

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XVI – N. 62 APRILE-GIUGNO 2007

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** Le politiche nel settore della salute: logica del pendolo o della convergenza nel sistema di tutela della salute

Elio Borgonovi

SAGGI

- 9** Processi di esternalizzazione in sanità e criteri di valutazione

Fabio Amatucci, Attilio Gugiatti

- 39** Gestire il cambiamento nelle Aziende sanitarie pubbliche: aspetti culturali e ruolo della leadership

Stefano Lorusso

- 61** La domanda non urgente al Pronto soccorso: un'analisi

Alessandro Mengoni, Valeria Rappini

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 83** Il primo bilancio di missione dell'Ausl di Bologna: gli indicatori economico-patrimoniali e finanziari

Paola Bardasi, Micaela Ambanelli

- 99** Balanced scorecard in sanità: la realizzazione di mappe strategiche

P. Barichello, F. Impiuni, A. Orlandin, M. Paiola, M. Piccinini

- 119** Contrastare il dropout ambulatoriale: il sistema dell'Azienda ospedaliera di Pavia

Andrea Battistotti, Silvana Quaglini, Enrico Cuoco

- 135** Monitoraggio delle assenze e carichi di lavoro nell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Elena Costa, Carlo De Pietro, Annamaria Quatrini

- 151** La congruità delle tariffe Drg: un caso aperto

Claudia Nannei

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 171** Novità bibliografiche

- 175** 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.

Le politiche nel settore della salute: logica del pendolo o della convergenza nel sistema di tutela della salute

ELIO BORGONOVÌ

Il cambiamento è una condizione «naturale» di ogni sistema sociale e quindi anche quello di tutela della salute cambia ogni giorno, ogni ora, ogni istante. Una diagnosi precoce corretta o una terapia efficace, oltre a cambiare la condizione del paziente, a volte tra la vita e la morte, cambia il rapporto di fiducia con il medico, la valutazione nei confronti dell'intero sistema da parte del paziente, dei suoi parenti, delle persone con le quali egli in futuro parlerà della propria esperienza. Una diagnosi o una terapia sbagliata, errori e altri casi di malasana determinano cambiamenti di segno opposto rispetto a quelli sopra ricordati. Il cambiamento è quindi continuo e dipende da almeno tre tipi di fattori:

- a) *i comportamenti delle persone che modificano le relazioni;*
- b) *le regole e i criteri che governano le «entità organizzate» nelle quali le singole persone vivono ed operano, siano esse entità giuridiche o economiche: nel caso specifico della tutela della salute si fa riferimento alle regole e ai criteri che governano il funzionamento delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere (pubbliche, private, accreditate), delle Regioni, del Ministero della salute e degli altri organismi presenti nel sistema;*
- c) *dalle «regole generali» a livello nazionale che, nel caso specifico, vanno dalla definizione dei LEA, al contratto di lavoro per le diverse categorie di operatori, alla definizione dell'ammontare e dei criteri di allocazione tra le Regioni, e da queste alle aziende sanitarie, del fondo destinato a questo settore a livello nazionale e delle eventuali risorse regionali aggiuntive, al rapporto per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia o esterna, ecc.*

Il cambiamento dipende da fattori esterni (diffusione delle malattie, incidenti, ecc.) e dai comportamenti delle persone e, tuttavia, è orientato da e orientabile tramite la modificazione delle regole, sia di quelle organizzative in ogni entità-istituzione-organo avente autonomia giuridica, economica, o organizzativa o amministrativa e delle regole di sistema. Con riguardo a queste ultime si sottolinea l'esistenza di due logiche assai differenti, che possono essere definite del pendolo o della convergenza. La logica del pendolo può essere sintetizzata nei seguenti termini semplificati: quando un sistema funziona in un modo insoddisfacente e determina una prevalenza di valutazioni negative da parte dei diversi soggetti che ne fanno parte e, soprattutto, da parte dei destinatari dei risultati (nel caso specifico, i pazienti per i bisogni individuali di salute e le comunità per i bisogni di salute pubblica), si propone di introdurre regole opposte (o comunque molto differenti) rispetto a quelle esistenti. Se, dopo alcuni anni, le nuove regole si dimostrassero a loro volta insoddisfacenti, si ritorna a un modello analogo a quello precedente.

La logica della convergenza parte dal riconoscimento e dalla convinzione (basata su teorie, su analisi storiche, analisi comparative di diverse fasi, contesti, realtà) che ogni sistema di

regole ha degli elementi di forza e di debolezza, ossia è in grado di stimolare, incentivare e promuovere comportamenti positivi o negativi rispetto all'ottenimento di risultati e al raggiungimento dei fini. Da questo assunto-premessa discende che, di fronte ad un sistema che funziona in modo insoddisfacente, si introduce (o si cerca di introdurre) non un sistema di regole opposto o molto differente, ma un sistema di regole che rappresentano un miglioramento, varianti, integrazioni, semplificazioni di quelle in vigore. Questa logica può tradursi in politiche ed interventi finalizzati a far rispettare meglio e in modo più coerente le regole in vigore senza sostanziali modifiche. Si tratta di una impostazione correlata alla considerazione del fatto che se da un sistema di regole si passa ad uno opposto, o molto diverso, si possono avere i seguenti effetti:

- a) eliminazione (o riduzione) degli aspetti negativi del sistema attuale nel breve periodo, ma manifestazione degli effetti negativi del sistema alternativo, a volte già nel breve, sicuramente nel medio e lungo periodo;*
- b) forti resistenze al cambiamento generate dal fatto che il nuovo sistema di regole non è coerente con la storia, la cultura, i comportamenti diffusi, addirittura la capacità di affrontare e superare le disfunzioni: in presenza di forti resistenze si manifesta il rischio che le nuove regole «restino sulla carta», sostanzialmente non applicate, oppure che si abbiano elevati costi economici, organizzativi, sociali o individuali, che sono superiori ai benefici del cambiamento;*
- c) la rottura di equilibri che si sono consolidati nel tempo, sia negli aspetti positivi, sia negli aspetti negativi, senza la capacità del sistema di trovare in tempi accettabili nuovi equilibri: si determina una situazione di instabilità strutturale i cui effetti sono sicuramente negativi.*

In sintesi, la logica del pendolo determina processi di cambiamento secondo cui, di fronte al manifestarsi di disfunzioni, ritenute non accettabili, di un certo modello di regole, si passa ad un modello alternativo e, di fronte alle disfunzioni che inevitabilmente questo produce, si ritorna al primo modello o ad uno analogo, della stessa natura.

