizzative, economiche, decisionali in grado di creare relazioni «win-win» per gli attori coinvolti (Mmg e specialisti). Infatti, se professionisti del territorio, amministratori, decisori politici e pazienti non si riconoscono in quella che si potrebbe definire una responsabilità sociale condivisa, ovvero un uso e consumo delle risorse trasparente e razionale, sarà sempre difficile per il medico poter dire di no alle richieste del paziente, per le aziende assicurare standard di qualità e governo della spesa, per i pazienti avere un accesso garantito a prestazioni anche in presenza di un bisogno riconosciuto.

Le strade per lo sviluppo organizzativo del territorio possono poi variare, a condizione di rendersi conto che nella realtà odierna per fare un buon ospedale, non si può più fare a meno di un buon territorio, pur rimanendo il ragionevole dubbio se un modello di Cure primarie organizzate sia in grado di erogare prestazioni migliori rispetto a singoli Mmg. Quest'ultimo dilemma è però risolvibile

capovolgendo i termini del ragionamento: affinché la qualità professionale di singoli Mmg sia migliore di quella di un modello organizzato, occorre che tutti i professionisti lavorino secondo i migliori standard clinici e con uguali comportamenti professionali, cosa che un'organizzazione strutturata (anche a rete) e corredata da strumenti informatici, clinici e manageriali ha più probabilità di conseguire, a condizione di volerla attivare. In questa prospettiva esistono però alcuni rischi evolutivi: mentre l'attività professionale dei Mmg si fonda sul rapporto di fiducia con gli assistiti, una professione organizzata in modelli strutturati implica anche un riconoscimento giuridico e fiscale di natura imprenditoriale? Al riguardo può essere utile ricordare quanto già successo con i laboratori di analisi, nati come servizio specialistico del medico-patologo convenzionato fino a diventare attività d'impresa, in particolare dopo il passaggio al regime di accreditamento. La «modalità di esercizio» della professione in modelli organizzati è quindi centrale anche nelle Cure primarie, visto che potrebbe portare a considerare «impresa» l'attività economico-professionale effettivamente esercitata, indipendentemente dalla sua forma giuridica (es. lavoro autonomo, dipendente, societario), dando luogo ad esempio a contratti d'opera stipulati da soggetti diversi con il professionista titolare (Barcellona 2004). Guardando poi anche all'esperienza di altri Paesi (es. la distinzione tra i contratti di *general medical services* e *professional medical services* dei *general practitioner* inglesi), diviene ancor più cruciale sviluppare una visione comune tra professionisti ed aziende sanitarie, per evitare conflittualità sindacali e giudiziarie tra l'attuale modello convenzionale della Medicina generale ed un futuro modello con servizi parzialmente indipendenti dal soggetto che li effettua (si pensi a Mca che fanno visite a domicilio a pazienti di un Mmg per conto ed in nome suo), e perciò più consoni a formule imprenditoriali. Occorre appunto una responsabilità sociale aziendale per evitare o gestire lo spazio che si potrebbe creare tra titolarità e prestazione dell'attività, pena il rischio di ingressi di altri soggetti economici interessati alla proprietà e gestione dei modelli organizzativi (es. Comuni, attori *for-profit* or *not-for-profit*). Su questa lunghez-

za d'onda è interessante notare come, ad esempio, la sperimentazione dei Gpc presso l'Asl di Pavia ha evidenziato la necessità di differenziare il modello organizzativo a rete, in quanto Gpc operanti in zone rurali necessitano di refertazione a distanza, mentre quelli in prossimità di ospedali preferiscono un rapporto diretto con gli specialisti. Questo porta finalmente a ragionare sull'articolazione dell'offerta (quali prestazioni, dove), le modalità di accesso (sedi centrali ed ambulatori periferici), le responsabilità su attività e consumi sanitari, i criteri di monitoraggio e valutazione, ovvero questioni di management da affiancare ad un esercizio moderno della clinica sul territorio.

Note

1. In genere distinguibili in: Servizi sanitari nazionali (es. Italia), Sistemi mutualistici (es. Francia), Sistemi assicurativi (es. USA).
2. Solo a titolo di esempio: *Primary care trusts* in Gran Bretagna, *Cabinets de groupe* e *Réseaux de soins* in Francia, *Medical groups & Independent Practice Associations* negli Stati Uniti, *Centros de atención primaria* in Spagna, *Chains of care* in Svezia, *Transmural care* in Olanda, *Organizzazioni di tutela della salute* in Svizzera, *Centres locaux de soins communautaires* in Canada.
3. A titolo di esempio, la disomogeneità di orari di lavoro e soprattutto l'assenza di strumenti di coordinamento tra Medici di medicina generale, Medici di continuità assistenziale, Infermieri professionali distrettuali, finisce per tradursi, anche involontariamente, in un'assistenza per «compartimenti stagni», salvo molteplici progetti e sperimentazioni di questi ultimi anni tesi a superare una simile lacuna assistenziale.
4. Per approfondimenti: Fattore G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano; D'Alessio R. (2000), *La network analysis in economia aziendale - problemi di metodo e campi di applicazione*, Giappichelli Editore, Torino.
5. Si veda ad esempio: Pollock A., Price D. (2006), «Privatising primary care», *British Journal of General Practice*, August.
6. La riforma del Titolo V della Costituzione Repubblicana ha chiuso un periodo di vent'anni di riforme (iniziato con la Legge 833/78, istitutiva del Ssn, e intervallato con i decreti legislativi 502/98, 517/93 e 229/99) per aprirne uno nuovo, secondo un'impostazione che ha «stravolto» il quadro legislativo. Infatti, sebbene la tutela della salute venga inserita tra le materie di legislazione concorrente, è chiaro che:
 - è competenza legislativa piena delle Regioni tutto ciò che non è espressamente riservato allo Stato;
 - spetta al legislatore statale la sola determinazione dei «principi fondamentali», mentre tutto il resto della legislazione è affidato alle Regioni;

- il livello della competenza comunale viene confinato in una molto generica «funzione amministrativa».
- Quanto sopra fa riflettere sulla necessità di rivisitare tutta la legislazione in materia sanitaria affinché la gerarchia delle norme sia mantenuta e non si ingeneri una confusione legislativa che minerebbe l'assetto istituzionale dello Stato e l'equilibrio tra i diversi organi in cui è articolato.
- Si veda, a tale proposito, B. Caravita (2004), «Riflessione sul mondo della sanità tra riforme e istanze di autonomia», *Federalismi.it*, Rivista telematica.
7. Si veda, a tale proposito, M. Careri, R. Cattaneo (1999), *Cambiare la pubblica amministrazione: l'esperienza della Regione Lombardia*, Laterza, Bari.
 8. A fronte di un crescita del Fondo sanitario regionale del 37,6%, tra il 1998 e il 2002, la spesa per ricoveri è aumentata del 16,2%, la spesa per attività ambulatoriale del 36,1%, la spesa per farmaci in convenzione di oltre il 70% e la spesa per le attività sociosanitarie integrate del 33,2%. L'allocazione della spesa degli oltre 15 miliardi di euro per l'esercizio 2006, inoltre, estrapolata la quota (1.218 milioni) per le attività socio-sanitarie, ha finanziato l'assistenza collettiva al 5% (670 milioni), l'assistenza distrettuale al 51% (6.834 milioni) e l'assistenza ospedaliera al 44% (5.896 milioni).
 9. Una buona sintesi di tale letteratura è contenuta in Il Sole 24 Ore Sanità, *La definizione europea di medicina generale e medicina di famiglia*, ottobre 2003.
 10. Ad esempio, nel suo lavoro, Gay (1995) individua 10 principi ascritti alla medicina generale: (1) approccio centrato sul paziente; (2) orientamento al contesto della famiglia e della comunità; (3) attività determinate dai bisogni e dalle richieste del paziente; (4) problemi di salute non selezionati né complessi; (5) bassa incidenza di malattie gravi; (6) malattie allo stadio iniziale; (7) gestione contemporanea di più disturbi e più patologie; (8) continuità della gestione; (9) coordinamento delle cure e, appunto, (10) efficienza.
 11. DCR Regione Lombardia, 13 marzo 2002, n. VII/462, *Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004*.
 12. La progettazione di un buon sistema di cure primarie rappresenta uno spazio di azione enorme, quindi, non solo per i medici di famiglia, ma anche (e, forse, soprattutto) per lo stesso management pubblico, chiamato a governare aziende incapaci di soddisfare la domanda con le risorse disponibili. Di fronte alla crisi finanziaria delle amministrazioni pubbliche, il management pubblico è chiamato a ricercare un equilibrio tra domanda e offerta di servizi pubblici, e lo può fare solo attraverso una maggiore economicità delle aziende sanitarie. Si veda, a questo proposito, A. Zangrandi (2003), *Management pubblico e crisi finanziaria*, Egea, Milano.
 13. A questo proposito, si richiama un passaggio significativo all'interno del Pssr 2002-2004 della Regione Lombardia: «... è necessario «ripensare» il ruolo regionale all'interno del sistema di welfare anche al fine di evitare il rischio di sostituire al centralismo del governo nazionale quello del governo regionale. In quest'ottica, la Regione ... reputa opportuno rafforzare da un lato il ruolo di governo del sistema attraverso più puntuali e condivise norme di programmazione, indirizzo e controllo e, dall'altro, potenziare il ruolo autonomo e le responsabilità gestionali delle Aziende Sanitarie pubbliche».
 14. Siss sta per sistema informativo socio-sanitario della Regione Lombardia (www.crs.lombardia.it).
 15. Molto interessante, per aprire il fronte della riflessione su questi temi e della necessità di investire sul management pubblico, il contributo di M.H. Moore (2003), *La creazione di valore pubblico: la gestione strategica nella pubblica amministrazione*, Guerini & Associati, Milano.
 16. DCR Regione Lombardia, 13 marzo 2002, n. VII/462, *Il Piano Socio Sanitario 2002-2004*.
 17. A titolo di esempio, si ricorda la Del. G.R. Regione Lombardia n. 7/9379 del 14 giugno 2002, «*Conclusione della sperimentazione del buono socio-sanitario 2001 a favore degli anziani non autosufficienti assistiti in famiglia e attivazione nelle ASL delle province di Lecco e di Milano 3 del voucher socio-sanitario lombardo*», che sancisce, di fatto, un passaggio culturalmente epocale. In sostanza, con questa delibera, per quanto riguarda l'assistenza domiciliare integrata, si passa da una modalità di erogazione del servizio c.d. «programmatoria», dove l'istituzione determina il bisogno del cittadino, ne definisce i servizi di cui necessita e li eroga direttamente o tramite terzi (appalti/convenzioni); ad una modalità c.d. «sussidiaria», in cui si fornisce al cittadino (una volta che si è determinato il bisogno) un «titolo d'acquisto» che egli può utilizzare presso una pluralità di fornitori.
 18. «*I Gcp, quindi, cercano di superare i limiti delle strutture associative semplici che sono sintetizzabili nei seguenti fattori:*
 - scarso impulso all'implementazione dei contenuti assistenziali;
 - maggiore accento agli aspetti di incentivazione economica rispetto a quelli di gestione;
 - scarsa attenzione alla reportistica, vissuta più come controllo burocratico che come strumento gestionale;
 - eccessivo spazio occupato dal livello specialistico nell'ambito del processo di cura.» Del Missier (2004).
 19. Si veda in proposito l'articolo 40 del DPR n. 270/2000.
 20. Del. G.R. Regione Lombardia, 7 febbraio 2005, n. VII/20467, Progetto quadro per la sperimentazione di un modello organizzativo-gestionale per i Gruppi di cure primarie (Gcp) in associazionismo evoluto ed integrato in attuazione del Pssr 2002-2004.
 21. A questo proposito, si ritiene indispensabile la valutazione sull'attuale patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie, spesso utilizzato male e tutt'altro che valorizzato. Una destinazione di quote di tale patrimonio per l'esercizio delle cure primarie potrebbe rappresentare la possibilità di superare questo ostacolo rispettando pienamente l'origine e il senso dell'utilizzo del patrimonio pubblico per finalità di interesse collettivo e generale.
 22. Department of Health (2005), *Creating a Patient-led NHS - Delivering the NHS Improvement Plan*.

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

- ATUN R. (2004), *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- BARCELLONA G. (2004), «Le unità territoriale di assistenza primaria: quale configurabilità giuridica», *Sanità pubblica e privata*, 10, pp. 979-988.
- BOERMA W.G.W. (2003), *Profiles of general practice in Europe - an international study of variation in the tasks of general practitioners*, Nivel.
- BORGONOV E. (2004), «Il ritorno al futuro: il ruolo del medico di medicina generale», *Mecosan*, Editoriale, 51, pp. 2-5.
- CASTELLS M. (2000), «Materials for an exploratory theory of network society», *British Journal of Sociology*, vol. 51, 1, pp. 502-520.
- DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA, 28 luglio 2000, n. 270, «Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale», *Gazzetta Ufficiale*, 2 ottobre 2000.
- DEL MISSIER S. (2004), «L'evoluzione delle cure primarie in Regione Lombardia», *Mecosan*, 50.
- DEL. G.R. REGIONE LOMBARDIA, 13 marzo 2002, n. VII/462, Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004.
- DEL. G.R. REGIONE LOMBARDIA, 14 giugno 2002, n. VII/9379, Conclusione della sperimentazione del buono socio-sanitario 2001 a favore degli anziani non autosufficienti assistiti in famiglia e attivazione nelle ASL delle province di Lecco e di Milano 3 del voucher socio-sanitario lombardo.
- DEL. G.R. REGIONE LOMBARDIA, 28 novembre 2003, n. VII/15324, Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2004.
- DEL. G.R. REGIONE LOMBARDIA, 28 novembre 2003, n. VII/15325, Definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali per l'anno 2004, nonché delle modalità di verifica del loro raggiungimento.
- DIPARTIMENTO QUALITÀ DEL MINISTERO DELLA SALUTE, (2004), Ricognizione ed analisi di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di cure primarie - Analisi nazionale.
- DOCTEUR H., OXLEY H. (2003), «Health-care systems: lessons from the reform experience», *Oecd/Ocse health working papers*, Paris.
- GAY B. (1995), «What are the basic principles to define general practice», Meeting of European society of General Practice/Family Medicine, Strasburgo.
- GÉRVAS J., FERNÁNDEZ M. (2006), «Western European best practice in primary healthcare», *European Journal of General Practice*, 12, pp. 30-33.
- HELLER L., TEDESCHI P. (2003), «Scelte regionali per il governo della medicina generale», in E. Anessi Pesina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- HELLER L., TEDESCHI P. (2004), «Scelte regionali per il governo della medicina generale», in E. Anessi Pesina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano.
- IL SOLE 24 ORE SANITÀ, (2003), «La definizione europea di medicina generale e medicina di famiglia».
- KICKERT W.J.M., KLIJN E.H., KOPPENJAN J.F.M. (1997), *Managing complex networks: strategies for the public sector*, (eds.), Sage publications, London.
- LETTERA CIRCOLARE DELLA DIREZIONE GENERALE SANITÀ REGIONE LOMBARDIA, 17 aprile 2004, prot. H1.2003.0023536, «Il sistema di programmazione e controllo delle cure primarie ed il governo della domanda nelle Aziende Sanitarie Locali della Lombardia» (L. reg. 31/97, art. 12).
- LONGO F. (2006), «Decentramento, dinamiche finanziarie regionali, assetti distrettuali», *Quaderni Card 6, Iniziative sanitarie*, Roma.
- MACINKO J., STARFIELD B., SHI L. (2003), «The contribution on primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998», *Health Services Research*, 38, 3, pp. 831-865.
- MEADS G., WILD A., GRIFFITHS F., IWAMI M., MORRE P. (2006), «The management of new primary care organisations: an international perspective», *Health Service Management Research*, 19, pp. 166-173.
- PERRONE M., TURNO R. (2006), «Una legge per i medici di famiglia», *IlSole24ore Sanità*, 17-23 ottobre 2006, pp. 29-30.
- PIETTE J., HEISLER M., KREIN S., KERR A. (2005), «The role of patient-physician trust in moderating medication non-adherence due pressure», *Archives of Internal Medicine*, 165, pp. 1749-1755.
- SALTMAN R.B., RICO A., BOERMA W. (2006), *Primary care in the driver's SEAT? Organizational reform in European primary care* (edited), European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press.
- SUHRCKE M., NUGENT R., STUCKLER D., ROCCO L. (2006), *Chronic disease: an economic perspective*, Oxford Health Alliance, London.
- TEDESCHI P. (2006), «Non facciamo una casbah della salute», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 38.
- TEDESCHI P., TOZZI V. (a cura di) (2005), *Il governo della domanda*, McGraw-Hill, Milano.
- THOMPSON G., FRANCES J., LEVACIC R., MITCHELL J. (1991), *Market, hierarchies and networks: the coordination of social life*, (eds.), Sage publications, London.
- WILLIAMSON O.E. (1975), *Market and Hierarchies*, Free Press, New York.

Le terapie espressive e il trattamento dei disturbi mentali e psichici: un'indagine qualitativa presso alcuni servizi lombardi

EMILIO TANZI

What is art-therapy? What are the methods with which these techniques are used for the treatment of specific illnesses? Which are the factors (inside and outside the health organization) that have favored the introduction of arts in the treatment process? These are some questions faced in this article, the result of a qualitative research activity carried out in some Lombardia's psychiatric services.

Note sull'autore

Emilio Tanzi, è assistente SDA Bocconi, ricercatore dell'Area servizi sociali e socio-sanitari presso il CER GAS Bocconi (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) e dottore di ricerca in Economia delle aziende e amministrazioni pubbliche - emilio.tanzi@unibocconi.it

1. Introduzione

Il presente lavoro si inserisce all'interno di una più ampia attività di ricerca che – iniziata con l'analisi delle medicine e terapie non convenzionali¹ – si è posta l'obiettivo di osservare e descrivere come alcune tecniche non sanitarie sono attualmente utilizzate per il trattamento e la cura di particolari patologie. Oggetto di questo studio è la diffusione delle arti in ambito sanitario, ossia le modalità d'impiego di tutte quelle tecniche comunemente conosciute come «terapie espressive» o «arti-terapie».

Il punto di osservazione adottato non è quello clinico, ma quello manageriale e pertanto le domande a cui si è cercato di dare una risposta sono state essenzialmente le seguenti:

- quali fattori (interni ed esterni all'azienda) hanno favorito l'introduzione delle arti nei servizi erogati dall'azienda?
- queste tecniche artistiche hanno un ruolo ludico-ricreativo o sono utilizzate come vere e proprie terapie?
- quali aspetti caratterizzano i maestri d'arte e che tipo di rapporto si è instaurato tra questi professionisti e l'azienda?
- quali strumenti sono stati utilizzati per favorire l'integrazione tra i maestri d'arte e gli altri professionisti?
- quali sono stati i punti di forza e di debolezza emersi dall'utilizzo di queste tecniche?

Per quanto riguarda l'ambito di indagine, lo stesso è stato circoscritto a due aree d'interesse:

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Aspetti definitivi ed elementi caratterizzanti le terapie espressive
3. La questione irrisolta della figura professionale
4. Contenuti e risultati della ricerca
5. Conclusioni

– dal punto di vista sanitario, ci si è concentrati sull'utilizzo delle terapie espressive per il trattamento dei disturbi mentali. Infatti, l'ambito psichiatrico è quello che storicamente ha visto le prime applicazioni delle arti per il trattamento dei pazienti e – per tanto – è un'area di bisogno nella quale si sono sperimentati da più tempo differenti e consolidati modelli d'intervento;

– dal punto di vista territoriale si è privilegiato il contesto lombardo in quanto – analizzando i dati quantitativi dei servizi preposti al trattamento dei disturbi mentali – la Regione Lombardia presenta un peso percentuale significativo rispetto ai valori nazionali, sia per quanto riguarda le unità organizzative, che per quanto riguarda i posti letto disponibili².

L'individuazione dei casi è avvenuta per auto-candidatura. Nel mese di febbraio 2006 è stata inviata ai dirigenti dei 29 DSM lombardi una lettera nella quale si sono presentate le finalità dell'indagine e si richiedeva la disponibilità a concedere dati e informazioni sull'argomento³. A seguito di questa comunicazione, 8 strutture hanno risposto positivamente alla nostra richiesta e – tra i mesi di marzo e giugno – sono state realizzate le interviste. Le realtà aziendali che hanno aderito all'attività di ricerca sono:

- l'Azienda ospedaliera C. Poma di Mantova;
- l'Azienda ospedaliera di Melegnano;
- l'Azienda ospedaliera di Treviglio;
- l'Azienda ospedaliera G. Salvini di Gargagnate Milanese;
- l'Azienda ospedaliera Maggiore di Crema;
- l'Azienda ospedaliera Niguarda di Milano;
- l'Azienda ospedaliera San Carlo Borromeo di Milano;
- l'Azienda ospedaliera San Gerardo di Monza.

In aggiunta a questi casi, sono stati coinvolti nelle interviste alcuni rappresentanti degli operatori del settore:

- il responsabile del Centro di formazione «Arte terapeuti associati - ARTEA» di Mi-

lano e membro dell'APIArT (Associazione professionale italiana arte terapeuti);

- il responsabile del Centro di formazione «La linea dell'arco» di Lecco e membro del CONFIAM (Confederazione italiana associazioni di musicoterapia).

La ricerca è stata strutturata in due parti. Nella prima parte si fornisce una sintetica descrizione delle arti-terapie, soffermandosi sugli aspetti definitivi di queste particolari tecniche. Nella seconda parte si analizzano le principali tematiche di discussione emerse durante le interviste, partendo dalle quali è stato quindi possibile fotografare lo stato d'applicazione delle arti-terapie in abito sanitario ed evidenziare quelle che possono essere considerate le questioni ancora irrisolte.

2. Aspetti definitivi ed elementi caratterizzanti le terapie espressive

Con il termine «terapie espressive» (o arti-terapie, al plurale) si è soliti indicare quell'insieme di interventi riabilitativi e terapeutici che utilizzano il *medium* artistico (pittura; scultura; musica; danza, ecc.), come strumento di comunicazione tra paziente e operatore. Contrariamente a quello che potrebbe apparire da una loro superficiale osservazione, obiettivo ultimo di questi interventi non è quello di produrre un qualcosa di esteticamente apprezzabile e neppure di proporre semplici esperienze ludico-ricreative, quanto piuttosto di facilitare (attraverso degli stimoli artistici e creativi) la riabilitazione psico-fisica dell'individuo. E nel far questo le arti-terapie si propongono come tecniche differenti, ma al contempo complementari, agli interventi di psicoanalisi e psicoterapia.

«Insieme di metodiche inquadrabili in diverse aree concettuali (psicoanalitica, cognitivista, relazionale, ecc.) finalizzate alla promozione umana con scopi riabilitativi, psicopedagogici, psicoterapeutici e preventivi di qualunque forma di disagio psicosociale, che prevedano l'uso sistematico di pratiche artistiche grafico-plastico-pittoriche.»

(definizione di arte-terapia elaborata dall'APIArT - Associazione professionale italiana degli arti terapeuti).

«La danzavivimento-terapia è una modalità specifica di trattamento di una pluralità di ma-

nifestazione della patologia psichica, somatica e relazionale, ma anche una possibilità di positiva ricerca del benessere e di evoluzione personale. La danzamovimento-terapia è inoltre una collaudata modalità di approccio a diverse forme di handicap psichico, fisico e sensoriale.»

(definizione di danzamovimento-terapia proposta dall'APID - Associazione professionale italiana di danzamovimento-terapia).

«Si definisce teatro-terapia la messa in scena dei propri vissuti, all'interno di un gruppo, con il supporto di alcuni principi di presenza scenica derivanti dall'arte dell'attore. Essa implica l'educazione alla sensibilità e alla percezione del proprio movimento corporeo e vocale. L'obiettivo della seduta è quello di rendere armonico il rapporto tra corpo, voce, mente e spirito nella relazione con l'altro, gli altri, se stesso e la propria creatività interpretativa. Questa tecnica non produce diagnosi, né interpretazione psicologiche, ma rafforza nuove visioni di sé. Pertanto non può sostituire cure psico-terapeutiche, ma può affiancarle.»

(definizione di teatro-terapia elaborata dal FITT – Federazione italiana teatro terapia).

Da tali definizioni si evince come l'obiettivo ultimo di queste tecniche sia quello di facilitare la comunicazione per quei soggetti che hanno difficoltà a esprimere il proprio vissuto attraverso i normali canali di comunicazione verbale. Infatti, il gesto artistico consente di mettersi in relazione al proprio Io, acquisire una maggiore conoscenza di sé e – partendo da questo – sviluppare un dialogo terapeutico e avviare un percorso riabilitativo. In altri termini, nelle arti-terapie il prodotto o il momento artistico fungono da mediatori (*medium* artistico) di relazione tra l'utente e lo specialista (De Gregorio, 2005: pp. 22-23). Per tanto, nella conduzione di un laboratorio di arte-terapia ai pazienti non è richiesta alcuna preparazione specifica e non ci si aspetta che sappiano disegnare, suonare o danzare bene; dall'altra parte il terapeuta non dovrà svolgere la semplice funzione d'insegnante di disegno, musica o danza, ma dovrà essere una persona in grado di stimolare il processo creativo e sostenere l'espressività delle persone che partecipano all'atelier.

La nascita delle arti-terapie, secondo la definizione ora esplicitata, deve essere fatta risalire alla seconda metà del '900 quando – negli Stati Uniti e in Inghilterra – queste tec-

niche iniziarono a delinearsi come interventi dotati di una propria autonomia e condotti secondo dei protocolli riabilitativi strutturati in veri e propri *setting*. Nel corso degli anni queste esperienze si diffusero e si polarizzarono attorno a due differenti modelli teorici di riferimento (Caterina, 2005: pp. 19-28):

– il modello di Margaret Naumburg, che ha fondato l'intervento terapeutico sull'interpretazione del significato inconscio dei segni grafici e dei prodotti artistici. Per la Naumburg i prodotti artistici del paziente devono essere interpretati, per poter risalire alle motivazioni recondite che li hanno generati e – in tale modo – far emergere gli aspetti conflittuali della psiche⁴. Partendo da questo approccio di psicoterapia a mediazione artistica, nel corso del tempo si elaborarono i test psicologici fondati sull'analisi dell'espressività grafica come, per esempio, il PPAT - *Picture of a Person Picking an Apple from a Tree* o le macchie Rorschach;

– il modello di Edith Kramer, per la quale l'obiettivo delle arti-terapie non è tanto quello di fornire interpretazioni legate al significato inconscio delle produzioni artistiche quanto, piuttosto, quello di mettere il paziente nelle condizioni di utilizzare pienamente il suo potenziale espressivo a sostegno dell'Io e per sviluppare un proprio senso d'identità. È in quest'ottica che si sono sviluppate le arti-terapie nel nostro Paese.

Chiarito che le arti-terapie non sono solo e semplicemente delle attività ludico-ricreative, è anche importante non confondere le esperienze realizzate con queste tecniche con quei movimenti culturali che vogliono ricercare nell'arte una funzione salvifica e ritrovare in ogni «folle» una traccia di genialità (Caterina, 2005: pp. 10-16; De Gregorio, 2005: pp. 17-18). Se questo approccio ha avuto un'innegabile ruolo nella nascita e nella diffusione di molte avanguardie artistiche del XX secolo (si pensi per esempio al surrealismo, all'*art brut* o alla *body art* nel campo delle arti visive o alla psichedelica e all'industriale nel campo musicale), il suo interesse per i casi affetti da problemi psico-sociali è essenzialmente finalizzato a un utilizzo del gesto artistico come puro evento estetico e l'avvicinarsi al disagio è diretto alla ricerca di manufatti o manifestazioni in

grado di richiamare canoni espressivi primordiali o appartenenti ad artisti del passato, se non addirittura suggestioni ancestrali o esoteriche.

Dal punto di vista metodologico, le arti-terapie possono assumere forme differenti. Le tecniche maggiormente diffuse sono:

– l'arte-terapia, che utilizza come *medium* artistico le arti visive, come il disegno e la pittura (tempere; pennarelli; acquarelli; ecc.), la scultura, il mosaico o altre forme artistiche di tipo plastico. L'impiego di questi strumenti – che dovrà essere calibrato in base alle finalità dell'intervento, oltre che alle capacità dello stesso maestro d'arte – potrà collocarsi su di un *continuum* i cui estremi sono rappresentati dall'assegnazione di un soggetto libero o dall'esecuzione di un tema specifico;

– la musico-terapia utilizza il suono come principale strumento della terapia⁵, il cui impiego può essere indirizzato al conseguimento di due differenti obiettivi: indurre una variazione comportamentale del paziente, suscitando emozioni e sensazioni; attivare un dialogo tra utente e maestro d'arte, che trova la sua base nell'individuazione dell'Identità sonora – IS del paziente. Dal punto di vista tecnico, il laboratorio di musico-terapie potrà proporre interventi di ascolto o una produzione attiva di suoni e utilizzare dei classici strumenti musicali (come tamburelli, xilofoni, flauti, ecc.) o degli strumenti atipici e improvvisati (come il termosifone, scatole di cartone, parti del proprio corpo, ecc.);

– la danzavivimento-terapia. Alla base di questo intervento vi è la danza e il movimento, eventualmente integrati dall'impiego di materiali (colori; stoffe; parti di arredamento; ecc.), oltre che dall'uso del suono e della musica. Come per tutte le arti-terapie, il gesto artistico non si pone obiettivi di tipo estetico, ma pone al centro il momento espressivo dell'individuo e la creazione di un equilibrio tra il proprio corpo e la propria psiche. Le improvvisazioni e le associazioni spontanee di movimento sono quindi fondamentali per questa terapia;

– il teatro-terapia, infine, utilizza gli strumenti tipici della rappresentazione teatrale (interpretazione di un testo; gestione del proprio corpo sulla scena; governo della respirazione e della voce; ecc.) per avviare un per-

corso di analisi e rielaborazione del proprio vissuto. Vale la pena evidenziare come questa tecnica sia profondamente diversa dallo psico-dramma, in quanto quest'ultimo non prevede che l'attore-paziente si faccia interprete di un testo, ma che improvvisi basando la sua performance su aspetti del proprio vissuto, in un'ottica di catarsi. In altri termini, se nel teatro-terapia l'analisi del proprio vissuto è il punto di arrivo di un percorso, nello psico-dramma questa rappresenta il punto di partenza della terapia.

Molteplici sono gli ambiti in cui arti-terapie trovano uno spazio d'applicazione:

– nell'area psichiatrica, attraverso la realizzazione di progetti individuali e/o di gruppo, le attività dei laboratori artistici si vanno a integrare agli interventi psicoterapici o di tipo farmacologico;

– nell'area medica, le arti-terapie trovano un'applicazione per il trattamento dei pazienti che presentano patologie croniche o prognosi severe. In questi casi l'obiettivo del maestro d'arte è quello di favorire la condivisione sociale di emozioni e regolare gli stati d'ansia legati alla patologia e/o all'intervento chirurgico. In tal senso, si ricordano le esperienze maturate nell'ambito delle cure pediatriche, come l'introduzione della figura del «dottore clown»;

– nell'area dell'handicap fisico, le arti-terapie svolgono un'importante funzione per l'apprendimento della convivenza con uno svantaggio fisico, non rinunciando a comunicare e a condividere le proprie emozioni con gli altri;

– nell'area geriatrica la conduzione di atelier può favorire l'integrazione del gruppo, creare punti di riferimento affettivi stabili, affrontare situazioni di non autosufficienza e stati psichici fragili (come gli stati depressivi, l'insorgere di aggressività, il manifestarsi dei primi sintomi di demenza);

– nell'area del disagio sociale (comunità per il recupero dei tossicodipendenti o carceri), le arti vengono proposte per gestire e controllare le proprie emozioni e sviluppare adeguate competenze sociali e interattive;

– infine, nell'area scolastica le arti-terapie possono essere utilizzate per supportare l'inserimento nella classe di un bambino diversamente abile o con problematiche socia-

li, favorire un collegamento tra le emozioni degli alunni e le manifestazioni della propria espressività o arricchire i progetti d'integrazione dei bambini e delle famiglie provenienti da Paesi stranieri.

In conclusione, gli aspetti caratterizzanti l'arte-terapia sono (figura 1):

1) gli elementi che compongono l'intervento arte-terapico:

– l'elemento artistico, comprendente i materiali che il terapeuta mette a disposizione dei pazienti, le tecniche proposte per la realizzazione dei lavori e lo svolgimento delle

attività, il laboratorio o atelier all'interno del quale si realizza il momento della creazione ed espressione artistica,

– l'elemento terapeutico, comprendente le conoscenze psicologiche e sanitarie necessarie per una corretta gestione della relazione con l'utente, le tecniche utilizzate per la presa in carico del paziente e la definizione del suo progetto individuale, gli strumenti per svolgere attività di monitoraggio e verifica dei risultati di volta in volta conseguiti;

2) l'intervento arte-terapico si sviluppa come un processo lungo una sequenza di differenti tappe, l'una interconnessa all'altra:

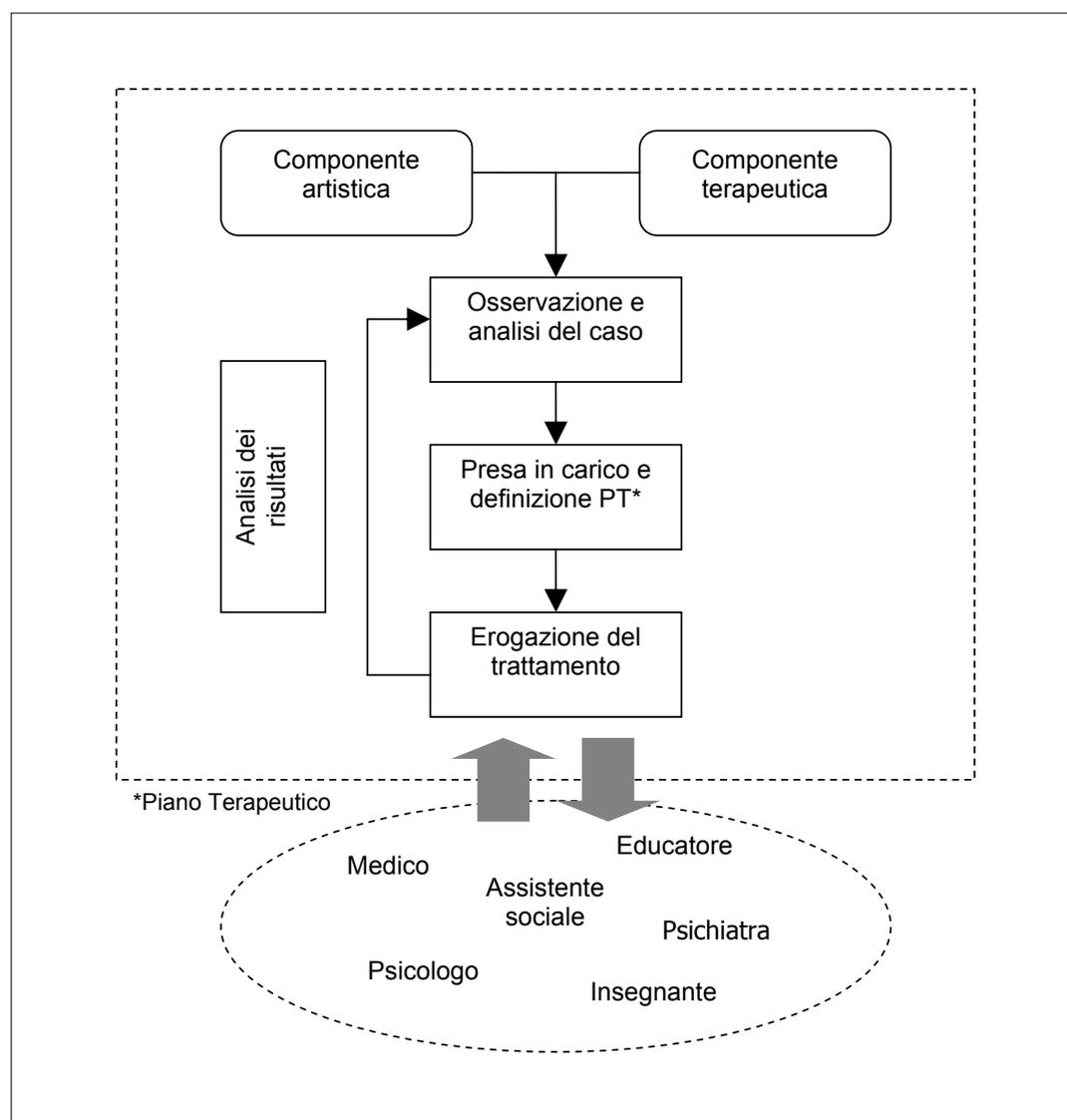


Figura 1

Gli aspetti caratterizzanti l'intervento arte-terapico

Fonte: nostra elaborazione

- prima fase: conoscenza, osservazione e analisi del problema,
- seconda fase: elaborazione di una diagnosi, presa in carico del paziente e contemporanea definizione di un progetto terapeutico individualizzato,
- terza fase: erogazione vera e propria del trattamento (all'interno di un rapporto duale o di gruppo, in base alle osservazioni elaborate nelle precedenti fasi) e registrazione dello stato di realizzazione di tale progetto,
- quarta fase (di *feed-back*): analisi dei risultati in termini di *outcome* (codifica dei segnali espressivo-corporei del paziente; modalità d'interazione con l'operatore e gli altri componenti il gruppo di lavoro; attenzione, costanza, insofferenza verso il lavoro proposto; analisi dei contenuti e dei temi ricorrenti negli elaborati, con o senza l'ausilio della comunicazione verbale; ecc.), *output* (ore di laboratorio erogate; presenza o meno dei pazienti; partecipazione costante o discontinua nel corso della terapia; ecc.) e restituzione degli stessi all'interno dell'*équipe* multi-professionale;

3) le tecniche artistiche (le immagini, i suoni, il movimento corporeo) svolgono l'importante funzione di *medium* di comunicazione non verbale. Tale *medium* artistico potrà essere utilizzato autonomamente (e quindi rimanere nella sfera del non verbale) o essere inserito all'interno di un *setting* psico-terapeutico, ossia adottando un modello di arte-terapia prossimo agli interventi di psicoterapia e che recuperano parzialmente la comunicazione verbale (per esempio, la realizzazione di un disegno e la messa in connessione dello stesso con il proprio vissuto; l'ascolto di un brano e la verbalizzazione delle proprie emozioni). Indipendentemente dalla strada che si decide percorrere, ogni intervento arte-terapico dovrà comunque inserirsi in un più ampio e articolato progetto terapeutico multi-disciplinare che trova nell'*équipe* (composta da figure professionali sanitarie, sociali ed educative) il suo momento di sintesi e d'integrazione. E questo proprio perché l'individuo non è mono-dimensionale e le problematiche che presenta toccano trasversalmente e contemporaneamente differenti sfere della sua esistenza.