La logica della convergenza, al contrario, di fronte alle disfunzioni di un sistema di regole, cerca di separare quelle intrinseche al modello da quelle dovute ad un'erronea o inadeguata applicazione delle regole. Di conseguenza essa si pone l'obiettivo di individuare quali elementi di modelli alternativi possono essere innestati sul modello attuale senza cambiarne la natura di fondo e, eventualmente, cerca di agire sul cambiamento dei comportamenti.

In economia, ad esempio, si può dire che si è adottata la logica del pendolo quando, di fronte ai «fallimenti del mercato», del laissez faire, della fiducia nella capacità di autoregolazione del mercato, si è passati ad un forte intervento pubblico e di programmazione statale (escludendo i sistemi ad economia pianificata), per passare in tempi recenti alla proposizione del ritorno al «libero mercato» di fronte ai «fallimenti» dell'intervento pubblico.

Logiche di convergenza devono considerarsi quelle che, di fronte alle disfunzioni del sistema di autoregolazione del mercato, hanno introdotto sistemi di controllo e di regolazione pubblica (esempio norme antitrust e contro l'abuso di posizioni dominanti, norme di tutela del consumatore o del risparmiatore per i mercati finanziari, sistemi di certificazione e di accreditamento delle imprese con riguardo alla qualità, standard e norme di trasparenza, ecc.). Allo stesso modo, nel caso del settore pubblico, si introducono forme di liberalizzazione dei servizi (eliminando monopoli legali), forme di autonomia organizzativa nella gestione di imprese o di pubblici servizi che svincolano la gestione degli stessi dal sistema delle norme burocratiche e che la rendono maggiormente indipendente dall'influenza e dall'interferenza politica, sistemi per la valutazione dei risultati e della qualità dei servizi pubblici collegati a forme di incentivazione/disincentivazione (fino alla sanzione del licenziamento del personale e del commissariamento di enti con risultati negativi).

Nel caso di sistemi politici ed elettorali, la logica del pendolo significa, ad esempio, passare dal sistema proporzionale a quello maggioritario e poi il ritorno a un sistema maggioritario più o meno modificato. La logica della convergenza significherebbe, invece, passare da un sistema proporzionale puro ad un sistema proporzionale con sbarramento o ad altre soluzioni simili o da un sistema maggioritario a turno unico ad un sistema maggioritario a doppio turno (o viceversa) e a regole idonee a rendere maggiormente omogenei i partiti, le coalizioni, i poli che si confrontano.

Sul piano dei rapporti di lavoro, la logica del pendolo significa passare da situazioni di mancanza di tutela del lavoratore, a un sistema di tutela tale da irrigidire o limitare in modo rilevante le scelte di imprese, banche, enti pubblici, per poi passare a forme di licenziabilità o di precariato scarsamente tutelato con la motivazione di introdurre stimoli ad una maggiore produttività e mobilità del lavoro. Logica di convergenza, al contrario, è quella che, in assenza di tutela dei lavoratori, introduce con gradualità una serie di tutele ponendo attenzione per trovare una mediazione tra tali tutele ed esigenze delle imprese di essere competitive sul mercato e che, in un sistema di estese tutele rigide dei lavoratori, introduce regole di maggiore flessibilità idonee a garantire anche la tutela dei diritti o di interessi dei cittadini (per le amministrazioni pubbliche), dei clienti-consumatori (nel caso di imprese e di istituzioni finanziarie).

Nel caso di sistemi di valutazione, ad esempio della didattica e della produzione scientifica nell'università, la logica del pendolo significa passare dalla mancanza di ogni valutazione esterna, all'adozione di sistemi che comportano valutazioni definite «oggettive» sulla base di rigidi parametri e standard, per poi eventualmente tornare a sistemi di valutazioni molto soggettivi e autoreferenziali (delle singole comunità scientifiche) di fronte alla ingestibilità o alle evidenti distorsioni create da sistemi rigidi o burocratici anche se astrattamente razionali. Logica della convergenza è quella che, di fronte ad una completa assenza di valutazione (della didattica e della ricerca), inizia ad introdurre la raccolta e la pubblicizzazione delle valutazioni, poi il passaggio a valutazioni da parte di soggetti competenti e indipendenti esterni, per poi passare a un numero limitato di indicatori condivisi. Oppure interventi che, di fronte a sistemi molto complessi e complicati di indicatori, si pongono l'obiettivo di verificare l'attendibilità e la compatibilità dei dati, la riduzione del numero di parametri tramite l'individuazione di quelli ritenuti più significativi.

La logica del pendolo è in genere efficace nel caso di sistemi caratterizzati da regole obsolete, palesemente incoerenti con la realtà, comportamenti negativi e disfunzioni fortemente inadeguati che non si riesce a modificare, mancanza di volontà o di capacità delle persone o di gruppi di persone di uscire dagli schemi consolidati e di promuovere/realizzare processi di autoriforma.

L'introduzione di sistemi di regole opposti o molto differenti può servire a rompere gli schemi consolidati, le inerzie e a ridare dinamicità al sistema. Ulteriori modifiche che recuperano regole del primo modello (logica del pendolo) possono aiutare a non perdere l'accumulo di conoscenze e di esperienze del passato e, soprattutto, possono evitare che il nuovo modello di regole produca svantaggi reali superiori ai vantaggi sperati o attesi. Ad esempio, il passaggio nel nostro Paese a sistemi di competizione nel settore di servizi pubblici e nella sanità può essere positivo solo se non sono abbandonati, o sono presto recuperati, elementi essenziali del sistema di tutela pubblica che è diffuso da secoli nella cultura dell'assistenza del malato in Italia e in Europa ed è molto più forte rispetto agli USA.

La logica del pendolo caratterizza le proposte di coloro che (sia condivisibile o meno condivisibile il loro atteggiamento) sono portati a dare molto rilievo alle disfunzioni e poco rilievo agli aspetti positivi dei sistemi che analizzano e, viceversa, sono propensi a dare grande rilievo e peso agli aspetti positivi e scarso rilievo (e peso) agli aspetti negativi di modelli alternativi assunti come punti di riferimento, in quanto considerati migliori sulla base di criteri da essi ritenuti razionali.