3. La questione irrisolta della figura professionale

Come l'intervento arte-terapico prevede la duplice natura delle sue componenti, allo stesso modo gli *skill* che dovranno caratterizzare la figura professionale del maestro d'arte dovranno fare riferimento a una componente artistica e a una componente psico-terapeutica. Infatti, la sensibilità artistica del terapeuta e le sue capacità relazionali e comunicative sono elementi essenziali per poter cogliere gli aspetti salienti dei messaggi che i pazienti vogliono dare e individuarne i mutamenti nel corso del tempo. Ed è proprio questa idea di percorso di cura che differenzia l'attività delle arti-terapie (rivolte alla scoperta del mondo interiore del paziente) dalle attività d'animazione, in cui predomina il fine di intrattenimento e in cui manca una precisa programmazione di tipo terapeutico.

Fatte queste premesse, è necessario soffermarci su due questioni che, allo stato attuale, stanno interessando l'intero settore delle arti-terapie.

La prima di queste riguarda la distinzione tra il termine «arte-terapista» e «arte-terapeuta», che ha acceso una forte diatriba tra le stesse associazioni settoriali. Appurato che l'elemento caratterizzante il profilo di questo professionista dovrà essere comunque duplice, la questione terminologia appare più che altro una mera speculazione che non ha senso d'esistere dal momento in cui la normativa nazionale assegna ai medici, psicologi e psicoterapeuti la possibilità (e conseguentemente la responsabilità) di prescrivere ed erogare una terapia. Pertanto – partendo da questo dato di fatto – la terminologia che dovrebbe essere utilizzata è quella di «terapista», opportunamente declinata in base alla tecnica artistica prescelta (arte-terapista; musico-terapista; danza-terapista e teatro-terapista).

D'altronde, alcune associazioni di categoria fanno propria la visione precedentemente illustrata, in quanto basano la distinzione tra «terapista» e «terapeuta» sulle pregresse competenze acquisite dal maestro d'arte. In altri termini, si potrà parlare di «musico-terapista» nel caso in cui l'operatore fa parte di un'*équipe* composta di altri professionisti, il cui funzionamento è sottoposto alla responsabilità di un neuropsichiatra, di uno psichiatra, di un geriatra, ecc. Il termine «musico-

terapeuta» verrà invece utilizzato nel caso in cui ci si trovi di fronte a un professionista in grado di operare assumendosi direttamente la responsabilità del caso (Federazione italiana musicoterapia - FIM). Allo stesso modo l'associazione rappresentante il settore della danzavivimento-terapia (l'APID), pur non esplicitando questa differenza (nei suoi documenti utilizza genericamente il termine di «danzavivimento-terapeuta»), la sancisce indirettamente introducendo nel Registro nazionale la figura dei «terapisti», che possono operare in ambito clinico solo se inseriti in un'apposita *équipe* pluriprofessionale, nella quale vi siano presenti competenze sanitarie (medici, psicologi e/o psicoterapeuti).

La seconda questione riguarda il mancato riconoscimento della figura professionale del maestro d'arte⁶ e la conseguente non regolamentazione del settore della formazione⁷. Al riguardo, la situazione caratterizzante il nostro Paese risulta alquanto paradossale, perché – se si considerano i soli rapporti esistenti tra gli ospedali o gli altri servizi pubblici e gli arte-terapisti – non si può non rilevare che nei fatti vi è un vero e proprio riconoscimento di tale figura professionale, in quanto sempre più richiesta per l'erogazione di servizi sanitari, assistenziali o educativi.

In aggiunta a questo vi sono, poi, contesti in cui, pur non essendovi la costituzione di un ordine professionale e/o l'emanazione di una disciplina di regolamentazione, l'ente regionale riconosce indirettamente l'arte-terapista finanziando corsi che prevedono la formazione di questa figura professionale e/o contemplandola tra le figure professionali che devono essere presenti in un determinato servizio affinché lo stesso riceva un contributo regionale⁸.

Per cercare di fare un poco di chiarezza su queste questioni, nell'arco degli ultimi anni sono sorte associazioni che si sono fatte promotrici di azioni di *lobbying* per favorire il riconoscimento nazionale delle rispettive figure professionali. I principali obiettivi perseguiti da queste organizzazioni sono:

- favorire la conoscenza delle arti-terapie attraverso l'organizzazione di convegni e la pubblicazione di riviste settoriali e libri divulgativi;
- erogare servizi di consulenza e assistenza ai propri soci, mediante l'organizzazione

di corsi di formazione, seminari d'aggiornamento e attività di supervisione a istituti pubblici e privati;

- adottare degli strumenti di auto-regolazione (come l'emanazione di un Codice deontologico e la costituzione di un Registro professionale) utili per tutelare gli utenti e garantire una maggiore trasparenza;
- definire gli standard minimi di riferimento a cui le scuole aderenti all'associazione si devono attenere nell'erogazione dei propri percorsi di formazione (**tabella 1**).

4. Contenuti e risultati dell'attività di ricerca

Gli undici servizi⁹ oggetto di analisi del presente lavoro di ricerca rientrano nelle quattro principali tipologie d'interventi sanitari previsti dalle disposizioni nazionali per il trattamento dei disturbi mentali e psichici: 4 Centri di salute mentale (CSM), 2 Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), 3 Centri diurni (CD) e 1 Struttura residenziale (SR).

Data la natura esplorativa della ricerca, si è privilegiato l'uso dell'intervista semi-strutturata e il materiale così raccolto è stato analizzato e codificato mediante ATLAS.ti, un *software* CAQDAS (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*) a supporto della ricerca qualitativa¹⁰.

4.1. Fattori che hanno favorito l'introduzione delle arti-terapie nel servizio

Un primo aspetto che ha favorito l'impiego delle arti nella gestione dei malati psichiatrici è rappresentato dall'interesse e dall'appoggio che tali iniziative hanno ricevuto da parte del vertice strategico aziendale. Questo risultato deve essere interpretato anche alla luce del più ampio processo di riorganizzazione dell'intero sistema dei servizi psichiatrici. L'affermarsi di un nuovo modello di cura delle malattie mentali ha, infatti, comportato un ricambio del personale impiegato nei servizi e – conseguentemente – generato una ventata di novità e un atteggiamento differente verso le attività da offrire agli utenti.

«Con l'arrivo della nuova dirigenza questo modo di intendere il servizio [nda: di tipo contenitivo] è stato messo in discussione. Il commissario straordinario della Usl che era subentrato era

uno psichiatra e nella sua esperienza lavorativa si era occupato di arte-terapia. Può quindi immaginare la facilità con cui le nostre idee hanno trovato un interlocutore attento e disponibile alla sperimentazione.»

«Sicuramente la loro introduzione è stata voluta dal primario che avevamo precedentemente, sulla base di un'idea e di uno specifico modello riabilitativo.»

«Questo tipo di attività è riuscita a conquistarsi una certa attenzione da parte del vertice strategico dell'azienda ospedaliera, che vede questo nostro lavoro come un fiore all'occhiello e non perde occasione per dare visibilità allo stesso.»

In modo complementare a quanto appena detto, un altro elemento determinante ai fini dell'introduzione delle arti-terapie è stata la presenza di operatori sanitari (medici e/o psicologi) che – a titolo personale – si sono

interessati alla tematica e che si sono fatti promotori di queste tecniche.

«Questo cambiamento è stato per me molto importante in quanto mi ha permesso di coniugare la mia passione per l'arte con il mio lavoro. Infatti, sino ad allora non avevo avuto modo di sperimentare questa «commistione» se non in modo saltuario.»

Parallelamente a questi fattori interni alle singole aziende, un ruolo importante è stato svolto dalla presenza sul territorio del volontariato (organizzato e non organizzato) che ha fornito quel know-how necessario per la conduzione delle prime esperienze e per il consolidamento delle arti-terapie nei servizi. Infatti, nelle fasi di avvio molti interventi sono stati introdotti «a costo zero», ossia utilizzando esperti che a titolo gratuito hanno impostato e condotto il lavoro dei laboratori, a cui hanno fatto seguito la defini-

Tabella 1

Requisiti per i percorsi formativi: indicazione delle principali associazioni di arte-terapia

Fonte: nostra elaborazione

APIArT ⁽¹⁾	CONFIAM ⁽²⁾	APID ⁽³⁾	FITT ⁽⁴⁾
<ul style="list-style-type: none"> ● Durata triennale per un minimo di 1.200 ore di formazione; ● Contenuti di psicodinamica, psicopatologica, teorie dello sviluppo della persona, teorie sulla creatività; ● Esperienze (individuali o di gruppo) di arte-terapia; ● Supervisione, per un minimo di 100 ore; ● Svolgimento di un tirocinio clinico (per un minimo di 200 ore); ● Svolgimento di sedute di psicoterapia (individuale e di gruppo), per almeno 2 anni e un monte minimo di 100 ore. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Area musicale (25%): acquisizione di competenze per la decodifica del linguaggio sonoro e musicale; comprendere le caratteristiche della propria identità sonora (IS); sviluppare la propria espressività e creatività musicale; ● Area musicoterapica (45%): conoscenza degli aspetti metodologici e tecnici, anche attraverso gruppi di lavoro; ● Area psicologica (15%): acquisizione di conoscenze finalizzate all'osservazione del paziente e dei suoi comportamenti; ● Area medica (15%): conoscenza delle principali patologie trattate in ambito musicoterapico; strategie di integrazione all'interno dell'equipe multidisciplinare. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Durata triennale, per un minimo di 1.200 ore di formazione; ● 350 ore di pratica clinica e/o socio-educativa (sottoforma di tirocinio e/o di conduzione con supervisione); ● 120 ore di supervisione; ● Psicoterapia personale (individuale e di gruppo) per almeno 2 anni e almeno 100 ore. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Corso teorico-pratico di 1.500 ore, articolato su un periodo triennale; ● Attività di laboratorio pratico-teorico; ● Studio individuale e relazioni; ● Progettazione individuale delle sedute; ● Tirocinio; ● Supervisione e conduzione.

(1) Associazione Professionale Italiana degli Arti Terapeuti.
 (2) Confederazione Italiana delle Associazioni Musico-terapia.
 (3) Associazione Professionale Italiana di Danzamovimento-terapia.
 (4) Federazione Italiana Teatro Terapia.

zione di rapporti di consulenza con i singoli maestri d'arte o di convenzione, questi ultimi stipulati con realtà del Terzo settore che forniscono alle aziende ospedaliere le competenze e garantiscono la qualità dei professionisti impiegati.

«Inizialmente questo loro «nuovo» ruolo [nda: i maestri d'arte] è stato in veste di volontariato. Una nostra attuale collega psicologa aveva un'esperienza in campo espressivo ed è arrivata qui inizialmente come volontaria e solo successivamente la sua presenza è stata formalizzata attraverso un rapporto di consulenza.»

«Nel momento in cui siamo andati a proporre l'idea di aprire gli spazi del manicomio all'arte contemporanea, c'è stata da parte della società milanese (artisti, galleristi, critici, istituzioni culturali, ecc.) un'immediata adesione. Allora a Milano non c'erano luoghi dove si potesse fare arte contemporanea ... quindi la nostra idea è stata vista anche come un'importante risorsa che poteva essere adeguatamente utilizzata. All'inizio abbiamo chiamato degli artisti che conosco chiedendo loro di venire a lavorare gratis per aprire le prime botteghe d'arte [...] si è poi costituita l'associazione ARCA Onlus¹¹ la quale ha fatto da collettore dei vari consulenti che potevano gestire i laboratori all'interno dell'ospedale psichiatrico.»

4.2. La gestione organizzativa delle arti-terapie

Se, come precedentemente visto, la contrapposizione tra i termini «terapista» e «terapeuta» tiene ancora banco tra gli addetti ai lavori, dalle testimonianze raccolte all'interno dei servizi psichiatrici la questione non si pone in termini conflittuali: pur utilizzando le stesse tecniche artistiche, al terapeuta viene riconosciuta la possibilità d'intervenire sull'assistito in modo più ampio, potendo attivare appropriati interventi terapeutici e di cura. E tutto questo grazie alla sua pregressa formazione sanitaria. In quest'ottica e per garantire un corretto utilizzo delle tecniche artistiche, in tutti i servizi analizzati viene riconosciuto un ruolo strategico al lavoro dell'*équipe* multi-professionale, che rappresenta il principale strumento organizzativo di coordinamento, d'integrazione e sintesi tra le differenti professionalità che agiscono per il benessere della persona.

«Ritengo che delle persone con competenze psicologiche abbiano dalla loro parte un punto di forza nell'uso di queste tecniche espressive, in quanto hanno una formazione che gli consente di attribuire loro un significato più ampio; non per questo un maestro d'arte non può fare altrettanto, ma solo se vi è un'équipe capace di utilizzare/valorizzare al meglio il lavoro che egli svolge all'interno dei laboratori e le osservazioni che lo stesso fa durante le attività espressive.»

«Quello che noi stiamo facendo è che per ogni paziente che arriva al nostro centro diurno valutiamo e facciamo un programma progetto riabilitativo che comprende vari tipi di interventi: farmaco-terapia, la psicoterapia individuale o di gruppo, terapie riabilitative e terapie a mediazione artistica. Ciascuno di questi interventi ha una propria specificità, ma ciascuno deve essere opportunamente integrato con gli altri per il raggiungimento di un obiettivo ben preciso.»

«È previsto che si facciano delle verifiche periodiche dove vengono definiti gli obiettivi e, di volta in volta, si vanno a verificare i risultati raggiunti. L'obiettivo di questi momenti è anche quello di condividere le osservazioni/riflessioni che ciascun professionista ha formulato su ciascun caso e – partendo da queste – elaborare nuove strategie d'intervento. In questa fase, l'arte-terapista riporterà quelle che sono state le situazioni caratterizzanti ciascun assistito (in termini di «problematiche risvegliate» attraverso l'impiego delle arti), la cui «gestione» (in termini di cura) verranno affrontate dallo psicologo o dallo psichiatra. Quindi è molto importante che tra questi operatori ci sia una comunicazione.»

Quasi del tutto assente – se non per pochissimi casi – l'impiego di altri strumenti organizzativi che potrebbero essere utili al fine di garantire una migliore integrazione dei differenti interventi terapeutici e riabilitativi (formazione del personale o elaborazione di linee guida e procedure interne al servizio).

«Sono riuscito a coinvolgere alcuni operatori portandoli con me al museo di Losanna [nda: sede di un'importante collezione di Art Brut] o invitandoli alle attività formative che organizzo al di fuori dell'azienda. Lo stesso discorso vale anche per i colleghi, attraverso la realizzazione di conferenze nelle quali espongo le esperienze raccolte durante alcuni miei viaggi di ricerca o lo svolgimento del mio lavoro.»

Grazie anche a questa particolare attenzione della definizione degli specifici ambiti di competenza, i responsabili dei servizi analizzati non hanno mai registrato contrasti o comportamenti conflittuali tra i vari professionisti rispetto all'impiego delle arti-terapie. Questo clima è stato favorito anche dall'approccio con cui le stesse tecniche sono state introdotte (una prima fase di sperimentazione di tipo volontario, a cui ha fatto seguito un inserimento graduale) che ha permesso all'organizzazione di metabolizzare l'esperienza e creare una cultura condivisa.

«Per quanto riguarda la questione del clima organizzativo, non si sono mai evidenziati atteggiamenti di scontro da parte di colleghi o altri operatori del reparto. È anche vero che questo tipo di attività è stata introdotta con molta calma.»

Sono invece del tutto assenti gli strumenti diretti alla diffusione e/o alla condivisione di queste esperienze tra gli altri servizi appartenenti allo stesso DSM o ad altre unità aziendali. Infatti, a parte alcuni casi in cui la Carta dei servizi riporta in modo chiaro ed esplicito una descrizione dei laboratori organizzati, non sono mai stati realizzati momenti di formazione aziendali o non è stata favorita la nascita di gruppi inter-unità organizzative che possano lavorare sul tema.

4.3. Punti di forza e di debolezza di queste tecniche

Infine, durante la conduzione delle interviste, sono emersi quelli che possono essere considerati i punti di forza e di debolezza riscontrati nella gestione delle arti-terapie.

Rispetti ai punti di forza, gli aspetti caratterizzanti i casi analizzati possono essere così sintetizzati:

- le arti-terapie facilitano il rapporto di dialogo tra paziente e medico, offrendo punti di osservazione differenti dai tradizionali modelli di analisi. Tutto questo, oltre che rappresentare un ulteriore passo verso l'umanizzazione della sanità e un suo miglioramento qualitativo, costituisce un importante potenziamento dell'intervento terapeutico e riabilitativo, in un'ottica di complementarità

rispetto alle tecniche tradizionali a impianto prevalentemente verbale.

«Per quanto riguarda la mia personale esperienza, posso dire che molti dei pazienti che ho trattato per problematiche legate alla schizofrenia, sono riusciti a mostrarmi parti di sé attraverso l'utilizzo delle immagini. Tutto questo mi ha quindi permesso di vedere, conoscere e perciò comprendere meglio la persona che dovevo curare.»

«Esiste una relazione tra il paziente e l'arte-terapeuta e questa relazione si esplicita in un luogo speciale [nda: la bottega d'arte] differente da quello che potrebbe caratterizzare un setting o un intervento sanitario, nei quali si fruisce di uno specifico intervento. In questo luogo si gioca, si crea, si fa qualche cosa e si favorisce l'espressione attraverso una comunicazione non-verbale, che si basa non sul pensiero razionale ma con l'espressione delle proprie emozioni.»

- le arti-terapie consentono di aprire il mondo psichiatrico all'ambiente e alla società civile, favorendo l'abbattimento dello stereotipo e del pregiudizio nei confronti del malato mentale. Infatti, queste attività (se opportunamente organizzate e promosse) esercitano un'importante attrazione sociale, in quanto hanno una valenza comunicativa molto forte (al riguardo si rinvia alla lettura del **box 1** relativo al caso di «Radio 180»).

«Il fatto che il progetto si sia inserito in un abito culturale ben più ampio ha permesso di aprire la psichiatria al mondo esterno. Se a Trieste Franco Basaglia era riuscito a dar luogo a una vera e propria rivoluzione non solo psichiatrica ma anche sociale, a Milano per lungo tempo è mancata questo tipo di apertura: il diverso, il matto era visto come un pericolo pubblico.»

- infine, l'introduzione delle arti-terapie può favorire il rinforzo dell'alleanza tra servizio sanitario e attori territoriali di riferimento, istituzionali (scuole e centri di formazione; organizzazioni *non profit*; ecc.) e famigliari dei pazienti.

«Nei miei progetti c'è la volontà di aprire uno spazio che si inserisca all'interno della più ampia rete dei servizi territoriali per la psichiatria. Infatti, i pazienti che vengono a contatto con il nostro laboratorio, che scoprono uno strumento nuovo come l'arte, poi una volta usciti dal no-

Box 1

Radio 180: la voce di chi sente le voci⁽¹⁾

Nell'ottobre del 2003 nasce presso il Centro psico-sociale dell'Azienda Carlo Poma di Mantova «Rete 180: la voce di chi sente le voci». La redazione di questa emittente (che trasmette sul sito internet www.rete180.it e si appoggia alle strutture di una radio locale) è costituita quasi esclusivamente da pazienti in carico al servizio di salute mentale, tra cui vi sono persone affette da diverse patologie, quali il delirio d'influenzamento, la schizofrenia e la psicosi maniaco-depressiva. Gli argomenti di discussione proposti da Radio 180 (di volta in volta decisi durante le riunioni di redazione) possono riguardare la cronaca o possono provenire dalle proposte dei singoli. In ogni «pillola» (che rappresenta la registrazione del breve programma), viene raccontato il fatto, offerta l'opinione della redazione, proposta una selezione musicale e dato spazio alle differenti rubriche messe in palinsesto.

È stata scelta la radio come mezzo di comunicazione in quanto garantisce una sufficiente protezione, ma nello stesso tempo da la possibilità di entrare in contatto diretto e in tempo reale con il mondo esterno.

«Abbiamo scoperto che con il microfono in mano parlavano anche persone che non parlavano mai. D'altronde questa innata capacità di sentire, saper ascoltare, cogliere l'interiorità dell'altro, emerge nitidamente dalla frase che descrive Rete 180 come «La voce di sente le voci».»

In altri termini, la radio è usata come strumento di terapia utile a superare la relazione diretta che inibisce i malati psichiatrici e offrire loro la possibilità di essere protagonisti di un'esperienza in grado di valorizzarli e di stimolarli nell'auto-aiuto.

Tre sono gli obiettivi che ci si è prefissati di raggiungere aprendo le frequenze di Radio 180:

- a) garantire varie e differenti possibilità comunicative a chi ha difficoltà a comunicare;
- b) superare lo stigma del malato di mente, a cui vengono associate immagini d'imprevedibilità e di pericolosità e creare un varco tra il mondo della malattia e la società civile;

«La radio rappresenta un autentico programma di promozione della salute mentale, sviluppato non solo per favorire il benessere dei pazienti coinvolti nell'iniziativa, ma anche per sensibilizzare l'opinione pubblica e rompere i «muri» creati dallo stigma e dai pregiudizi.»

«La comunicazione, se vissuta da soggetto partecipe, diventa cura efficace; Radio 180 fa bene a chi l'ascolta perché permette agli ascoltatori di abbattere molte forme di pregiudizio verso i malati psichiatrici che, molto spesso, sorprendono invece per sensibilità e acutezza.»

«L'esperienza serve al mondo fuori per conoscere la realtà di chi ha smarrito il filo della propria esistenza e cerca di rintracciarlo ricomponendo pensieri, fantasie, sogni che parlano di anime ferite, spesso lacerate.»

- c) assicurare lo svolgimento di un'attività che non è fine a stessa, ma che permette a ogni paziente di confrontarsi con gli altri, organizzandosi in veri e propri spazi lavorativi, che con il tempo si potranno trasformare in veri e propri percorsi professionali. In quest'ottica a partire dal 2005 è stata avviata una scuola radiofonica all'interno del CPS, denominata «Scrivoparlodisco». Questa scuola rappresenta un ulteriore progetto che si è affiancato alla radio per permettere di migliorarne gli aspetti tecnici ed estetici, ma soprattutto per fornire ai partecipanti le conoscenze e le tecniche necessarie per un utilizzo adeguato della strumentazione, della propria voce, della propria creatività di scrittura. La scuola si è proposta d'insegnare le varie tecniche di registrazione, di produzione e di elaborazione del palinsesto, per la messa in onda di una trasmissione radiofonica. Dal 2006 sono state attivate delle «borse lavoro», attraverso cui gli utenti avranno l'opportunità di assumere un vero e proprio ruolo professionale.

(1) L'esperienza di Radio 180 può considerarsi una felice commistione tra le tecniche della teatro-terapia (in quanto si basa sulla realizzazione di una live performance e – per alcuni programmi – sull'interazione con il pubblico) e la *poetry-therapy*, una particolare tipologia di arte-terapia utilizzata per la prima volta negli USA, presso il Pennsylvania Hospital (www.poetrytherapy.org). Alla base di questo modello vi è l'uso della lingua scritta (che si concretizzerà nella tenuta di un diario, nella scrittura di poesie o racconti, ecc.), che il paziente utilizza per esplicitare, rielaborare e riflettere sul proprio vissuto e sulle proprie emozioni.

stro reparto non hanno più modo di proseguire questo tipo di esperienza. Quindi, fino a quando non verrà ricostruito un atelier, non è possibile «inserire» questo tipo d'intervento nell'ambito del progetto di cura elaborato per il paziente dimesso. Peraltro, sono gli stessi famigliari degli utenti che, in varie occasioni, hanno manifestato la volontà e il desiderio di poter usufruire di un atelier aperto sul territorio. Quindi esiste una vera e propria domanda.»

«Adesso si sta ponendo il problema delle dimissioni. Infatti, quando un paziente raggiunge gli obiettivi definiti nel proprio PTI, automaticamente non è più necessario che segua le attività con l'arte-terapista (anche perché si deve far posto ai nuovi utenti e non è immaginabile che si possano fare dei trattamenti a vita). L'idea che stiamo elaborando in questo periodo è quella di proporre e favorire la costituzione di una bottega auto-gestita, che preveda comune una supervisione, ma che possa essere utilizzata in modo autonomo dai nostri ex-pazienti.»

Sul fronte dei punti di debolezza, le criticità emerse durante le interviste sono riconducibili alle seguenti aree tematiche:

– la mancata definizione di un chiaro profilo professionale e l'assenza di regole unitarie e condivise nell'ambito della formazione possono rappresentare una fonte di conflitto organizzativo-professionale, in quanto la figura del maestro d'arte (sia esso terapeuta o terapeuta) non sempre riesce a ricavarci quello spazio d'azione che sarebbe suo proprio e/o non riceve quella formazione che gli consentirebbe di garantire rigore metodologico e professionalità ai propri interventi.

«Molte delle esperienze che ho visto fallire erano minate alla base, in quanto il terapeuta, il conduttore dell'atelier presentava un problema di identità professionale ed entrava in conflitto con le altre figure professionali (con il medico, lo psicologo, l'infermiere e l'educatore) con cui avrebbe dovuto interagire in un'ottica di collaborazione.»

«A mio parere, allo stato attuale tutto il movimento è colto da una forte deriva psicologica (in parte legata a un senso di inferiorità che lo stesso ha verso le altre discipline). Ma questo è un grave errore, in quanto non si può e non si deve sovrapporre questa disciplina alle costruzioni logiche della psicoterapia. Per molti anni in Italia, si è voluti scimmiettare la psicoterapia fondamental-

mente perché gli arte-terapisti nutrivano (e forse nutrono ancora) un senso d'inferiorità rispetto alle altre figure professionali, formalmente riconosciute e consolidate a livello di servizi. Avendo un'identità debole, hanno tentato di fare dell'arte-terapia una psicoterapia.»

– strettamente ricollegata al punto precedente, vi è la questione della valutazione dell'efficacia terapeutica. Attualmente le produzioni nazionali e internazionali si focalizzano prevalentemente sulla presentazione di singoli casi o sulla costruzione di modelli teorici, cui non fanno seguito dei veri e propri momenti di sperimentazione e validazione scientifica. Tutto questo può risultare d'ostacolo al processo di diffusione delle arti-terapie in un'ottica terapeutica e riabilitativa.

«Per quanto riguarda invece la definizione di procedure/linee guida o la valutazione dei risultati derivanti da queste tecniche, la questione è davvero complessa e molto dibattuta. I lavori fatti su questi temi sono davvero pochissimi, e questo anche a livello internazionale.»

«Non ci sono dati in questo senso, come del resto è molto difficile avere dei dati per quanto riguarda la psico-terapia se non per quella di tipo cognitivo. Essendo noi una struttura a direzione universitaria, non possiamo esimerci dal fare ricerca e cercare di individuare degli indicatori che possano chiarire l'eventuale relazione tra le variabili coinvolte nella nostra attività. Consideri comunque che ci sono davvero delle difficoltà, semplicemente per il fatto che ogni paziente è contemporaneamente sottoposto a più e differenti tipi di interventi (tra cui quello farmacologico e quello psicoterapico) e che quindi diventa quasi impossibile valutare i risultati riconducibili all'uno piuttosto che all'altro.»

«Vi sono tanti approcci e modelli – questi modelli stabiliscono criteri diversi di valutazione della presa in carico – criteri di inclusione che dicono che va bene la musicoterapia per quel soggetto, ma che non dicono se vi sono altre tecniche artistiche che potrebbero andare bene allo stesso modo o addirittura di più.»

Per una sintesi di quanto espresso si veda la **tabella 2**.

5. Conclusioni

Pur con tutti i limiti che uno studio esplorativo come questo presenta e nonostante

Fattori che hanno favorito l'introduzione delle arti-terapie	<ul style="list-style-type: none"> ● Ridefinizione del modello di cura dell'intero sistema psichiatrico ● Interesse e appoggio da parte del vertice strategico ● Presenza nel servizio di medici/operatori personalmente interessati a tali tecniche ● Presenza sul territorio di volontari e organizzazioni <i>non-profit</i> coinvolte nelle fasi di avvio delle sperimentazioni
Aspetti organizzativi e gestionali	<ul style="list-style-type: none"> ● Chiara distinzione tra «terapeuta» e «terapista» ● Ruolo centrale dell'<i>équipe</i> multi-professionale ● Clima organizzativo collaborativi e aperto verso queste nuove tecniche ● Totale assenza di altri meccanismi organizzativi di coordinamento e integrazione ● Esperienze «isolate» rispetto agli altri servizi del Dipartimento di salute mentale e dell'Azienda ospedaliera
Punti di forza	<ul style="list-style-type: none"> ● Attivazione di nuovi canali di dialogo tra medico e paziente ● Apertura del mondo psichiatrico alla società civile e abbattimento dello stereotipo verso la malattia mentale ● Rinforzo della rete di servizi e della collaborazione con gli altri attori del territorio
Punti di debolezza	<ul style="list-style-type: none"> ● Assenza di un chiaro contenuto professionale del «maestro d'arte» ● Scarsa cultura rispetto la misurazione e valutazione dei risultati conseguiti attraverso l'impiego di tali tecniche

Tabella 2
Tavola sinottica dei principali aspetti caratterizzanti l'uso delle arti-terapie in ambito psichiatrico
Fonte: nostra elaborazione

le esperienze analizzate prevedano l'uso di tecniche artistiche diverse (laboratori di pittura con o senza il coinvolgimento diretto di veri e propri artisti; lavorazione della creta e realizzazione di *collage*; interventi di musico-terapia e teatro-terapia, con declinazioni vicine allo psico-dramma; ecc.), tre sono gli aspetti che ricorrono in tutti e quanti i casi studiati:

– l'importante – se non indispensabile – ruolo che alcuni medici/operatori del servizio hanno svolto nel farsi promotori di tale tecniche, sia nei confronti dei propri colleghi, che nella ricerca di un sostegno da parte del vertice strategico. I risultati di tale «intermediazione» hanno di fatto favorito un'integrazione tra le diverse componenti professionali dei servizi, che ha trovato nel lavoro d'*équipe* un'efficace strumento organizzativo;

– tutte quante le realtà aziendali analizzate hanno introdotto le arti-terapie nel proprio portafoglio prodotti da almeno cinque anni, se non addirittura già negli anni '80 e '90. Questo dato è indicativo di come queste tecniche stiano acquisendo una propria dignità e un proprio ruolo all'interno dei servizi sanitari e di come il loro utilizzo non possa più

essere semplicemente etichettato come qualcosa di estemporaneo o legato a una moda;

– l'elaborazione di un modello d'intervento che riconosce (nel rispetto delle singole specificità) un'unitaria funzione delle arti-terapie nei trattamenti per la salute mentale. Tale «modello» vede nelle tecniche artistiche un'indispensabile strumento che – opportunamente integrato con gli interventi più tradizionali – può apportare un bagaglio conoscitivo aggiuntivo rispetto alle problematiche del paziente, supportando l'intervento definito nell'*équipe* multi-professionale, ossia un modello molto vicino all'approccio di Edith Kramer (§ 2). Pertanto non ci troviamo di fronte a esperienze ludico-ricreative e tanto meno a esperienze che utilizzano l'arte come strumento per «proporre eventi».

D'altro canto, nonostante questi risultati, gli stessi responsabili dei servizi hanno sottolineato l'esigenza di intraprendere un percorso di crescita, che possa ulteriormente favorire il processo di affermazione delle arti come strumenti terapeutici e di cura.

In primo luogo si avverte la necessità di garantire degli interventi che siano in grado di favorire una maggiore e più chiara integra-

zione tra le diverse componenti del servizio sanitario. Questo presuppone due cose:

- che vi sia un personale adeguatamente formato e consapevole delle potenzialità dello strumento che ha a disposizione;
- un rafforzamento della identità e della specificità di tale strumento che si colloca in uno spazio suo proprio, che non è né quello della terapia classica, ma neppure quello degli interventi ricreativi.

Quindi è fondamentale che, a livello nazionale e regionale, si prenda in mano la situazione in tempi brevi, avviando un processo di regolazione dell'intero settore da attuarsi coinvolgendo tutte quelle realtà che da anni hanno avviato un profondo e serio percorso di auto-regolamentazione e controllo della qualità dei servizi offerti (di formazione e consulenza). Da tale confronto è auspicabile che possa derivare una chiara definizione delle competenze che dovranno caratterizzare la figura professionale del «maestro d'arte» e – conseguentemente – quali dovranno essere i contenuti che dovranno caratterizzare i percorsi preposti alla sua formazione.

In secondo luogo, è importante che nello stesso settore ci si avvii verso un percorso strutturato di ricerca e valutazione degli interventi realizzati e questo essenzialmente per due motivi:

- dare una risposta all'esigenza che lo stesso professionista esprime, per cercare di capire il più possibile le logiche di funzionamento sottostanti le arti-terapie e – conseguentemente – utilizzarle sfruttandone al meglio le potenzialità;
- garantire una maggiore chiarezza e trasparenza nella gestione dei rapporti con le istituzioni acquirenti, favorendo anche una valutazione il più possibile oggettiva (e quindi maggiormente difendibile) del lavoro svolto.

Al riguardo, vale la pena ricordare come, in ambito psichiatrico, nell'arco degli ultimi anni si stiano sperimentando sempre più modelli preposti alla misurazione dei risultati della riabilitazione (*Recovery Scales*) e, addirittura, l'introduzione di criteri di valutazione dell'*outcome* che prevedono il diret-

to coinvolgimento del paziente, chiamato a valutare il servizio ottenuto.

Note

1. Si tratta di una attività finanziata dalla Divisione ricerche della SDA Bocconi, i cui risultati sono stati in parte pubblicati su questa rivista (Tacchino, Tanzi, 2006).
2. Una rilevazione condotta nel corso del 2003 dalla Direzione generale sanità indica che sul territorio lombardo sono operativi:
 - 101 Centri psico-sociali (CPS), pari al 14% dell'offerta nazionale di Centri di salute mentale;
 - 56 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) con un totale di 820 posti letto, pari rispettivamente al 17% dei SPDC nazionali e al 20% dei posti letto disponibili in tali reparti ospedalieri;
 - 67 Centri diurni (CD), pari all'11% dei Centri diurni italiani;
 - 243 Strutture residenziali (SR), con una disponibilità di posti letto pari a 2.771 unità. Sia per il numero di strutture, che per il numero di posti letto offerti, il sistema lombardo corrisponde al 16% dell'intero sistema d'offerta delle strutture residenziali operative in Italia.
3. Al 2006, i DSM attivi nella Lombardia sono 29, così ripartiti a livello di singole Province: 3 DSM a Bergamo; 4 DMS a Brescia; 1 DSM a Como; 2 DSM a Cremona; 1 DSM a Lecco; 1 DSM a Lodi; 1 DMS a Mantova; 11 DSM a Milano; 1 DSM a Pavia; 1 DSM a Sondrio e 3 DSM a Varese.
4. Secondo questo orientamento è possibile ricollegare determinati caratteri del prodotto artistico (come per esempio il modo di effettuare i disegni, la prevalenza o meno di determinati colori, l'utilizzo degli spazi della superficie e l'integrazione tra le parti, la qualità della linea grafica, ecc.) con differenti e particolari stati patologici e tratti della personalità.
5. Al riguardo è importante sottolineare che l'impiego della musica nelle sale operatorie o negli studi dentistici non può essere considerata intervento musicoterapici, in quanto al mezzo musicale non è assegnato un vero e proprio ruolo terapeutico, quanto piuttosto un ruolo di supporto ad altri tipi d'intervento.
6. Nel presente lavoro, si utilizzerà il termine «maestro d'arte» per indicare in modo indistinto i terapisti e i terapeuti, fatta salva la distinzione appena illustrata.
7. «Sono definibili come professionisti riconosciuti quei lavoratori autonomi che per esercitare la loro professione devono essere iscritti agli albi professionali delle rispettive categorie di appartenenza. Per iscriversi a un albo è necessario conseguire l'abilitazione professionale che consente l'esercizio dell'attività, previo conseguimento del titolo di studio richiesto.» (CNEL, 2005: p. 6).
8. In merito a ques'ultimo aspetto la Regione Lombardia – nella determinazione della remunerazione della qualità aggiunta offerta dalle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) accreditate – contempla tra i requisiti di valutazione degli indicatori riferiti al personale di struttura i musico-terapisti e gli arte-terapisti (del. GR 17617).

9. Come si avrà modo di vedere, il caso del DSM dell'Azienda ospedaliera di Mantova è stato trattato separatamente in quanto può considerarsi un'esperienza di arte-terapia *sui generis* e non totalmente confrontabile con quelle sperimentate negli altri contesti aziendali (si veda il box 1).
10. Questo programma è un *software* di supporto all'analisi del contenuto di tipo interpretativo, sviluppato alla fine degli anni '80 dal Prof. T. Muhr, dell'Università di Berlino. Una versione demo di ATLAS.ti è disponibile sul sito www.atlasti.com. Per una completa descrizione del funzionamento del programma si rimanda alla lettura del manuale per l'utente, redatto da Muhr (2004) e al lavoro di De Gregorio, Mosiello (2004: pp. 53-97).
11. L'Associazione ARCA Onlus (costituitasi nel 1993) dal 1998 ha stipulato una convenzione con il DSM dell'Ospedale Niguarda di Milano per l'integrazio-

ne e l'accreditamento delle Botteghe presso il Centro diurno dell'Unità operativa 48. Parallelamente a questa attività, l'Associazione è stata incaricata della gestione e promozione del Museo Paolo Pini, nato grazie alla collaborazione creatasi con alcuni artisti nazionali e internazionali e con la conduzione dei vari atelier di pittura. È importante sottolineare come gli interventi proposti nell'ambito delle Botteghe dell'ex-Paolo Pini pur prevedendo il coinvolgimento di artisti nazionali e internazionali siano qualche cosa di sostanzialmente diverso rispetto al movimento dell'Art Brut, in quanto ogni intervento (individuale o di gruppo) viene preventivamente valutato dall'*équipe* multi-professionale e si inserisce in un più ampio percorso terapeutico. In aggiunta a questo, l'intervento di questi artisti nei laboratori è sempre supportato dalla co-presenza degli operatori del Centro diurno.