Ritornando al tema della salute, deve considerarsi logica del pendolo quella di chi propone di passare da un sistema di «copertura generalizzata», che semplicisticamente è stata identificata come modello del Servizio sanitario nazionale, ad un sistema basato su assicurazioni private, fondi pubblici per particolari gruppi (poveri, anziani, reduci di guerra, appartenenti a gruppi o comunità religiose), senza tenere conto del fatto che, proprio in questo momento, negli USA si propone di passare da un sistema che esclude una parte della popolazione dalla copertura sanitaria a sistemi statali o a una regolazione federale basata proprio sul principio della copertura generalizzata. La logica della convergenza è invece quella che, sia nei Paesi che oggi hanno la copertura generalizzata (tipicamente i modelli dei sistemi sanitari europei, Italia inclusa), sia in quelli che oggi non la prevedono (tipicamente USA), pensa a sistemi di corresponsabilizzazione dei pazienti nella copertura delle spese per la tutela della salute o di esenzioni per coloro che non hanno capacità di contribuire sul piano economico, di provvedere a tutelare un bene fondamentale delle persone.

Sono espressione di una logica del pendolo le politiche che decentrano le funzioni e le responsabilità di tutela della salute alle Regioni (in Italia), agli Stati (negli USA), ai Lander (in Germania), ai Cantoni (in Svizzera) e ad altri livelli infrastatali e poi introducono sistemi di centralizzazione motivati da esigenze di «controllo della spesa pubblica». Una logica di convergenza impone, e si realizza, al contrario, con politiche nelle quali si attuano forme di decentramento «graduato», o «ad assetto variabile» come accade in Spagna, in rapporto alle reali capacità delle Regioni di governare il sistema di tutela della salute. Va considerata in un certo senso espressione della logica del pendolo quanto è accaduto nel recente passato con il decentramento alle Regioni «senza alcuna azione di accompagnamento e verifica-controllo», cui hanno fatto seguito necessari provvedimenti di intervento centrale sulle Regioni «in crisi» attuati con la richiesta di predisporre piani di risanamento, la cui realizzazione sarà controllata o garantita dallo Stato.

È espressione della logica del pendolo la riproposizione periodica della «centralità» di qualche soggetto. Anche nel caso in cui si propone la «centralità» del paziente in contrapposizione ai criteri di efficienza e di equilibrio economico o in contrapposizione all'autonomia dei professionisti, si dimentica che senza efficienza ed equilibrio economico e senza una adeguata politica di motivazione, di retribuzione e di riconoscimento di una soddisfacente retribuzione e legittimazione di medici, infermieri e altri operatori, ci si troverà prima o poi in condizione di dover ridurre al tutela dei diritti dei pazienti. Per evitare la logica del pendolo e adottare quella della convergenza, è più opportuno richiamare l'attenzione sul fatto che la tutela della salute è il fine del sistema e che, quindi, comportamenti degli operatori e uso delle risorse devono essere orientati (e valutati) in relazione a tale fine.

È altrettanto errato proporre periodicamente, e circolarmente, il tema della «centralità» dell'autonomia del «potere decisionale» dei professionisti (medici e altri), dei manager, dei responsabili delle politiche della salute. Risponde alla logica della convergenza recepire il fatto che per ottenere buoni e sempre migliori risultati per i pazienti e per l'equilibrio del sistema bisogna porre (e offrire) regole idonee a rafforzare le conoscenze, le competenze, l'etica, la responsabilizzazione di tutti questi soggetti e favorire un bilanciamento dei rispettivi poteri decisionali. Un bilanciamento che, per essere dinamico e migliorativo e non statico e bloccante, deve basarsi sui principi di chiarire sempre «chi decide che cosa», con quale grado di autonomia e di responsabilità sui risultati.

Risponde alla logica del pendolo riproporre l'alternativa delle «aziende sanitarie» come aziende che devono far riferimento prioritario alle Regioni o agli enti locali.

Risponde alla logica della convergenza riconoscere e prendere atto del fatto che esiste una linea di politica della salute - finanziamenti finalizzati - responsabilizzazione sui risultati che collega verticalmente Stato - Regioni - aziende sanitarie e una linea di integrazione orizzontale dei servizi di salute in senso stretto, dei servizi socio-sanitari e di quelli assistenziali

che richiedono un coordinamento, una coprogettazione e un cofinanziamento da parte delle aziende sanitarie territoriali e degli enti locali.

Riconoscere che strutturalmente esistono la catena verticale definizione di politiche sanitarie - potere di indirizzo - potere di verifica e controllo e la catena orizzontale di coordinamento - integrazione delle politiche dei «servizi alle persone» e dei «modelli integrati di assistenza» (come ADI, altri servizi territoriali, ecc.)

- dovrebbe indurre ad abbandonare le ricorrenti richieste di «cambiamenti istituzionali» per portare, di volta in volta, le aziende sanitarie nella sfera regionale o in quella comunale,
- ma dovrebbe indurre a cercare soluzioni di «governance» delle aziende nelle quali le due linee di esigenze e le due catene di poteri - responsabilità - controlli hanno un contemporaneo.

Soluzioni del tipo Fondazioni per i servizi alla persona (o altro soggetto giuridico), nel cui ambito si articolano enti, o aziende, o società pubbliche, private, miste che gestiscono attività ospedaliere, attività esclusivamente o prevalentemente sanitarie, attività socio-sanitarie, attività assistenziali con limitato apporto di servizi sanitari (esempio controlli preventivi periodici), possono contribuire ad articolare un sistema di governance equilibrato tra Regione, enti locali e soggetti privati (profit e non profit).

Rispondono ancora alla logica del pendolo le politiche che tendono a separare il sistema degli ospedali universitari, degli Irccs, dei Centri di eccellenza, dal resto del sistema di tutela della salute. Una distinzione che può portare a consolidare la separazione e a proporre il tema della priorità degli investimenti (sulla rete dei centri di eccellenza o sul resto della rete).

Chi si occupa della tutela della salute sa benissimo che il continuo miglioramento richiede sia lo sviluppo di conoscenze, competenze, soluzioni (tecnologiche e assistenziali) di avanguardia (che si realizza negli ospedali universitari, negli Irccs, nei Centri d'eccellenza), e al tempo stesso una rapida diffusione e un innalzamento del livello generale della qualità dell'assistenza. Un sistema con «punte di eccellenza» e con livello medio e generalizzato di assistenza basso (come accade in alcune Regioni italiane, in alcuni Paesi europei, negli USA e in molti Paesi in via di sviluppo o non ancora sviluppati) diventerebbe presto «insostenibile» sul piano sociale, politico ed etico. D'altra parte, porre un'attenzione uniforme ed effettuare un investimento «a pioggia» sull'intero sistema, senza dare un adeguato supporto alle strutture più complesse o di eccellenza, determinerebbe un ritardo del Paese rispetto alle frontiere del progresso e una sua dipendenza da altri Paesi.

Molti altri sono i problemi dei sistemi di tutela della salute, e in generale dei sistemi pubblici, per i quali oggi ci si trova di fronte ad analisi ed a proposte che rientrano nella logica del pendolo. Per risolvere i problemi italiani, alcuni analisti propongono l'adozione di modelli di altri Paesi che, in questo periodo storico, li stanno abbandonando (dopo averne sperimentato i vantaggi, ma anche gli svantaggi) per orientarsi, a loro volta, verso regole e soluzioni analoghe a quelle esistenti nel nostro Paese di cui noi sopravvalutiamo i difetti e sottostimiamo i pregi.

Perché invece di seguire la logica del pendolo e «saltare da un modello all'altro», non si cerca di imparare gli uni dagli altri per trovare soluzioni intermedie?

E se, per dare uno scrollone a sistemi con comportamenti consolidati, lobbies potenti che si oppongono al cambiamento e non vogliono rinunciare ai loro privilegi, intrecci di interessi inestricabili, occorrono cambiamenti «radicali», occorre cioè una logica del pendolo, come sostengono alcuni, almeno si usi l'accortezza di ricorrere alla logica del «pendolo stretto» o, seguendo il linguaggio matematico, delle «approssimazioni successive», che nel caso del sistema di tutela della salute vuol dire, ad esempio, non teorizzare astrattamente regole basate

sulla «libera scelta del paziente» senza considerare che la libera scelta, in questo caso, è fortemente influenzata da fattori (condizione di debolezza del malato, situazione psicologica di dipendenza, ecc.) ben diversi da quelli esistenti per altri bisogni. Condizioni che non sempre portano a privilegiare le strutture più efficienti e con servizi di qualità più elevata rispetto a quelle meno efficienti e con qualità più bassa, cioè non sempre premiano la competizione sull'imprenditorialità.

Vuol dire anche tenere conto del fatto che la valutazione dell'efficacia finale, dell'outcome, della qualità dell'assistenza è meno agevole della valutazione dei risultati di una impresa produttrice di beni di consumo o di una banca o istituzione che eroga credito e altri servizi finanziari.

Processi di esternalizzazione in sanità e criteri di valutazione

FABIO AMATUCCI, ATTILIO GUGIATTI

In the last few years, health care agencies have introduced and spread innovative policies to plan and manage no core services: outsourcing and contracting out became a strategic issue to produce goods and services. The decision to outsource is often made in the interest of lowering firm costs, redirecting or conserving energy directed at the competencies of a particular business, or to make more efficient use of worldwide labor, capital, technology and resources. Such a relationship between economic entities is qualitatively different from traditional relationships between buyer and seller of services in that the economic entities involved in an «outsourcing» relationship dynamically integrate and share management control of the labour process rather than enter in contracting relationships where both entities remain separate in the coordination of the production of goods and services. Consequently, there is a great deal of debate concerning the benefits and costs of the practice.

Note sugli autori

Fabio Amatucci è professore associato di economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università del Salento e ricercatore CERGAS, Università Bocconi

Attilio Gugliatti è professore a contratto di economia ed organizzazione sanitaria presso l'Università di Pavia e ricercatore CERGAS, Università Bocconi

Attribuzione

Questo articolo è frutto dell'elaborazione complessiva di un gruppo di lavoro del CERGAS Bocconi composto da Fabio Amatucci, Attilio Gugliatti, Paolo Rotondi, Veronica Vecchi, Marta Marsilio, tuttavia, sono riconducibili a Fabio Amatucci i §§ 2, 3, 7 e 8 e ad Attilio Gugliatti i §§ 4, 5 e 6

1. Premessa

Le scelte di esternalizzazione rappresentano una delle soluzioni sistematicamente indicate per avviare o completare processi di razionalizzazione delle attività nel settore sanitario. Le numerose indicazioni che orientano all'adozione di queste modalità di gestione dei servizi (Asher, 1987; Barthelemy, 2002; Pederzoli, 2000) non sono, però, state seguite da valutazioni altrettanto documentate. L'esternalizzazione delle attività rischia, perciò, di diventare una scelta «di principio», svincolata cioè da valutazioni di merito e convenienza, in parte anche per la apparente semplicità della soluzione stessa. In questo lavoro, dopo aver sinteticamente richiamato i lineamenti di natura aziendale dei rapporti tra amministrazioni pubbliche ed imprese, attraverso una ricognizione della letteratura esistente relativa alle politiche di esternalizzazione e alla valutazione degli impatti sulla gestione complessiva delle aziende sanitarie pubbliche, si vogliono approfondire le diverse metodologie per la valutazione dell'esternalizzazione di alcune attività.

2. I modelli di collaborazione tra amministrazioni pubbliche ed imprese private

Dall'analisi dei processi di definizione delle strategie delle pubbliche amministrazioni emerge con evidenza come il concetto di collaborazione, di scambio e di *partnership* siano diventati elementi centrali nell'azione di governo del sistema. La crescente complessità della società e l'aumento e la diversificazione dei bisogni sociali richiedono una capacità di governo delle decisioni che sappia interpretare e riassumere l'eterogeneità delle condizioni e che, in qualche misura, rimetta in discussione i paradigmi tradizio-

SOMMARIO

1. Premessa
2. I modelli di collaborazione tra amministrazioni pubbliche ed imprese private
3. Processi di esternalizzazione e criteri di valutazione: i modelli di riferimento
4. L'approccio dei costi di transazione: un inquadramento teorico
5. Dai costi di transazione al *network* sanitario
6. Innovazioni normative e processi di esternalizzazione
7. Le scelte di esternalizzazione: vantaggi e nodi critici
8. Rischi ed opportunità legati al processo di esternalizzazione dei servizi

nali, quale ad esempio quello della «competizione» (Borgonovi, 2005).

Esso, infatti, è in grado di produrre effetti positivi solo qualora sussistano determinate condizioni, tra cui la presenza di un meta-organizzatore pubblico capace di farsi carico e di regolare i problemi comuni, un basso grado di interdipendenza tra i soggetti economici e sociali, un elevato livello di sostituibilità e di ricollocazione degli attori che si dimostrano incapaci di sopportare gli alti livelli di competizione ai quali si giunge. Tuttavia, in sempre più numerosi ed importanti settori queste condizioni non sussistono più.