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

- AA.VV. (2005), *Riabilitare con l'arteterapia. Contesti, percorsi ed esperienze*, Franco Angeli, Milano.
- BASAGLIA F. (1982), «Conversazione a proposito della nuova legge 180», in F. BASAGLIA, *Scritti 1968/1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, Einaudi Editore, Torino.
- CATERINA R. (2005), *Che cosa sono le arti-terapie*, Carocci Editore, Roma.
- CNEL (2005), *Quinto rapporto di monitoraggio sulle professioni non regolamentate*, Roma.
- CONTINI G. (1982), «L'assistenza psichiatrica territoriale», in G. CONTINI, *Introduzione alla psichiatria*, Edi SES, Napoli.
- DE GREGORIO A. (2005), «Le variabili nelle artiterapie: contesto, sistema, figure», in AA.VV. (2005).
- DE GREGORIO A. (2005), «Maturità dell'arteterapia», in AA.VV. (2005).
- DE GREGORIO E., MOSIELLO F. (2004), *Tecniche di ricerca qualitativa e di analisi delle informazioni con ATLAS.ti*, Edizioni Kappa, Roma.
- DPR 10 novembre 1999, «Progetto obiettivo nazionale - Tutela della salute mentale: 1998-2000».
- DPR 7 aprile 1994, «Progetto obiettivo nazionale - Tutela della salute mentale: 1994-1996».
- LEGGE 13 maggio 1978, n. 180.
- MARINATO G., COCCHI A., LEGNANI G., ROBERT P. (1993), *Il rinnovamento psichiatrico. Le iniziative sperimentali del PO in Lombardia*, Franco Angeli, Milano.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2002), *Rilevazione 2001 del personale e strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale*.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2005), «Relazione sullo Stato Sanitario del Paese: 2003-2004».
- MUHR T. (2004), *User's manual and references for ATLAS.ti 5.0*, Scientific Software Development, Berlino.
- PLATA M. (2005), «Aspetti economici e organizzativi del teatro sociale: il caso della Lombardia», tesi di laurea discussa presso il Corso di Laurea in Linguaggi dei Media dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, A.a. 2004/2005.
- REGIONE LOMBARDIA - DG SANITÀ (2002), «L'attività delle UOP nel 2001».
- REGIONE LOMBARDIA - DG SANITÀ (2003), «Piano regionale triennale per la salute mentale: 2002-2004».
- SOLDATI E. (2005), «Radio 180: la voce di chi sente le voci. Un progetto riabilitativo nel servizio psichiatrico di Mantova», tesi di laurea in infermieristica discussa presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia, A.a. 2004/2005.
- WARREN B. (1995), *Arteterapia in educazione e riabilitazione*, Edizioni Erickson, Trento.

Siti web consultati

- APIART - ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE ITALIANA DEGLI ARTI TERAPEUTI: <http://digilander.libero.it/apiart>
- APID - ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE ITALIANA DI DANZAMOVIMENTO-TERAPIA: www.apid.it
- CONFIAM - CONFEDERAZIONE ITALIANA DELLE ASSOCIAZIONI MUSICO-TERAPIA: www.confiam.it
- FITT - FEDERAZIONE ITALIANA TEATRO TERAPIA: www.teatroterapia.it/FIT.html
- FONDAZIONE ALDO GARAVAGLIA - Dottor Sorriso Onlus: www.dottorsorriso.it
- MINISTERO DELLA SALUTE: www.ministerosalute.it
- MUSEO D'ARTE PAOLO PINI: www.mapp-arca.it
- RADIO 180: www.rete180.it
- REGIONE LOMBARDIA - DG Sanità: www.sanita.regione.lombardia.it

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

BORGONVI 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.

Misurare la performance nelle Cure primarie: un approccio metodologico

EMANUELE VENDRAMINI

Performance measurement systems are mainly related to clinical governance issues. Specifically making general practitioners accountable on the achievement of objectives requires a balanced approach between the economic and the clinical dimension of analysis. The BSC and strategy maps are useful tools able to tackle these perspectives mainly through a cascading process. The role of general practitioners could be of a great help in the achievement of strategic objectives at corporate level but the Health Authorities are requested to cope with their institutional role (to be self-employed) and this is why they are requested to find an agreement with the trade unions. This article aims to provide a methodological approach to performance measurement in primary care with a specific focus on the process from a pure cost control towards a more appropriate clinical governance approach.

Note sugli autori

Emanuele Vendramini è adjunct professor all'University of Alabama at Birmingham, ricercatore di Economia aziendale presso la Facoltà Economia dell'Università Cattolica - Piacenza e docente SDA Bocconi

1. Premessa

Il tema delle Cure primarie e del processo di responsabilizzazione dei Mmg continua a rimanere una delle tematiche di rilevante interesse da parte sia delle aziende sanitarie che degli stessi professionisti convenzionati.

Nonostante le ultime tre convenzioni nazionali (1996, 2000, 2005) ed i relativi accordi regionali e aziendali abbiano sottolineato in molteplici articoli (si pensi agli artt. 20 e 40 del 270/00 o agli artt. 15 e 54 dell'attuale convenzione) la necessità di un ulteriore sviluppo delle attività territoriali con particolare riferimento ai temi quali: la continuità assistenziale, l'assistenza domiciliare e lo sviluppo dei Percorsi diagnostico-terapeutici aziendali, molto spesso il quadro normativo è rimasto un riferimento che non ha trovato una traduzione pratica nella gestione aziendale. Temi, infatti, come l'integrazione tra i Mmg e le altre professionalità afferenti alle Cure primarie hanno trovato spazio soprattutto all'interno di alcune sperimentazioni aziendali. Sperimentazioni di sicura eccellenza ma, in quanto tali, difficilmente esportabili e quindi, in un certo senso, da considerare come le punte maggiormente avanzate di un sistema che spesso vede il Medico di medicina generale come un attore isolato. All'interno di questo scenario il presente lavoro intende offrire, dopo aver analizzato il modello tradizionale di riferimento, un modello interpretativo finalizzato alla misurazione della performance delle Cure primarie secondo logiche economico aziendali che abbia come obiettivo ultimo quello di offrire uno strumento per il rilancio delle sperimentazioni gestionali sul tema.

SOMMARIO

1. Premessa
2. Il contesto e l'approccio tradizionale
3. Misurare la performance: analisi della letteratura
4. Misurare la performance nelle cure primarie: un modello interpretativo
5. Risultati dell'ABM nel «Percorso ADI» nell'Asl di Siena
6. Conclusioni

2. Il contesto e l'approccio tradizionale

Le aziende sanitarie, nel momento in cui avviano un processo volto alla responsabilizzazione dei Mmg, hanno spesso la necessità di esplicitare quale sia la veste istituzionale dei Mmg che vengono coinvolti nella progettazione dell'iniziativa; convivono, infatti, nei Mmg tre spinte/dimensioni:

- 1) spinta sindacale;
- 2) spinta professionale;
- 3) dimensione gestionale.

Queste tre spinte/dimensioni sono tutte particolarmente importanti, soprattutto se sono coerenti con le finalità del processo, in quanto la spinta o la componente sindacale ha come prodotto finale la stesura e la firma dell'accordo aziendale che prevede la definizione delle regole del gioco (tra le quali il sistema di incentivazione). Questa componente risulta essere necessaria poiché i Medici di medicina generale sono dei liberi professionisti convenzionali, per cui risulta necessario definire una cornice normativa al processo di responsabilizzazione rappresentata appunto dall'accordo aziendale.

Da un'indagine del 2001 (Cavallo, Gerzeli, Vendramini, 2001) solo il 30% delle aziende sanitarie ha stipulato accordi con la Medicina generale e poche ne hanno siglato più di uno.

La struttura di un accordo aziendale è oggetto di dibattito in quanto dalla sua articolazione dipende l'efficacia del processo di responsabilizzazione. In tal senso si vuole proporre uno schema di accordo che può risultare efficace nel processo di responsabilizzazione:

- introduzione;
- obiettivi;
- incentivi;
- regole del gioco.

L'introduzione o premessa all'accordo racchiude le motivazioni, i principi ispiratori (associazionismo, appropriatezza, qualità, governo della domanda), i valori che sono alla base dell'avvio di una sperimentazione con i Mmg. Sebbene dal punto di vista strettamente normativo l'adesione dei Mmg all'accordo aziendale rientri tra gli obblighi

convenzionali, illustrare la visione di fondo e le motivazioni alla base del processo di responsabilizzazione dei Mmg è spesso risultato di grande aiuto nell'ottenere non solo una generica adesione ma una vera e propria partecipazione al progetto.

La seconda sezione è dedicata alla declinazione degli obiettivi oggetto del processo di responsabilizzazione. Questa sezione, come la successiva, è particolarmente critica in quanto vi è un certo dibattito relativamente alla possibilità che le variabili oggetto del processo di *budget* siano anche oggetto di negoziazione e non invece scelte strategiche della azienda sanitaria. In tal senso si ritiene che l'opzione di sviluppare un processo di responsabilizzazione sul tema del diabete, dell'ipertensione oppure sviluppare la programmazione, la gestione e l'organizzazione complessiva dell'Assistenza domiciliare debba essere una scelta definita dalla direzione strategica alla luce delle proprie linee di indirizzo, di quelle regionali anche alla luce dell'accordo stipulato in quella sede.

L'oggetto della trattativa sindacale in tema di obiettivi dovrebbe quindi concentrarsi sulle regole del gioco, cioè i meccanismi attraverso cui verranno definiti i *target* per i Mmg, e non sulle variabili oggetto di *budget*, cioè se si debba o meno contenere la spesa farmaceutica.

La terza sezione è legata al sistema incentivante/premiante e rappresenta il vero oggetto di negoziazione al tavolo sindacale. Molteplici sono le variabili che devono essere discusse:

- incentivi sul singolo o su *équipe* territoriale;
- incentivi all'adesione o sui risultati (o un *mix* dei due approcci);
- incentivi monetari o meno.

Nonostante la discussione delle modalità di definizione degli incentivi non rientri nell'oggetto del presente lavoro, è importante sottolineare un potenziale rischio per le aziende sanitarie rappresentato dalla eccessiva frammentazione del sistema premiante (farmaci, associazionismo, informatizzazione, mobilità, linee guida, percorsi, riunioni, adesione) che si traduce in una minore efficacia della leva stessa. Una possibile soluzione è quella di definire un ammontare di

euro per paziente che sia la sommatoria degli incentivi non oggetto di negoziazione. Il tavolo sindacale è chiamato infatti a soffermarsi sul peso che ogni obiettivo ha all'interno dell'accordo, il tutto non modificando, quindi, l'ammontare complessivo messo a disposizione dall'azienda.

La quarta ed ultima sezione contiene le modalità operative: durata, responsabilità, tempi e ritmi.

La durata dell'accordo rappresenta un aspetto particolarmente significativo in quanto durate troppo limitate (tipicamente un anno) non riescono a fornire il tempo necessario per l'implementazione. Sulla base delle esperienze più mature dal punto di vista manageriale risulta particolarmente efficace un accordo triennale coerente con la pianificazione aziendale (PAL, Piano strategico, ecc.) che permette di declinare le strategie previste per il settore territoriale anche nell'ambito specifico delle Cure primarie e della Medicina generale.

Tornando alla separazione delle spinte tra ruolo sindacale, professionale e gestionale, quello permette l'identificazione di *benchmark* come ad esempio i criteri sottostanti la verifica dell'effettiva applicazione di una linea guida (nell'esempio mostrato la linea guida risulta essere quella relativa all'ipertensione con l'indicazione verso betabloccanti e diuretici rispetto ad aceinibitori e calcioantagonisti).

Il ruolo gestionale rappresenta l'elemento di maggiore interesse per quest'approccio che, pur riprendendone l'impostazione tradizionale, lo coniuga con un interessante livello di innovatività. La componente gestionale è data dalla possibilità del singolo medico di «negoziare», come in un vero e proprio processo di *budget*, i propri obiettivi o, meglio, il proprio contributo al raggiungimento degli obiettivi distrettuali/aziendali.

L'importanza del bilanciamento delle tre dimensioni risulta essere particolarmente importante poiché permette di coordinare tre dimensioni diverse ma strettamente correlate: il quadro di riferimento amministrativo con le coordinate legate alle regole del gioco, l'esplicitazione dei criteri e dei *benchmark* mediante i quali verranno verificati gli obiettivi qualitativi e, infine, ma non meno importante, l'autodeterminazione negoziata degli obiettivi e dello sforzo.

L'approccio tradizionale fa riferimento alla oramai datata convenzione DPR 484 del 1996 e consiste nello sviluppare un processo di responsabilizzazione e misurazione dei Medici di medicina generale mediante accordi aziendali, avendo come riferimento il consumato dei loro assistiti.

Tale processo di responsabilizzazione ha comportato, per le aziende che lo hanno sperimentato nel decennio '96-'06, il contemporaneo sviluppo di un sistema volto, non solo a raccogliere il dato completo dei consumi della popolazione (farmaci, ricoveri, specialistica e diagnostica), ma anche un percorso di condivisione delle motivazioni e delle cause di tali consumi (si pensi ad esempio ai consumi di diagnostica strumentale o di visite specialistiche di controllo).

Il tipico esempio di *report* per i Mmg basato sui consumi può essere quello rappresentato in **tabella 1**.

Il *report* rappresenta la visione tradizionale (comunque di eccellenza) nel processo di reponsabilizzazione dei Mmg. Esso si basa su quattro assunti di fondo:

- a) multidimensionalità delle variabili oggetto di responsabilizzazione;
- b) multidimensionalità degli indicatori utilizzati nel processo di responsabilizzazione;
- c) responsabilizzazione focalizzata sul singolo medico;
- d) coinvolgimento mediante processo prevalentemente *bottom up* dei Mmg.

Come per ogni modello gestionale è possibile evidenziare alcuni punti di debolezza di questo approccio, in particolare se ne possono individuare tre:

- 1) debole ruolo dell'associazionismo;
- 2) assenza di obiettivi legati allo sviluppo delle competenze dei professionisti;
- 3) assenza di obiettivi correlati all'utenza.

In merito al tema dell'associazionismo molto è stato scritto (Longo, Maciocco, Vendramini, 2001; 2003) ma l'aspetto maggiormente significativo che si intende sottolineare consiste nel considerare la forma associativa come un vero e proprio Centro di responsabilità oggetto di *budget*. Sviluppare un sistema di responsabilizzazione basato sui

Azienda				Medico XXXXXX					
Progetto di responsabilizzazione dei Medici di Medicina Generale									
Antibiotici	DDD% obiettivo			Antipertensivi	DDD% obiettivo				
	DDD% I sem.	Proposto	Concordato		DDD% I sem.	Proposto	Concordato		
	Antibiotici IM	10.27	3.70		Y	Diur e B.blocc	25.63	25.73	Y
Antibiotici OS	89.73	96.30	Y	ACE-i. e Ca-ant.	74.37	74.37	Y		
Antitrombotici	DDD/1000 obiettivo			Spesa farmaceutica netta procapite					
	DDD/1000 I sem.	Proposto	Concordato		Obiettivo	X			
	Calciparina	7.54	4.00		Y	Media regionale	Y		
Primi 5 DRG medici	DDD% obiettivo			Ricoveri					
	Stima	Proposto	Concordato		Stima anno	Proposto	Concordato		
	Numero ricoveri	68	68		Y	Numero ricoveri	246	212	Y
	Riduzione %		0		Y	Riduzione %		14	Y

Tabella 1

Report per i Mmg basato sui consumi

singoli Mmg rende molto complesso e lungo il processo.

La formazione e l'aggiornamento, insieme al coinvolgimento dei pazienti stessi, rappresentano delle dimensioni di analisi che solo ultimamente sono rientrate nel dibattito relativo al processo di responsabilizzazione. L'aggiornamento, infatti, dei Mmg (sui nuovi farmaci ma anche sulle nuove indicazioni presenti in letteratura) non può essere più trascurato dalle aziende sanitarie, sia in termini di formazione che di strumenti innovativi per la loro crescita professionale (ad esempio linee guida).

Nonostante siano molti i punti di forza del modello tradizionale (lo sviluppo di un processo di responsabilizzazione del Mmg, il governo di variabili legate all'appropriatezza dei consumi secondo logiche di governo clinico e della domanda) di seguito si intende introdurre un modello interpretativo che lo superi (o meglio che superi le debolezze del modello tradizionale) e che faccia riferimento al filone di letteratura denominato *performance measurement e management*.

3. Misurare la performance: analisi della letteratura

La misurazione della performance è un tema di cui spesso si discute ma che raramente viene definito. In letteratura diverse sono le interpretazioni e le posizioni delle differenti scuole di pensiero. In questa sede si vuole presentare gli autori che a livello internazionale hanno definito i differenti approcci al tema della misurazione della performance. Letteralmente il *performance measurement* consiste in un insieme di misurazioni volte a valutare l'efficienza e l'efficacia di un'azienda (Kotler, 1984). Slack (1991) sostiene che «è importante sottolineare come vi siano due dimensioni di misurazione della performance: una interna ed una esterna. La misurazione della performance esterna ha finalità prevalentemente di comunicazione e di "table league" come ad esempio l'esperienza inglese dello star rating system. Mentre la misurazione della performance interna è strettamente legata al processo di responsabilizzazione dei professionisti e delle Unità

operative». Il presente lavoro intende analizzare solo questa seconda dimensione al fine di poterla collegare al sistema di *budget*.

Proprio a tal fine l'*audit commission* inglese (1999) ha evidenziato come i sistemi di misurazione della performance (PMS) abbiano una doppia finalità:

- migliorare il servizio erogato dall'organizzazione;
- incrementare il livello di responsabilizzazione.

In letteratura diverse sono le definizioni di PMS: Lebas (1995) sostiene che i sistemi di misurazione della performance devono essere basati esclusivamente su fattori critici di successo quali l'analisi degli scostamenti, un forte legame con il dato storico, indicatori di *input* e di *output* e che i sistemi di performance management debbano essere multidimensionali (introducendo misure per dimensioni quali: la formazione, il lavoro di gruppo, lo stile manageriale, il potenziale di partenza, il coinvolgimento dei professionisti, la multidisciplinarietà ed un collegato sistema di incentivi).

Simons (2000) sostiene che i sistemi di misurazione della performance (PMS) possono essere classificati in quattro categorie in funzione delle variabili che intendono misurare al fine di influenzare e controllare i risultati. In particolare è possibile identificare:

- 1) sistemi fiduciari (sistemi di monitoraggio della *mission* e della *vision* attraverso *survey* delle funzioni di *staff*);
- 2) *boundary system* (sistemi di controllo interno sulla dimensione finanziaria);
- 3) sistemi di controllo diagnostico (sui margini e sul rispetto dei *budget*);
- 4) sistemi interattivi di controllo (su progetti con finalità di ricercare la congruenza con i sistemi di pianificazione strategica).

Inoltre, Neely e Bourne (2000) hanno sottolineato come le aziende tendano a sovraddarsi di sistemi di misurazione della performance che spesso confliggono o comunque non portano a sintesi efficaci.

Come sostengono Kaplan e Norton (1996) le aziende devono iniziare a chiedersi non solo se stanno facendo le «cose bene» ma se stanno facendo le «cose giuste». Anzi nel

bilanciamento dei due fattori si racchiude il miglioramento della performance.

Wilcox e Bourne (2002) suggeriscono come vi siano tre fasi nello sviluppo dei sistemi di misurazione della performance. La prima che si è sviluppata nelle aziende pubbliche a partire dagli anni '80 con un *focus* prevalentemente efficientista e legato alla componente economico finanziario. La seconda fase, di fatto una reazione alla prima, che propone una visione multidimensionale dei fenomeni e che ha portato nel 1993 alla elaborazione di sistemi quali la *balanced scorecard* (Kaplan, Norton, 1993).

Wilcox e Bourne (2002) sostengono inoltre che, a partire dalla seconda metà degli anni '90, i sistemi di misurazione della performance abbiano iniziato ad essere caratterizzati da discussioni inerenti alle mappe strategiche e alla loro utilità nell'evidenziare le correlazione tra gli indicatori di performance.

Nei sistemi sanitari NHS questo fenomeno è particolarmente evidente, si pensi, infatti, all'evoluzione dei sistemi di *budget* per i Mmg da puro contenimento della spesa farmaceutica a meccanismo di responsabilizzazione multidimensionale. In generale questo processo risulta esplicito in quelle aziende sanitarie che hanno iniziato verso la fine degli anni '90 a introdurre la Bsc (Vendramini, 2004; Radnor, Lovell, 2003).

Moriarty e Kennedy (2002) e Johnsen (2000) sostengono invece che i sistemi di misurazione della performance non sono una novità in quanto le aziende sanitarie li usano da diverso tempo, in particolar modo Kennedy (2002) suggerisce che, siccome non esiste un vero e proprio mercato della sanità, l'introduzione dei sistemi di misurazione della performance ha la finalità di sostituire le pressioni derivanti dal mercato.

Pollitt (1986) fa notare come già nella seconda metà degli anni '80 molte aziende sanitarie avessero iniziato ad introdurre formalmente esperienze di misurazione della performance. Infatti, le *Health authority* inglesi, fin dal 1986, sono obbligate ad inserire indicatori di performance nel loro *annual report*.

A conclusione di queste breve rassegna dei principali autori in merito all'introduzione di sistemi di misurazione della performance, è possibile affermare che essi:

- rappresentano una modalità di responsabilizzazione dei professionisti anche su dimensioni non esclusivamente finanziarie;
- non rappresentano una risposta ad un'esigenza nuova in quanto alcune sperimentazioni datano oramai alla seconda metà degli anni '80;
- hanno la pretesa di incrociare variabili e dimensioni di analisi diverse ma correlate, declinandole soprattutto con la definizione di un orientamento strategico di medio lungo periodo.

Se consideriamo i Mmg invece lo scenario cambia; infatti, solo negli ultimi due anni si è assistito all'implementazione delle logiche di PM volte alla responsabilizzazione di liberi professionisti convenzionati che, prima di allora, erano chiamati a confrontarsi, se del caso, solo con la dimensione finanziaria della loro attività.

4. Misurare la performance nelle Cure primarie: un modello interpretativo

La misurazione della performance nelle Cure primarie si basa su tre presupposti di fondo:

- 1) la possibilità di introdurre un processo di sviluppo organizzativo di medio periodo;
- 2) la possibilità di monitorare e responsabilizzare i Mmg sui processi assistenziali;
- 3) la possibilità di sviluppare un percorso di crescita complessiva della categoria per farla divenire un vero e proprio Centro di responsabilità aziendale.

4.1. La possibilità di introdurre un processo di sviluppo organizzativo di medio periodo

Lo sviluppo organizzativo dei Medici di medicina generale può avvenire attraverso il governo di tre leve:

- 1) un accordo aziendale;
- 2) lo sviluppo di forme organizzative obbligatorie quali le *équipe* territoriali;
- 3) la predisposizione di un sistema di obiettivi e di *reporting* declinato sulle forme associative.

1) Anche alla luce di quanto analizzato precedentemente, la durata dell'accordo deve permettere lo sviluppo di un processo che riesca a radicarsi e divenire cultura aziendale e professionale. L'accordo rappresenta, infatti, la cornice organizzativa all'interno della quale si possono articolare i tre momenti (sindacale, gestionale e professionale) già potenzialmente presenti nel modello tradizionale.

In tal senso, l'accordo aziendale rappresenta lo strumento mediante il quale vengono declinate le regole del gioco, il sistema premiante ed i meccanismi operativi di funzionamento (tra cui la scelta strategica aziendale si sposta proprio all'interno di un'ottica di misurazione della performance, tutti gli incentivi sui risultati e non sulla struttura o all'adesione).

2) Sul tema delle forme associative molto è stato scritto ed il dibattito risulta ancora aperto. I primi accordi regionali hanno iniziato a prendere atto della necessità di ri-trovare una corrispondenza tra le forme organizzative e gli effettivi contenuti erogati ai pazienti. L'esistenza di forme organizzative obbligatorie, rappresentate dai legami funzionali delle *équipe* territoriali

L'idea di fondo è che ogni *équipe* territoriale sia dotata di un coordinatore e da una serie di responsabili per materia (che sono poi gli obiettivi dell'accordo).

Questo permetterebbe di gestire le problematiche tecnico professionali mediante incontri con i referenti per materia e/o con i coordinatori delle *équipe* territoriali superando di fatto il problema della rappresentatività dei gruppi di patologia.

In realtà, la vera debolezza delle forme associative tradizionali è da ricondursi alla loro spontaneità e volontarietà che hanno portato a definire, con particolare riferimento alle medicine di gruppo, delle sperimentazioni di particolare interesse ma difficilmente esportabili in quanto strutturalmente legate al contesto ed alle condizioni ambientali di riferimento.

3) La predisposizione di un sistema di obiettivi e di *reporting* declinato sulle forme associative è strettamente legato al punto precedente ed ha come obiettivo specifico quello di considerare l'*équipe* territoriale come un vero e proprio Centro di responsabi-

lità aziendale che si interfaccia con altri Cdr aziendali/distrettuali.

In tal senso risulta particolarmente importante definire un sistema di obiettivi di *équipe* negoziati dal coordinatore che diventa quindi responsabile del Cdr.

Il processo di responsabilizzazione può svilupparsi in modo pieno nel momento in cui per ogni *équipe*/Cdr si strutturi un sistema di *reporting*, puntuale e costruito su obiettivi definiti nell'accordo e negoziati con il Cdr stesso, che alimenti il dibattito interno all'*équipe* e tra questa e il Cdr ad essa sovraordinato (in merito alla tipologia di obiettivi e di *report* si tratterà in seguito).

4.2. La possibilità di monitorare e responsabilizzare i Mmg sui processi assistenziali

Come sostengono Tozzi e Longo (2005) lo sviluppo del progresso di gestione delle patologie, soprattutto quelle croniche, è dato dalla presa in carico complessiva del paziente lungo tutto il percorso clinico terapeutico aziendale. Se le logiche di *activity based budgeting* sono state implementate a livello ospedaliero a livello territoriale, poche sono le aziende che stanno cercando di sviluppare un processo di responsabilizzazione legato alla gestione dei percorsi. La difficoltà dell'approccio è legata soprattutto al fatto di non poter riuscire a gestire il processo di responsabilizzazione senza che prima si sia sviluppato un sistema associativo efficace e stabile, che si basi sui progetti. Solo con un associazionismo ricco di contenuti e che coinvolga la totalità dei Mmg, anche in prima istanza attraverso legami funzionali (*équipe* territoriali) che poi si strutturano sui progetti come la gestione del paziente iperteso, diabetico, è possibile identificare criteri condivisi che possano essere utilizzati come *benchmark* per l'analisi degli scostamenti dal percorso effettivo.

4.3. La possibilità di sviluppare un percorso di crescita complessiva della categoria per farla divenire un vero e proprio Centro di responsabilità aziendale

Tutto quanto analizzato finora potrebbe risultare inefficace qualora l'azienda sanitaria stessa non inizi a considerare il tema della responsabilizzazione di tutti i Mmg come una

priorità strategica e quindi ad organizzarsi per gestire al meglio il processo. In particolare si intendono le diverse componenti aziendali che fanno riferimento o comunque si interfacciano con i Mmg: la direzione strategica, la farmaceutica, i distretti, le varie unità operative quali l'assistenza domiciliare, il controllo di gestione, l'ospedale (si pensi ad esempio alla prescrizione indotta).

Il modello proposto prevede che la gestione e la responsabilizzazione dei Mmg associati in *équipe* avvenga tramite la definizione di un comitato *budget* distrettuale che si occupi dell'intero ciclo di programmazione e controllo e della chiusura dei *budget*, anche quelli trasversali, come ad esempio gli obiettivi legati ai percorsi.

È importante, in questo caso, che il comitato *budget* per la Medicina generale venga composto sia da componenti gestionali (distretto, Adi, ecc.) che da componenti tecnico professionali, come ad esempio la farmaceutica, il controllo di gestione e, ove presenti, i referenti dei dipartimenti ad indirizzo tecnico professionale a svolgere il ruolo di interpreti della visione ortodossa dell'oggetto di *budget* (si veda anche Longo, Vendramini 2001). Il rischio che si vuole evitare viene denominato in letteratura *Sub Ottimizzazione* e consiste nel riscontrare a posteriori che sebbene tutti abbiano raggiunto i propri obiettivi di *budget*, nel suo complesso l'azienda non vi sia riuscita (Kravchuk, 1996), a causa di un disallineamento delle agende tra le diverse componenti aziendali. La presenza di *budget* trasversali a livello distrettuale potrebbe evitare questo fenomeno grazie alla verifica in corso d'opera (con la funzione di *reporting*) dell'allineamento delle agende dei professionisti coinvolti.

Analizzati i presupposti di fondo, si intende ora presentare un modello interpretativo di misurazione della performance utilizzando lo schema consolidato in letteratura della *balanced scorecard* (Klaplan, Norton 1993, 1996). In particolare due sono gli strumenti che si intendono presentare e discutere nella misurazione della performance dei Mmg: le mappe strategiche e la Bsc a cascata.

Le mappe strategiche rappresentano la traduzione grafica delle strategie deliberate e, in un'ottica dinamica, il recepimento di quelle emergenti (Mintzberg, 1978).

Figura 1

Le quattro prospettive e rispettivi insiemi di indicatori

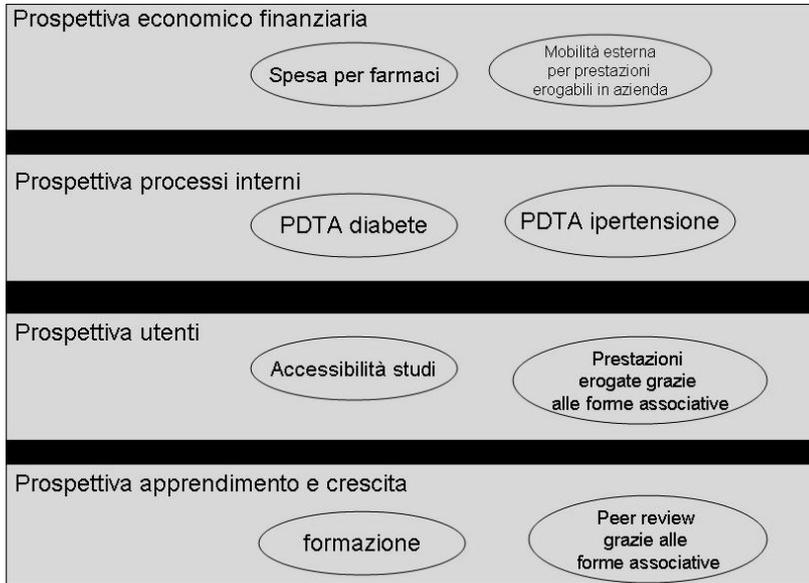
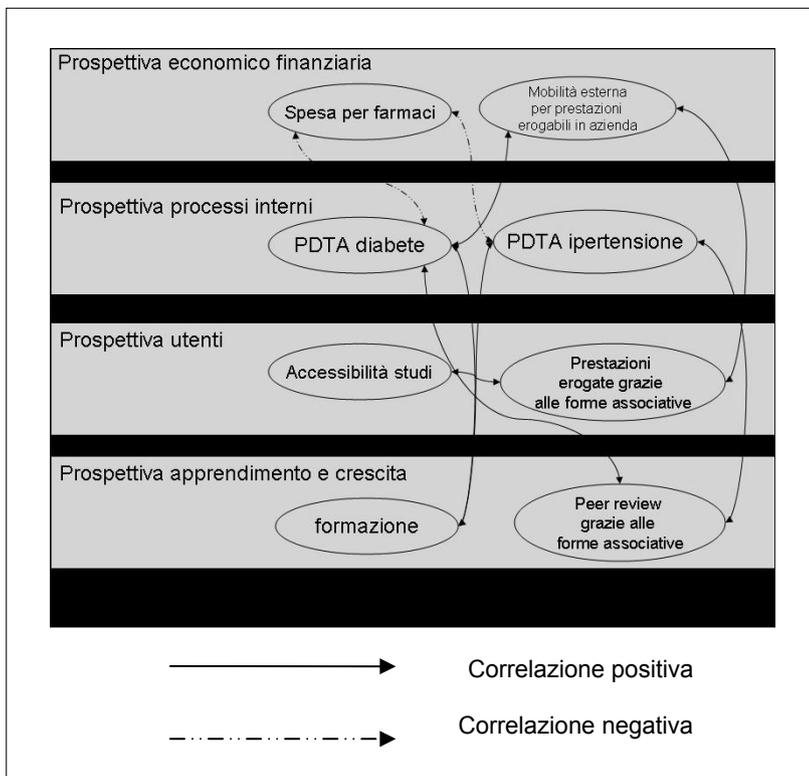


Figura 2

Correlazioni tra i vari obiettivi ed effetti (positivi/negativi) di una variabile su un'altra



In particolare, a livello di Cure primarie, verrebbero declinate anche le mappe strategiche che permettono di posizionare gli obiettivi su ciascuna delle quattro prospettive e per ciascuno dei quali identificano un insieme (limitato) di indicatori (figura 1).

La mappa strategica si interroga anche sulle correlazioni tra i vari obiettivi identificando tramite linee quale variabile può avere un effetto (positivo o negativo) su un'altra: ad esempio le linee guida possono avere un impatto negativo in termini di riduzione della spesa farmaceutica oppure l'associazionismo può avere un effetto positivo sui PDTA (figura 2).

L'implementazione delle mappe strategiche in azioni operative avviene tramite il processo a cascata che declina gli obiettivi strategici per le Cure primarie secondo le quattro prospettive classiche della Bsc (figura 3):

- 1) finanziaria;
- 2) processi interni;
- 3) utente;
- 4) apprendimento e crescita.

Molto è già stato scritto sul tema della struttura dello strumento della *balanced scorecard* (Vendramini, 2004; Cuccurullo, 2004; Baraldi, 2005), per cui in questa sede si presentano solo le principali caratteristiche di ciascuna prospettiva di analisi.

La prospettiva economico finanziaria pone l'enfasi sull'equilibrio appunto economico finanziario dell'azienda e risponde sostanzialmente alla seguente domanda: Quali sono i risultati economici attesi nel medio e lungo periodo?

La prospettiva dei processi interni pone l'accento sull'efficacia delle operazioni aziendali, come ad esempio i percorsi diagnostico-terapeutici. La domanda a cui risponde questa prospettiva è: eroghiamo servizi e prestazioni in modo efficace?

La prospettiva degli utenti/pazienti prende in considerazione l'immagine e la tipologia di servizi che vengono offerti così come percepiti dagli utilizzatori. Risponde alla domanda: quale percezione hanno i nostri utenti dei servizi che eroghiamo?

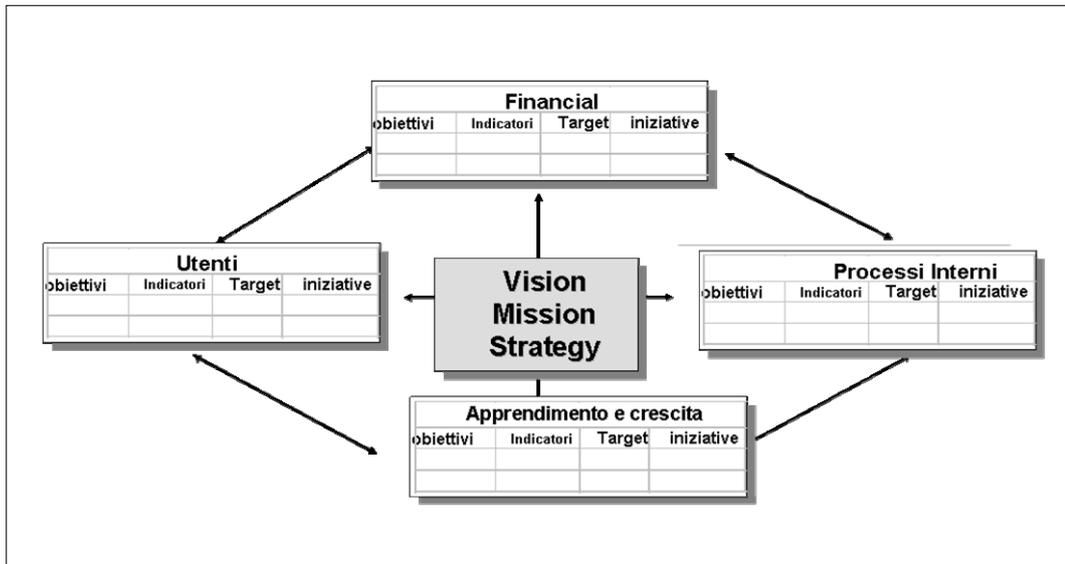


Figura 3

Le quattro prospettive classiche della *balanced scorecard*

Fonte: adattamento da Kaplan, Norton (1996)

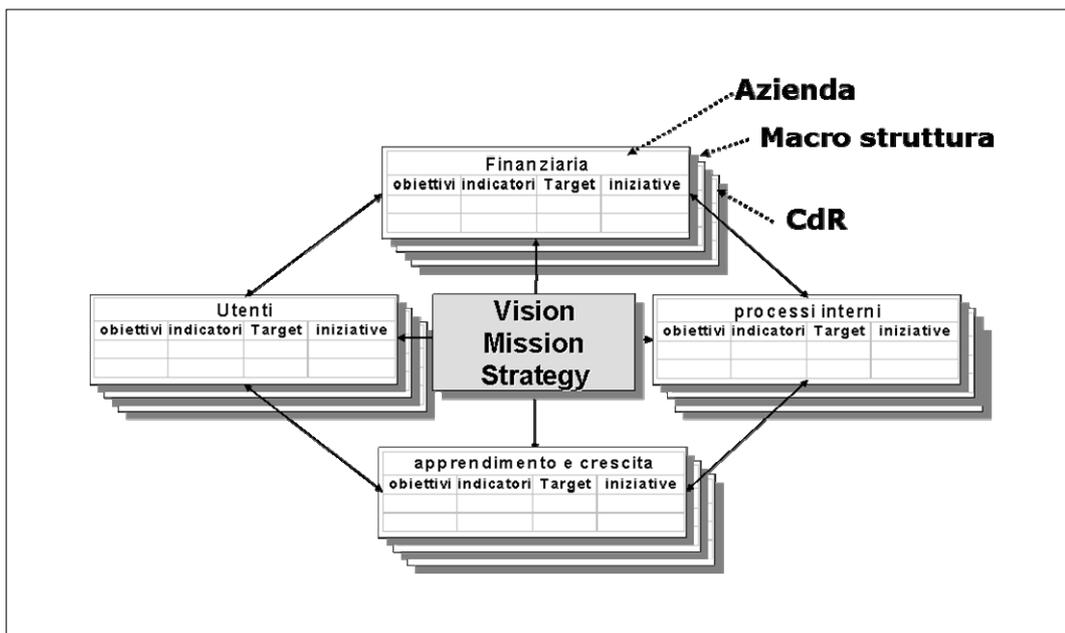


Figura 4

L'applicazione della Bsc alle strategie

La prospettiva apprendimento e crescita è relativa al sistema di conoscenze, all'*expertise* dei professionisti ed al sistema di formazione e aggiornamento. Risponde alla domanda: quale è il livello delle competenze dei nostri professionisti?