Da qui il dibattito, sempre più forte e partecipato, sulle condizioni e sui modelli di riferimento per la definizione di strategie collaborative e di *partnership*, in grado di rispondere efficacemente ed efficientemente ai cambiamenti ambientali, attraverso non tanto la massimizzazione del vantaggio pubblico quanto la definizione di tale massimizzazione in relazione al livello minimo di accettabilità degli altri soggetti ed attori sociali coinvolti. Un ambito collaborativo di questo tipo trova collocazione nella già sperimentata letteratura del governo solistico (Wilkinson, Appelbee, 1999), dei *network* (Thompson, 1993; Giaccari, 2003) e del governo condiviso della cosa pubblica (Cabinet Office, 1999).

Il paradigma teorico che ne deriva poggia, quindi, sulla definizione di regole comportamentali basate su comuni, e comunemente accettati, valori etici, sulla definizione di strategie di comportamento e su modelli di collaborazione e di *partnership* che permettano l'ottenimento di risultati «a somma maggiore di zero», sullo sviluppo di un sistema di relazioni e di opportunità (servizi infrastrutturali, sviluppo tecnologico e scientifico, opportunità economiche, ...), la cui realizzazione non deve più essere demandata al soggetto regolatore esterno, bensì alla collaborazione congiunta di tutti gli attori sociali costituenti l'ambiente di riferimento. Tutti questi fattori sono volti a garantire la stabilità ed a ridurre l'incertezza ambientale in modo da consentire il perseguimento dell'economicità dei partecipanti.

Il modello della competizione collaborativa non è altro, quindi, che l'evoluzione della logica di convenienza economica a fronte del rapido cambiamento del sistema istituzio-

nale, all'interno del quale vi è la già ricordata modificazione dell'intervento pubblico e quindi del ruolo e dei campi di intervento della pubblica amministrazione. Se, dunque, per ragioni di opportunità (ad esempio legate ad un recupero di efficacia o alla lotta alla corruzione) e di efficienza economica si ritiene necessario un minor coinvolgimento dello Stato nella produzione di beni e soprattutto di servizi, che restano tuttavia di «pubblico interesse», la governabilità del sistema è raggiungibile solo attraverso la definizione di modelli e strumenti in grado di gestire la competizione collaborativa tra pubblico e privato, o meglio, tra interessi pubblici ed interessi privati.

Le riflessioni presentate trovano ampio riscontro nella letteratura (Gray, 1989) sui processi di *governance* pubblica sviluppatasi negli ultimi quindici anni, che hanno visto crescere le forme collaborative pubblico-privato. Autori quali Carpenter e Kennedy (1988) propongono una vasta serie di esempi e sostengono la tesi che dall'inizio degli anni '80 molti conflitti pubblico-privato sono stati risolti in modo soddisfacente solo allorché si sono utilizzati processi di tipo collaborativo. Altri studiosi (Astley, Fombrun, 1983) sostengono che la collaborazione sembra essere la risposta più efficace, ed a volte indispensabile, per governare ambienti turbolenti, poiché in condizioni di turbolenza ambientale, derivante da rapidi od accelerati cambiamenti, aumenta il livello di interdipendenza tra le aziende, a volte anche in modo inatteso.

3. Processi di esternalizzazione e criteri di valutazione: i modelli di riferimento

Le scelte di esternalizzazione rappresentano una delle modalità attraverso cui l'azienda può reperire la disponibilità di un bene o di un servizio di cui necessita, affidandolo a terzi soggetti invece di svolgere in proprio l'attività; oggetto di esternalizzazione sono, soprattutto negli ultimi anni, non solo i servizi di supporto (periferici rispetto al cuore del servizio), quali quelli «alberghieri» (mensa, pulizie, lavanderia), immobiliari (valorizzazione e gestione del patrimonio), «tecnici» (gestione del calore, energia, raccolta e smaltimento rifiuti), ma, sempre più spesso, anche attività tradizionalmente considerate

«core»: sistemi informativi; manutenzioni ordinarie e straordinarie; gestione delle utenze; ingegneria clinica; gestione magazzini economici (Macinati, 2006).

In questo processo di profonda revisione delle teorie consolidate, la definizione dell'assetto istituzionale più coerente con le scelte di acquisto/erogazione di beni e servizi rappresenta uno dei nodi cruciali legati alla qualità dei servizi delle aziende sanitarie ed ospedaliere. La questione non è riconducibile alla sola natura istituzionale del soggetto cui è affidata l'erogazione dei servizi, ma investe l'individuazione dei soggetti, delle forme istituzionali ed organizzative più coerenti, cui viene affidata la responsabilità di erogazione del servizio, in termini di reperimento di adeguate risorse finanziarie, acquisizione dei fattori produttivi primari, realizzazione dei processi di trasformazione, organizzazione delle attività, valutazioni di convenienza economica. Le funzioni delineate possono, quindi, essere affidate a soggetti giuridici ed economici differenti, secondo i diversi modelli individuati dalla letteratura (Meneguzzo, Rebor, 1990), ai cui estremi si collocano i fenomeni di esternalizzazione o *partnership*.

L'utilizzo di modelli istituzionali che superino la tradizionale gestione diretta è volto a perseguire alcuni vantaggi, di ordine economico, organizzativo e gestionale:

- maggiore concentrazione delle risorse finanziarie ed organizzative sulle attività «core» dell'azienda sanitaria (abbandono di aree e servizi a scarsa rilevanza strategica in funzione del conseguimento del «vantaggio competitivo» ricercato; Porter, 1980);

- recupero di spazi di flessibilità (gestione delle risorse umane; processi di acquisto; gestione delle risorse finanziarie), attraverso il superamento di vincoli di natura istituzionale (Atkinson, 1984; Pfeffer, 1994);

- sviluppo di spazi di imprenditorialità interna (sviluppo di aree di attività autonome; sviluppo di unità/servizi interni da cedere al mercato) e politiche di raccolta fondi (emissione di titoli di solidarietà attraverso organizzazioni non lucrative di utilità sociale; campagne di raccolta fondi e sponsorizzazioni);

- ricerca di ottimizzazione (riduzione) dei costi sostenuti per la produzione dei servizi

che si intendono esternalizzare (Macinati, 2006);

- realizzazione di *partnership* per l'acquisizione di conoscenze e competenze dal mercato (attrazione di risorse specializzate; investimenti specifici);

- individuazione di *partnership* per la realizzazione di nuovi investimenti (*project finance*).

Se, nel passato, nel processo decisionale che ha caratterizzato le scelte delle aziende sanitarie, sono stati considerati soprattutto criteri di convenienza economica, basati sull'approccio *make or buy*, ampiamente trattato in letteratura (Amigoni, 1995; Arcari, 1996; Farina, 1997), i contributi più recenti affrontano il tema secondo una panoramica più ampia, che fa capo a tre modelli di riferimento.

A. Valutazione strategica dell'impatto nel lungo periodo

L'impatto strategico ed organizzativo delle scelte di esternalizzazione è stato spesso sottovalutato; in realtà, vi sono numerose implicazioni per l'azienda sanitaria nel lungo periodo. Innanzitutto, l'esternalizzazione comporta il rischio di una futura dipendenza da terzi soggetti, in virtù del loro potere contrattuale, delle competenze specifiche da questi sviluppate, della difficoltà di reintegrare un determinato servizio al proprio interno, sia per difficoltà organizzative, sia soprattutto per livelli significativi di costo, in termini di acquisizione delle risorse umane, materiali, tecniche e di *know how* necessarie (Battaglia, 1994).

In termini strettamente strategici, è importante valutare due aspetti (Dyer, Singh, 1998; Porter, 1980):

- la rilevanza del servizio in oggetto, in termini di valore aggiunto per linea di prodotto, di costo rispetto al costo di produzione totale, di impatto sulla qualità dei servizi, di importanza strategica dell'acquisto per l'ente;

- la complessità del mercato della fornitura, in termini di numero dei fornitori, caratteristiche dell'offerta, ritmo dello sviluppo tecnologico, barriere all'entrata, costo e complessità della logistica, comportamento (concorrenziale o collusivo) dei concorrenti.

In linea generale, quindi, le soluzioni gestionali interne si caratterizzano per una maggiore flessibilità e sicurezza strategica. Occorre considerare, però, altri fattori che, dal punto di vista strategico, possono influenzare la decisione in oggetto:

- costante assenza di riferimenti di mercato, che può portare a un irrigidimento e a una mancanza di tensione della gestione interna (Asher, 1987);
- clima sindacale, che può creare ostacoli nella gestione del personale (Pfeffer J., 1994; Amatucci, De Matteis, 2007);
- vincoli di sistema pubblico, sia in termini di rigidità del bilancio autorizzativo, sia di separazione tra spese correnti e spese in conto capitale;
- vincoli contingenti legati a misure sia di politica economica (blocco delle assunzioni; blocco del *turn-over*), sia di natura finanziaria (irrigidimento dei limiti di indebitamento) (Amatucci, De Matteis, 2007).

Tale approccio tende, quindi, a valutare l'insieme dei fattori strategici, gestionali, organizzativi ed ambientali che permettono di effettuare la scelta in oggetto.

B. *Analisi della convenienza economica*

La convenienza economica rappresenta un aspetto parziale della valutazione sull'opportunità di esternalizzare alcune tipologie di servizi. L'analisi di convenienza economica è negativamente correlata con la rilevanza della scelta rispetto ad altri elementi: se, infatti, le alternative sono sostanzialmente irrilevanti, rispetto a considerazioni di più ampio respiro strategico nella gestione, o non interagiscono con le finalità istituzionali dell'ente, o, ancora, non hanno effetti sul livello di complessità e sulle esigenze di coordinamento e integrazione della gestione, allora la scelta si basa su criteri di convenienza economica.

Occorre, infatti, sottolineare come, nel settore sanitario, i concetti di beneficio e costo non possano essere ricondotti a quelli di flussi economici: diviene rilevante considerare aspetti di efficacia del servizio, di qualità della prestazione, di impatto sull'utente. In sanità, pertanto, non è corretto parlare di «scelta», bensì di «analisi» di convenienza

economica, per sottolineare che la decisione potrà essere assunta solo dopo aver integrato l'analisi dei flussi economici con altri elementi di giudizio, spesso prevalenti.

La valutazione economica comprende la quantificazione dei costi di produzione ed il raffronto con i costi di acquisto esterno. Il concetto di costo utilizzato nell'analisi fa riferimento al costo differenziale: vengono considerati, cioè, solo i costi che sorgono o cessano a seguito dell'adozione di una alternativa (e che in sua assenza non si verificherebbero); ad esempio, i costi storici, già sostenuti (la rinuncia all'utilizzo di un macchinario) sono irrilevanti, in quanto non costituiscono costi cessanti per l'alternativa che non ne prevede l'uso. I costi, inoltre, non dipendono solo dall'acquisizione di fattori produttivi, ma anche dall'utilizzo di risorse già esistenti, configurando così il concetto di «costo opportunità»; occorre, cioè, valorizzare il sacrificio che l'utilizzo di una risorsa comporta per l'azienda: se la risorsa non venisse utilizzata, non comporta alcun sacrificio; se, invece, è previsto un utilizzo alternativo, occorre considerare il sacrificio che questo comporta, in termini di miglior utilizzo alternativo della risorsa scarsa (eventuale costo sostenuto da altri reparti aziendali; eventuale mancato guadagno derivante dal non poter usufruire della risorsa in oggetto; Amigoni, 1995).

Tale valutazione ha una valenza di medio-lungo periodo, in quanto analizza l'impatto delle alternative sulla struttura produttiva e sul livello degli investimenti futuri dell'azienda.

C. *Teoria dei costi di transazione*

La teoria dei costi di transazione è stata utilizzata da più parti per studiare fenomeni di *make or buy*, di integrazione verticale, di *corporate governance*, di trasferimento di tecnologia e più in generale nell'analisi di tutti quei problemi aziendali che, direttamente o indirettamente, sottendono relazioni contrattuali. Nella scelta tra la produzione diretta o l'esternalizzazione del servizio, tale approccio propone di considerare congiuntamente i costi di produzione e quelli di transazione; tra questi ultimi si annoverano i costi di coordinamento, ovvero di monitoraggio, di controllo e di gestione della transazione (Williamson, 1975; 1979).

Le variabili che incidono sul complessivo livello dei costi e che determinano la preferenza per l'una o per l'altra forma di organizzazione dell'attività economica sono sinteticamente riconducibili a:

- frequenza della transazione: al suo aumentare diminuiscono i costi di produzione per effetto delle economie di scala;
- specificità delle risorse: al suo aumentare, crescono i costi di produzione; inoltre, quanto più le risorse sono specifiche, tanto più difficile diventa la determinazione del valore della transazione attraverso l'esternalizzazione;
- numero di fornitori: al loro diminuire, aumentano i costi di coordinamento e controllo per effetto della minaccia di comportamenti di tipo opportunistico;

– incertezza (complessità delle relazioni con i fornitori e competitori): al loro aumentare, crescono i costi di transazione per effetto del maggior numero di controlli che si rendono necessari.