In particolare l'idea di fondo è di declinare le strategie rappresentate dalle mappe mediante l'applicazione dello strumento della *balanced scorecard* all'interno dell'azienda

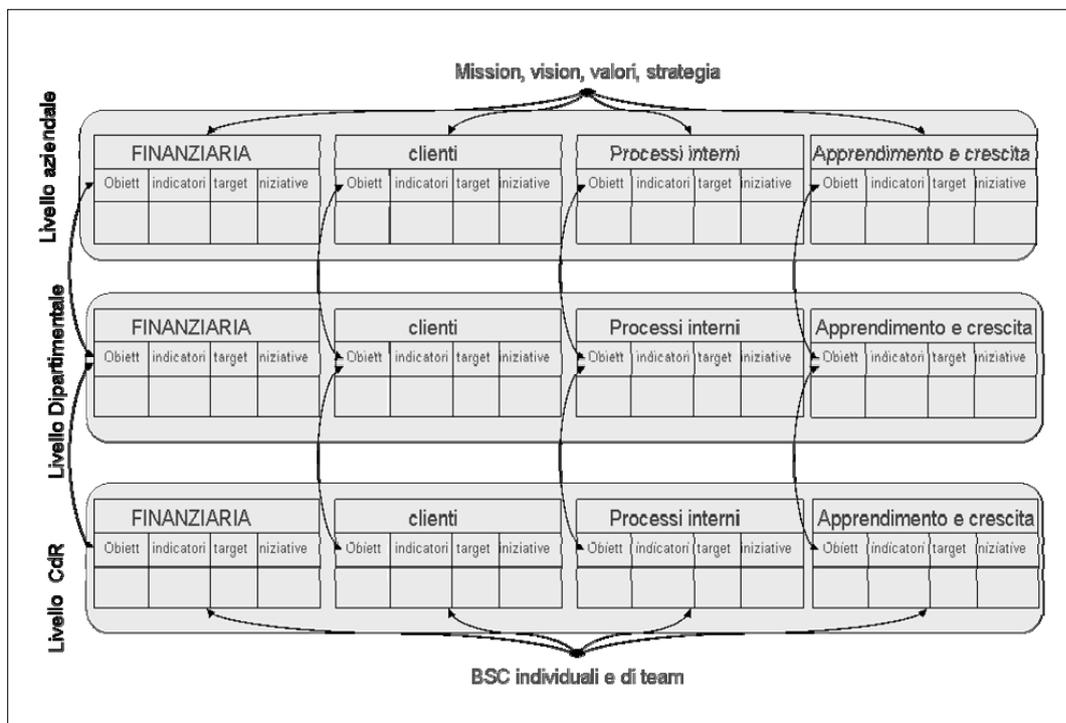
secondo il modello rappresentato dalla **figura 4 e 5**.

L'idea di fondo è quella di utilizzare il processo di declinazione a cascata della Bsc e lo strumento della Mappa strategica per definire, da un lato la strategia delle Cure primarie (la mappa strategica), dall'altro per ogni obiettivo (chiamato anche *key performance area*) un indicatore, un *target* di riferimento (meno 3% rispetto alla media regionale

Figura 5

Il processo a cascata della Bsc

Fonte: Niven 2002



relativamente alla spesa farmaceutica) ed un'insieme di azioni (iniziative) che possano facilitare il raggiungimento degli obiettivi stessi.

Il modello proposto, frutto della combinazione dei due strumenti (mappe strategiche e Bsc a cascata), può essere delucidato dalla figura 6.

L'accordo aziendale dovrebbe quindi contenere la mappa strategica (magari utilizzando altre dimensioni/prospettive di analisi diverse rispetto a quelle qui rappresentate), i *target* attesi (esempio riduzione del livello della spesa farmaceutica, tasso di ospedalizzazione, rispetto dei percorsi diagnostico terapeutici aziendali, ecc.) ed il correlato sistema premiante.

Per ogni obiettivo presente nell'accordo, i cui contenuti vengono negoziati con la singola *équipe* territoriale (Cdr), vengono quindi identificati: gli indicatori, il *target* atteso (che permette di verificare se poi l'obiettivo è stato raggiunto o meno) ed un insieme di azioni che ne possano facilitare/favorire l'acquisizione.

Di fatto i *target* di riferimento costituiscono i livelli attesi cui è legato il sistema premiante.

A completare gli strumenti del processo di programmazione (mappa strategica e le componenti della Bsc) di particolare importanza risulta essere, come per il modello tradizionale, la costruzione di un sistema di *reporting* che tenga conto delle riflessioni effettuate. Il *report* deve quindi tenere presenti, partendo dai punti di forza dell'approccio tradizionale, le riflessioni effettuate precedentemente.

Il modello che si intende presentare riconsidera gli obiettivi classificati secondo le quattro prospettive di analisi definite nella costruzione della mappa strategica, gli indicatori, ed i *target* definiti nell'accordo aziendale e li raffronta con i dati dell'ultimo periodo in analisi evidenziandone lo scostamento (indicando cioè se il percorso è virtuoso o meno). Risulta altresì importante sottolineare non solo lo scostamento ma anche il *trend* rispetto al periodo (*report*) precedente (migliore o peggiore, ad esempio). Lo schema di *report* per un Cdr dei Mmg potrebbe essere quello illustrato dalla tabella 2.

Il *report* oggetto di analisi ha una serie di punti di forza:

- presenta un chiaro riferimento all'accordo aziendale (gli obiettivi sono gli stessi);

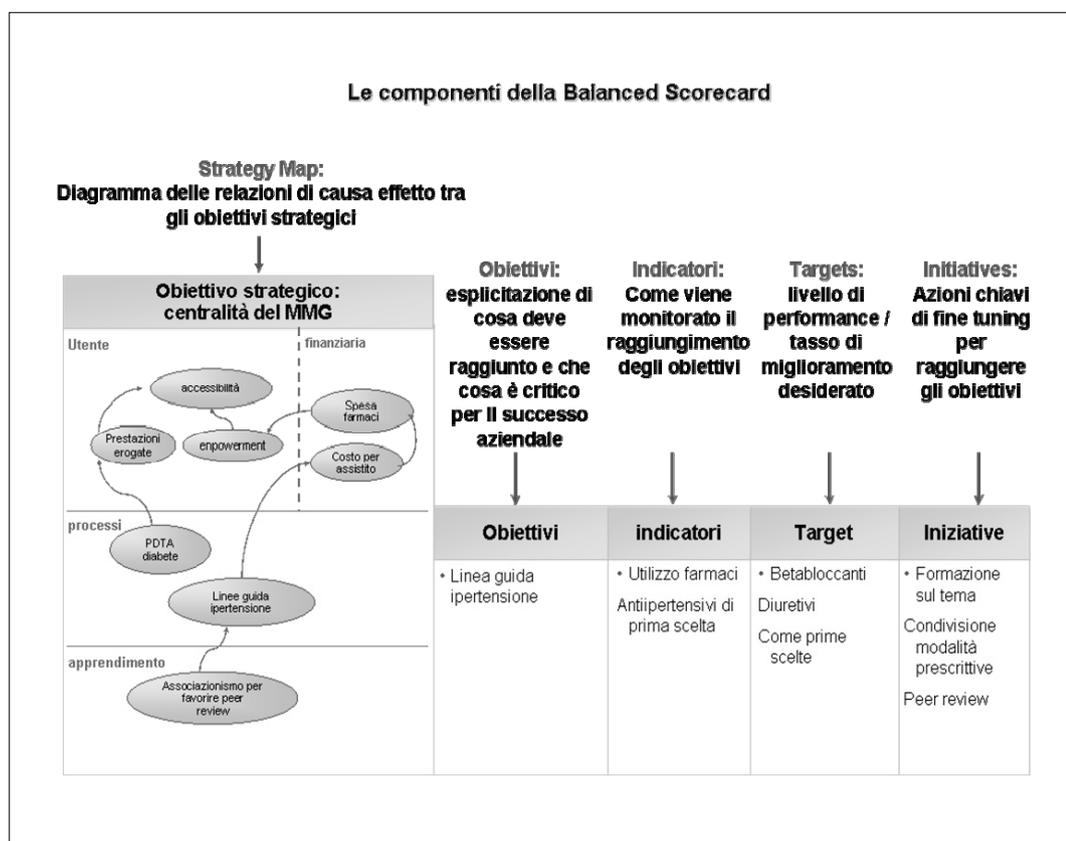


Figura 6
Le componenti della Bsc
(adattamento da Bsc collaborativa)

Tabella 2
Schema di report per un Cdr dei Mmg

CdR équipe territoriale	Dato ultimo trimestre	Target	Scostamento	Valutazione	Dato periodo precedente	Trend
Prospettiva finanziaria						
Spesa farmaci	3%	2%	1	negativa	4	migliora
Mobilità in uscita	20000	22000	- 2000	positiva	19000	peggiora
Prospettiva processi interni						
Applicazione percorso ipertensione	3% betabloccanti, 5% diuretici	4% betabloccanti, 6% diuretici	1%	negativa	3% betabloccanti, 5% diuretici	uguale
Applicazione percorso diabete	85% visite generali pazienti diabetici	90% visite	- 5%	negativa	80%	migliora
Prospettiva utenti						
Soddisfazione utenti (questionario)	95%	90%	5%	positiva	95%	uguale
Prospettiva apprendimento e crescita						
Incontri di peer review	2	4	2	negativa	3	peggiora
Incontri di formazione	8h	16h	8h	negativa	6h	migliora

- richiama i *target* negoziati nel processo di *budget* mediante la scheda di *budget*;
- evidenzia anche visivamente quali obiettivi siano in linea con i *target* e quali no;
- illustra in maniera dinamica il *trend* rispetto al periodo precedente.

Ovviamente è uno strumento che può risultare utile in relazione al modo di utilizzo, di per sé non risolve la complessità del processo di responsabilizzazione dei Mmg.

5. Conclusioni

Il processo di responsabilizzazione dei Mmg rappresenta, oramai da alcuni anni, uno dei principali obiettivi strategici delle aziende sanitarie. Pur a fronte di esperienze e sperimentazioni avanzate che affrontano il processo della responsabilizzazione anche utilizzando diverse dimensioni di analisi (finanziaria, sanitaria, ecc.), emerge con forza la necessità di sviluppare, da un lato, azioni coerenti con una strategia di fondo (non solo per i Mmg ma per l'intero mondo territoriale), dall'altro, uno strumento sintetico che permetta di valutare/riconoscere la performance raggiunta anche attraverso indicatori multidimensionali che misurino anche la dimensione più «intima» del professionista, quella legata all'apprendimento e alla crescita professionale coerenti con un sistema che sempre più si sta sbilanciando verso logiche di *knowledge management*. Il superamento del modello tradizionale, che in realtà per alcuni rappresenta ancora un punto di arrivo, permette a quelle aziende maggiormente avanzate dal punto di vista manageriale di coniugare tutta una serie di logiche e approcci strettamente correlati: il governo della domanda ed il governo clinico, i percorsi e le *operation*, l'*empowerment* del paziente e il *knowledge management* del medico al fine di una più efficace «produzione» di salute.

Note

1. Si veda ad esempio la numerosità degli articoli pubblicati e dei convegni a rilevanza nazionale sul tema della Medicina generale.
2. In realtà vi sono aziende sanitarie ed anche una parte della Medicina generale che optano per un processo di responsabilizzazione legato al prescritto del Mmg. Questa scelta può risultare coerente nel momento in cui la dimensione di analisi non sia solo esclusivamente finanziaria ma soprattutto focalizzata sulla variabile farmaceutica. Se il processo di responsabilizzazione si focalizza solo sui ricoveri o sulla specialistica/diagnostica il ruolo dei Mmg sul prescritto risulta essere marginale, con punte del 30/40% ma in media meno (nostra elaborazione, 2005). Proprio in relazione a questo molte aziende intendono sviluppare un processo che porti alla responsabilizzazione dei pazienti di riferimento sul consumato a prescindere da chi l'abbia prescritto.
3. Il superamento dei quali è rappresentato dal modello innovativo che si intende proporre.
4. In genere in un'azienda relativa a 300.000 abitanti vi sono 270-280 Mmg.
5. In merito alla definizione di efficacia ed efficienza si rimanda a Borgonovi (1990).
6. Si veda anche Lega, Vendramini, Cattabeni (2005).
7. In alcune Regioni prendono nomi differenti.
8. La proposta è che siano proprio i referenti per materia delle *équipe* territoriali, incontrandosi anche con i referenti di parte ospedaliera, a contribuire a sviluppare i criteri e gli eventi sentinella che possano permettere la verifica della effettiva applicazione del PDTA.
9. Si confronti anche Vendramini (2004).
10. Si pensi ad esempio all'interpretazione sul consumo di determinati farmaci per i pazienti diabetici: evidentemente oltre alla componente gestionale si deve avere una componente professionale che esprima la consulenza tecnica dell'utilizzo di uno specifico principio attivo (competenza che, per ovvi motivi, la componente gestionale non ha né può avere).
11. Denominato anche *performance related payment system*.
12. È oggetto di dibattito l'identificazione dell'orizzonte temporale cui fanno riferimento gli obiettivi. Per quanto riguarda la definizione della Bsc a livello aziendale, di cui quella per le Cure primarie ne è una declinazione, gli obiettivi sono di medio lungo periodo. Per quanto riguarda la Bsc per le Cure primarie di fatto l'orizzonte temporale coincide con quello dell'accordo. I *target* poi possono essere aggiustati di anno in anno in relazione alle necessità contingenti.

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

- BARALDI S. (2005), *Il Balanced Scorecard*, Mc Graw Hill, Milano.
- BORGONOV E. (a cura di) (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BORGONOV E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- KAPLAN R., NORTON D. (1996), «Using the balanced scorecard as a strategic management system», *Harvard Business Review*, January/February, pp. 75-85.
- KOTLER P., *Marketing Management Analysis, Planning and Control*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- KRAVCHUCK R.S., SCHACK R.W. (1996), «Designing Effective Performance Measurement Systems under the Government Performance and Results Act of 1993», *Public Administration Review*, vol. 56 (4), pp. 348-358.
- LEBAS M.J. (1995), «Performance measurement and performance management», *International Journal of Production Economics*, Vol. 41, 1, pp. 23-35.
- MINTZBERG H. (1978), «Patterns in strategy formulation», *Management Science*, Vol. 24, 9, pp. 934-48.
- MORIARTY P., KENNEDY D. (2002), «Performance measurement in public sector services: problems and potential», paper presented at the Performance Management Association Conference, Centre of Business Performance, Boston, MA.
- NEELY, A. (1998), «Measurement business performance – why, what and how», *The Economist*, London.
- NEELY A., BOURNE M. (2000), «Why measurement initiatives fail», *Measuring Business Excellence*, Vol. 4, 4, pp. 3-6.
- NEELY A.D. (1984), «Performance measurement system design / third phase», draft of the fourth section of the «Performance Measurement System Design Workbook», April 1994, Englewood Cliffs, NJ.
- POLLITT C. (1986), «Beyond the managerial model: the case for broadening performance assessment in government and the public services», *Financial Accountability and Management*, Vol. 2, 3, pp. 155-70.
- RADNOR Z.J., LOVELL B. (2003), «Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 16, 2, pp. 99-108.
- RADNOR Z.J., MCGUIRE M. (2004), «Performance management in the public sector: fact or fiction?» *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 53, 3, pp. 245-260.
- SIMONS R. (2000), *Performance Measurement and Control Systems for Implementing Strategy: Text and Cases*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- SLACK N., LEWIS M. (2002), *Operations Strategy*, Pearson Education, Harlow.
- SLACK N. (1991), *The Manufacturing Advantage: Achieving Competitive Manufacturing Operations*, Mercury, London.
- TEDESCHI P., TOZZI V. (a cura di) (2005), *Il governo della domanda*, Mc Graw Hill, Milano.
- VENDRAMINI E., LONGO F. (a cura di) (2001), *Il budget e la medicina generale*, Mc Graw Hill, Milano.
- VENDRAMINI E. (2000), «La riforma della medicina generale», *Mecosan*, 34.

Normativa di riferimento:

- Accordo collettivo nazionale per la medicina generale 2005.
D.P.R. 484/1996.
D.P.R. 270/2000.

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.

Aspetti concettuali ed operativi della logistica nelle aziende sanitarie: il caso del Presidio ospedaliero di Forlì

STEFANO VILLA, MARIA GRAZIA STAGNI, FEDERICO LEGA

Healthcare delivery organizations are constantly in the middle of important systematic changes. However, most of these changes are focused on the organizational structure of roles and responsibilities with no attention to its processes and operations. Despite their strong influence on the quality and efficiency of the service delivery processes. Operations management, commonplace in nearly all service industries, is lagging behind in the healthcare sector. The present work first analyses the specificities of managing operations in the healthcare arena and then describes an exemplar best practice: the Forlì Hospital. At Forlì, the Local Health Authority top management has carried out extensive changes in pharmaceutical logistics (Informatization Process and introduction of unit dose) and has revolutionized hospital patient flows. As Forlì experience shows a better management of hospital operations and systematic changes in the way services are delivered bring efficiency gains and improvements in safety and quality.

Note sugli autori

Stefano Villa è Ricercatore CERGAS
Maria Grazia Stagni è Direttore Medico Responsabile del Presidio «Morgagni-Pierantoni», Ausl Forlì
Federico Lega è Professore Associato, Università Bocconi

Attribuzione

Il presente lavoro è frutto dell'attività congiunta degli Autori. In termini di stesura del testo i §§ 2, 3.2 e 3.3 sono da attribuirsi a S. Villa, i §§ 1 e 4 a F. Lega e i §§ 3.1 e 3.4 a M.G. Stagni

1. Il ruolo del «operations management» nei processi di cambiamento delle aziende sanitarie

Osservando i cambiamenti in atto o nell'agenda delle aziende sanitarie risulta evidente come, dopo decenni di sostanziale immobilità, esse stiano cercando di innovarsi profondamente, superando le logiche gestionali ed organizzative tipiche delle burocrazie professionali medico-centriche. I «cantieri» o «laboratori sperimentali» aperti sono molti, talvolta anche troppi, al punto da determinare livelli di «sovraccarico strategico» (Rebora, Meneguzzo, 1990) che rendono difficile la gestione contemporanea delle diverse linee di cambiamento.

Tuttavia è fuori di dubbio che il tentativo di innovare presente nell'agenda delle direzioni tenda prevalentemente a centrarsi sui cambiamenti nelle responsabilità organizzative piuttosto che sui processi e procedure organizzative che invece impattano in maniera significativa sul funzionamento del sistema aziendale. Nelle parole di Mintzberg (1997):

«Hospitals are constantly reorganizing, which means shuffling boxes around on pieces of paper. Somehow, it is believed that by rearranging authority relationships, problems will be solved. But all this may reflect no more than the frustration of managers in trying to effect real change in the clinical operations. Architecture might offer a much more effective solution: if even a fraction of the efforts that are put into moving positions around on charts went into moving people around on floors, there might be an awful lot more collaborative activities in hospitals».

SOMMARIO

1. Il ruolo del «operations management» nei processi di cambiamento delle aziende sanitarie
2. La logistica in ospedale: definizione e categorie logiche
3. L'esperienza dell'ospedale di Forlì
4. Conclusioni

In questa prospettiva, pur rimanendo fondamentale il lavoro di definizione e condivisione di ruoli e responsabilità gestionali, le parole di Mintzberg sottolineano come le strutture organizzative necessitino, di pari passo al loro cambiamento, di un'innovazione nei processi di funzionamento in cui si concretizzi l'esercizio delle responsabilità (Lega, 2006).

Ancora più in generale, se gli obiettivi dichiarati – come spesso richiamato – sono ripensare l'organizzazione secondo logiche di centralità del paziente e snellire i processi burocratico-amministrativi di supporto, questo cambiamento dovrebbe prima di tutto riguardare l'area delle cosiddette *operations* aziendali, termine che nella cultura anglosassone include al suo interno le scelte relative alla gestione dei flussi logistici (beni e persone) e dei processi (attività, procedure operative, flussi di *input* ecc.) di una struttura organizzativa.

Di conseguenza, l'assunto, verificato dalla prassi, è che il successo del cambiamento negli assetti organizzativi aziendali, quali ad esempio – nel caso delle aziende sanitarie italiane – l'introduzione di dipartimenti ospedalieri, lo sviluppo del ruolo dei distretti socio-sanitari, il ripensamento delle responsabilità nell'ospedale secondo logiche di intensità di cura ed assistenza, ecc., dipende in misura significativa dalla capacità del management di gestire l'innovazione avendo un'attenzione particolare a tutto il tema delle *operations*.

In questo lavoro ci si propone di affrontare nello specifico un aspetto delle *operations*, che è quello della logistica, per sottolineare come cambiamenti nella gestione dei flussi logistici realizzino condizioni operative che migliorano l'erogazione del servizio al paziente e l'efficienza produttiva ed economica dell'azienda sanitaria.

L'obiettivo è fornire un inquadramento concettuale sui contenuti della «logistica della salute» ed una riflessione sulle condizioni attuative che possono facilitarne lo sviluppo.

Un caso esemplare (Yin, 1982), quello della Asl di Forlì – e più nello specifico del suo ospedale –, è stato studiato e viene qui proposto poiché:

– rappresenta un'esperienza di ri-disegno complessivo dei flussi logistici, coinvolgen-

do sia aspetti di logistica dei beni che aspetti di gestione dei flussi di pazienti – logistica del paziente o, utilizzando un terminologia anglosassone, *patient flow*;

– i cambiamenti logistici sono stati collegati ad un importante e più complessivo cambiamento negli assetti organizzativi dell'ospedale;

– offre utili spunti in merito alla questione di chi dovrebbe assumere nelle aziende sanitarie il ruolo di «direzione operativa» responsabilizzata sulla progettazione e conduzione dei cambiamenti nell'area delle *operations*. Una funzione, un ruolo ed una professionalità che supportino le direzioni delle articolazioni organizzative nelle questioni più complesse relative all'identificazione degli sviluppi strategici (stesura di piani di sviluppo organizzativo, *business plan* per nuovi investimenti, ecc.) e alla re-ingegnerizzazione dei processi organizzativi e clinici (gestione liste di attesa, rapporti tra dipartimenti, progetti di governo clinico, riassetto logistici, ecc.) e in quelle più semplici di gestione dei piccoli problemi quotidiani (presidio delle manutenzioni, relazioni con i servizi centrali per l'approvvigionamento ecc.). Ruolo che nel caso di Forlì è stato assunto come proprio dalla direzione medica di Presidio ospedaliero. Questo dimostra che tale responsabilità gestionale – pur essendo una funzione solo in parte riconducibile alle competenze storicamente attribuite alle direzioni mediche e direzioni sanitarie, che richiede *skill* gestionali che non sempre sono parte del curriculum formativo dei medici di organizzazione sanitaria e soprattutto un approccio culturale di ruolo al «servizio» dei clinici opposto a quello tradizionale di supervisione – può rappresentare uno sviluppo interessante per il futuro dei medici di direzione (Lega, 2006).

Pertanto, nel dettaglio questo contributo prevede nel § 2 l'inquadramento teorico del tema della logistica al caso specifico delle aziende sanitarie, articolato nel § 2.1 relativo alla logistica dei beni, nel § 2.2. relativo agli aspetti della logistica del paziente e nel § 2.3 che analizza le specificità della gestione della variabilità nel caso delle organizzazioni sanitarie. Il § 3 è poi interamente dedicato alla descrizione dell'esperienza della Asl di Forlì dove, in occasione del trasferimento del presidio presso nuova sede, si è proce-

duto a ridisegnare completamente i flussi logistici sia dei pazienti (§ 3.2) che dei beni (§ 3.3). Infine, nelle conclusioni si evidenziano alcune «lezioni» che si possono trarre dal caso di Forlì alla luce delle considerazioni fatte in questa introduzione e del quadro teorico generale relativo al tema della logistica.

2. La logistica in sanità: definizione e categorie logiche

Nel precedente paragrafo si è sottolineata l'importanza strategica di conoscere e controllare i processi produttivi che si svolgono all'interno dell'azienda sanitaria. È, infatti, critico nell'implementazione di qualsiasi strategia o progetto di cambiamento organizzativo, presidiare le ricadute operative su come vengono gestiti i flussi logistici, su come vengono organizzate le varie attività e procedure, e così via. Porter (1985) fu uno dei primi a formalizzare l'importanza dei processi e delle varie attività nella creazione di valore aziendale. In termini generali si può definire un processo come un insieme di attività che trasformano una serie di *input* in un determinato servizio/prodotto a favore di utenti interni o esterni all'organizzazione.

Negli ultimi venti anni si sono sviluppate una serie di metodologie e strumenti per l'analisi, la programmazione e il controllo dei processi, facendo diventare il tema della gestione delle *operations* centrale negli studi manageriali (Hiller, Liberman, 1995).

L'obiettivo comune è quello di migliorare la performance complessiva dell'organizzazione attraverso: (i) una maggiore attenzione alle modalità di svolgimento delle attività identificando quei *driver* responsabili della creazione di valore, (ii) una più approfondita conoscenza di cosa viene fatto all'interno delle aziende ed (iii) una ottimizzazione dei flussi di beni e persone.

Secondo la prospettiva dell'*operations management* l'azienda viene riletta come un insieme di «processi di trasformazione» preposti alla realizzazione di risultati omogenei e trasversali alle strutture organizzative. Il paradigma utilizzato è quello *input-processi-output-outcome* rappresentato in figura 1 (Chase *et al.*, 2004; Davis, Heineke, 2005; Vissers, Beach, 2005).

All'interno di questa prospettiva la funzione logistica ha il compito di assicurare che

tutto ciò che serve ai processi di trasformazione aziendali sia disponibile nei tempi, nei luoghi e nelle modalità adeguate (Bowersox, Closs, 1996) governando, quindi, il flusso degli *input* verso i processi produttivi «core» aziendali¹.

Nelle aziende di produzione è ormai da tempo riconosciuta l'importanza strategica della funzione logistica, è infatti noto che un sistema logistico ben progettato e ben gestito può dare un vantaggio competitivo (maggiore qualità ed efficienza produttiva corrispondente a costi e tempi di produzione minori) rispetto ai concorrenti. Le risorse umane e fisiche che contribuiscono a creare un sistema logistico efficace, in rapporto ai costi, non possono essere facilmente copiate ed inoltre vi è una barriera all'emulazione determinata dal fatto che l'attuazione di un nuovo assetto logistico non può essere realizzata senza un notevole impegno su un ampio orizzonte di tempo (Bowersox, Closs, 1996).

L'obiettivo del presente contributo è quello di studiare il ruolo oggi svolto dalla funzione logistica all'interno delle aziende sanitarie. Quanto meno a livello teorico la logistica dovrebbe avere un ruolo importante in sanità, infatti avere tutto ciò che serve ai processi clinici al momento giusto e nel luogo opportuno rappresenta una premessa indispensabile per riuscire a garantire adeguati livelli di sicurezza e qualità. Inoltre, un'efficace gestione degli *input* garantisce una ottimizzazione dei tempi, una riduzione dei costi e quindi un miglioramento dell'efficienza complessiva d'azienda.

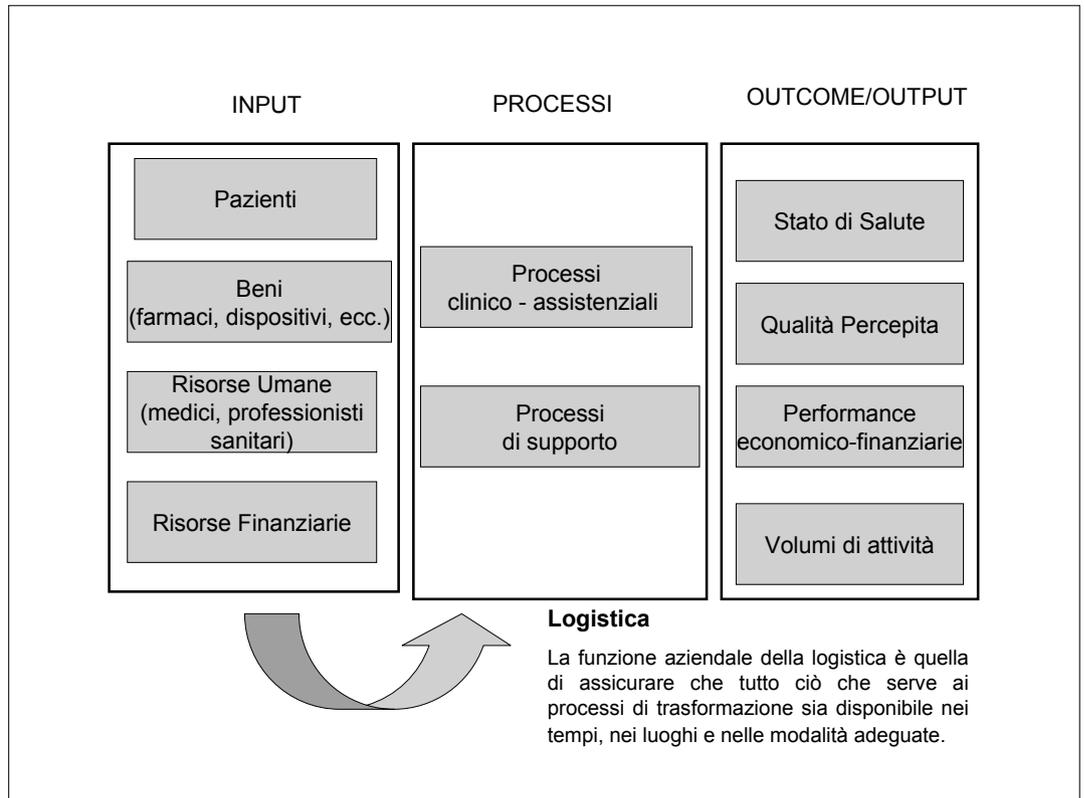
Nonostante queste considerazioni, sino ad oggi la funzione logistica nelle aziende sanitarie ha avuto una scarsa e marginale attenzione. Questo può essere, almeno in parte, spiegato da una serie di fattori differenti:

1) il concetto di logistica in sanità risulta particolarmente complesso in quanto riguarda due differenti macro-categorie di *input*: (i) le persone (muovere i pazienti tra i vari reparti di una struttura sanitaria) e i materiali (farmaci, informazioni, tecnologia) (figura 1);

2) esistono nelle aziende sanitarie due differenti macro categorie di processi: (i) i processi clinici e (i) i processi di supporto² (figura 1). L'integrazione tra questi due tipi di processi risulta spesso difficile in quanto

Figura 1

La prospettiva
INPUT-PROCESSI-OUTPUT
nelle aziende sanitarie



i primi sono governati da logiche professionali e tendono in taluni casi a sottrarsi alle regole dell'organizzazione mentre i secondi sono spesso governati da procedure e regole burocratiche e rischiano in taluni casi di risultare un corpo estraneo rispetto al *core* delle attività d'azienda;

3) in conseguenza della maggiore complessità che caratterizza la funzione logistica nelle aziende sanitarie, risulta difficile definire chiari e strutturati sistemi di responsabilità;

4) nelle imprese di produzione – dove, come detto, esiste un'attenzione diversa nei confronti degli aspetti logistici – la performance della funzione logistica è spesso legata alla capacità di ridurre la variabilità dei flussi degli *input*. Come verrà approfondito nel corso del § 2.3, la gestione della variabilità in sanità risulta più complicata e sfaccettata.

In estrema sintesi, per descrivere un sistema logistico aziendale si fa riferimento a (Bowersox, Closs, 1996; Chase *et al.*, 2004):

- (i) le unità logistiche;
- (ii) le componenti del sistema logistico.

Per unità logistiche si intendono tutte le attività operative che caratterizzano appunto la funzione logistica. Tipicamente si usa dividere le operazioni logistiche di un'azienda in tre macro categorie:

- (i) distribuzione fisica³;
- (ii) supporto alla produzione;
- (iii) approvvigionamento.

Nel presente contributo si fa riferimento principale alla funzione logistica come supporto alla produzione⁴. Utilizzando questa prospettiva le *componenti essenziali di un sistema logistico* sono considerate (Bowersox, Closs, 1996):

- (i) l'ubicazione degli impianti;
- (ii) la previsione e gestione degli ordini;
- (iii) le scorte e
- (iv) le attività di immagazzinaggio, imballaggio e trasporto interno alle linee di produzione.

Cambiare i flussi logistici all'interno di un'azienda – ad esempio modificare la movimentazione di un particolare fattore produttivo – significa di fatto intervenire su uno o più di questi elementi.

Nelle aziende di produzione si fa tipicamente riferimento al concetto di *logistica integrata*, l'obiettivo è, infatti, quello di realizzare una completa integrazione delle attività di distribuzione fisica, supporto alla produzione e approvvigionamento al fine di sfruttare a vantaggio dell'azienda la grande interdipendenza che esiste tra tutte le aree della logistica. La realizzazione di un sistema totale di movimentazione/immagazzinaggio offre un più ampio ed elevato campo di ottimizzazione e maggiori possibilità di sinergie (Bowersox, Closs, 1996).

Lo scopo primario di una logistica integrata è quello di far avanzare i flussi per la via più diretta dalle fonti di approvvigionamento, attraverso le operazioni di trasformazione della produzione, alla destinazione finale in modo che le attività di movimentazione fisica e di trasporto contribuiscano al processo di creazione del valore.

Uno degli obiettivi chiave tipicamente assegnati alla funzione logistica è quello della *riduzione della varianza*.

Per varianza si intende qualsiasi incertezza o evento inatteso che disturba il funzionamento del sistema. Indipendentemente dal fatto che dipenda da incertezze nel ciclo degli ordini, da un problema impreveduto nella produzione, da merci che arrivano danneggiate o dalla consegna a un indirizzo sbagliato, il risultato è un impreveduto che deve essere gestito.

Nella stessa misura in cui la variabilità dei fenomeni può essere ridotta al minimo si ottiene un miglioramento di produttività della logistica.

Proprio con l'obiettivo di ridurre al minimo la varianza a partire dagli anni '50 i sistemi di logistica integrata si sono ispirati all'approccio cosiddetto del *just in time*. La logica alla base di questo concetto è quella di produrre un articolo solo quando è necessario e nel modo più efficiente possibile eliminando attività inutili o ridondanti. La filosofia di base della strategia JIT è che le scorte esistono solo perché ci sono problemi nel processo produttivo. I concetti JIT iniziali prevedevano la consegna diretta dei

materiali nell'area di produzione in modo di avere a disposizione solo la quantità esatta al momento opportuno e nel posto giusto a supporto di un programma di produzione (Bowersox, Closs, 1996).

2.1. La logistica dei beni

In questo contesto, per logistica dei beni si intende la gestione di tutti i materiali che servono ai processi di trasformazione secondo i tempi prestabiliti, in condizioni da poter essere utilizzati, nel punto in cui sono richiesti e al costo totale più basso possibile.

Nel caso di un'azienda sanitaria il processo di logistica dei materiali ha inizio con le attività di approvvigionamento e si conclude con la distribuzione dei materiali richiesti per le varie attività dei processi erogativi (interventi chirurgici, assistenza ai malati e così via).

A prescindere dalle specificità legate alla gestione dei flussi dei pazienti (cfr. § 2.2), le aziende sanitarie si trovano a dover gestire differenti tipi di flussi di beni governati da regole e logiche profondamente differenti⁵. Questa peculiarità rende la gestione dei flussi logistici nelle aziende sanitarie particolarmente complicata in quanto:

- esistono regole e procedure differenti da seguire a seconda del bene in questione;
- esiste l'esigenza di sviluppare competenze e professionalità differenti;
- la responsabilità organizzativa della funzione logistica risulta essere conseguentemente diffusa e trasversale a più Unità organizzative con evidenti problemi di coordinamento ed integrazione (tipicamente le due principali Unità operative cui spetta la gestione dei beni sono la Farmacia per quanto concerne i beni sanitari e l'Ufficio della logistica per quanto concerne i beni economici);
- i magazzini sono spesso decentrati e localizzati su più sedi (tipicamente esiste il magazzino economico, il magazzino farmaceutico ed i magazzini decentrati di reparto per tutti i beni sanitari «in transito»).

Per il corretto funzionamento dei processi erogativi, è quindi importante saper coordinare flussi di materiali differenti provenienti da magazzini diversi localizzati in posti diversi.

Sicuramente un aspetto delicato della logistica nelle aziende sanitarie è quello della gestione dei beni sanitari. In questo caso risultano rilevanti ed immediate le ricadute della logistica sulla qualità e sicurezza dell'assistenza erogata ai pazienti. La **figura 2** riporta le principali fasi ed attività della logistica dei beni sanitari.

Il presente contributo, attraverso appunto la presentazione del caso di Forlì, si focalizza in modo particolare sulla logistica del farmaco. Con logistica del farmaco nelle aziende sanitarie, intendiamo tutte le fasi ed attività che partono dal momento di ricezione ed immagazzinamento per concludersi con la somministrazione del farmaco al letto del paziente.

Esistono attualmente almeno tre modelli di gestione dei farmaci (Conti, Tinarelli, 2005):

1) la gestione tradizionale che prevede l'esistenza presso ogni Ospedale di una farmacia (e del relativo magazzino); a quest'ultima è affidato il compito di decidere gli approvvigionamenti presso i diversi fornitori e di rifornire i vari reparti dell'Ospedale. Que-

sto modello è in assoluto quello applicato più frequentemente;

2) la gestione centralizzata dei farmaci in un unico polo (Farmacia unica ospedaliera) che dovrebbe sostituire più farmacie di ospedali appartenenti ad una stessa azienda territoriale;

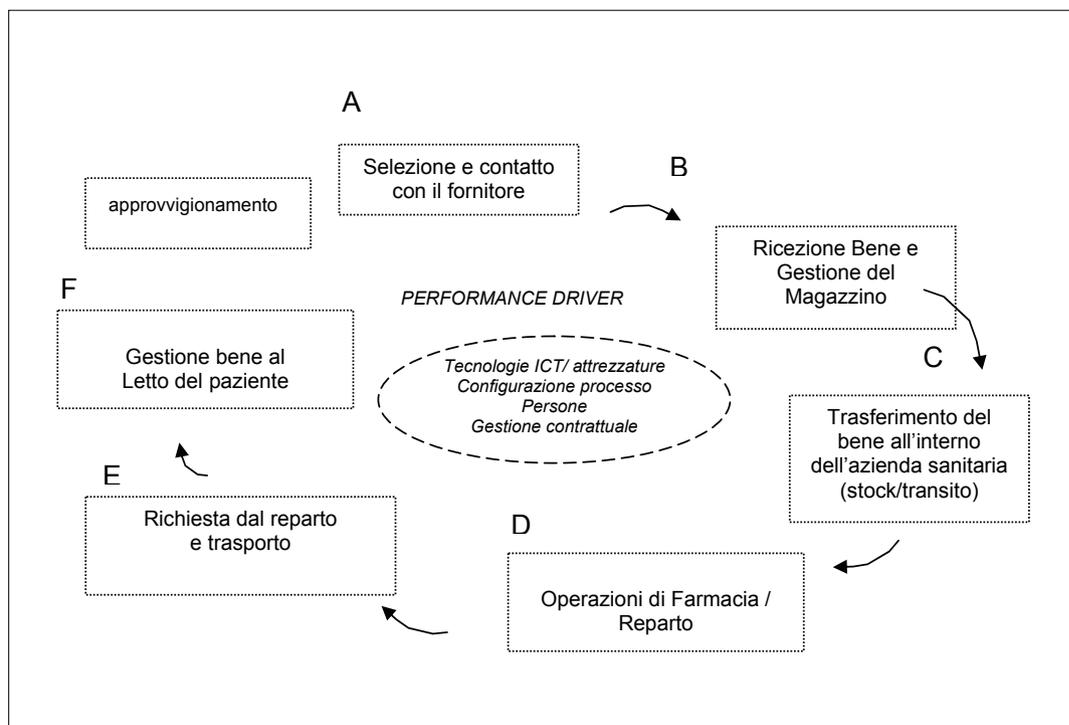
3) tutta la gestione fisica e la movimentazione dei farmaci viene terziarizzata, ossia assegnata ad un terzo (Operatore logistico), mentre i rapporti con i fornitori e la gestione delle scorte con le decisioni sul quanto e quando ordinare rimangono di pertinenza della singola azienda.

Come specificato nel precedente paragrafo, cambiamenti nei flussi logistici dei beni richiedono interventi nelle componenti di un sistema logistico aziendale. Nel caso delle aziende sanitarie, e con particolare riferimento ai beni sanitari, è possibile intervenire su:

– *il layout delle strutture*, ad esempio la localizzazione delle aree di degenza, dei posti letto, delle sale operatorie, dei magazzini o dei servizi diagnostici in relazione alle unità organizzative;

Figura 2

Il processo di logistica dei beni sanitari all'interno delle aziende sanitarie



- la gestione delle *scorte*;
- la previsione e gestione degli *ordini*;
- le modalità di gestione delle *richieste* provenienti dai reparti;
- le attività di immagazzinaggio, imballaggio e trasporto interno;
- la *configurazione dei sistemi informativi*, a supporto delle operazioni di richiesta, ordine e gestione delle scorte.

2.2. La logistica delle persone (*patient flow*)

Come raffigurato in figura 1, nel caso delle aziende sanitarie, un'importante categoria di *input* è data dai pazienti. L'ottimizzazione della logistica dei pazienti all'interno delle strutture sanitarie riveste una rilevante importanza strategica e risulta determinante per il raggiungimento di obiettivi di qualità e sicurezza.

Di fatto, con il termine logistica del paziente (o nella accezione inglese *patient flow*), si fa riferimento alla movimentazione del paziente all'interno della struttura sanitaria dal momento della ammissione sino alla sua dimissione finale.

I vantaggi legati ad un'ottimizzazione dei flussi dei pazienti all'interno dell'ospedale possono essere diversi:

- (i) miglioramento dell'appropriatezza del *setting* assistenziale in cui viene sistemato il paziente;
- (ii) razionalizzazione delle risorse grazie ad un migliore utilizzo delle strutture e del personale medico ed infermieristico;
- (iii) riduzione della degenza media ed aumento della produttività;
- (iv) minori tempi di attesa per i pazienti in lista di attesa e per i trasferimenti interni all'ospedale, riduzione delle distanze da percorrere e del numero di spostamenti, eliminazione degli spostamenti non necessari;
- (v) maggiore orientamento alla multidisciplinarietà nell'ottica del processo clinico-assistenziale;
- (vi) maggiore soddisfazione dei pazienti.

Parallelamente a quanto indicato nel caso della logistica dei beni, per apportare cambiamenti nella logistica dei pazienti è necessario intervenire su di una serie di differenti componenti logistiche quali:

- *il layout delle strutture*, ad esempio la localizzazione dei posti-letto, delle sale operatorie, dei magazzini o dei servizi diagnostici in relazione alle unità organizzative;
- *l'organizzazione dei posti-letto e delle aree di degenza*;
- *la localizzazione*, l'allocazione organizzativa e le caratteristiche funzionali delle attrezzature sanitarie e delle altre *risorse strumentali* finalizzate ad erogare assistenza;
- *le modalità di programmazione* dell'utilizzo della capacità produttiva rispetto a criteri legati alla tipologia di attività (si pensi ad attività programmabile o in urgenza o alle differenti specialità) e alla variabile tempo (distribuzione attività tra i vari giorni della settimana);
- *la configurazione dei sistemi informativi*, con particolare riferimento agli strumenti di supporto alle operazioni di gestione caratteristica, come i *software* per la refertazione in formato elettronico, per la gestione del parco letti, per la prenotazione automatica delle agende ambulatoriali, per la gestione dell'inventario e la programmazione delle manutenzioni fino al modello dell'*hospital resource planning*.

È evidente che azionare tali leve non è sempre immediato soprattutto quando il *layout* della struttura è stato pensato ed organizzato attorno a modelli organizzativi vecchi ormai divenuti obsoleti. Proprio per questo motivo è più facile implementare cambiamenti nella logistica dei pazienti in occasione di profondi cambiamenti strutturali come, ad esempio, il cambiamento di sede dell'ospedale oppure la costituzione *ex-novo* di un nuovo reparto.

Tradizionalmente il percorso fisico e clinico del paziente veniva governato e gestito quasi esclusivamente dalle diverse Uo che detenevano anche la proprietà sulle risorse strutturali dell'azienda (infermieri, posti-letto, sedute operatorie, tecnologie e così via). Nel tempo tale modello di gestione delle risorse tecnico logistiche si è rivelato inefficiente da un punto di vista produttivo, inadatto a garantire le sperate integrazioni clinico-professionali e non più funzionale alle esigenze dei pazienti.

In particolare, i moderni modelli logistico-organizzativi tendono a ri-disegnare i percorsi fisici dei pazienti – la logistica del paziente – sulla base del concetto di intensità di cura,

superando la tradizionale assegnazione delle risorse e degli spazi basata sul criterio della specialità clinica e del reparto. Questo è proprio il caso del presidio ospedaliero di Forlì, oggetto del presente studio.

A tal proposito è bene specificare sin da subito che esistono diverse possibili operazionalizzazioni del concetto di intensità di cura. Analizzando alcune esperienze aziendali pilota (Alesani *et al.*, 2006) si possono individuare almeno cinque differenti criteri per la ri-organizzazione dei percorsi fisici dei pazienti all'interno delle strutture ospedaliere:

1. *Degenza attesa*. Pazienti (medici e chirurgici) che si prevede necessitano di un soggiorno in ospedale inferiore ai 5 giorni vengono collocati in aree di degenza separate che vengono fisicamente chiuse al venerdì sera. Si veda l'esperienza del *week surgery*.

2. *Urgenza*. Sempre più spesso gli ospedali moderni cercano di tenere il più possibile separata l'attività programmata da quella in emergenza/urgenza, creando percorsi specifici per i pazienti in emergenza/urgenza provenienti dal Pronto soccorso.

3. *Assorbimento di tecnologie*. Tra i criteri qui analizzati quello dell'assorbimento di tecnologie è quello più tradizionale ed utilizzato in tutti gli ospedali. Pazienti caratterizzati da un particolare quadro clinico necessitano di particolari tecnologie; vengono così create aree di degenza specifiche caratterizzate dalla presenza di tecnologia avanzata ad alto costo (si pensi ad esempio all'area della Terapia intensiva).

4. *Complessità assistenziale*. Determinati pazienti presentano un quadro clinico che non richiede il supporto di particolari tecnologie ma necessitano di una più attenta e continua assistenza infermieristica. Si possono così creare specifiche aree di degenza con livello tecnologico del tutto simile a quello delle aree di degenza ordinaria ma con un rapporto infermieri-pazienti più alto.

5. *Inpatient vs Outpatient*. Un'altra tendenza che si registra nei moderni ospedali è quella di tenere logisticamente e fisicamente separati i percorsi del paziente ambulatoriale (e di *day hospital*) dal percorso del paziente acuto che necessita di una degenza ospedaliera.

2.3. Il problema della gestione della variabilità in sanità

Come già emerso nel corso dei precedenti paragrafi, un aspetto chiave della logistica è il controllo della variabilità: la standardizzazione dei processi e la riduzione/eliminazione della variabilità consentono rilevanti miglioramenti di performance in termini di riduzione dei costi e miglioramento della qualità (Taylor, 1911; Garvin, 1988; Bowersox, Closs, 1996).

Il tema della riduzione della variabilità è stato ripreso recentemente anche da studiosi della azienda pubblica. Ad esempio Zangrandi (2003) sostiene che per management si debba intendere «quell'insieme di decisioni, azioni e strumenti finalizzati alla riduzione della variabilità rispetto a: (i) i processi decisionali; (ii) i comportamenti e (iii) i risultati produttivi».

Data l'importanza attribuita, da più prospettive, al tema del controllo della variabilità sembra, a questo punto, opportuno interrogarsi sulla applicabilità di tali concetti ed approcci al caso specifico delle aziende sanitarie.

Le organizzazioni che operano in sanità agiscono in contesti caratterizzati da intrinseci ed elevati livelli di variabilità. La variabilità deriva innanzitutto dal fatto, piuttosto ovvio, che i pazienti hanno malattie diverse e quindi necessitano di diverse risposte clinico-assistenziali. La gestione della variabilità sarebbe sicuramente più facile in una situazione in cui (i) i pazienti sono tutti uguali, richiedono identici percorsi di cura e presentano identiche risposte e uguali tempi di risposta alla cura, (ii) i pazienti si presentano alla struttura sanitaria in modo uniforme e ad intervalli di tempo regolari, (iii) i vari *caregiver* (infermieri, clinici ecc.) presentano identiche caratteristiche ed approcci e sono, all'interno dei diversi ruoli, ugualmente capaci di garantire eccellenti livelli di qualità.

La realtà è ovviamente ben diversa: innanzitutto, i pazienti hanno malattie diverse, presentano gradi di severità e complessità differenti, rispondono in maniera differente a identici trattamenti medici.

In secondo luogo, le aziende sanitarie devono spesso fronteggiare e coordinare due differenti tipologie di flussi di pazienti: (i) le urgenze (richieste di accesso alla struttura

sanitaria *random* e quindi non programmabili) e (ii) gli accessi programmati (richieste di accesso alla struttura sanitaria non urgenti e quindi programmati con anticipo).

Da ultimo, i vari erogatori di prestazioni sanitarie (medici ed infermieri) presentano diversi livelli di abilità e diversi approcci al medesimo problema. Si possono così individuare tre differenti tipi di variabilità con cui le aziende sanitarie devono fare i conti nella programmazione e gestione delle attività:

- 1) variabilità clinica;
- 2) variabilità di accesso alle strutture sanitarie e dei flussi all'interno delle strutture stesse;
- 3) variabilità dei comportamenti clinici.

Date queste considerazioni, sembra difficile se non impossibile, applicare al caso della sanità, i principi di controllo della variabilità e riduzione della varianza predicati nei testi di logistica. Bisogna fare i conti in questo caso con la presenza di elementi di variabilità ineliminabili ed intrinseci alle caratteristiche stesse della tipologia di servizi erogati. Con questo non si vuole prestare il fianco a tesi estremistiche secondo cui, dato il carattere intrinsecamente variabile della attività sanitaria, risulterebbe del tutto vacuo ogni tentativo organizzativo di standardizzazione e riduzione della variabilità.

È importante però fare una distinzione tra il concetto di *variabilità naturale* e quello di *variabilità artificiale*.

Per variabilità naturale si intende quel tipo di variabilità che è ineliminabile, imprevedibile e non controllabile ed insita, connessa alle caratteristiche specifiche delle attività sanitarie. Per variabilità artificiale si fa invece riferimento a quel tipo di variabilità eliminabile, non *random* e legata a comportamenti, clinici ed organizzativi, scorretti ed inadeguati segno della presenza di disfunzioni nei processi (Litvak, Long, 2000).

Questi due tipi di variabilità richiedono risposte ed interventi differenti. La variabilità naturale non può essere eliminata, ma deve essere gestita in modo ottimale coerentemente agli obiettivi aziendali. La variabilità artificiale, d'altro canto, deve essere individuata ed eliminata.

Sulla base di quanto sin qui esposto, si può quindi affermare che in sanità esistono

tre diversi possibili fonti di variabilità (variabilità clinica, variabilità dei flussi e variabilità dei comportamenti) e due diverse accezioni di variabilità (naturale ed artificiale) che necessitano risposte organizzative differenti (**tabella 1**).

Per quanto concerne la dimensione clinica, le aziende sanitarie si trovano inevitabilmente a fronteggiare una domanda variabile e disomogenea rispetto al fabbisogno clinico-assistenziale espresso dai pazienti. Tale tipo di variabilità deve considerarsi naturale in quanto oggettivamente ineliminabile (tabella 1). La variabilità naturale non può essere eliminata ma può essere gestita ed ottimizzata, alternativamente, facendo selezione all'ingresso⁶ oppure offrendo risposte organizzative differenti a seconda della tipologia di pazienti. Quest'ultima strategia rientra appunto nel campo d'indagine della logistica del paziente.

Per quanto concerne invece la variabilità dei comportamenti clinici ad oggi esistono nelle organizzazioni sanitarie significativi margini di standardizzazione e di riduzione della variabilità. Infatti, per dati gruppi omogenei di pazienti – corrispondenti a specifici problemi di cura (ad esempio, scompenso cardiaco, frattura di femore oppure broncopolmonite) – è possibile individuare la sequenza spaziale e temporale delle attività che devono essere svolte. Scostamenti rispetto a tale pre-definita sequenza rappresenterebbero elementi di variabilità artificiale e, come tali, da individuare ed eliminare.

Per raggiungere tale obiettivo lo strumento che viene tipicamente utilizzato è il Percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale (PDTA). Il PDTA rappresenta la sequenza spaziale e temporale delle attività che devono essere svolte da professionisti diversi, per dare la migliore risposta assistenziale al paziente; migliore rispetto agli standard clinici, organizzativi ed economici relativi ad un

Tabella 1
Fonti e tipologie di variabilità nelle organizzazioni sanitarie

		Tipologia	
		Naturale	Artificiale
Fonte	Clinica	X	
	Flussi	X	X
	Comportamenti	X	X

determinato contesto. In generale il PDTA deve intendersi come il percorso più adatto a realizzare le performance attese del processo (efficacia) rispetto allo specifico contesto organizzativo di riferimento ed alla effettiva disponibilità di risorse (efficienza)⁷.

Quanto meno a livello teorico, l'implementazione del PDTA consentirebbe l'individuazione ed eliminazione di elementi di variabilità artificiale nei comportamenti clinico-organizzativi in quanto, secondo la logica dei PDTA, pazienti con medesime caratteristiche necessitano di risposte uniformi e, conseguentemente, eventuali scostamenti vanno attribuiti a comportamenti scorretti ed inadeguati (variabilità artificiale).

Su questo punto è però importante compiere alcuni distinguo: in taluni casi, infatti, risposte differenti, anche all'interno della stessa categoria omogenea di pazienti, hanno un loro razionale e sono quindi giustificabili (si può parlare in questo caso di variabilità naturale).

Questo deve essere attribuito a diversi aspetti.

Innanzitutto, date le specificità del settore sanitario, non risulta sempre semplice individuare categorie omogenee di pazienti rispetto alle quali andare a definire percorsi di cura standardizzati. Per alcune patologie, caratterizzate da una bassa prevalenza, da un elevato livello di complessità e da un basso accordo professionale sulle *best practice* da seguire, può in realtà risultare impossibile andare a definire percorsi di cura standardizzati.

Inoltre è anche possibile che, sempre all'interno di gruppi omogenei di pazienti, esista una quota di soggetti, seppur minoritaria, che, per particolari condizioni cliniche o sociali, necessita di una differente risposta clinico-assistenziale. In questi casi lo scostamento da quanto indicato dal percorso di cura non rappresenta un elemento di variabilità artificiale ma un elemento di variabilità naturale. In altri termini, si può verificare la circostanza che, anche all'interno di gruppi omogenei di pazienti, esista un livello di scostamento dal percorso di cura standard che deve essere preservato. Facciamo un esempio piuttosto esplicativo: un paziente con BPCO (Bronco pneumopatia cronico-ostruttiva). In caso di seri problemi di respirazione, esistono criteri fondati sulle evidenze scientifiche

che guidano la decisione in merito al tipo di ventilazione da adottare, in particolare il clinico è chiamato a decidere se adottare la ventilazione non invasiva oppure la ventilazione invasiva. La ventilazione invasiva dovrebbe essere adottata solo in casi estremi, ovvero sia solo quando il paziente presenta specifiche condizioni cliniche. D'altro lato però la ventilazione non invasiva richiede una collaborazione attiva da parte del paziente. In determinate situazioni, si pensi in particolare al caso di persone anziane, pur in presenza degli idonei presupposti clinici, la ventilazione non invasiva non può essere adottata a causa della mancata collaborazione da parte del paziente. In questo caso si ha a che fare con un tipo di variabilità naturale, ovvero sia variabilità che deve essere ritenuta «giustificata». Diversa situazione sarebbe il caso in cui ad un paziente viene fatta una ventilazione di tipo invasivo in assenza dei necessari requisiti clinici a causa della mancata conoscenza da parte del professionista delle linee guida in materia. Questo è un tipico caso di variabilità artificiale che deve essere eliminata in quanto è causa della presenza di una risposta clinico-assistenziale inadeguata e di un concorrente spreco di risorse.

In conclusione si può dire che, nel caso della *variabilità dei comportamenti*, a seconda delle circostanze e degli specifici casi, si può parlare, alternativamente, di variabilità naturale oppure di variabilità artificiale.

Lo stesso si può dire nel caso della *variabilità dei flussi*, anche in questo caso si può infatti distinguere tra elementi di variabilità naturale e variabilità artificiale. Data l'intrinseca imprevedibilità dell'esigenza di cure sanitarie da parte dei pazienti, le strutture sanitarie sono costrette a confrontarsi con una domanda estremamente variabile ed imprevedibile. Si pensi, a tal proposito, alla attività di un Pronto soccorso. La variabilità degli accessi al Pronto soccorso non è prevedibile e controllabile e può essere, quindi, definita un tipo di variabilità naturale. È vero altresì che le strutture sanitarie gestiscono, allo stesso tempo, un'attività di tipo programmato. È all'interno di questo tipo di attività che invece si registrano elementi di variabilità artificiale. Si pensi a tal proposito alla variabilità ingiustificata degli accessi al pre-ricovero oppure alla variabilità degli interventi chirurgici elettivi oppure ancora alla variabilità

dell'ora di inizio della prima seduta in blocco operatorio.

In tutti questi casi si ha a che fare con elementi di variabilità artificiale che causano un peggioramento dell'efficienza dei processi e determinano una riduzione nei livelli di sicurezza e qualità. Infatti, siccome risulta difficile adeguare continuamente l'offerta produttiva a variazioni della domanda, la variabilità (artificiale!) degli accessi costringe il personale (medico ed infermieristico) a lavorare in condizioni di particolare stress ed imprevedibilità e a dover trattare, in determinati periodi, un numero di pazienti significativamente superiore alla media.

Diversi studi provano come la presenza di un eccessivo numero di pazienti da gestire determina seri pericoli per la sicurezza e qualità dell'assistenza offerta. Ad esempio, uno studio condotto da Aiken e colleghi (2002) ha stimato che per ogni paziente chirurgico assegnato ad un infermiere oltre il rapporto infermieri/assistiti di 1 a 4 determina un incremento del tasso di mortalità pari al 7% per tutti i pazienti in carico allo stesso infermiere. Lo stesso studio prova l'esistenza di un forte legame tra carenza di infermieri e gli eventi cosiddetti sentinella; esso, infatti, mostra come un inadeguato numero di personale infermieristico contribuisca al 24% di tutti gli eventi sentinella registrati in ospedale.

Sulla base di quanto sin qui esposto, si può quindi affermare che la dichiarazione di principio secondo cui l'obiettivo strategico della funzione logistica, e più in generale del management, è l'eliminazione della variabilità vale anche nel caso della sanità, dove è però opportuno fare un distinguo tra variabilità artificiale (da eliminare) e variabilità naturale (intrinseca nelle caratteristiche dell'attività sanitaria e perciò ineliminabile).

La distinzione, spesso non immediata, tra variabilità naturale ed artificiale spetta, in ultima analisi, al management che deve, però, costantemente confrontarsi coi professionisti, che in taluni casi tendono a giustificare la variabilità (dei comportamenti, dei flussi) rispetto a ragioni di natura clinica e a questioni di autonomia professionale.

La riduzione della variabilità (artificiale!) dei comportamenti clinici e dei flussi di pazienti determinerebbe un significativo miglioramento della performance dei sistemi logistici delle aziende sanitarie, non solo per

quanto riguarda la logistica delle persone ma anche per quanto concerne la logistica dei materiali.

Ad esempio, la presenza di eccessivi livelli di scorte, tipicamente segno di malfunzionamenti della funzione logistica, risulta in realtà necessaria in presenza di una eccessiva variabilità della domanda (espressa dal numero di accessi alla struttura sanitaria). Similmente, la movimentazione dei pazienti risulta più complicata in presenza di variabilità degli accessi e di variabilità dei comportamenti clinici (si pensi, ad esempio, alla variabilità delle scelte rispetto al percorso clinico-organizzativo da far seguire al paziente).

3. L'esperienza dell'Ospedale di Forlì

3.1. Il contesto di riferimento e gli obiettivi perseguiti con le modifiche dell'assetto logistico

Seppure in maniera introduttiva, il paragrafo precedente ha cercato di inquadrare il fenomeno della logistica all'interno delle aziende sanitarie. Si cerca ora inquadrare il fenomeno in modo più operativo attraverso l'analisi di un caso eccellente: il presidio ospedaliero dell'Asl di Forlì. Tale caso rappresenta sicuramente un'esperienza interessante sia per l'innovatività delle soluzioni proposte che per l'approccio integrato adottato. Infatti il management della Asl, sfruttando la circostanza della costruzione *ex-novo* del presidio ospedaliero, ha completamente ridisegnato i flussi logistici sia per quanto concerne i pazienti che per quanto riguarda i beni, in particolare i farmaci.

Rispetto alla logistica dei pazienti, il management della Asl, alla ricerca di soluzioni organizzative basate sul concetto di intensità di cura, ha apportato rilevanti cambiamenti strutturali al fine proprio di superare il tradizionale modello centrato sulle divisioni e servizi e sulla «proprietà» delle risorse produttive da parte delle unità organizzative.

Per quanto riguarda invece la logistica dei beni, l'ospedale di Forlì ha proceduto ad una completa re-ingegnerizzazione del processo di logistica dei farmaci automatizzando tutte le diverse fasi e introducendo la metodica della dose unitaria.

La rimanente parte del presente contributo è appunto dedicata alla descrizione dei cam-

biamenti introdotti, all'analisi degli impatti e alla individuazione delle condizioni organizzative che hanno consentito la realizzazione delle innovazioni sopra indicate.

Nel caso della Asl di Forlì i cambiamenti dell'assetto logistico erano preordinati alla realizzazione di obiettivi di carattere generale di diversa natura:

- 1) ridisegnare l'assistenza per intensità di cura, calibrando le risorse a seconda del bisogno clinico-assistenziale del paziente;
- 2) promuovere un'offerta assistenziale modulare capace di concentrare le risorse (posti-letto, assistenza infermieristica, tecnologie) verso quella popolazione di pazienti caratterizzati da più elevati livelli di complessità clinico-assistenziale;
- 3) ottimizzare l'attività chirurgica liberando capacità produttiva;
- 4) migliorare l'integrazione ospedale-territorio;
- 5) consolidare l'organizzazione per processi, facilitando la creazione di processi trasversali tra Uo all'interno del presidio e tra ospedale e territorio;
- 6) migliorare l'efficienza complessiva dei processi «core» clinico-assistenziali e dei processi di supporto.

In particolare i cambiamenti nel processo di logistica del farmaco erano specificatamente preordinati al miglioramento del profilo di *efficienza* attraverso:

- la diminuzione della «variabilità non controllata» ed artificiale nel processo di distribuzione interna dei farmaci, lungo le fasi di prescrizione, trascrizione, preparazione, distribuzione e somministrazione;
- il recupero di spazio nei magazzini, tradizionalmente sacrificati e non adeguatamente localizzati logisticamente;
- il recupero di tempo da parte degli operatori dei magazzini e degli inservienti per attività a maggiore valore aggiunto.

Inoltre si voleva migliorare la qualità e sicurezza dei processi clinici grazie:

- all'univoca ed automatica associazione tra terapia, farmaci da somministrare e paziente⁸;

- all'introduzione della prescrizione elettronica dei farmaci che consente una drastica riduzione degli errori di trascrizione ed interpretazione delle prescrizioni;

- alla liberazione di tempo degli infermieri dalla gestione dei depositi farmaci di reparto. Questo significa per il personale infermieristico (tipicamente sotto stress e sotto organico) maggiore tempo da poter dedicare a vantaggio della gestione del paziente.

Nel caso della Asl di Forlì la costruzione del nuovo presidio ospedaliero nasce dalla necessità di sostituire il vecchio ospedale risalente al 1902 situato in un'area inadeguata (nel centro storico) e caratterizzato da un assetto logistico frutto dell'affastellamento nel corso degli anni di padiglioni e strutture differenti, poco funzionali alle esigenze assistenziali.

Oltre ad una situazione logistica del tutto inadatta rispetto alle esigenze di un ospedale moderno, l'Ospedale di Forlì era caratterizzato da elevati livelli di inappropriata e da alti tassi di ricovero. Nell'anno 2002 si registrava un uso improprio (degenza oltre il 14° giorno) dei posti-letto pari al 18% dei casi, per un totale di 19.000 giornate consumate.

Nel maggio del 2004, la vecchia struttura ospedaliera è stata fisicamente trasferita in una sede completamente nuova vicino ad altre strutture già facenti parte del presidio ospedaliero. Complessivamente il trasferimento dell'ospedale è costato 104 milioni di euro (circa 300.000 euro per posto-letto). Sono stati trasferiti 350 posti-letto, 23 unità operative, 16 aree direzionali, 65 ambulatori, 12 sale operatorie. Le dimensioni si sono praticamente raddoppiate passando da una struttura di 32.000 mq. ad una di 62.000 mq.

Ad oggi l'ospedale consta di 558 posti-letto ed è strutturato su 4 diversi padiglioni: (i) Padiglione Morgagni, la nuova struttura aperta nel 2004, con 350 posti-letto; (ii) Padiglione Allende; (iii) Padiglione Vallisneri e (iv) Padiglione Valsalva (**tabella 2**).

Nella **figura 3** l'articolazione delle strutture e delle Unità operative al Padiglione Morgagni.

Il successivo § 3.2. è dedicato alla descrizione dei cambiamenti nella logistica del paziente, mentre il § 3.3 si focalizza sui cambiamenti apportati alla logistica del farmaco.

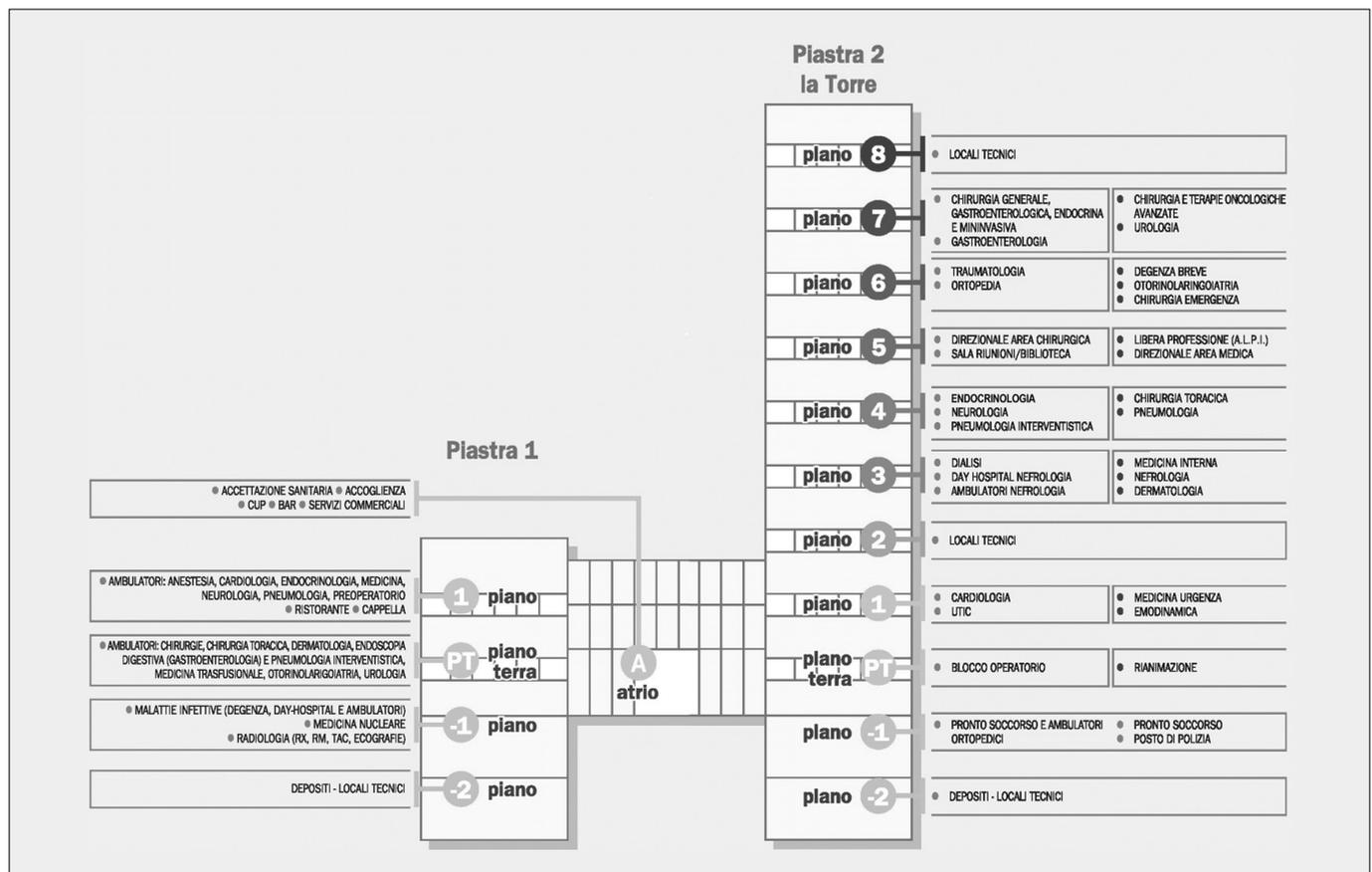
Morgagni Piastra 1	Morgagni Piastra 2 La Torre	Vallisneri	Allende	Valsalva
Attività ambulatoriale	Degenza acuti (terapie intensive, area urgenza, chirurgie specialistiche) Blocco operatorio	Materno infantile, area oncologica	Area di degenza post-acuti	Servizi di supporto, polo formativo

Tabella 2
I padiglioni del nuovo Presidio ospedaliero

L'esperienza di Forlì, per la sua innovatività e trasversalità dei cambiamenti, si presta ovviamente a diverse possibili prospettive di analisi e di studio. Il presente contributo si focalizza maggiormente sugli aspetti logistici. Nel caso dell'Ospedale di Forlì, la Direzione aziendale, approfittando del trasferimento dell'ospedale presso nuova sede, è intervenuta andando a modificare significativamente le principali componenti logistiche del sistema aziendale, in particolare:

- (i) *il layout delle strutture* (ad esempio, localizzazione delle aree di degenza, dei posti-letto, delle sale operatorie, dei magazzini e così via);
- (ii) *l'organizzazione dei posti-letto e delle aree di degenza;*
- (iii) *le modalità di programmazione nell'utilizzo della capacità produttiva;*
- (iv) *le modalità di gestione delle richieste dai reparti;*
- (v) *le attività di immagazzinaggio, imballaggio e trasporto interno;*

Figura 3
Planimetria Padiglione Morgagni – Presidio ospedaliero Asl Forlì



(vi) la *configurazione dei sistemi informativi*, a supporto della gestione delle scorte e delle operazioni di reparto (ad esempio gestione posti-letto).

Tali cambiamenti di natura prettamente logistica sono stati preordinati alla realizzazione di obiettivi di carattere più generale, di miglioramento della qualità ed efficienza dei processi d'azienda. A differenza di molti altri casi, nel caso di Forlì, il processo di cambiamento non è partito dalla ri-definizione di ruoli e responsabilità gestionali ma è partito proprio dai processi e dalle *operations*: si è dapprima intervenuto sulle componenti logistiche e, successivamente, sono state modificate coerentemente i processi e le relative attività aziendali. In questo senso i cambiamenti della logistica e delle *operations* sono stati accompagnati ed agevolati da modifiche in alcuni meccanismi operativi e dal ri-disegno di ruoli e responsabilità organizzative.

Nella descrizione dell'esperienza di Forlì (**figura 4**) si segue proprio questa logica: dapprima vengono descritti i cambiamenti del sistema logistico, in secondo luogo si analizza l'impatto di questi cambiamenti sulle attività ed i processi e, da ultimo, si descrive come le modifiche nell'assetto logistico abbiano determinato dei cambiamenti nei sistemi operativi e nella definizione di ruoli e responsabilità.

Il terzo anello di questa catena logica rappresenta sicuramente una dimensione da presidiare attentamente, infatti, come mostrato anche in altri studi (Alesani *et al.*, 2006), cambiamenti degli assetti logistici determinano una serie di impatti rilevanti sull'assetto organizzativo aziendale, in particolare:

(i) sulla struttura organizzativa (riconfigurazione delle pre-esistenti strutture organizzative; nuove o differenti posizioni organiz-

zative; riconfigurazione dei contenuti delle responsabilità consolidate);

(ii) sui sistemi operativi (introduzione di nuovi sistemi informativi di supporto, riconfigurazione o arricchimento dei sistemi di programmazione e controllo, evoluzione dei sistemi di formazione, allocazione e valutazione del personale);

(iii) sulle caratteristiche dell'organismo personale (allocazione, dimensionamento, conoscenze, competenze);

(iv) sulla cultura organizzativa consolidata ed in particolare sui rapporti inter-professionali e la propensione alla multidisciplinarietà.

3.2. La logistica del paziente: la differenziazione dei percorsi

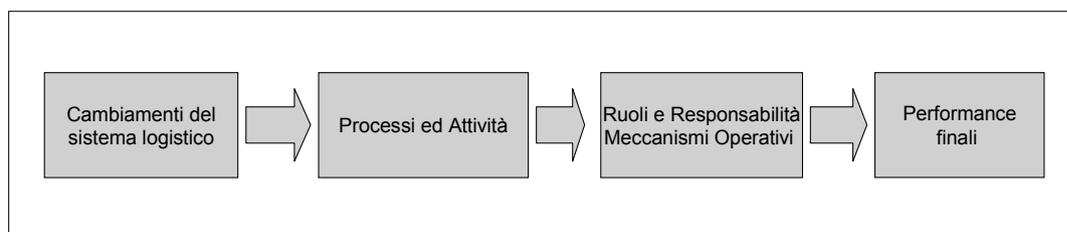
Come già segnalato precedentemente, le moderne strutture ospedaliere tendono a ri-disegnare i percorsi fisici dei pazienti attorno al concetto di intensità di cura. Come specificato nel corso del § 2.2, il concetto di intensità di cura si presta a diverse possibili interpretazioni operative.

Nel caso del presidio ospedaliero di Forlì è stata utilizzata la variabile degenza attesa come *proxy* dell'intensità delle cure richieste dai pazienti.

L'analisi del *case-mix* della produzione dell'Ospedale di Forlì sulla base della distribuzione della degenza ha portato alla definizione di quattro distinte aree di degenze in cui collocare pazienti caratterizzati da bisogni clinico-assistenziali differenti (**tabella 3**).

Se rappresentiamo l'intensità di cura (approssimata in questo caso dal numero di giornate di degenza) su un asse cartesiano (**figura 5**) le innovazioni adottate nel nuovo ospedale di Forlì hanno comportato principalmente delle modifiche nella gestione delle code. Fermo restando il cuore centrale di pazienti che hanno bisogno di un ricovero in

Figura 4
Catena logica
dell'esperienza di Forlì



degenza ordinaria (e, in taluni casi, anche di tecnologie specifiche disponibili nel reparto di terapia intensiva), la coda sinistra della gaussiana sono pazienti medici che possono vedere soddisfatta la propria domanda di cure in percorsi clinici assistenziali dedicati di durata inferiore ai 3 gg., oppure si tratta di pazienti chirurgici che non necessitano di una degenza post-chirurgica superiore ai 5 gg. e che vengono sistemati nell'area di degenza *week-surgery*. Viceversa spostandoci nella parte destra della distribuzione abbiamo pazienti che sono usciti dalla fase acuta del loro episodio clinico ma, per diversi motivi (tipicamente co-morbilità oppure età avanzata), non risultano ancora dimissibili (Alesani *et al.*, 2006).

L'analisi del *case-mix* della produzione della azienda ha permesso così di individuare quattro distinte categorie di pazienti. Il management dell'azienda ha poi ri-disegnato il sistema logistico coerentemente a queste macro-categorie di pazienti definendo in questo modo quattro separati flussi logistici, corrispondenti rispettivamente:

- (i) all'area di degenza «ciclo breve»;
- (ii) all'area delle post-acuzie;
- (iii) al percorso delle emergenze-urgenze;
- (iv) all'area di degenza in regime ordinario.

Area di degenza	Degenza attesa Tipo Drg	N. posti letto
Medicina d'urgenza Osservazione breve	0-3 giorni Drg medici	40
Degenza breve	0-5 giorni Drg chirurgici	33
Degenza ordinaria	4-14 giorni Drg medici e chirurgici	396
Post-acuzie	> 14 giorni Drg medici e chirurgici	85

La costituzione di questi quattro percorsi è stata agevolata dal trasferimento dell'ospedale in una nuova sede, occasione che ha permesso, infatti, di intervenire in maniera rilevante sulle più importanti componenti logistiche dell'azienda, in particolare, il *layout* delle strutture e l'organizzazione dei posti letto e delle aree di degenza. Nel presente paragrafo verranno descritte le principali innovazioni nell'assetto logistico, analizzando in particolare il relativo impatto sulle attività, processi e procedure interne. Ci si soffermerà comunque anche sulle ricadute dei cambiamenti introdotti sui meccanismi operativi e sulla struttura organizzativa (in particolare distribuzione di ruoli e responsabilità). Infine nel § 3.2. si cercherà di compiere una prima disamina dei risultati ottenuti.

Tabella 3

Le aree di degenza in funzione dei bisogni clinico-assistenziali e l'allocazione dei p.l.