La teoria dei costi di transazione, quindi, permette di supportare l'azienda nella scelta da effettuare, integrando i due approcci precedenti.

I tre approcci sono sinteticamente riassunti nella **tabella 1**.

Alla luce delle caratteristiche che contraddistinguono i tre criteri di valutazione/analisi, è possibile identificare i diversi modelli di riferimento in funzione delle variabili di analisi e di contesto (**figura 1**).

Approccio	Descrizione
<i>Valutazione strategica dell'impatto di lungo periodo</i>	Analisi comparata dell'impatto strategico, gestionale, organizzativo e ambientale, derivante dalle alternative di produzione interna e di acquisto esterno
<i>Valutazione della convenienza economica</i>	Analisi comparata di natura economica dei costi di acquisto esterno e di produzione interna, considerando con riferimento a questi ultimi il livello di investimenti necessario e l'impatto sulla struttura produttiva
<i>Valutazione dei costi di transazione</i>	Analisi comparata dei costi di produzione interna e di acquisto con valorizzazione del differente impatto dei costi di transazione (costi di coordinamento)

Tabella 1

Evoluzione degli approcci teorici

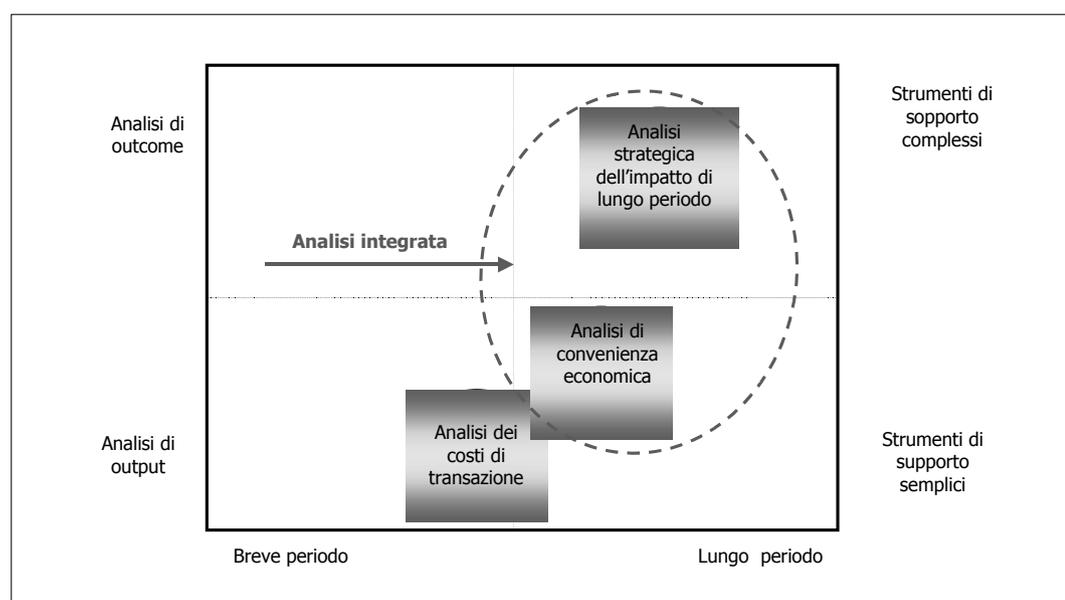


Figura 1

Analisi integrata dei tre approcci

Come emerge dalla figura, l'integrazione dei tre approcci e, soprattutto, la prevalenza di un'analisi strategica assume maggiore importanza all'aumentare della rilevanza dell'*outcome*, rispetto all'*output*; questo ha riflessi sulla necessità di utilizzare strumenti di supporto complessi e sull'orizzonte temporale dell'analisi, orientato al lungo periodo.

Come sinteticamente sottolineato in precedenza, all'interno del settore sanitario le scelte di esternalizzazione non sempre sono state dettate da valutazioni approfondite, ma spesso da motivazioni quasi assiomatiche (di natura strategica: scarsa rilevanza del servizio; di natura economico-finanziaria: perseguimento di economicità di vario tipo; di natura istituzionale: superamento di vincoli istituzionali e di gestione del personale; Macinati, 2006).

Si ritiene, invece, che sia molto utile fare riferimento agli approcci appena presentati; in particolare, la teoria dei costi di transazione può giocare un ruolo fondamentale nella valutazione di tutte le possibili implicazioni e distorsioni derivanti da un processo di esternalizzazione. Nelle prossime pagine, pertanto verranno dapprima approfonditi i principali fondamenti della teoria dei costi di transazione, per poi comprenderne l'applicazione al settore sanitario.

4. L'approccio dei costi di transazione: un inquadramento teorico

La teoria dei costi di transazione è stata utilizzata più volte per analizzare i processi di *make or buy* e, in generale, tutti i processi aziendali che prevedono l'utilizzo di relazioni contrattuali.

Di fronte alla scelta aziendale di produrre internamente o di acquistare beni/servizi all'esterno è necessario adottare alcuni criteri di valutazione che devono supportare (e non sostituire) la scelta della soluzione da percorrere. La scelta di produrre internamente o di esternalizzare comporta precise categorie di costo, la cui corretta determinazione è fondamentale ai fini della formulazione di decisioni strategiche. Nella scelta tra produzione interna («gerarchia», nella terminologia della teoria in oggetto) e acquisto («mercato»), Williamson (1975; 1979) propone di considerare congiuntamente sia i costi di produ-

zione sia i costi di transazione, ossia i costi di coordinamento, di monitoraggio, di controllo e di gestione della transazione.

L'importanza di questo approccio sta nella possibilità di trarre interessanti spunti per la gestione aziendale. Esso, infatti, permette di recuperare la dimensione economica delle scelte d'azienda valutandone l'efficienza al di là di dati contabili e finanziari, permettendo di integrare e di completare il processo delle decisioni manageriali, che si basa sempre più spesso su criteri di natura finanziaria e su modelli meramente empirici (Rubin, 1990).