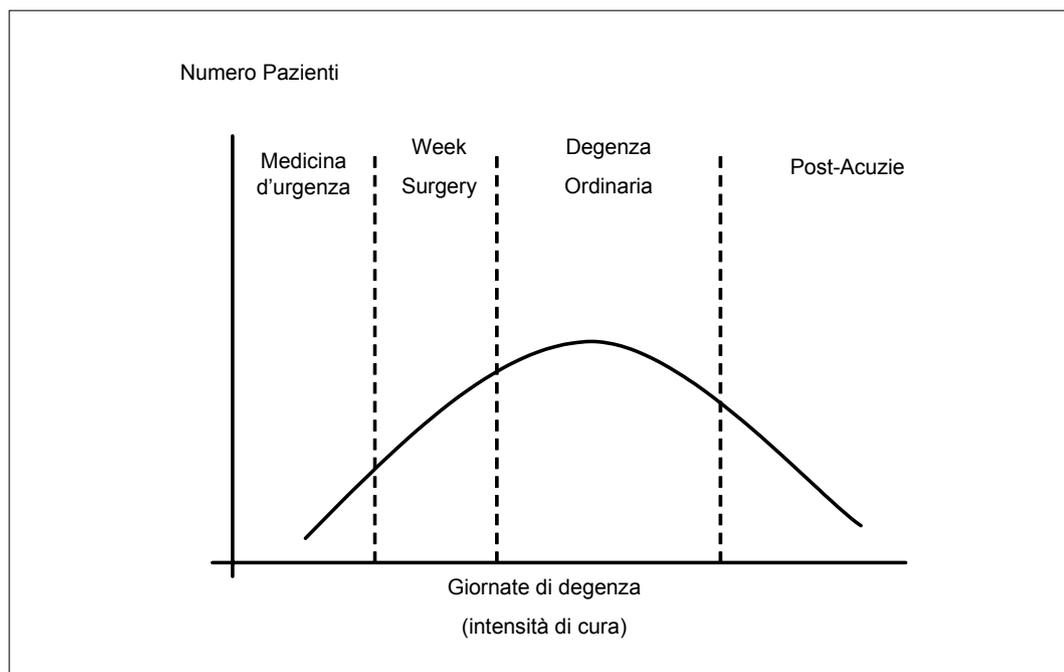


Figura 5

La distribuzione della casistica per giornate di degenza

Oltre ai sopra-citati interventi, al fine sempre di favorire la differenziazione strutturale dei percorsi dei pazienti e la massima condivisione delle risorse e degli spazi, si segnalano altre tre importanti innovazioni logistiche implementate presso la Asl di Forlì:

- la separazione dei percorsi *in-patient* e *out-patient*⁹ (figura 3);
- la strutturazione dell'ospedale per emipiani¹⁰ e
- la creazione di una piattaforma operativa condivisa.

Infine, il nuovo assetto logistico dell'ospedale è stato strutturato in modo tale da avere fisicamente adiacenti Uo affini da un punto di vista clinico in modo tale da sfruttare possibile sinergie, agevolare lo scambio delle informazioni e quindi stimolare la diffusione anche di nuovo *know-how* in maniera trasversale rispetto alle diverse Uo.

Il ciclo breve

L'area di degenza «ciclo breve» è un'area di degenza multi-disciplinare dove vengono collocati pazienti chirurgici con degenza attesa inferiore a 5 giorni. Tale area viene materialmente chiusa il venerdì e viene riaperta il lunedì successivo.

Ad oggi l'area di degenza «ciclo breve» consta complessivamente di 33 posti-letto ripartiti tra le Unità operative di Otorinolaringoiatria, Chirurgia generale, Gastroenterologia, endocrina e mininvasiva, Chirurgia e terapie oncologiche avanzate, Chirurgia toracica ed Urologia¹¹.

Sebbene esista una assegnazione formale dei posti-letto alle diverse Uo, essa non rappresenta un vincolo rigido. La caposala ha, infatti, il mandato di gestire il parco-letti a disposizione in modo flessibile tenendo conto delle esigenze di reparto al fine di sfruttare sempre appieno la capacità produttiva e di venire incontro alle esigenze della domanda.

In questo caso, al fine di creare un percorso specifico per i pazienti chirurgici con degenza attesa inferiore ai cinque giorni, la Asl di Forlì ha modificato il *layout* della struttura – creando una nuova area di degenza – e ha cambiato l'organizzazione dei posti-letto. Questi cambiamenti logistici hanno determi-

nato la necessità di apportare delle modifiche ad altri processi ed attività, in particolare:

(i) *definizione dell'agenda operatoria*. È necessario andare a rivedere l'agenda operatoria dal momento che tutte le tipologie di interventi che si prevede debbano essere inserite nell'area di degenza del ciclo breve devono essere collocate nei primi giorni della settimana (dal lunedì al mercoledì) per consentire l'effettiva dimissione del paziente entro venerdì. In questo caso si interviene su di un'altra classica componente di un sistema logistico, ovvero la modalità di programmazione dell'utilizzo della capacità produttiva, nello specifico il blocco operatorio;

(ii) *i turni del personale* che devono essere organizzati su cinque giorni della settimana (lunedì-venerdì) e non più su sette;

(iii) *il processo di pre-ospedalizzazione*. È necessario prevedere all'interno del processo di pre-ospedalizzazione criteri chiari per l'allocatione dei pazienti a tale specifica area di degenza. La decisione spetta al chirurgo, ma deve essere comunicata al coordinatore infermieristico che ha la responsabilità della programmazione degli accessi per l'intera struttura ospedaliera. La lista dei pazienti del ciclo breve viene infine consegnata al capo sala dell'area.

Inoltre, data l'imprevedibilità del decorso post-chirurgico, è sempre importante prevedere dei posti-letto «polmone» nell'area di degenza ordinaria per consentire il trasferimento di quei pazienti che necessitano, a causa di un aggravamento del quadro clinico-assistenziale, di un periodo di degenza superiore ai cinque giorni.

Sin qui i cambiamenti dal lato dell'assetto tecnico-logistico e delle *operations* aziendali. Come è stato già specificato, però, tali cambiamenti, soprattutto se radicali come quelli implementati nel contesto forlivese, esercitano un impatto rilevante sulla cultura organizzativa, sulla strutturazione di ruoli e responsabilità e su diversi meccanismi operativi aziendali. Nella fase di implementazione del cambiamento è decisivo saper presidiare tali interconnessioni.

Ad esempio, l'attivazione della area di degenza «ciclo breve» ha richiesto un forte cambiamento dell'approccio culturale e delle

modalità di lavoro da parte sia del personale medico che di quello infermieristico.

Per quanto concerne l'assistenza infermieristica, questo nuovo modello di cura comporta per gli infermieri la necessità di non lavorare più nella logica dei singoli compiti ma di lavorare per funzioni e richiede la capacità di trattare un più ampio *case-mix* di patologie. Per quanto riguarda quest'ultimo punto, la presenza di personale infermieristico in grado di trattare pazienti di tipologia diversa può rappresentare un punto di forza ed un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata ai pazienti. Inoltre non esisterebbe più il fenomeno dei pazienti in «appoggio», ovvero sia pazienti collocati in Unità operative diverse da quelle di appartenenza che non vengono per questo presi in considerazione dal personale di reparto. Dall'altra parte va notato che una scarsa formazione del personale infermieristico potrebbe determinare viceversa un deterioramento della qualità erogata.

Per quanto riguarda invece la parte clinica, soprattutto nella fase iniziale di transizione, le preoccupazioni dei professionisti hanno riguardato aspetti diversi.

Innanzitutto si sono registrate forti resistenze culturali nei confronti di un modello organizzativo teso al superamento del concetto, consolidato nella cultura ospedaliera, di «proprietà» del posto-letto e del personale infermieristico. Come già anticipato, infatti, nella area di degenza «ciclo breve» i posti-letto, anche se formalmente assegnati alle varie Uo, vengono gestiti in modo flessibile per sfruttare appieno la capacità produttiva e venire incontro alle esigenze della domanda. Inoltre, in questo nuovo modello organizzativo lo specialista non ha più la propria *équipe* infermieristica ed è costretto al rispetto dei turni e della programmazione del giro visite. Un'altra preoccupazione sollevata dai professionisti era il rischio della perdita del controllo «clinico» sui propri pazienti. Sotto questo punto di vista la Direzione sanitaria dell'Ospedale di Forlì ha spesso sottolineato la differenza tra la gestione clinica del paziente e le modifiche dell'assetto logistico. Nel caso del «ciclo breve» la responsabilità medico-legale del paziente rimane in capo al chirurgo che lo ha operato così come spetta a lui la firma sulla cartella clinica. Infine i clinici ritenevano che la dispersione dei pa-

zienti su diverse sedi, anche lontane da un punto di vista spaziale, potesse essere fonte di duplicazioni delle tecnologie necessarie e di dispersione dei sanitari.

A due anni dall'entrata a regime del nuovo modello organizzativo, grazie anche ad una ferrea pianificazione ed alla definizione di logiche e regole chiare per la condivisione delle risorse comuni, i professionisti sembrano apprezzare il modello organizzativo della degenza breve. In particolare vengono apprezzate la modularità e la flessibilità del modello organizzativo, caratteristiche che hanno consentito tra l'altro un aumento della produzione soprattutto riguardo alla casistica a maggiore complessità. Inoltre, viene apprezzata la possibilità di poter concentrare le risorse personali e strumentali a vantaggio di quella popolazione di pazienti caratterizzati da più elevati livelli di complessità clinica (pazienti collocati nell'area della degenza ordinaria).

Alla luce dei successi riscontrati, la Direzione aziendale ha in programma il potenziamento dell'attività di ciclo breve e lo spostamento di tutta questa area di degenza presso il Padiglione Vallisneri.

L'esempio concreto della specialità di Otorinolaringoiatria (ORL) può aiutare a capire meglio le ricadute organizzative della attivazione di un'area di degenza a ciclo breve.

L'Uo ORL è la maggiore utilizzatrice della area di degenza «ciclo breve», proprio per questo motivo il primario otorinolaringoiatra è stato nominato anche responsabile di questa area di degenza.

Prima del trasferimento l'Uo ORL aveva a disposizione le seguenti risorse: (i) 25 posti-letto di cui 22 in degenza ordinaria e 3 posti letti riservati ai pazienti pediatrici localizzati vicino alla pediatria; (ii) uno spazio dedicato presso l'ambulatorio; (iii) due posti-letto dedicati nell'area di DH e (iv) una sala operatoria dedicata per l'attività chirurgica¹².

Con il trasferimento nella nuova sede e l'implementazione del nuovo modello organizzativo basato sul superamento delle logiche gestionali incentrate sul reparto, oggi l'Uo ORL, a seconda delle caratteristiche clinico-assistenziali, può avere i propri pazienti dislocati in tre differenti aree di degenza: (i) la degenza ordinaria con una dotazione complessiva di 12 *posti-letto* e (ii) l'area della degenza breve con 8 *p.l.* prevalentemente de-

dicati alla Uo ORL; infine la Uo ORL svolge la propria attività ambulatoriale in una terza sede (iii) separata collocata nella Piastra 1 (figura 3).

Come detto, l'assegnazione del paziente ad una o all'altra area di degenza è funzione delle sue caratteristiche clinico-assistenziali che vengono, di fatto, rappresentate dalla variabile *proxy* degenza attesa. In questo senso, se le condizioni del paziente fanno prevedere una probabile dimissione entro il venerdì, allora il paziente sarà localizzato nell'area «ciclo breve», in caso contrario il paziente viene indirizzato nella degenza ordinaria. Le due aree di degenza hanno caratteristiche strutturali differenti e sono organizzate secondo diversi modelli organizzativi.

L'area di degenza «ciclo breve» è un'area di degenza multi-disciplinare non specifica. Non esiste del personale dedicato al paziente otorinolaringoiatra, non esistono dotazioni peculiari. Si tratta quindi di un'area di degenza per media qualità di assistenza. Nel caso del presidio ospedaliero di Forlì, il 50% della produzione della Uo ORL viene tipicamente indirizzata verso l'area di degenza «ciclo breve»¹³.

L'area dedicata alla Uo ORL all'interno della degenza ordinaria è l'unica area dedicata specificatamente alla ORL. Si tratta di un'area con personale semi-dedicato, con dotazioni peculiari capace di offrire una ele-

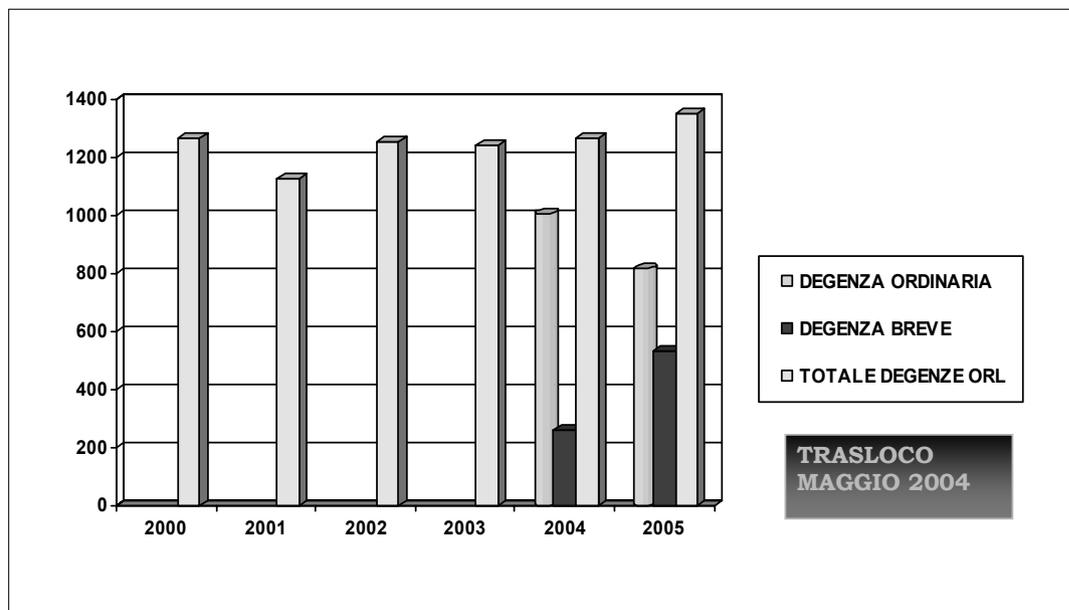
vata qualità di assistenza. In media il 30% dei pazienti ORL vengono gestiti in questa area di degenza¹⁴.

Nel 2005 l'Uo ORL ha contato 818 dimessi dall'area di degenza ordinaria e 535 dal reparto «ciclo breve». Confrontando la figura 6 è quindi evidente che a fronte di un aumento della complessiva attività di ricovero (da 1.241 casi nel 2003 a 1.353 nel 2005, 110 casi in più), è cambiato il *case-mix* della produzione: a partire dalla attivazione dell'area chirurgica del ciclo breve, nel biennio 2004-2005 il numero di ricoveri in degenza ordinaria si è ridotto da 1.007 casi a 818, mentre il numero di ricoveri in degenza breve è aumentato da 259 a 535. L'analisi dei dati mostra che il nuovo modello organizzativo ha determinato, nel caso della Uo di Otorinolaringoiatria, un aumento della produzione a fronte di una riduzione dei posti-letto che sono passati da 22 a 20.

Inoltre è importante segnalare che, nel biennio 2004-2005, il peso medio Drg è aumentato passando da 0,7 a 0,9. In questo senso si può dire che la ri-modulazione dell'offerta clinico-assistenziale attraverso l'attivazione dell'area di degenza breve ha consentito un'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse con la conseguente possibilità di concentrare le risorse strumentali e professionali a vantaggio di quei pazienti a maggiore

Figura 6

Andamento volumi di attività Uo ORL



complessità clinico-assistenziale collocati nell'area di degenza ordinaria.

L'area delle post-acuzie

Nel complessivo ridisegno del modello logistico-organizzativo di cura dell'ospedale di Forlì la creazione dell'*area di degenza delle post-acuzie* costituisce un tassello chiave. In questo caso, sempre nel processo di trasferimento dell'ospedale in una nuova sede è stata creata un'area di degenza *ad hoc* dove collocare pazienti acuti (medici e chirurgici), provenienti dai reparti ospedalieri interni, bisognosi di un basso livello di assistenza clinico-assistenziale ma ancora non dimettabili. L'attivazione di questo reparto ha permesso di alleggerire la competizione su risorse tipicamente scarse di un ospedale quali, ad esempio, i posti-letto. In secondo luogo, l'area delle post-acuzie rappresenta un anello organizzativo essenziale per l'integrazione ospedale-territorio nel trattamento dei pazienti cronici.

In generale si tratta, quindi, di una fase di degenza, in cui l'utilizzo di prestazioni diagnostiche e terapeutiche è più limitato; dove l'obiettivo principale è quello di garantire la continuità assistenziale attraverso interventi più concentrati sulla stabilizzazione clinica, il *nursing* ed il recupero funzionale.

L'area delle post-acuzie conta complessivamente 75 posti-letto così ripartiti: 50 posti-letto assegnati alla geriatria di cui 25 p.l. assegnati alla lungo-degenza e 25 assegnati a pazienti acuti provenienti dall'area chirurgica, più altri 25 posti-letto per la lungodegenza di pazienti post-acuti provenienti dall'area medica.

Ad oggi accedono all'area delle post-acuzie tre diverse tipologie di pazienti:

1) pazienti interni all'ospedale provenienti dall'area medica e chirurgica (si tratta, in quest'ultimo caso, di pazienti chirurgici complessi);

2) pazienti provenienti dal Pronto soccorso (tipicamente si tratta di codici bianchi o verdi). A regime tale situazione dovrebbe rappresentare un'eccezione: gli operatori presenti sul territorio (Mmg, PIs, Guardie mediche) dovrebbero prevenire l'accesso diretto dei pazienti alla struttura ospedaliera attraverso il Ps, programmando ricoveri per

situazioni non acute nell'area delle post-acuzie;

3) pazienti provenienti direttamente dal territorio.

A seconda del quadro clinico-assistenziale, il paziente in fase di uscita può essere indirizzato verso diversi *setting* assistenziali: (i) *country hospital*; (ii) altre strutture socio-sanitarie presenti sul territorio (RSA o case protette)¹⁵; (iii) programmi di assistenza domiciliare oppure (iv) può essere dimesso a domicilio e preso in carico dal Mmg.

In caso di trasferimento del paziente in queste strutture esterne rimane però sempre il medico ospedaliero a determinare l'indirizzo clinico.

Per facilitare l'accesso all'area di degenza delle post-acuzie è stato attivato un *call center* unico attraverso cui devono passare tutte le richieste provenienti dalle strutture che necessitano di un posto-letto in questa area di degenza. Per quanto riguarda i pazienti interni, al fine di uniformare e razionalizzare gli accessi, il reparto, entro la seconda giornata di degenza, deve segnalare la necessità di un p.l. al reparto di post-acuzie.

Il percorso delle emergenze-urgenze

All'interno del Ps nel nuovo ospedale è stato attivato un reparto di *Medicina d'urgenza* ed un'*area per l'Osservazione breve*. Complessivamente sono stati attivati 40 posti-letto: 20 per la medicina d'urgenza e 20 per l'Osservazione breve. La medicina d'urgenza può tenere i pazienti sino ad un massimo di tre giorni, mentre per l'osservazione breve il limite fissato è pari a 36 ore.

I 20 posti-letto della Osservazione breve sono di fatto suddivisi in due blocchi da 10 che rispondono a differenti esigenze clinico-assistenziali. Un blocco di posti-letto è dedicato ad una casistica meno complessa (si può parlare, mutuando un termine tipico del settore della riabilitazione, di osservazione breve «estensiva»). A titolo esemplificativo, un posto-letto in questo blocco può essere assegnato ad un paziente giovane con colica addominale o con coliciste con dolore. Viceversa, il secondo blocco di posti-letto è di osservazione breve «intensiva». In tale area di degenza può essere collocato, ad esempio, un anziano fragile con scompenso cardiaco.

La Medicina d'urgenza è invece strutturata come una normale area di degenza ospedaliera: i pazienti generalmente iniziano e finiscono il proprio percorso di cura all'interno di questa area. La Medicina d'urgenza ha il compito di stabilizzare i pazienti e di procedere ad una diagnosi completa al fine di decidere se procedere al ricovero oppure dimettere il paziente.

Anche l'attivazione di un'area dedicata alla Medicina d'urgenza risponde alla logica di creare percorsi differenziati dei pazienti all'interno dell'ospedale. In questo specifico caso il criterio seguito non è tanto la degenza attesa, ma il carattere di urgenza e, quindi, di non programmabilità delle prestazioni richieste. L'obiettivo è quello di creare un percorso delle emergenze/urgenze da tenere il più possibile separato dalla normale attività programmata che si svolge all'interno della struttura ospedaliera.

Proprio nel tentativo di procedere in questa direzione, all'interno del blocco operatorio unico è stata prevista una sala operatoria dedicata in modo esclusivo alle emergenze/urgenze chirurgiche provenienti dal Ps. A questa sala è stata assegnata una *équipe* (medica ed infermieristica) dedicata attiva sulle 12 ore (dalle 8 alle 20) (durante le notti vengono trattate solo le vere emergenze avvalendosi del supporto della guardia medica, mentre le urgenze vengono rimandate al mattino successivo)¹⁶.

Cambiamenti nella logistica del paziente: quali i risultati ottenuti?

Sin qui si è visto come la Asl di Forlì abbia profondamente modificato i flussi logistici dei pazienti all'interno dell'ospedale. È riuscita a far questo attraverso una serie di modifiche rilevanti all'assetto logistico aziendale, in particolare è stato modificato il *layout* delle strutture ed è stata cambiata l'organizzazione dei posti-letto e delle aree di degenza. Nei precedenti paragrafi queste innovazioni sono state descritte analizzando anche l'impatto di questi cambiamenti sulla struttura organizzativa e sui sistemi operativi aziendali. Nel caso di Forlì i cambiamenti nella logistica del paziente erano però preordinati al conseguimento di obiettivi di carattere più generale. Nel presente paragrafo

si cerca di compiere una prima disamina sui risultati dei cambiamenti introdotti.

Anche se stabilire precise relazioni causa-effetto nel campo delle scienze sociali è sempre un esercizio da compiere con tutte le necessarie cautele, i dati e le informazioni raccolte consentono però di compiere una prima disamina degli effetti legati ai cambiamenti effettuati nei percorsi logistici dei pazienti. A distanza di due anni dall'apertura del nuovo ospedale di Forlì, si sono infatti delineate alcune linee di tendenza generali:

1. *cambio del mix di produzione*, i cambiamenti nell'assetto logistico hanno determinato dei cambiamenti nel *mix* produttivo. In particolare l'attività di Dh si è ridotta a vantaggio dell'attività ambulatoriale e parte dei ricoveri ordinari sono stati trasformati in ricoveri a «degenza breve». Nel periodo 2004-2005 i ricoveri in degenza ordinaria sono passati da 20.267 a 19.408 mentre le prestazioni in Dh si sono ridotte da 5.029 a 4.4224. Nel caso specifico dell'Uo otorinolaringoiatria il numero dei ricoveri in degenza ordinaria si è ridotto da 1.007 casi a 818 mentre il numero di ricoveri in degenza breve è aumentato da 259 a 535;

2. *aumento della complessità della casistica*, negli ultimi due anni il peso medio Drg è passato da 0,99 a 1,19 (+ 20 per cento);

3. *riduzione della degenza media*, liberando quindi capacità produttiva per trattare meglio una casistica caratterizzata da maggiori livelli di complessità;

4. *aumento della produttività*, il nuovo ospedale di Forlì con una minore dotazione di posti-letto è stato in grado di trattare un maggiore volume di pazienti caratterizzati da un elevato livello di complessità;

5. *creazione di un'offerta assistenziale modulare* capace di liberare risorse da concentrare sulla popolazione di pazienti più complessi maggiormente bisognosi di assistenza;

6. *creazione di nuovi profili di competenze e responsabilità per il personale infermieristico* nel nuovo modello organizzativo – si pensi in particolare al caso della *week surgery* – gli infermieri sono chiamati a trattare un più ampio *case-mix* e a ragionare non più per compiti ma per funzioni. Dopo le normali iniziali resistenze culturali e difficoltà al cambiamento, tutti gli infermieri si

sono adattati con entusiasmo. Questo ha avuto come effetto un netto miglioramento della qualità dell'assistenza erogata ai pazienti;

7. miglioramento della *soddisfazione dei pazienti* testimoniato indirettamente da un recupero della mobilità passiva sui pazienti forlivesi e da un aumento della mobilità attiva in particolare per quanto riguarda l'attività chirurgica¹⁷. Inoltre nel corso del 2005-2006 sono stati rilevati elevati livelli di soddisfazione da parte dei pazienti (dal 75% al 90%): un miglioramento di circa 10 punti percentuali rispetto alla rilevazione precedente.

3.3. La logistica del farmaco: informatizzazione del processo e metodica della dose unitaria

Il presidio ospedaliero «Morgagni-Pierantoni» dell'Ausl Forlì ha completamente rivoluzionato tutte le fasi ed attività della logistica del farmaco procedendo: (i) alla informatizzazione dell'intero processo ed (ii) alla introduzione della metodica della dose unitaria.

Come già detto, l'innovazione nella modalità di distribuzione dei farmaci va inserita nell'ambito del rinnovamento complessivo del sistema di assistenza ospedaliera avvenuto in occasione della costruzione del nuovo Ospedale Morgagni.

Le innovazioni introdotte e la gestione del processo di cambiamento

Il trasferimento dell'ospedale in una nuova sede ha rappresentato per l'Ausl di Forlì un'occasione unica anche per rivoluzionare l'intero processo di logistica del farmaco. In particolare, la sfida per il management dell'azienda è stata quella di inserire nel contesto del nuovo ospedale non solo la prescrizione informatizzata o la distribuzione automatizzata dei farmaci, peraltro già presenti in altre realtà intra ed extra regionali, ma di scegliere un approccio integrato che prevedesse l'utilizzo della prescrizione informatizzata da parte del medico, la produzione delle monodose da parte di una macchina automatica e soprattutto la somministrazione controllata mediante *bar-code* applicato al paziente a garanzia di maggiore sicurezza per il paziente.

Le innovazioni introdotte hanno determinato un cambiamento globale di tutto il processo di logistica del farmaco. I cambiamenti più rilevanti hanno comportato:

1) l'introduzione del programma informatizzato di prescrizione diretta da parte del medico (*Computer Physician Order Entry - CPOE*);

2) la validazione delle terapie singolarmente prescritte da parte del farmacista;

3) il confezionamento automatico dei farmaci in monodose e composizione degli anelli contenenti la terapia personalizzata del paziente (*Automated Drugs Dispensing - ADD*);

4) la modifica della logistica (trasporti, procedure di magazzino farmacia, informatizzazione del magazzino di Unità operativa anche per le fleboclisi ed i presidi, revisione delle scorte di Unità operativa, ecc.);

5) l'introduzione del codice a barre per l'identificazione del paziente;

6) la somministrazione con controllo incrociato terapia-paziente-orario di somministrazione-personale che effettua la somministrazione (cosiddetti sistemi *Bar code-enabled Point-Of-Care - BPOC*).

L'innovazione realizzata dall'Azienda sanitaria locale di Forlì nell'ambito della logistica del farmaco si concentra sulla «personalizzazione» delle modalità di distribuzione e somministrazione dei farmaci. Il principio ispiratore dell'intera innovazione è quello della capacità di gestione dei processi gestionali centrata sulle esigenze e i bisogni dei singoli pazienti.

Elemento cardine della gestione dei beni sanitari sulla base delle esigenze dei pazienti è il concetto di «dose unitaria», ovvero di traduzione delle confezioni di farmaci in forme contenenti quantità «unitarie» di farmaci finalizzate ad una loro distribuzione su base personalizzata.

Naturalmente, la filosofia della personalizzazione della somministrazione dei farmaci è legata ad una visione di rinnovamento complessivo del processo gestionale. Tale rinnovamento che parte dalla personalizzazione della terapia, coinvolge la correttezza e la tempestività dello scambio informativo tra reparti e farmacia ospedaliera sulle prescrizioni, passa per la capacità della farmacia di

predisporre delle forme personalizzate di distribuzione dei farmaci al letto del paziente e infine presuppone la capacità di collegamento univoco tra terapia, farmaci e pazienti.

Il caso dell'Ausl di Forlì è significativo per l'analisi della personalizzazione della prescrizione e della distribuzione di farmaci in quanto rappresenta:

- 1) il primo esempio in ordine cronologico di introduzione dell'innovazione nella sanità pubblica italiana;
- 2) uno dei pochissimi casi ad oggi esistenti di funzionamento a regime dell'innovazione che coinvolga un'intera struttura assistenziale;
- 3) un caso in cui l'innovazione nelle componenti tecniche, tecnologiche e logistiche è stata accompagnata e sostenuta da un forte cambiamento culturale e organizzativo (si veda su questo punto anche il § 3.4).

Nell'introduzione della metodica della dose unitaria e nel processo di automazione di tutte le varie fasi della logistica del farmaco, l'azienda è partita dal presupposto che l'innovazione nella logistica del farmaco avrebbe dovuto essere parte di un disegno complessivo riguardante i flussi informativi e di materiali all'interno della struttura tra la

farmacia ed i reparti ed internamente a questi ultimi.

In questo senso l'azienda ha realizzato una infrastruttura informatica trasversale che consente di mettere in rete tutto l'ospedale, composta in particolare da:

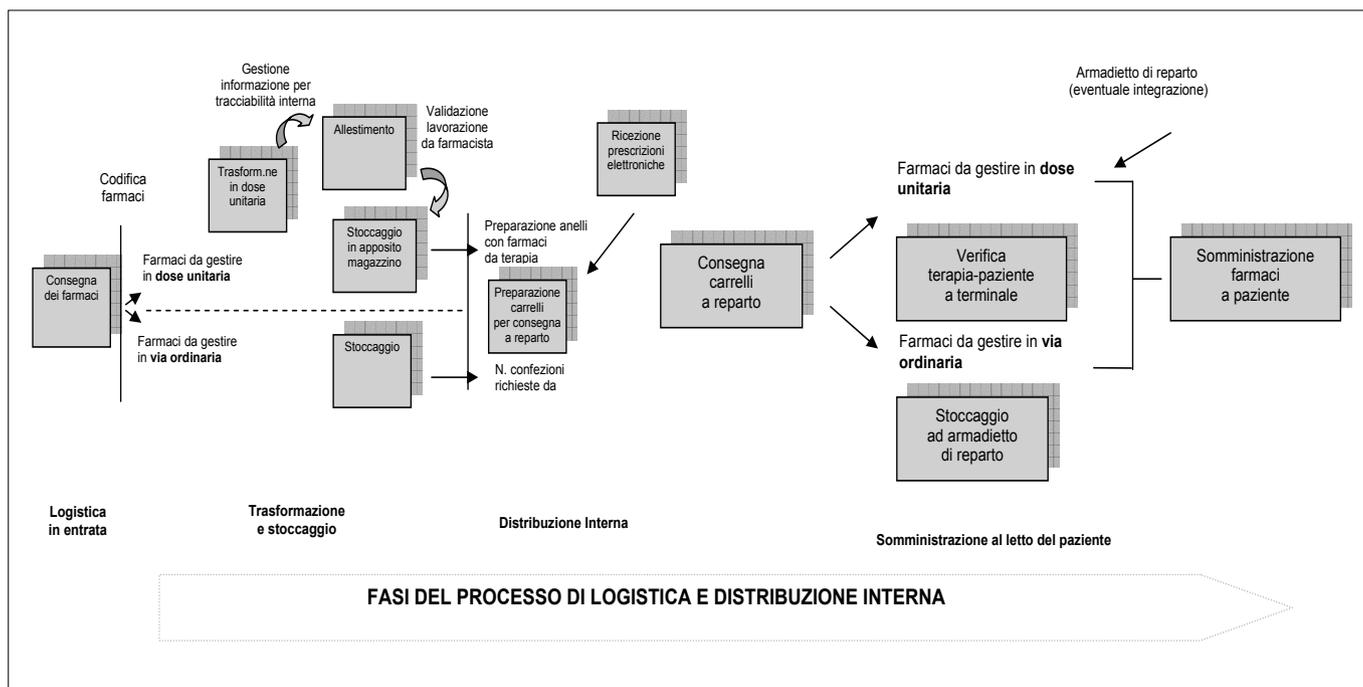
- tecnologie *hardware*: terminali mobili (computer palmari) per la gestione delle prescrizioni elettroniche e il riscontro in tempo reale delle informazioni cliniche dei singoli pazienti;
- tecnologie *software*: *software* di supporto per le prescrizioni elettroniche, per la preparazione/l'allestimento farmacologico e per la tracciatura dei farmaci in monodose ad accesso condiviso tra la farmacia ospedaliera ed i reparti;
- infrastrutture di rete: rete informatica *wireless* con copertura totale della struttura ospedaliera per l'utilizzo dei terminali mobili.

Figura 7

La rappresentazione del processo di logistica interna nell'Ausl di Forlì: la distribuzione interna dei farmaci su base personalizzata

Il percorso del farmaco

La personalizzazione della distribuzione del farmaco coinvolge a livello complessivo l'intero processo di logistica interna del farmaco. Se ne descrivono di seguito le principali fasi (**figura 7, box 1**):



– Logistica in entrata - il fornitore provvede alla consegna dei farmaci presso il magazzino ospedaliero dell'Ausl di Forlì; esiste un unico magazzino farmaceutico che approvvigiona le tre strutture ospedaliere dell'azienda.

– Stoccaggio e trasformazione - presso il magazzino farmaceutico, i beni sono distinti in due categorie: farmaci che non possono essere trasformati in formato monodose (ad esempio le polveri solubili o i flaconi, per ragioni di conservazione o di processo fisico necessario per il riconfezionamento in dose unitaria) e farmaci da trasformare in dose unitaria. Su 507 specialità gestite dalla farmacia ospedaliera circa 440 appartengono alla seconda categoria. I farmaci appartenenti alla prima categoria sono stoccati in via ordinaria presso il magazzino; quelli appartenenti alla seconda sono soggetti al processo di monodosaggio, che viene eseguito principalmente per mezzo di un'apposita attrezzatura¹⁸. È fondamentale la gestione delle informazioni riguardanti i farmaci in dose unitaria, in particolare ai fini della tracciabilità interna. Le confezioni di farmaci sono identificate da codice identificativo del prodotto, da un numero di lotto e da una scadenza. Queste informazioni devono essere trasmesse anche nella trasformazione del prodotto in formato monodose. Ad oggi questo passaggio avviene manualmente da parte dei farmacisti che presiedono al processo di trasformazione e verificano la correttezza dello stesso. Alcuni prodotti (ad esempio i farmaci galenici e molti preparati utilizzati nel trattamento oncologico) subiscono un processo di allestimento all'interno del laboratorio farmaceutico. La fase logicamente successiva è quella dello stoccaggio; anche questa avviene in parte in via automatizzata, mediante un'apposita macchina prodotta dalla stessa Swisslog e interoperante con la macchina utilizzata per il riconfezionamento.

– Distribuzione interna - la farmacia ospedaliera riceve per via elettronica gli ordini di farmaci, derivati direttamente dalle prescrizioni giornalieri dei clinici nei reparti; il farmacista effettua la verifica di congruità della ricetta in base alle prescrizioni normative ed amministrative. Il fabbisogno dei reparti è composto in parte da farmaci che possono essere distribuiti in monodose,

LE FASI FONDAMENTALI DELLA DISTRIBUZIONE «PERSONALIZZATA»

- Il medico prescrive la terapia per via informativa
- La prescrizione viene trasmessa alla farmacia
- Il farmacista effettua il monitoraggio sulla ricetta
- La farmacia dispone di medicinali in dosi unitarie
- La farmacia prepara le cure per singolo paziente e controlla le terapie allestite
- Le terapie personalizzate vengono inviate ai reparti
- L'infermiere riceve e somministra già pronti suddivisi per paziente
- La presenza di scorte decentrate permette di fare fronte a variazioni di terapia, urgenze o imprevisti

in parte da farmaci distribuibili confezionati ordinariamente. Il fabbisogno del primo tipo di farmaci fa attivare la produzione di «anelli» personalizzati per ogni paziente, raccoglitori di bustine contenenti i farmaci inclusi nella terapia giornaliera del paziente. Conseguentemente, i carrelli che vengono inviati ai reparti contengono gli «anelli» con la terapia personalizzata ed altri farmaci non traducibili in formato unitario. La distribuzione del farmaco monodose viene effettuata tutti i giorni dal lunedì al sabato. La produzione viene chiusa entro le ore 13.00 mentre la distribuzione al reparto viene ultimata entro le ore 16.30. Per i farmaci non in monodose la distribuzione avviene secondo le regole stabilite 1, 2 volte la settimana esclusa l'urgenza.

– Somministrazione al paziente - il carrello viene consegnato al reparto. I farmaci confezionati vengono stoccati negli armadietti di reparto, mentre i farmaci in dose unitaria sono pronti per la distribuzione al letto del paziente. Ognuno di essi è dotato di un braccialetto identificativo che consente al momento della somministrazione attraverso la lettura di una penna ottica la verifica di corrispondenza tra terapia prescritta, farmaci in somministrazione e paziente. La penna ottica è collegata con il *software* di gestione delle prescrizioni. Ogni reparto è dotato di un piccolo magazzino di farmaci, al fine di evitare che l'automatizzazione del processo impedisca la regolare somministrazione dei medicinali.

Box 1

L'impatto sull'organizzazione e sui sistemi operativi

I cambiamenti nella logistica del farmaco intervenuti presso il presidio ospedaliero di Forlì rappresentano un caso di re-ingegnerizzazione completa della logistica dei beni a supporto della produzione. L'automazione del processo e l'introduzione della metodica della dose unitaria hanno infatti richiesto delle modifiche sostanziali alle principali componenti del sistema logistico: (i) localizzazione dei magazzini; (ii) gestione delle scorte; (iii) gestione degli ordini; (iv) organizzazione delle attività di immagazzinaggio, imballaggio e trasporto interno e (v) configurazione dei sistemi informativi.

I precedenti paragrafi sono stati dedicati proprio alla descrizione di queste innovazioni logistiche ed all'analisi dell'impatto di questi cambiamenti sui flussi e le attività del complessivo processo di logistica del farmaco.

Al pari dei cambiamenti intervenuti sul lato della logistica dei pazienti, l'evoluzione da un modello di distribuzione tradizionale ad un modello su base personalizzata ad alto livello di automazione comporta un impatto rilevante su di una serie di altre variabili organizzative.

Innanzitutto, sono cambiati *ruoli e competenze* richieste alle diverse figure professionali coinvolte a vario titolo nel processo di logistica:

(i) sono cambiate le modalità di lavoro dei professionisti coinvolti (farmacisti, tecnici di laboratorio, infermieri professionali in reparto e in farmacia, medici di reparto) in relazione ai nuovi percorsi ed ai nuovi strumenti di supporto automatizzati;

(ii) sono cambiate il tipo di professionalità e le competenze richieste alle varie professionalità coinvolte nel processo;

(iii) sono cambiate le interazioni tra i professionisti e il contenuto dei relativi ruoli.

Sotto la prima prospettiva, l'introduzione di sistemi informatizzati per la prescrizione, il monitoraggio della terapia e l'effettuazione della somministrazione rappresentano una rivoluzione nelle modalità operative di svolgimento del lavoro per clinici ed infermieri,

che può generare resistenze ed opposizioni al cambiamento.

Sicuramente una barriera che si è dovuta superare è stata la resistenza opposta dai clinici. La prescrizione informatizzata, infatti, comporta inevitabilmente per il medico la necessità di passare un certo periodo di tempo alla consolle del computer e genera la preoccupazione che questo possa sottrarre tempo alla cura dei pazienti. Per un'efficace introduzione della prescrizione informatizzata è stato quindi richiesto un adeguato periodo di *training* e di adattamento per superare lo scoglio delle abitudini inveterate e per valutare le potenzialità del sistema.

In fase di avvio del sistema è stato sicuramente necessario ed importante, oltre ovviamente a prevedere un trasferimento delle conoscenze tecniche relative all'utilizzo del *software* di prescrizione, evidenziare i potenziali vantaggi legati alla informatizzazione del processo. Gli stessi clinici hanno così sottolineato i vantaggi delle innovazioni introdotte legati, oltre che alla diminuzione degli errori e dei possibili problemi di tipo medico legale, anche alla possibilità di avere accesso in tempo reale a banche dati in grado di fornire informazioni sui dosaggi e sulle interazioni tra farmaci e su protocolli terapeutici standardizzati per le principali patologie di interesse, elaborati con i criteri della medicina basata sulle prove di efficacia.

Infine, la nuova modalità di distribuzione può consentire a medici, infermieri e farmacisti di sfruttare appieno le proprie professionalità: l'attività prescrittiva dei medici viene in qualche modo valorizzata e facilitata grazie alle potenzialità di un *software* che consente di ricostruire tutta la storia clinica dei pazienti, mettendo in allerta sulla presenza di potenziali allergie e/o incompatibilità rispetto alla somministrazione di un particolare farmaco. In secondo luogo, il nuovo sistema completamente informatizzato e personalizzato sulla base delle esigenze dei pazienti consente un risparmio di tempo agli infermieri che così, liberati dagli oneri della gestione della logistica di reparto, possono dedicare più tempo alle attività assistenziali a favore del paziente. Infine, nell'ottica dei farmacisti ospedalieri, l'innovazione può rappresenta-

re uno stimolo positivo ad abbandonare le funzioni di «presidio evoluto» delle operazioni di magazzino riportando il fulcro dell'attività sulla verifica ed il monitoraggio delle prescrizioni in relazione al prontuario aziendale ed ai principi di appropriatezza, farmaco-efficienza e aggiornamento scientifico. Evidentemente tale cambiamento di ruolo richiede ai farmacisti ospedalieri un adeguato investimento in formazione e un recupero (o un rafforzamento) del rapporto di interlocuzione sul piano clinico con i medici. Inoltre, la gestione interna delle fasi di trasformazione, preparazione e stoccaggio in dose unitaria richiede la presenza di adeguate professionalità tecniche in farmacia, normalmente non possedute dai magazzinieri, né dai tecnici di laboratorio o dagli infermieri professionali.

Da ultimo, inevitabilmente, data la portata dei cambiamenti introdotti, alcuni meccanismi operativi e procedure amministrative sono state cambiate, in particolare:

- diverse procedure e consuetudini di Unità operativa sono state rivoluzionate come conseguenza dell'introduzione del nuovo sistema informativo;

- diverse routine e procedure di reparto sono state modificate: (i) cambiamento degli orari di consegna farmaci alle Unità operative; (ii) orari di servizio dei farmacisti e degli operatori di farmacia, ecc.;

- la reportistica prodotta dal Controllo di gestione è cambiata potendo ora procedere alla attribuzione del costo farmaceutico per Drg, per paziente, per patologia;

- le attività del ciclo passivo sono state rivoluzionate, ora, con l'informatizzazione dell'intero processo, farmacia, reparto, Bilancio e Provveditorato sono integrati in rete tra di loro e anche con le imprese fornitrici.

I risultati ottenuti e le prospettive di sviluppo

Risparmi economico-finanziari e recuperi di efficienza

Dopo aver analizzato le possibili dinamiche di impatto delle innovazioni introdotte, si compie una prima disamina dei risultati ad oggi effettivamente ottenuti legati ai cambiamenti apportati alla logistica del farmaco.

Da un punto di vista *economico-finanziario* si è registrata una riduzione delle risorse finanziarie immobilizzate nei magazzini: i fondi immobilizzati per le scorte di reparto sono diminuiti del 91% passando da 30 mila a 2.500 euro per emi-piano. Ciò significa che si è potuta liberare una parte importante delle risorse economiche immobilizzate nel magazzino farmaceutico centrale e negli armadi di reparto (quasi del tutto eliminati) rendendola disponibile per altri utilizzi e migliorando la situazione del capitale circolante aziendale.

Complessivamente negli ultimi due anni il consumo dei farmaci ha fatto registrare *trend* decrescenti (**tabella 4**).

La tabella mostra chiaramente una riduzione del consumo di farmaci.

I dati dimostrano una riduzione del consumo per punto Drg negli anni 2004 e 2005 rispetto al 2003, anno in cui si era evidenziato un notevole incremento sul consumo di farmaci.

In secondo luogo le innovazioni introdotte hanno determinato consistenti *recuperi di efficienza* lungo le varie fasi del processo di logistica, in particolare si pensi a:

- il recupero di spazio nei magazzini, tradizionalmente sacrificati e logisticamente non adeguatamente localizzati;

- il recupero di tempo da parte degli operatori dei magazzini e degli inservienti da

Anno	Casi	Punti	Consumo farmaci	Consumo/ punto Drg	Scost. % anno precedente
2005	24.449	27.656	8.923.199	322	- 2.62
2004	23.807	24.835	8.228.735	331	- 14.15
2003	25.284	24.574	9.484.435	385	25.36
2002	27.713	25.915	7.978.474	307	/

Tabella 4
Il consumo di farmaci per l'attività sanitaria dell'Ausl di Forlì

poter dedicare ad attività a maggiore valore aggiunto.

Inoltre, tra i benefici ricercati ed ottenibili a seguito delle innovazioni introdotte, si deve registrare la possibilità dell'ottenimento di uno sconto sull'andamento dei premi assicurativi. Nel momento in cui si scrive l'azienda è in fase di contrattazione per il rinnovo del contratto assicurativo della durata triennale. Sicuramente uno dei benefici legati all'introduzione della dose unitaria è stato il miglioramento del profilo di rischio e la conseguente riduzione della probabilità di errore nelle varie fasi della logistica del farmaco. Sarebbe sicuramente un segnale incoraggiante per il mercato assicurativo se tale riduzione della probabilità di errore fosse seguita da una contestuale riduzione dei premi assicurativi gravanti sull'azienda. Tradizionalmente è però sempre esistito un significativo *gap* informativo tra aziende sanitarie ed imprese assicurative che ha di fatto portato ad una situazione (quella attuale) in cui l'ammontare dei premi viene calcolato sulla base di variabili (ad esempio monte salari aziendali) del tutto scollegate all'effettivo profilo di rischio dell'azienda. Sicuramente l'ipotesi di una riduzione del premio legata all'avvenuto miglioramento del profilo di rischio nella logistica del farmaco rappresenterebbe un passo in avanti nel miglioramento del funzionamento e dell'efficienza complessiva del mercato della assicurazione del rischio sanitario.

Qualità e sicurezza

In termini di ruoli e competenze del personale si è registrato un cambiamento radicale nel mansionario dell'infermiere professionale che viene ora sgravato da tutti gli oneri legati alla gestione dei farmaci a reparto e può quindi dedicare maggiore tempo per l'assistenza ai pazienti. Secondo alcune elaborazioni della Direzione sanitaria, il tempo medio infermieristico per la gestione dei farmaci a reparto era pari a 300 minuti al giorno per turno lavorativo (dato peraltro in linea con alcuni studi presenti in letteratura). A seguito di un periodo di apprendistato di tre settimane con attività in doppio e di sei mesi di assestamento attualmente si è verificata una riduzione di un terzo del tempo

dedicato. Il *trend* peraltro sembra ancora in riduzione¹⁹.

Come già accennato nel corso del paragrafo precedente, l'informatizzazione della funzione logistica ha messo a disposizione dell'Ausl una potentissima banca-dati dove è possibile associare a ciascun paziente il relativo consumo di farmaci. La disponibilità di tali informazioni ha consentito al presidio ospedaliero di Forlì di impostare politiche di governo dei processi clinici. Data, infatti, la facilità di controllo sulle singole prescrizioni è stato possibile sensibilizzare i clinici sull'importanza di ridurre la variabilità di terapie farmacologiche per categorie omogenee di pazienti. La base-dati a disposizione consente il costante monitoraggio delle terapie utilizzate al fine di verificare la loro coerenza con le linee guida aziendali e con i principi di appropriatezza e farmaco-efficienza riducendo in questo modo la variabilità dei comportamenti clinici.

Soddisfazione dei pazienti

Sembrirebbe che le innovazioni apportate al processo di logistica del farmaco hanno portato anche ad un aumento del livello di soddisfazione dell'utente finale. Nel corso del 2005-2006, in preparazione al processo di accreditamento richiesto dalla regione Emilia-Romagna sono stati rilevati i livelli di soddisfazione dei pazienti che hanno mostrato livelli elevati (dal 75% al 90%). Rispetto alle rilevazioni precedenti si è registrato un *trend* di miglioramento rilevante di circa 10 punti percentuali. Quanto questo sia imputabile al nuovo ospedale, agli aspetti alberghieri o alla monodose non è evidenziabile dalla rilevazione fatta in quanto il questionario rispecchia il precedente senza domande specifiche sulla monodose.

Punti critici e questioni aperte

Nonostante gli indubbi riscontri positivi, è opportuno segnalare alcuni punti critici che devono far riflettere anche in relazione all'applicabilità ed alla generalizzabilità dei risultati ottenuti in altri contesti.

a) La non completa automazione del processo logistico.

Ad oggi vi è l'esigenza di svolgere manualmente alcuni compiti a scarso valore aggiunto e altamente *time-consuming*; ciò at-

tenua molti vantaggi dell'automatizzazione legati al recupero di efficienza ed è un fattore limitante alla replicabilità dell'esperienza. In particolare, sono svolte manualmente alcune attività di riconfezionamento, nei casi in cui le macchine della Swisslog non siano abilitate (un esempio è rappresentato dai casi in cui il *blister* è quadrettato secondo la forma del rombo).

b) Lo sfruttamento parziale delle potenziali strategie collaborative con gli attori della filiera che potrebbero andare a risolvere diversi problemi di natura logistico - produttiva (ad esempio il problema del *packaging*) e sollevare le aziende sanitarie da onerosi investimenti finanziari che si rendono necessari non solo nella fase di lancio del progetto ma anche *in itinere* per la continua necessità di aggiornamento dei *software* e di manutenzione delle tecnologie. L'azienda di Forlì ad oggi ha attivato *partnership* forti con i fornitori tecnologici del *software* per la prescrizione elettronica e la tracciabilità interna delle confezioni monodose (innestando anche un'attività di commercializzazione dei prodotti *software* ad altre aziende sanitarie), mentre ha avuto un rapporto di co-progettazione con il fornitore della tecnologia per il riconfezionamento e lo stoccaggio monodose. Non sono state esplorate strategie collaborative con gli attori a monte della filiera, aziende farmaceutiche e depositari/grossisti, in termini ad esempio di esternalizzazione delle fasi di riconfezionamento, stoccaggio o servizi di trasporto e logistica. Se ciò si deve almeno in parte a vincoli di legge e all'attuale insufficiente preparazione del mercato, tali ipotesi devono essere attentamente considerate in fase di applicazione da parte di altre Asl, in quanto permetterebbero di abbattere gli investimenti necessari in entrata ottenendo i benefici attesi, pur sempre a patto di mantenere il governo delle parti esternalizzate del processo di gestione logistica.

c) L'estensione dell'ambito di applicazione del processo di distribuzione personalizzata.

Le esperienze internazionali e le prime esperienze italiane di distribuzione personalizzata dei farmaci evidenziano che i potenziali vantaggi dell'innovazione sono conseguibili nella misura in cui quest'ultima

sia integrata in una visione di cambiamento complessiva e interessi una massa critica. La massa critica «minima» coincide con una struttura ospedaliera, ma la dimensione ottimale per conseguire le economie di efficienza e di produttività deve essere considerata superiore. In questo senso è possibile ragionare sulla coerenza tra progetti di creazione di magazzini unici/interospedalieri e la possibilità di accentrare le funzioni di gestione dei farmaci in monodose, come sta succedendo nel caso di Forlì con la creazione dell'IRST per la branca oncologica. Le stesse spinte verso l'integrazione in Area Vasta e la creazione di consorzi di acquisto possono essere utilmente sfruttate per sperimentare un progetto di dose unitaria su base interaziendale.

Volendo sviluppare questa ultima prospettiva sarà peraltro fondamentale ragionare in termini di: *i*) fattibilità logistica (programmazione delle scorte e delle trasformazioni in relazione ai fabbisogni delle aziende partecipanti, gestione dei flussi di trasporto esterni su base giornaliera, ecc.); *ii*) fattibilità tecnica (tempi di stabilità/curabilità dei prodotti assemblati o confezionati in formato monodose in relazione ai tempi necessari intercorrenti tra la preparazione, la consegna e l'utilizzo nelle strutture).

3.4. Le condizioni organizzative a supporto del cambiamento

Come si è spiegato nel corso del presente contributo, l'Asl di Forlì ha apportato importanti e radicali cambiamenti all'assetto logistico del nuovo presidio ospedaliero intervenendo sia sulla logistica del paziente che sui flussi logistici dei beni (con particolare riferimento ai farmaci). Nonostante la portata dei cambiamenti, tutte le innovazioni proposte sono entrate a regime assicurando, come visto, i risultati di performance ricercati. È ora interessante capire quali sono state le condizioni ambientali ed organizzative alla base di questi risultati.

Diverse sono le condizioni che hanno permesso all'Asl di Forlì di apportare cambiamenti radicali agli assetti logistici dell'ospedale. La presenza di queste condizioni favorevoli è un elemento importante nell'analisi del caso di Forlì sebbene non implichi che, laddove alcune di queste caratteristiche non

siano presenti, non sia possibile apportare simili cambiamenti.

Nel caso di Forlì, tra le condizioni favorevoli che hanno favorito l'introduzione dei cambiamenti è importante citare:

1) il trasferimento in una nuova sede dell'ospedale. Questo fatto rende più facile la riprogettazione *ex-novo* delle componenti dell'assetto logistico (localizzazione degli impianti e dei magazzini, *layout* delle strutture, distribuzione degli spazi e così via) favorendo così l'introduzione di cambiamenti anche radicali nella logistica del paziente e nei flussi logistici dei materiali;

2) le dimensioni medie dell'ospedale che permettono di ideare e sperimentare soluzioni innovative dovendo considerare un numero di variabili non così elevato da rendere inapplicabili approcci tendenzialmente razionali;

3) la disponibilità dei professionisti al cambiamento favorita sia dai numeri medi dell'ospedale (in un grande policlinico universitario, ad esempio, si troverebbero maggiori resistenze al cambiamento) che da un loro continuo coinvolgimento a partire dalle prime fasi di progettazione;

4) la sub-alternità delle scelte tecnico-logistiche rispetto alle esigenze cliniche ed assistenziali. È evidente che il cambiamento avvenuto presso l'Asl di Forlì è nei fatti un cambiamento degli assetti logistici dell'ospedale. Nella gestione del processo di cambiamento è sempre però stato sottolineato il fatto che i cambiamenti dell'assetto logistico non erano fini a se stessi, ma erano funzionali alle esigenze dei professionisti e dei pazienti. Sotto questo aspetto l'esperienza forlivese presenta un buon livello di integrazione tra gli aspetti tecnologici, logistici e professionali, elementi indispensabili per il buon esito delle innovazioni proposte. Quest'ultima circostanza ha rappresentato l'aspetto chiave del successo dell'esperienza forlivese. È, infatti, decisivo il sapere presidiare gli aspetti organizzativi (rinnovamento delle modalità di lavoro, cambiamento di alcune procedure e così via) e culturali (implicazioni sui ruoli e le reciproche interazioni dei professionisti sanitari) delle innovazioni introdotte. Limitarsi agli aspetti tecnici e logistici sarebbe stato insufficiente;

5) l'accorta gestione del processo di transizione. Data la portata dei cambiamenti è stato necessario, soprattutto nella fase iniziale, superare alcune inevitabili resistenze di tipo organizzativo e culturale. A tal fine si sono sicuramente rivelate utili una serie di giornate di studio e di confronto organizzate sia col personale clinico che col personale amministrativo, momenti di *training* e di adattamento per superare lo scoglio delle abitudini inveterate e per valutare le potenzialità del sistema;

6) l'attivazione di una serie di meccanismi operativi e sistemi di controllo che hanno accompagnato e supportato i cambiamenti introdotti. Le giornate studio organizzate hanno rappresentato anche il momento per andare a definire una serie di indicatori *ad hoc* per monitorare *in itinere* l'impatto dei cambiamenti introdotti;

7) la presenza di un gruppo dirigente che ha investito grande energia nel progetto presenziando costantemente nei vari gruppi di lavoro e nei diversi momenti critici. A supporto del processo di gestione del cambiamento, è stata costituita un'apposita *task force*²⁰ a cui è stata affidata la responsabilità complessiva del progetto di innovazione dall'organizzazione della formazione sino alla supervisione e coordinamento delle diverse fasi ed attività necessarie per apportare i cambiamenti dell'assetto logistico.

In ogni caso, per portare a compimento il processo di cambiamento in larga parte avviato, un'ulteriore condizione di successo sarà per l'Azienda di Forlì la capacità di stringere alleanze ed accordi con più soggetti. È importante poter contare su un sostegno più strutturato da parte dei livelli istituzionali, in particolare la Regione, stringere alleanze ed accordi con altre aziende sanitarie, iniziando a sfruttare la dimensione inter-aziendale rappresentata dall'Area Vasta. Da ultimo è importante valutare anche la possibilità di stipulare accordi e realizzare sinergie con partner privati.

Per quanto riguarda ad esempio la logistica del farmaco, soggetti privati come gli operatori logistici o i tradizionali attori della filiera del farmaco (imprese farmaceutiche, intermediari e grossisti) potrebbero rappresentare partner ideali per risolvere problemi sia di natura finanziaria che più propriamen-

te di natura logistica-produttiva (si pensi ad esempio alla attivazione di magazzini unici/interospedalieri oppure alla esternalizzazione delle fasi di riconfezionamento, stoccaggio e servizi di supporto e logistica soprattutto per quanto riguarda i farmaci in dose unitaria).

Questa consapevolezza dovrà guidare quella che si può definire la seconda fase del cambiamento nell'ospedale di Forlì, contribuendo, da un lato, a consolidare l'innovazione già introdotta, attraverso la «celebrazione» dei risultati eccellenti e «l'istituzionalizzazione» del cambiamento con il suo totale riconoscimento e supporto da parte della Regione, dall'altro, a risolvere le problematiche ancora aperte – richiamate nel corso del presente contributo – che rischiano di indebolire i successi fin qui ottenuti.

4. Conclusioni

Nel mondo delle imprese di produzione è ormai chiaro che un sistema logistico ben progettato e ben gestito determina un vantaggio competitivo significativo nei confronti dei concorrenti. Almeno a livello teorico, anche in sanità la logistica ha un ruolo fondamentale: infatti, avere tutto ciò che serve ai processi clinici al momento giusto e nel luogo opportuno rappresenta condizione importante per il miglioramento della qualità e sicurezza. Inoltre, una buona gestione degli *input* consente un'ottimizzazione dei tempi, un migliore utilizzo degli spazi ed un risparmio di costi garantendo in questo modo un miglioramento complessivo del profilo di efficienza.

Si è però anche detto (§ 2) che, rispetto ad altri tipi di aziende operanti in altri settori, la gestione dei flussi logistici in sanità risulta più complessa in quanto:

- esistono diversi tipi di flussi (in particolare pazienti e beni);
- l'implementazione di soluzioni logistiche innovative è resa più difficile dalla natura professionale delle organizzazioni sanitarie e dalle connesse aspettative dei professionisti di gestire in modo autonomo l'organizzazione del servizio;
- la gestione della variabilità risulta più complicata per la presenza di un certo tipo di variabilità (definita in questa sede come «variabilità naturale») intrinsecamente lega-

ta alle caratteristiche della attività sanitaria e, conseguentemente, ineliminabile.

Nonostante queste oggettive peculiarità e difficoltà, l'Asl di Forlì è riuscita ad introdurre importanti cambiamenti nel modello logistico del nuovo presidio ospedaliero – sia per quanto riguarda la logistica dei pazienti che per quanto riguarda la gestione dei farmaci – riuscendo ad ottenere importanti risultati di performance in termini di risparmi economico-finanziari, di recuperi di efficienza e di miglioramento della qualità e sicurezza dell'assistenza erogata ai pazienti (cfr. § 3.2 e § 3.3).

In questo senso l'esperienza di Forlì rappresenta sicuramente un caso-studio interessante e offre utili indicazioni e spunti per tutte quelle aziende che stanno apportando (o hanno intenzione di apportare) importanti cambiamenti degli assetti logistici. In particolare dall'esperienza forlivese si possono trarre tre importanti indicazioni.

Innanzitutto nel caso di Forlì l'introduzione delle diverse innovazioni è stata facilitata dalla presenza di una serie di condizioni organizzative (cfr. § 3.4), in particolare: (i) il trasferimento dell'ospedale in una nuova sede; (ii) le dimensioni medie dell'azienda; (iii) la presenza di un management forte e di professionisti motivati.

Un elemento determinante del successo dell'esperienza forlivese è stato il continuo coinvolgimento nel processo di cambiamento dei professionisti. Come detto, attraverso una serie di seminari e giornate studio, si è sempre cercato di sottolineare i vantaggi derivanti dai cambiamenti e di chiarire eventuali dubbi e perplessità.

Oltre ai già citati miglioramenti di qualità, sicurezza ed efficienza, i professionisti hanno apprezzato anche la possibilità di accedere a dati ed informazioni, circostanza resa possibile dal processo di informatizzazione delle diverse fasi ma anche dalla struttura del nuovo modello logistico, basato sulla massima condivisione delle risorse e degli spazi, modello che ha così favorito lo scambio di *know-how* ed informazioni tra professionisti.

In secondo luogo, l'esperienza forlivese mostra chiaramente come cambiamenti logistici abbiano una relazione biunivoca rilevante con una serie di altri meccanismi operativi e dimensioni aziendali (cfr. §§ 1, 2

e 3.3). Per introdurre in modo efficace importanti cambiamenti nella logistica risulta quindi decisivo saper governare e presidiare attentamente queste interconnessioni. Nel far questo inoltre il management dell'Asl di Forlì ha sempre precisato in modo chiaro e forte che le scelte tecnico-logistiche devono ritenersi sempre funzionali e subalterne alle esigenze dei professionisti ed, in ultima analisi, dei pazienti.

Infine l'esperienza di Forlì mostra come ogni processo di cambiamento, soprattutto se radicale e trasversale, deve essere sostenuto ed alimentato nel medio-lungo termine altrimenti il rischio è quello di vanificare lo slancio e gli sforzi iniziali. Questa è la sfida che l'Asl di Forlì si propone ora di gestire.

L'esperienza di Forlì mostra come sia possibile, nell'attuale sistema sanitario pubblico caratterizzato da risorse limitate e da forti resistenze al cambiamento, introdurre importanti innovazioni tecnologiche e realizzare con successo cambiamenti radicali che comportano anche il superamento di prassi e logiche consolidate, come ad esempio il senso di «proprietà» da parte dei professionisti nei confronti delle risorse e delle strutture dell'azienda (posti-letto, infermieri, ecc.).

Come detto, tale successo è stato possibile grazie alla presenza di una amministrazione forte e di professionisti motivati. L'alleanza tra direzione e professionisti e la comprensione e condivisione cognitiva dell'opportunità di cambiare sono stati fattori fondamentali per l'esito del cambiamento (Lega, 2006). Inoltre, nella fase di lancio le innovazioni sono state in qualche modo sostenute dal supporto ricevuto sia dai livelli istituzionali (Regione e Ministero) che dalle altre aziende sanitarie (più di 200 aziende sono venute in vista al nuovo ospedale), di fatto precorrendo così quel processo di «celebrazione» dei risultati ottenuti che ne consente il consolidamento a livello aziendale.

Ora è però necessario sostenere ed alimentare l'innovazione mantenendosi sempre alla pari con il progresso tecnologico e continuando ad investire sulle risorse umane. Questo ultimo aspetto sembra, ad oggi, quello più delicato, è determinante continuare ad investire in formazione di alto livello, premiare con incentivi *ad hoc* chi si fa promotore del cambiamento e, da ultimo, mantenere una dotazione di personale adeguata per far

fronte all'aumento della domanda (cfr. § 3.2) e per compensare il *turnover*.

Per concludere, il caso dell'ospedale di Forlì fornisce degli ottimi spunti per sintetizzare tre «lezioni» relative alle aspettative di cambiamento ed innovazione nelle aziende sanitarie:

1) oggi nelle aziende sanitarie esistono significativi spazi di innovazione e miglioramento nell'area della gestione dei flussi logistici e delle *operations*. Sin d'ora gli sforzi innovativi delle aziende si sono concentrati sulla strutturazione dei ruoli e delle responsabilità organizzative senza una reale conoscenza dei processi di trasformazione aziendali che invece vanno a determinare in maniera rilevante l'assorbimento delle risorse e la qualità finale dell'*output* prodotto. L'attenzione del management non dovrebbe quindi centrarsi esclusivamente sulla struttura organizzativa, ma contemperare anche un *focus* sugli aspetti di micro-progettazione organizzativa relativa alle attività, ai processi, alla localizzazione degli spazi, alla gestione flussi, ecc.;

2) occorre individuare nelle aziende sanitarie responsabilità e ruoli per il governo delle *operations* e dei flussi logistici. Pur essendo per molti versi una funzione diffusa, cioè di competenza di tutti i livelli gestionali aziendali (direttori di dipartimento e distretto, di unità operativa, responsabili assistenziali, dirigenti amministrativi, ecc.), è necessario individuare chi si assume il ruolo di capo-progetto (tipo *project manager*) nei cambiamenti relativi alla logistica e alle *operations*, attivando e coinvolgendo tramite gruppi di lavoro o altri momenti di aggregazione le varie responsabilità e professionalità che sono inevitabilmente coinvolte lungo processi complessi quali quelli delle aziende sanitarie. Dal caso di Forlì, tra le possibili ipotesi, giunge l'indicazione che possa essere un ruolo attribuito ed esercitato con successo dai medici di direzione sanitaria;

3) i grandi cambiamenti negli assetti logistici sono possibili se vi è un'alleanza, un patto forte tra le direzioni ed i professionisti, basato sulla consapevolezza reciproca degli obiettivi che si vuol giungere e dei vantaggi che il professionista e l'organizzazione ne trarranno. Fondamentale diventa quindi attivare, di pari passo con la progettazione «tec-

nica» del cambiamento, un processo di confronto dialettico e di condivisione delle premesse strategiche – le ragioni, le aspirazioni – su cui si fonda il cambiamento atteso.

Note

- Secondo Porter (1985), esistono due categorie principali di processi, in relazione ai destinatari cui si rivolgono:
 - i processi primari (o *core*), che hanno per destinatari soggetti esterni all'azienda, in particolare i clienti, e quindi sono direttamente responsabili della generazione dei beni, dei servizi e degli altri *output* rivolti ai destinatari finali dell'attività aziendale;
 - i processi secondari (o «di supporto»), che hanno per destinatari soggetti interni all'azienda e sono finalizzati al corretto, continuo ed efficace svolgimento dei processi primari.
- Per processo clinico si intende quel insieme di attività cliniche svolte per risolvere uno specifico problema di salute che hanno come *output* finale atteso la risoluzione del problema di cura per cui il paziente è entrato in contatto con la struttura sanitaria (ospedale o territoriale).
Tra i processi di supporto si possono invece distinguere: (i) i processi di tipo sanitario (come la gestione dei farmaci oppure le analisi di laboratorio) e i processi più strettamente amministrativi (si pensi, ad esempio, al processo di approvvigionamento e logistica dei beni oppure alla gestione delle risorse umane) (Baraghini *et al.*, 2006).
- Con distribuzione fisica si intende il trasferimento del prodotto al cliente.
- Tale scelta ha diverse possibili spiegazioni legate alle specificità delle aziende sanitarie. In questo caso infatti la parte relativa alla distribuzione fisica è molto limitata e marginale (si sta pensando in questo caso a programmi di distribuzione diretta di farmaci o di dispositivi) mentre le procedure di approvvigionamento rispondono a criteri e logiche differenti, sono oggetto di una estesa regolamentazione pubblica e vengono sempre più spesso espletate a livello sovra-aziendale (consorzi d'acquisto inter-aziendali, Regione).
- Innanzitutto è bene fare un primo distinguo tra beni sanitari e beni economici. All'interno della categoria dei beni sanitari vanno poi distinti i farmaci dai presidi medico-chirurgici che possono essere distinti a loro volta in ulteriori tre categorie: (i) dispositivi medici impiantabili («in vivo»); (ii) dispositivi medici non impiantabili («in vitro») e (iii) materiale sanitario. All'interno invece della macro-categoria dei beni economici possono rientrare diverse tipologie di prodotti quali: (i) carburanti, (ii) cancelleria, carta, stampati; (iii) prodotti alimentari; (iv) materiale tecnico; (v) materiale di igiene; (vi) materiale di supporto informatico e così via.
- Ad esempio, un ospedale specializzato senza pronto-soccorso è in grado di ridurre al minimo la variabilità clinica. Lo stesso indirettamente fa un IRCCS od un ospedale di insegnamento se decide di focalizzare la propria attenzione su alcune patologie o tratti specifici di un percorso di cura. Un esempio estremo in

questa direzione è rappresentato dal caso dell'Ospedale Canadese Shouldice che ha deciso di focalizzarsi sui casi di ernia inguinale senza la presenza di comorbidità. In questo caso la variabilità clinica da gestire risulta essere davvero poca cosa.

- Per una trattazione più dettagliata sulla implementazione dei PDTA si rimanda a:
 - Baraghini G., Capelli M., Capponi A., Longo F., Tozzi V., Villa S. «La gestione per processi per il governo clinico ed il controllo dei rischi: un confronto di metodo tra Aziende Ospedaliere» in Anessi Pessina E., Cantù E. (2006), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano e
 - Tozzi V. (2004), «La gestione per processi in sanità», *Mecosan*, 50.
- Un recente studio (Dobrzansky, 2002) mostra come tale circostanza determini una riduzione pari all'83% degli errori relativi alle attività di gestione del farmaco a reparto.
- All'interno della piastra dedicata alla attività ambulatoriale sono stati collocati i seguenti servizi:
 - Urgenza (entro 24 ore), (ii) Urgenza differibile (entro 7 gg.), (iii) Preoperatorio, (iv) *Day hospital/Day service*, (v) ambulatori interprofessionali (*osteoncologia, gastroenterologia-chirurgia addominale, pneumologia-endoscopica*), (vi) assistenza domiciliare.
- Nel nuovo presidio ospedaliero le aree di degenza sono organizzate secondo emi-piani. Ciascun emi-piano consta di 30 posti-letto ed è gestito da una capo sala. Ogni emi-piano è poi organizzato in moduli. Ad ogni specialità corrisponde almeno un modulo con una infermiera prevalentemente destinata a quella specialità, anche se un infermiere è prevalentemente destinato ad una determinata specialità, all'occorrenza, può essere impiegato per la gestione dei pazienti appartenenti ad altre specialità. La costituzione però di una figura infermieristica «prevalentemente dedicata» consente di dare ad ogni primario un preciso punto di riferimento. Inoltre, all'interno di ogni emi-piano sono previsti 2-3 posti-letto di sub-intensiva monitorati in condivisione con tutte le specialità che insistono sul piano.
- L'ortopedia non è stata inclusa all'interno del modello di chirurgia breve ma anche in questo caso è stata organizzata una area di degenza separata (in tutto cinque stanze) che chiudono al venerdì.
- Inoltre la Uo ORL poteva beneficiare di una sala operatoria e di 3 posti-letto dedicati presso la struttura convenzionata Villa Igea.
- Esemplificazione delle procedure chirurgiche eseguibili in degenza breve: (i) MESS con debrider; (ii) Parotidectomia; (iii) Scialectomia sottomandibolare; (iv) Emitiroidectomia e T.totale; (v) Svotamento latero-cervicale isolato; (vi) Cisti doto tireoglossa; (vii) Cordectomia in MLSD con Laser Co2; (viii) Stapedioplastica; (ix) TPL; (x) Linfadenectomia profonda; (xi) UPPP; (xii) Combinati roncochirurgici; (xiii) Tracheostomia Skin Lined; (xiv) Legature vascolari.
- Esemplificazione delle procedure chirurgiche eseguibili in degenza > 5 giorni: (i) Laringectomia frontolaterale con svotamento l.c.; (ii) Laringectomia sopraglottica con svotamento l.c.; (iii) Laringectomia ricostruttiva con svotamento l.c.;

- (iv) Laringectomia totale con svuotamento l.c.; (v) Rinotomia laterale; (vi) Maxillectomia mediale; (vii) Maxillectomia totale; (viii) Comando con svuotamento l.c.; (ix) Pull through con svuotamento l.c.; (x) Glossectomie con svuotamento l.c.; (xi) Tiroidectomia totale con svuotamento l.c.; (xii) Interventi ricostruttivi con lembi cutanei e miocutanei; (xiii) TBRHE di Ch'abolle; (xiv) Avanzamento Bimascellare; (xv) Avanzamento genioglosso in combinato.
15. A 100 m dall'ospedale c'è una RSA con 18 posti letto.
 16. Per sfruttare appieno la capacità produttiva la sala operatoria dedicata alle urgenze, se non utilizzata, viene impiegata come sala d'appoggio per smaltire più velocemente l'attività programmata.
 17. Nel corso del 2006 l'Asl di Forlì ha raggiunto un perfetto equilibrio tra mobilità positiva e negativa (a fronte di 4.000 pazienti forlivesi che hanno richiesto prestazioni fuori Asl, altri 4.000 pazienti fuori Asl si sono rivolti all'Azienda) determinando così un aumento netto, rispetto al 2005, di 2.000 pazienti.
 18. Nel caso dell'Auls di Forlì la direzione ha optato per un macchinario capace di svolgere due funzioni: il riconfezionamento dei prodotti e lo stoccaggio degli stessi in spazi dedicati all'interno del magazzino farmaceutico. Il fornitore identificato sulla base di un appalto concorso (Swisslog con sede a Modena) era anche l'unico che al momento della scelta potesse fornire la tecnologia adeguata.
 19. Questi dati sono coerenti con i risultati di alcuni studi internazionali secondo cui negli ospedali in cui vige una gestione del farmaco tradizionale circa il 25% del tempo degli infermieri viene impiegato nella gestione della logistica dei beni sanitari di reparto (Jarret, 2006, Al-Shaqha, Zahiri, 2001).
 20. La *task force* era composta da rappresentanti (i) della Direzione sanitaria, (ii) del coordinamento infermieristico; (iii) dei Sistemi informativi; (iv) delle tecnologie; (v) del Servizio di economato e logistica e (v) dell'Ufficio tecnico.

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

- AIKEN L., CLARKE S., SLOANE D., SOCHALSKI J., SILBER J. (2002), «Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction», *JAMA*, 288, Oct 23-30, pp. 1987-1993.
- ALESANI D., BARBIERI M., LEGA F., VILLA S. (2006), «Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico-organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota», in E. Anessi Pessina, E. Cantù, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2006, Egea, Milano.
- AL-SHAQHA W., ZAHIRI M. (2001), «Pharmaceutical care management: a modern approach to providing seamless and integrated healthcare management», *International Journal of Health Quality Assurance*, 14 (7).
- BARAGHINI G., CAPELLI M., CAPPONI A., LONGO F., TOZZI V., VILLA S. (2006), «La gestione per processi per il governo clinico e il controllo dei rischi: un confronto di metodo tra Aziende Ospedaliere» in E. Anessi Pessina, E. Cantù, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2006, Egea, Milano.
- BOWERSOX D.J., CLOSS (1996), *Logistical management: the integrated supply chain*, McGraw Hill, New York.
- CHASE R., JACOBS R., AQUILANO N., GRANDO A., SIANESI A. (2004), *Operations Management nella produzione e nei servizi*, McGraw-Hill, Milano.
- CONTI M.L., TINARELLI URGELETTI G. (2005), «La logistica in camice bianco», *il Giornale della Logistica*, luglio.
- DAVIS, HEINEKE (2005), *Operations Management*, McGraw-Hill, New York.
- DOBZANSKY S., HAMMOND I., KAHN G., HOLDSWORTH H. (2002), «The nature of drugs prescribing errors», *British Journal of Clinical Governance*, 7 (3).
- GARVIN D.A. (1988), *Managing Quality*, The Free Press, New York.
- HILLER F.S., LIBERMAN G.J. (1995), «Introduction to Operations Research», 6th Edition, McGraw-Hill, Inc.
- LEGA F. (2006), «Vincere la resilienza al cambiamento: come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica e del cambiamento organizzativo», in E. Anessi Pessina, E. Cantù, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2006, Egea, Milano.
- LITVAK E., LONG M.C. (2000), «Cost and quality under managed care: Irreconcilable differences?», *The American Journal of Managed Care*, Vol. 6, 3, pp. 305-312.
- MINZBERG H. (1997), «Toward healthier hospitals», *Health Care Management Review*, Fall, Vol. 22, 4, pp. 9-19.
- JARRET P. (2006), «An analysis of international healthcare logistics: the benefits and implications of JIT systems in the healthcare system», *Leadership in Health Services*, 19 (1).
- PORTER M. (1985), *Competitive Advantage*, Free Press, New York.
- REBORA R., MENEGUZZO M. (1990), *Strategia delle Amministrazioni Pubbliche*, Utet, Torino.
- TAYLOR F. (1911), *The Principles of Scientific Management*, New York.
- YIN R.K. (1982), *Case study research – design and methods*, SAGE Publications, London.
- VISSERS J., BEECH R. (2005), «Health Operations Management», *Routledge Health Management Series*.
- ZANGRANDI A. (2003), *Management pubblico e crisi finanziaria*, Egea, Milano.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Attila Bruni, Rino Fasol, Silvia Ghepari

L'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI

CAROCCI FABER, ROMA, 2007, PP. 172, € 16,50

Come l'organizzazione dell'accesso ai servizi sanitari, in Italia, produce o riproduce disuguaglianza? Sino a questo momento, gli studi sulle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari hanno guardato principalmente alle condizioni socio-economiche dell'utenza, ma gli aspetti organizzativi e le circostanze in cui differenze e disuguaglianze vengono a delinearsi restano un fattore ancora scarsamente indagato. A partire dall'osservazione delle dinamiche che orientano il lavoro quotidiano in diverse strutture del sistema sanitario nazionale (Pronto soccorso, Cup, consultori, ambulatori per migranti o indigenti), il testo si concentra, sull'analisi dell'incontro organizzazione-utenti. Qui, nella traiettoria di accesso e nel rapporto che si instaura tra persone e realtà organizzative, le differenze prendono corpo e le disuguaglianze diventano manifeste.

INDICE RINGRAZIAMENTI - INTRODUZIONE - 1. REGOLAZIONE DEGLI ACCESSI ED EQUITÀ DELLE CURE SANITARIE - 1.1. L'EQUITÀ COME OBIETTIVO POLITICO - 1.2. LA DOMANDA DI CURA - 1.3. L'ACCESSIBILITÀ DEI SERVIZI - 1.4. IL RAZIONAMENTO DELLE PRESTAZIONI - 1.5. LA DIMENSIONE QUOTIDIANA DELLE DISUGUAGLIANZE - 2. DIFFERENZE, DISUGUAGLIANZE E PRATICHE ORGANIZZATIVE - 2.1. GLI STUDI CLASSICI SULLE DISUGUAGLIANZE - 2.2. L'ACCESSO AI SERVIZI: TRA STANDARDIZZAZIONE E DIFFERENZA - 2.3. METODOLOGIA E DISEGNO DELLA RICERCA: L'ORGANIZZAZIONE (E LE DISUGUAGLIANZE) IN UNA PROSPETTIVA ETNOGRAFICA - 2.3.1. IL DISEGNO DELLA RICERCA: «ZOOMARE» IL CAMPO E RICOMPORRE LA MAPPA DEI PUNTI DI ACCESSO - 2.3.2. L'OSSERVAZIONE ETNOGRAFICA: DA «TACCUINO ROSSO» A «CASSETTA DEGLI ATTREZZI» - 2.3.3. «ENTRARE» IN UN'ETNOGRAFIA: BREVI ISTRUZIONI PER L'USO - 3. COUS-COUS: QUANDO LA DIVERSITÀ È ORDINARIA - 3.1. ENTRARE A COUS-COUS - 3.2. LA SOSPENSIONE DEL DATO-PER-SCONTATO - 3.3. LA SOSPENSIONE DEI TEMPI ORGANIZZATIVI - 3.4. LA FLUIDITÀ DEI CONFINI ORGANIZZATIVI - 3.5. LA DIMENSIONE FIDUCIARIA DELL'ORGANIZZAZIONE - 3.6. RIFLESSIONI CONCLUSIVE - 4. CUP BELMONTE - 4.1. ENTRARE AL CUP: METTERSI IN CODA - 4.1.1. QUANTO TEMPO RICHIEDE UNA PRENOTAZIONE? - 4.2. PRENOTARE UNA PRESTAZIONE: L'IMPORTANZA DELL'«ANDARE D'ACCORDO» - 4.2.1. LA RELAZIONE OPERATORI-UTENTI COME INTERAZIONE RITUALE - 4.3. DECIFRARE I MEDICI DI MEDICINA GENERALE - 4.4. LA FIDUCIA NELL'ORGANIZZAZIONE E NEGLI ALTRI UTENTI - 4.4.1. ATTESE COMPETITIVE - 4.5. COINCIDENZE? - 4.5.1. PICCOLE DISUGUAGLIANZE QUOTIDIANE - 4.6. ESSERE DISEGUALI - 4.6.1. ESSERE DISEGUALI COME RENDITA E DEBITO DI POSIZIONE - 4.7. RIFLESSIONI CONCLUSIVE - 5. PRONTO SOCCORSO: LA NATURA MOLTEPLICE E SITUATA DELLE TRAIETTORIE DI ACCESSO - 5.1. «VADA IN PRONTO SOCCORSO!» - 5.2. RAPPRESENTAZIONI DELL'UTENZA - 5.3. IL TRIAGE E LA CODIFICAZIONE DELL'UTENTE - 5.3.1. FARSI CODIFICARE: NEGOZIARE LA GRAVITÀ DELLA PROPRIA CONDIZIONE (DI SALUTE) - 5.4. ACCESSI E TRAIETTORIE IN E FRA LE PRATICHE ORGANIZZATIVE - 5.4.1. «PAZIENTI SCOMODI» - 5.5. I MIGRANTI: BRUTTI, SPORCHI, CATTIVI ED ESIGENTI - 5.6. CAMBIARE PROSPETTIVA: TEMPI E INTERSTIZI - 5.6.1. PREVENIRE I CONFLITTI, PERFORMARE L'ORGANIZZAZIONE - 5.7. «PARENTI ROMPISCATOLE» E «UTENTI IN PANICO»: UN FASTIDIO NECESSARIO - 5.7.1. GESTIRE LE ANSIE DELL'UTENZA - 5.8. TRAIETTORIE E SCORCIOIOIE - 5.8.1. FARE DA CUSCINETTO E GESTIRE LE EMERGENZE (ALTRUI) - 5.9. RIFLESSIONI CONCLUSIVE - 6. CONSULTORIO EST: I SERVIZI COME RETE DI ATTIVITÀ - 6.1. RICEVERE LE PRENOTAZIONI - 6.2. LA «CUPPIZZAZIONE» DEL SERVIZIO - 6.3. LE VISITE: LA GESTIONE CLINICA E ORGANIZZATIVA DELLE TRAIETTORIE DI ACCESSO - 6.4. INTERMEZZO: L'IMPORTANZA DELLA BANALITÀ - 6.5. COME MAI LE PERSONE (NON) VANNO IN CONSULTORIO? - 6.6. ANEDDOTI E STORIE ORGANIZZATIVE - 6.7. LE «NOMADI»: I SERVIZI COME RETE DI ATTIVITÀ - 6.8. GESTIRE GLI IMPREVISTI - 6.8.1. VOCI DI CORRIDOIO - 6.9. RIFLESSIONI CONCLUSIVE - 7. CONCLUSIONI: L'ACCESSO COME TRAIETTORIA E INTERSTIZIO - 7.1. L'ACCESSO COME TRAIETTORIA - 7.2. LA TRAIETTORIA COME ATTESA - 7.3. L'ATTESA COME INTERSTIZIO - 7.4. FARE LA DIFFERENZA: FIDUCIA, RISPETTO, RECIPROCIÀ - BIBLIOGRAFIA

Nicola Falcitelli, Tommaso Langiano

LA REMUNERAZIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE

IL MULINO, BOLOGNA, 2007, PP. 264, € 20,30

Tra gli oggetti regolati dalle riforme sanitarie degli anni '90, la remunerazione delle attività assistenziali (e in particolare il passaggio al sistema del pagamento a prestazione sulla base di un corrispettivo predeterminato) ha sempre rivestito, nell'intenzione dei promotori e dei redattori di tali riforme, un ruolo eminente, anche se diversamente declinato a seconda delle opzioni di politica sanitaria che ciascuna di esse incorporava. Il volume spiega l'origine dell'introduzione del sistema di pagamento a prestazione e individua il significato – anche politico – che esso ha assunto nel tempo attraverso le non poche «precisazioni» legislative di volta in volta intervenute. Il nuovo sistema, comunque, risponde a due esigenze: la prima, consistente nella necessità di individuare efficaci strumenti di calcolo della spesa, la cui mancanza era stata imputata quale difetto principale della legge n. 833; la seconda, di superare l'altra difficoltà posta dalla legge istitutiva del Ssn, cioè l'inclinazione a riprodurre e a moltiplicare i centri di autonomia. Il sistema si presenta articolato su due modalità di remunerazione: remunerazione in base a tariffe predefinite; remunerazione in base alle funzioni assistenziali. L'obiettivo è quello di approfondire le possibili applicazioni delle due modalità con riferimento alle diverse attività dei livelli di assistenza, tracciando alcune ipotesi di evoluzione avuto riguardo soprattutto a taluni problemi rimasti ancora aperti.

INDICE PRESENTAZIONE - 1. LA REMUNERAZIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE:IL QUADRO DI RIFERIMENTO LEGISLATIVO - 2. L'ARTICOLAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) IN TERMINI ORGANIZZATIVI E DI ATTIVITÀ - 3. I SISTEMI TARIFFARI E I LORO AMBITI DI APPLICAZIONE: UN'ANALISI DELLA SITUAZIONE ATTUALE E DELLE PROSPETTIVE FUTURE - 4. LA REMUNERAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO - 5. LA REMUNERAZIONE DELLA ATTIVITÀ DI ASSISTENZA DOMICILIARE - 6. LA REMUNERAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA AMBULATORIALE - 7. LA REMUNERAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA OSPEDALIERA - 8. LA REMUNERAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE - 9. LA REMUNERAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA - ALLEGATO. I LIVELLI DI ASSISTENZA SANITARIA E LE PRESTAZIONI GARANTITE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Giuseppe Favretto

ORGANIZZARE LA SODDISFAZIONE IN SANITÀ

FRANCO ANGELI, MILANO, 2007, PP. 192, € 16,00

Il libro è il risultato di una faticosa collaborazione tra l'Azienda ospedaliera di Desenzano del Garda e un gruppo di ricerca (di cui Favretto è il coordinatore), costituito da professionisti di diverso tipo (economisti, psicometrismi, ingegneri, psicologi del lavoro, statistici, ecc.), tutti esperti nella misurazione dei fenomeni organizzativi. Il volume è il proseguimento ideale del Il cliente nella sanità. I risultati di un percorso di ricerca (a cura di G. Favretto), edito nel 2002, che ha analizzato la «soddisfazione del paziente» per il ricovero ospedaliero. In questa nuova opera l'attenzione si sposta sulla customer satisfaction relativa alla prestazione ambulatoriale. Nella prima parte vengono illustrati i contributi più significativi, le critiche e i nuovi orientamenti sul ruolo dell'utente sanitario e, nello specifico, sulla figura del cliente ambulatoriale. Vengono poi espone le modalità dell'analisi esplorativa (incontri organizzativi e un numero rilevante di focus group), e quindi descritti lo strumento e i risultati. L'opera, significativa sia per l'ampiezza del campione (più di 1600 soggetti) che per il rigore con cui sono stati messi a punto gli strumenti impiegati, spiega inoltre come dalle ricerche sulla customer satisfaction sia possibile far derivare un algoritmo decisionale per giungere a decisioni strategiche efficaci per il miglioramento continuo in sanità.

INDICE PRESENTAZIONE, GIUSEPPE FAVRETTO - CAPITOLO 1. LA CUSTOMER SATISFACTION NELLA SANITÀ - 1.1. INTRODUZIONE, GIUSEPPE FAVRETTO, CRISTINA MARIA RAPPAGLIOSI - 1.2. IL NUOVO RUOLO DEL CLIENTE/PAZIENTE: ALCUNE INIZIATIVE INTERESSANTI, GIUSEPPE FAVRETTO, CRISTINA MARIA RAPPAGLIOSI - 1.3. QUALCHE CONTRIBUTO SIGNIFICATIVO, GIUSEPPE FAVRETTO, CRISTINA MARIA RAPPAGLIOSI - 1.4. PERCHÉ INDAGARE LA CUSTOMER SATISFACTION?, GIUSEPPE

FAVRETTO, CRISTINA MARIA RAPPAGLIOSI - 1.5. L'AMBULATORIO MEDICO, GIUSEPPE FARETTO, RAFFAELE ANTONELLI, ELISA BORTOLANI - 1.6. VERSO LA QUALITÀ DELLE PRESENTAZIONI SANITARIE, GIUSEPPE FARETTO, RAFFAELE ANTONELLI, ELISA BORTOLANI - 1.7. VERSO LA QUALITÀ PERCEPITA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE, GIUSEPPE FARETTO, RAFFAELE ANTONELLI, ELISA BORTOLANI - CAPITOLO 2. I SERVIZI AMBULATORIALI: LA REALTÀ DELL'AGENZIA OSPEDALIERA DI DESENZANO DEL GARDA. LA FASE ESPLORATIVA - 2.1. CUSTOMER SATISFACTION E PRESTAZIONE AMBULATORIALE: L'ANTEFATTO DELLA RICERCA, GIUSEPPE FAVRETTO, CRISTINA MARIA RAPPAGLIOSI - 2.2. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO, GIUSEPPE FAVRETTO, CRISTINA MARIA RAPPAGLIOSI - 2.3. LA PROCEDURA PER LA COSTRUZIONE DELLO STRUMENTO, GIUSEPPE FAVRETTO, CRISTINA MARIA RAPPAGLIOSI - 2.4. I FOCUS GROUP, GIUSEPPE FAVRETTO, CRISTINA MARIA RAPPAGLIOSI, ELISA BORTOLANI - 2.5. LO STRUMENTO: IL PRETEST E L'INDAGINE PILOTA, GIUSEPPE FAVRETTO, CRISTINA MARIA RAPPAGLIOSI - CAPITOLO 3. LA RICERCA: PRIMI RISULTATI, GIUSEPPE FAVRETTO, GIOVANNA CARAMIA - 3.1. SCENARIO DI RIFERIMENTO - 3.2. LA NOSTRA RICERCA - 3.3. ALCUNE DECISIONI PRELIMINARI: LA FASE DI RACCOLTA DATI - 3.4. IL CAMPIONE: CARATTERISTICHE DESCRITTIVE - CAPITOLO 4. LA RICERCA: PRIME RIFLESSIONI SUL GRADO DI SODDISFAZIONE, GIUSEPPE FAVRETTO, GIOVANNA CARAMIA - 4.1. IL CAMPIONE: GRADO MEDIO DI SODDISFAZIONE - 4.2. GRADO MEDIO DI SODDISFAZIONE PER PRESIDIO, PER SERVIZIO AMBULATORIALE E PER AREA; VALUTAZIONE DELL'INFLUENZA DELLE CARATTERISTICHE SOCIO-ANAGRAFICHE - 4.3. GRADO MEDIO DI SODDISFAZIONE PER AREA E PER PRESIDIO - 4.5. ALCUNE RIFLESSIONI SUGLI OSPEDALI DI MAGGIORI DIMENSIONI - 4.6. ALCUNE CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE - CAPITOLO 5. LA RICERCA: DAI DATI ALL'ALGORITMO DECISIONALE, GIUSEPPE FAVRETTO, GIOVANNA CARAMIA - 5.1. IL PROBLEMA DELLA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ IN AMBITO SANITARIO - 5.2. INDICATORI DI QUALITÀ - 5.3. VERSO APPROCCI COMPLEMENTARI PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ - 5.4. AMBITO DI RIFERIMENTO - 5.6. PREMESSE METODOLOGICHE: PERCHÉ UN ALGORITMO DECISIONALE - 5.7. PROBLEMATICHE METODOLOGICO-APPLICATIVE - 5.7. ELEMENTI DESCRITTIVI DELL'ALGORITMO - 5.8. CRITICITÀ PER AREA: INTERSEZIONE DI PROPOSIZIONI LOGICHE - 5.9. SODDISFAZIONE/INSODDISFAZIONE PER LA PRESTAZIONE AMBULATORIALE NEL SUO COMPLESSO: REGRESSIONE LOGISTICA - 5.10. INFINE... - BIBLIOGRAFIA

Giovanna Marchiaro, Enzo C. Farina

INFEZIONI OSPEDALIERE

CENTRO SCIENTIFICO, TORINO, 2007, PP. 490, € 40,00

Il contenimento delle infezioni nosocomiali è un problema pressante e comporta un impegno sempre più facilitato da parte delle Direzioni degli ospedali, dei clinici e degli operatori sanitari, che richiede tra l'altro una specifica preparazione professionale. La prima indagine di prevalenza delle infezioni ospedaliere in Italia risale al 1983 ed è stata svolta dall'Istituto superiore di sanità su 120 ospedali, registrando una frequenza di circa l'8%. Da allora numerose ricerche hanno, talvolta confermato questa tendenza, ma più spesso, e soprattutto per alcune categorie di pazienti a rischio, hanno mostrato un andamento in crescita con un evidente impatto sulla mortalità e sui costi dell'ospedalizzazione. Tra le iniziative intraprese, sia a livello di alcune Regioni sia di singoli ospedali, vi sono l'istituzione di commissioni tecniche e di gruppi di lavoro con il compito di attivare studi di sorveglianza, mettere in atto misure di controllo e avviare programmi di formazione. Questo testo offre diversi strumenti di conoscenza agli addetti ai lavori e costituisce un importante aggiornamento in un contesto di dati e notizie frammentate. Sono affrontati sia gli aspetti generali del problema, quali l'epidemiologia, i metodi di sorveglianza e controllo, il fenomeno delle resistenze batteriche, sia le singole patologie, quali le infezioni delle vie respiratorie, le infezioni del paziente trapiantato, le sepsi e le infezioni virali di origine nosocomiale. Il testo è completato da un capitolo sui criteri di accreditamento delle strutture sanitarie relativi alla prevenzione del rischio infettivo.

INDICE PARTE GENERALE - 1. ASPETTI EPIDEMIOLOGICI DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE - 2. LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE - 3. IL RUOLO DEL LABORATORIO DI MICROBIOLOGIA CLINICA NELLA SORVEGLIANZA E NEL CONTROLLO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE - 4. PROBLEMI CONNESSI ALL'USO DEGLI ANTIBIOTICI IN OSPEDALE - 5. ASPETTI ORGANIZZATIVI E GESTIONE DELLE MISURE DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE - 6. VALUTAZIONE ECONOMICA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE - PARTE SPECIALE - 7. LE INFEZIONI CHIRURGICHE - 8. LE INFEZIONI DELL'APPARATO RESPIRATORIO - 9. LA POLMONITE ASSOCIATA ALLA VENTILAZIONE MECCANICA - 10. SEPSI E BATTERIEMIE DA DISPOSITIVI INTERVASCOLARI - 11. LE INFEZIONI DELLE VIE URINARIE - 12. LA SEPSI E LO SHOCK SETTICO - 13. LE INFEZIONI VIRALI - 14. LE INFEZIONI NEL PAZIENTE TRAPIANTATO DI ORGANO SOLIDO - ACCREDITAMENTO - 15. CRITERI DI ACCREDITAMENTO PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO IN OSPEDALE - APPENDICE

Mario Picozzi, Fabio Banfi

MANAGEMENT ED ETICA DELLE RISORSE IN SANITÀ

FRANCO ANGELI, MILANO, 2007, PP. 160, € 15,00

Il tema dell'allocazione delle risorse in sanità è diventato rapidamente, negli anni recenti, una delle questioni principali del dibattito teorico e delle proposte operative. Le nuove e straordinarie possibilità scaturite dal progresso medico nei settori della prevenzione, della diagnostica e della terapia hanno reso disponibili complesse e raffinate tecniche di indagine ed efficaci strategie terapeutiche innovative, le quali, tuttavia, comportano un incremento dei costi sanitari sempre più difficile da sostenere. Offrire ad ogni persona le migliori possibilità di cura si scontra così con la disponibilità di risorse sempre più ridotte. La suddivisione delle risorse richiede quindi scelte di rilievo riguardo ai principi etici da applicare a diagnostica, terapia, cure e ricerca, da considerare non disgiuntamente dal rapporto medico-paziente, e dal bene primario della salute, che tocca un diritto fondamentale come quello della vita delle persone. Da qui l'esigenza di avviare una riflessione sui temi della gestione delle risorse e della responsabilità etica, aiutando i professionisti della salute che, nel loro lavoro quotidiano, agiscono in costante mediazione tra la questione della giustizia sociale e dell'equa ripartizione delle risorse, ad affrontare, con responsabilità e consapevolezza, scelte complesse che implicano questioni difficili come razionalizzazione, razionamento, priorità. Gli autori espongono la tesi di esplicitare criteri etici che governino e guidino le scelte allocative come forma di rispetto nei confronti del cittadino e di garanzia per l'istituzione sanitaria e di chi in essa lavora. Quindi l'urgenza che i diversi saperi, tecnico – sia clinico che economico –, etico e deontologico, nel rispetto dei diversi approcci metodologici, non si limitino a giustapporsi, ma sappiano integrarsi verso una decisione comune. Il volume si rivolge ai dirigenti sanitari, agli operatori attuali e futuri, e al contempo a ogni cittadino, in quanto utente e in quanto decisore, per un pubblico coinvolgimento in politiche sanitarie frutto di scelte ponderate e condivise.

INDICE PREFAZIONE, PIERLUIGI ZELI, GIUSEPPE ARMOCIDA - INTRODUZIONE, MARIO PICOZZI, FABIO BANFI - **PARTE I. GIUSTIZIA IN SANITÀ** - CAPITOLO 1. MACROTENDENZE DELLA SANITÀ IN FUTURO, FABIO BANFI - 1.1. PREMESSA - 1.2. LINEE DI SVILUPPO DELLE POLITICHE SOCIALI - 1.3. POLITICHE SANITARIE E I PROBLEMI DI CONTROLLO DELLA SPESA - 1.4. LE MACROTENDENZE DELLA SANITÀ IN FUTURO - 1.5. CONCLUSIONI - CAPITOLO 2. BIOETICA E GIUSTIZIA: RICOGNIZIONE DELLE PRINCIPALI QUESTIONI, MARIO PICOZZI - 2.1. PREMESSA - 2.2. IL TERMINE GIUSTIZIA - 2.3. LA GIUSTIZIA COME VIRTÙ - 2.4. DALLA CARITÀ AL DIRITTO ALL'ASSISTENZA - 2.5. DIRITTI UMANI, DIRITTO ALLA SALUTE E/O DIRITTO ALLA CURA - 2.6. IL MEDICO, LA SUA IDENTITÀ, ALLOCAZIONE DELLE RISORSE IN AMBITO SANITARIO 2.7. ANALISI DI MODELLI TEORICO-PRATICI - 2.8. CONCLUSIONE - **PARTE II. IL RAZIONAMENTO IN CAMPO SANITARIO** - CAPITOLO 3. IL RAZIONAMENTO IN SANITÀ: MOTIVI, MODALITÀ E POSSIBILITÀ ALTERNATIVE, ALBERTO ONETTI - 3.1. PREMESSA - 3.2. IL PUNTO DI PARTENZA: PERCHÉ SI PARLA DI RAZIONAMENTO IN SANITÀ? 3.3. COME SI PUÒ ATTUARE IL RAZIONAMENTO? - 3.4. ESISTONO ALTERNATIVE AL RAZIONAMENTO? - CAPITOLO 4. IL RAZIONAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA: ANALISI DI ALCUNE ESPERIENZE, ENRICA PAVIONE - 4.1. LE MODALITÀ DI RAZIONAMENTO IN SANITÀ - 4.2. LE ESPERIENZE DI RAZIONAMENTO MATURATE IN ALCUNI PAESI - 4.3. LE STRATEGIE DI PRIVATIZZAZIONE COME ALTERNATIVA AL RAZIONAMENTO - **PARTE III. BIOETICA E ALLOCAZIONE DELLE RISORSE IN SANITÀ** - CAPITOLO 5. ALLOCAZIONE DELLE RISORSE IN SANITÀ. NOTE BIOETICHE, PAOLO CATTORINI - 5.1. PREMESSA - 5.2. IL TERMINE GIUSTIZIA IN SANITÀ - 5.3. DUE QUESTIONI DILEMMATICHE: GLI ANZIANI E I TRAPIANTI D'ORGANO - CAPITOLO 6. RESPONSABILITÀ ETICA E GESTIONE DELLE RISORSE: CONTRIBUTI PER UN'IMMAGINE DEL MANAGER SANITARIO, GIAMPAOLO COTTINI - 6.1. PREMESSA - 6.2. IL SIGNIFICATO ETICO DELLA RESPONSABILITÀ - 6.3. I TRATTI ESSENZIALI DELLA FISIONOMIA DEL MANAGER - 6.4. IL COMPITO DELL'ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELLE RISORSE - 6.5. PER UNA SINTESI SULL'ETICA DEL MANAGEMENT - 6.6. IL MANAGER UOMO DELL'ECCELLENZA ETICA - 6.7. CONCLUSIONI - **PARTE IV. IL COMITATO DI ETICA E IL SUO RUOLO NELL'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE** - CAPITOLO 7. MANAGEMENT ED ETICA DELLE RISORSE IN UN'AZIENDA SANITARIA, MAURIZIO ETTORE MACCARINI - 7.1. PREMESSA - 7.2. IL CONTESTO - 7.3. LA MISSION AZIENDALE - 7.4. RUOLO DEL COMITATO ETICO NELLE SCELTE ALLOCATIVE - 7.5. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT - CAPITOLO 8. I COMITATI ETICI LOCALI: ESPERIENZA, METODOLOGIA, PROSPETTIVE OLIVIA LEONI - 8.1. ISTITUZIONE E COMPOSIZIONE - 8.2. COMPITI - 8.3. ATTIVITÀ - 8.4. GLI ELEMENTI «CHIAVE» NELLA VALUTAZIONE DEGLI STUDI: ANALISI E CRITICITÀ - 8.5. CONCLUSIONE - CAPITOLO 9. I RAPPORTI INTERCORRENTI TRA BIOETICA E EPIDEMIOLOGIA, SALVATORE PISANI - 9.1. PREMESSA - 9.2. RAPPORTO TRA BIOETICA E METODO EPIDEMIOLOGICO NELLA RICERCA - 9.3. L'EQUITÀ - CONCLUSIONI, MARIO PICOZZI, FABIO BANFI

Alessandro Signorini

OSPEDALE PRIVATO E NON PROFIT. ANTAGONISTA O ALLEATO STRATEGICO DELL'ASSISTENZA PUBBLICA?

VITA E PENSIERO, MILANO , 2007, PP. 240, € 18,00

Vero e proprio «compendio di economia sanitaria», questo libro di Alessandro Signorini affronta il tema della sostenibilità dei sistemi sanitari nelle società postindustriali e illustra i diversi modelli di servizio sanitario presenti sulla scena internazionale. In particolare, vengono messi a confronto, nelle opportunità e nei limiti che li caratterizzano, i due modelli «estremi», vale a dire il solidarismo pubblico, sostenuto dalla fiscalità generale, e la logica mercantile dell'impresa economica applicata alla sanità. Viene quindi presa in esame la prospettiva di un rinnovato coinvolgimento delle organizzazioni non profit e della società civile nel sostenere il «welfare sanitario» del terzo millennio e, soprattutto, viene tematizzata la netta distinzione tra una sanità privata orientata al conseguimento del profitto economico e istituzioni ospedaliere di proprietà privata, prive dello «scopo di lucro» e con esplicite finalità pubbliche. Completano l'indagine alcune esemplificazioni concrete tratte da esperienze maturate principalmente nel Servizio sanitario regionale della Lombardia.

INDICE PARTE PRIMA - 1. SALUTE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA: EVOLUZIONE STORICA - 2. EVOLUZIONE DEL WELFARE IN ITALIA E IN EUROPA - 3. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - 4. LE RAGIONI DEL CAMBIAMENTO - 5. LE PREVISIONI DEMOGRAFICHE - 6. LA CRONICITÀ, SFIDA DEL TERZO MILLENNIO - 7. IL RAZIONAMENTO DELLE PRESTAZIONI - PARTE SECONDA - 1. PUBBLICO E PRIVATO IN SANITÀ - 2. GIUSTIZIA IN SANITÀ - 3. LIBERTÀ, DEMOCRAZIA, SALUTE - 4. PUBBLICO E PRIVATO: CHIAREZZA SUI TERMINI - 5. LA PRIVATIZZAZIONE DELLA SANITÀ PUBBLICA - 6. «PRIVATE FINANCE INIZIATIVE» - 7. IL MODELLO PRIVATISTICO DEGLI USA - 8. L'EVOLUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO BRITANNICO - 9. IL CANADA - 10. LA GERMANIA - 11. ALCUNI CONFRONTI INTERNAZIONALI «PUBBLICO VS PRIVATO» - 12. LA QUALITÀ DEI SERVIZI EROGATI DAI SOGGETTI PROFIT E NON PROFIT - 13. LA SANITÀ PRIVATA IN ITALIA - PARTE TERZA - 1. NON PROFIT: UNA REALTÀ PIÙ COMPLESSA DELLA SEMPLICE DENOMINAZIONE - 2. IL PRINCIPIO DI SUSSIDIARITÀ - 3. LE FONDAZIONI IN SANITÀ - 4. LA FONDAZIONE, GARANZIA DELLA SANITÀ PUBBLICA ED APPLICABILITÀ AL MODELLO OSPEDALIERO - 5. MANAGEMENT ESSENZIALE DELLE ORGANIZZAZIONI NON PROFIT - 6. OSPEDALI PRIVATI NON PROFIT - 7. GLI OSPEDALI NON PROFIT RELIGIOSI IN ITALIA - 8. UN SISTEMA CON TANTE CONTRADDIZIONI - 9. LA SANITÀ PRIVATA, BARICENTRO DEL CONFLITTO DI INTERESSI? - 10. ANOMALIE NEL COMPORTAMENTO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA PUBBLICA

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.

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

D. DAWSON, H. GRAVELLE, R. JACOBS, S. MARTIN, P.C. SMITH
The effects of expanding patient choice of provider on waiting times: evidence from a policy experiment
Health Economics, vol. 16, n. 2, February 2007, pp.113-28

G.P. BARBETTA, G. TURATI, A.M. ZAGO
Behavioral differences between public and private not-for-profit hospitals in the Italian National Health Service
Health Economics, vol. 16, n. 1, January 2007, pp. 75-96

J.D. VAN WIJNGAARDEN, A.A. DE BONT, R. HUIJSMAN
Learning to cross boundaries: the integration of a health network to deliver seamless care
Health Policy, vol. 79, n. 2-3, December 2006, pp. 203-13

R.E. MOORIN, J. D'ARCY, C. HOLMAN
Does federal health care policy influence switching between the public and private sectors in individuals?
Health Policy, vol. 79, n. 2-3, December 2006, pp. 284-95

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

M. KARLSSON, L. MAYHEW, B. RICKAYZEN
Long term care funding in four OECD countries: Fiscal burden and distributive effects
Health Policy, vol. 80, n. 1, February 2007, pp. 107-134

L. VONCINA, A. DZAKULA, M. MASTILICA
Health care funding reforms in Croatia: a case of mistaken priorities
Health Policy, vol. 80, n. 1, February 2007, pp. 144-157

J.M. SUTHERLAND, C.K. BOTZ
The effect of misclassification errors on case mix measurement
Health Policy, vol. 79, n. 2-3, December 2006, pp. 195-202

R. VAITHIANATHAN
Health insurance and imperfect competition in the health care market
J Health Economics, vol. 25, n. 6, November 2006, pp. 1193-202

ECONOMIA DEL FARMACO

J. LEXCHIN
A comparison of new drug availability in Canada and the United States and potential therapeutic implications of differences
Health Policy, vol. 79, n. 2-3, December 2006, pp. 214-20

K. ANDERSSON, M.G. PETZOLD, C. SONESSON, K. LÖNNROTH, A. CARLSTEN
Do policy changes in the pharmaceutical reimbursement schedule affect drug expenditures? Interrupted time series analysis of cost, volume and cost per volume trends in Sweden 1986-2002
Health Policy, vol. 79, n. 2-3, December 2006, pp. 231-43

M. GEITONA, D. ZAVRAS, M. HATZIKOU, J. KYRIOPOULOS
Generics market in Greece: the pharmaceutical industry's beliefs
Health Policy, vol. 79, n. 1, November 2006, pp. 35-48

Y.C. SHIH, L. PUSZTAI
Do pharmacogenomic tests provide value to policy makers?
Pharmacoeconomics, vol. 24, n. 12, 2006, pp. 1173-7

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

A.I. Balsa, Z. CAO, T.G. MCGUIRE
Does managed health care reduce health care disparities between minorities and Whites?
J Health Economics, vol. 26, n. 1, January 2007, pp. 101-21

F. RUIZ, L. AMAYA, S. VENEGAS
Progressive segmented health insurance: Colombian health reform and access to health services
Health Economics, vol. 16, n. 1, January 2007, pp. 3-18

P. ALLEN
New localism in the English National Health Service: what is it for?
Health Policy, vol. 79, n. 2-3, December 2006, pp. 244-52

R.A. ATUN, N. MENABDE, K. SALUVERE, M. JESSE, J. HABICHT
Introducing a complex health innovation-primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation)
Health Policy, vol. 79, n. 2-3, December 2006, pp. 79-91

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

K.R. BREKKE, R. NUSCHELER, O.R. STRAUME
Gatekeeping in health care
J Health Economics, vol. 26, n. 1, January 2007, pp. 149-70

R.F. ELLIOTT, A.H. MA, A. SCOTT, D. BELL, E. ROBERTS
Geographically differentiated pay in the labour market for nurses
J Health Economics, vol. 26, n. 1, January 2007, pp. 190-212

P. ROSÉN
Public dialogue on healthcare prioritisation
Health Policy, vol. 79, n. 1, November 2006, pp. 107-16

D. REELEDER, V. GOEL, P.A. SINGER, D.K. MARTIN
Leadership and priority setting: the perspective of hospital CEOs
Health Policy, vol. 79, n. 1, November 2006, pp. 24-34

I.U. ZEYINOGLU, M. DENTON, S. DAVIES, A. BAUMANN, J. BLYTHE, L. BOOS
Retaining nurses in their employing hospitals and in the profession: effects of job preference, unpaid overtime, importance of earnings and stress
Health Policy, vol. 79, n. 1, November 2006, pp. 57-72

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

M.C. YANG, Y.C. TUNG
Using path analysis to examine causal relationships among balanced scorecard performance indicators for general hospitals: the case of a public hospital system in Taiwan
Health Care Manage Rev, vol. 31, n. 4, Oct-Dec 2006, pp. 280-8

M. HENRIKSSON, F. LUNDGREN, P. CARLSSON
Informing the efficient use of health care and health care research resources - the case of screening for abdominal aortic aneurysm in Sweden
Health Economics, vol. 15, n. 12, December 2006, pp. 1311-22

N.L. MCKAY, C.H. LEMAK
Analyzing administrative costs in hospitals
Health Care Manage Rev, vol. 31, n. 4, Oct-Dec 2006, pp. 347-54

D. OETJEN, M.D. FOTTLER, L.Y. UNRUH, Z. REHMAN
Consumer determinants of the use of health plan information in plan selection
Health Services management research, vol. 19, n. 4, November 2006, pp. 232-250

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

W. PHILIPS, L. KNIGHT, N. CALDWELL, J. WARRINGTON
Policy through procurement - The introduction of digital signal process (DSP) hearing aids into English NHS
Health Policy, vol. 80, n. 1, February 2007, pp. 77-85

M. JAANA, M.M. WARD, G. PARÉ, C. SICOTTE
Antecedents of clinical information technology sophistication in hospitals
Health Care Manage Rev, vol. 31, n. 4, Oct-Dec 2006, pp. 289-99

J.L. DELLIFRAINE, K.H. DANSKY, J.S. RUMBERGER
Can organizational support for technology influence job satisfaction?
Health Care Manage Rev, vol. 31, n. 4, Oct-Dec 2006, pp. 300-7

H. HASHIMOTO, H. NOGUCHI, P. HEIDENREICH, O. SAYNINA, A. MORELAND, S. MIYAZAKI, S. IKEDA, Y. KANEKO, N. IKEGAMI
The diffusion of medical technology, local conditions, and technology re-invention: a comparative case study on coronary stenting
Health Policy, vol. 79, n. 2-3, December 2006, pp. 221-30

VALUTAZIONI ECONOMICHE

A. BRENNAN, S.E. CHICK, R. DAVIES
A taxonomy of model structures for economic evaluation of health technologies
Health Economics, vol. 15, n. 12, December 2006, pp. 1295-310

K.R. OLSEN, L. BILDE, H.H. JUHL, N.T. KJAER, H. MOSBECH, T. EVALD, M. RASMUSSEN, H. HILADAKIS
Cost-effectiveness of the Danish smoking cessation interventions: subgroup analysis based on the Danish Smoking Cessation Database
Eur J Health Econ, vol. 7, n. 4, December 2006, pp. 255-64

M. BALLESTA, F. CARRAL, G. OLVEIRA, J.A. GIRÓN, M. AGUILAR
Economic cost associated with type II diabetes in Spanish patients
Eur J Health Econ, vol. 7, n. 4, December 2006, pp. 270-5

S. BRYAN, I. WILLIAMS, S. MCLIVER
Seeing the NICE side of cost-effectiveness analysis: a qualitative investigation of the use of CEA in NICE technology appraisals
Health Economics, vol. 16, n. 2, February 2007, pp. 179-93

A. BRENNAN, S.E. CHICK, R. DAVIES
A taxonomy of model structures for economic evaluation of health technologies
Health Economics, vol. 15, n. 12, December 2006, pp. 1295-310

Pubblicazione:

edita da **SIPIS** s.r.l.
iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della
Stampa in data 22 settembre 1982 e
al n. 80 del R.o.c.
registrata presso la Cancelleria del Tri-
bunale di Roma con il n. 97/84 in da-
ta 10 marzo 1984
realizzata con progetto grafico di **R.
Guaricci**
fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.
stampata dalla **Grafica «Ripoli»** s.n.c.,
via Paterno, s.n., Villa Adriana-Tivoli,
Tel. 0774381700 - Fax 0774381700

Condizioni di abbonamento

Per abbonarsi a **Ragiusan** per l'an-
no 2007 versare l'importo di € 705,00
mediante **c.c.p. n. 72902000** intestato
a **SIPIS** - Roma o inviare assegno cir-
colare o bancario, non trasferibile, inte-
stato a **SIPIS** - 00197 Roma - Viale
Parioli, 77.

L'abbonato ha diritto — dietro rim-
borso delle spese postali e di fotocopie
— di richiedere, entro 60 giorni dall'ulti-
mo giorno del mese individuante il fa-
scicolo, le sentenze «integrali», gli «ar-
ticolati» delle proposte di legge presen-
tate in Parlamento, eventuali «allegati»
a leggi, rapporti, pareri, che **Ragiusan**,
per ragioni di spazio, è costretta a pub-
blicare solo in parte. L'abbonato potrà,
anche, per via telefonica, richiedere
notizie sul corso dei provvedimenti le-
gislativi regionali.

SIPIS

00197 ROMA - Viale Parioli, 77
Tel. 068073368-068073386
Fax 068085817
E-mail: sipised@tin.it

Supplemento
al n. 267/268 di **Ragiusan**
Direttore responsabile
Luigi D'Elia
Condirettore
Emidio Di Giambattista
Segretaria di redazione
Valeria Causa

Spedizione in abbon. postale
art. 1, c. 1, D.L. n. 353/03
(conv. in L. n. 46/04) - Roma

Prezzo unitario € 15,00

In questo supplemento:

Le disposizioni della legge finanziaria 2007 in materia sanitaria ed in materie attinenti alla gestione sanitaria

Costo dell'abbonamento per l'anno 2007: € 270,00

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere in via automatica, ai sensi del D.L.vo 9 ottobre 2002, n. 231, gli interessi di mora, nella misura mensile del tasso legale pubblicato all'inizio di ogni semestre solare sulla Gazzetta Ufficiale. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuarne il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento, sempre anticipato, dell'abbonamento, potrà essere effettuato mediante:

- c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- 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 2007 è fissato in:

€ 270,00 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 2007 per l'estero è fissato come segue: € 270,00, per l'Europa unita; € 370,00, 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)	€ 260,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 260,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 260,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 260,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 260,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 260,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 260,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 260,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 260,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 260,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 270,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 270,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 270,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 270,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620)	€ 270,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 3.357,50, anziché € 3.950,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.