L'economia dei costi di transazione, che si avvale degli iniziali contributi di Coase (1937), sviluppati poi soprattutto da Williamson a partire dalla seconda metà degli anni Settanta, è un nuovo ed originale tipo di approccio microeconomico, che si contrappone alla visione tradizionale dell'impresa propria della teoria neoclassica. Nell'approccio microeconomico tradizionale non si tiene conto del funzionamento interno delle aziende, in quanto considerate come sistemi dati, che interagiscono tra loro nel mercato, acquisendo input e producendo output in risposta a determinati segnali esterni. Le differenze strutturali tra le aziende vengono spiegate come conseguenza delle differenze e delle condizioni dei mercati in cui esse operano. La teoria neoclassica, sostenendo che il mercato sia il miglior allocatore delle risorse, non è tuttavia in grado di motivare perché la totalità del coordinamento delle attività economiche non sia lasciata ai meccanismi impersonali del mercato, ma invece esistano organizzazioni (le aziende) che ne internalizzano una parte (Coase, 1937).

In risposta a questi interrogativi le teorie successive pongono maggiore enfasi sul concetto di *transazione*, definita da Williamson (1975) come «il trasferimento di un bene o un servizio attraverso un'interfaccia tecnologicamente separata» e che comporta uno scambio di valori tra le parti. Se si ipotizza di operare al di fuori delle condizioni di concorrenza perfetta descritte dall'economia neoclassica, in cui la conoscenza del prezzo che si forma sul mercato è sufficiente ad assicurare a costi nulli il coordinamento tra soggetti che vi operano, il governo delle transazioni comporta sempre il sostenimento di costi. Se si vuole affrontare lo studio

delle organizzazioni economiche, occorre considerare la natura umana caratterizzata da irrazionalità e da opportunismo. La presenza di questi elementi rende inevitabile l'insorgenza di costi di transazione: pertanto, nelle analisi economiche, accanto ai costi di produzione, devono quindi essere considerati i costi di transazione. La tesi sostenuta dall'approccio transazionale (Williamson, 1975) è che la varietà delle forme organizzative delle attività economiche ha origine dall'esigenza di ridurre i costi di transazione, cioè dalla ricerca di efficienza.

Misurare i costi di transazione è sicuramente abbastanza complesso. L'economia dei costi di transazione tenta di ridurre questa difficoltà basandosi soprattutto sul confronto dei costi collegati alle alternative istituzionali considerate. In generale, si distinguono due modalità alternative di governo delle transazioni: il mercato (*buy*) e l'organizzazione interna o gerarchia (*make*): con la prima, è sufficiente il ricorso ai prezzi e alle quantità per disporre di tutte le informazioni affinché le parti possano scambiare beni e servizi; con la seconda, le transazioni sono gestite dalle norme e dalle regole di funzionamento del sistema organizzativo, nonché dalla linea di comando dell'organizzazione, per gli aspetti di controllo e coordinamento. L'economia dei costi di transazione si pone allora l'obiettivo di ricercare quale sia la modalità di governo migliore che permetta la minimizzazione dei costi di transazione, avendo come fine ultimo la massimizzazione dell'efficienza. Le differenze strutturali e le cause che hanno portato e portano alcune aziende verso una progressiva espansione dimensionale (integrazione verticale, ossia produzione interna di sempre più beni e servizi) vengono quindi motivate con la convenienza della scelta gerarchica come soluzione per la minimizzazione dei costi di transazione. Le aziende di maggiori dimensioni sono, pertanto, quelle che hanno internalizzato una parte di transazioni, che in precedenza venivano coordinate dal mercato. Per portare a termine una transazione, l'azienda deve sopportare alcuni costi, che possono essere ricondotti principalmente a due tipologie:

– i costi di coordinamento, necessari per formulare un contratto *ex ante* e per controllarne e assicurarne l'esecuzione *ex post*;

– i costi di produzione, necessari all'esecuzione del contratto stesso.

In particolare, una transazione può essere suddivisa in tre fasi distinte, ognuna caratterizzata da una serie di costi (figura 2):

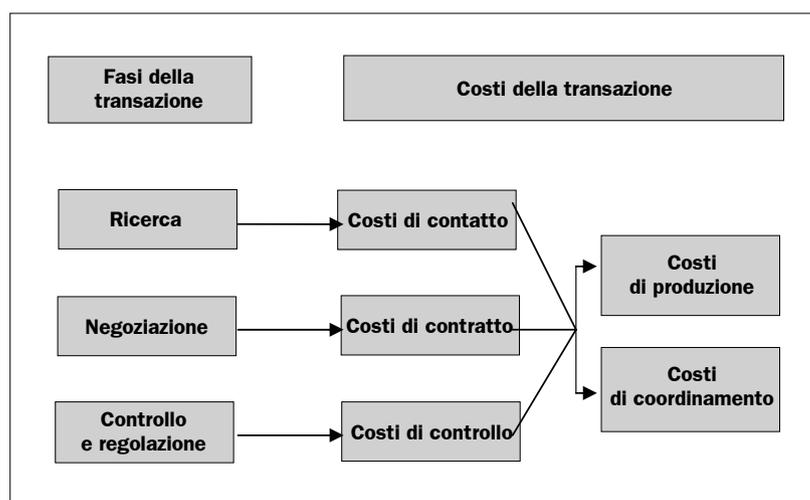
1) Ricerca: comprende le attività di ricerca ed informazione necessarie a produrre un'interazione fra gli operatori economici e l'esplorazione ed identificazione delle possibili alternative di scambio. I relativi costi di ricerca e di informazione vengono definiti *costi di contatto*;

2) Negoziazione: comprende le attività connesse alla negoziazione della transazione ed alla conclusione del contratto con i relativi costi di produzione. Comprende altresì la trattativa per la costruzione di un modello dello scambio (contratto) sul quale le parti si devono trovare d'accordo. I relativi costi di trattativa e di decisione vengono definiti *costi di contratto*;

3) Controllo e regolazione: comprende le attività di controllo dell'attuazione del contratto, la regolazione delle deviazioni rispetto ai termini concordati, l'imposizione di sanzioni che ristabiliscano le condizioni specificate nel contratto. I relativi costi di controllo e di sanzionabilità vengono definiti *costi di controllo*.

Il costo totale di una transazione è quindi costituito da due componenti distinte: il costo di produzione e il costo di coordinamento

Figura 2
Le fasi ed i costi di una transazione



(o di transazione) dato dalla somma dei costi di contatto, contratto e controllo.

Secondo Williamson (1975), partendo dall'assunto che la transazione può avvenire all'interno dell'azienda o all'esterno (nel mercato), i costi di produzione sono più bassi in quest'ultimo, in quanto si possono conseguire forti economie di scala, spesso difficili da raggiungere nell'ambito limitato della singola azienda. La situazione è inversa per i costi di coordinamento: l'azienda, oltre a sostenere costi di coordinamento fissi, costituiti dal proprio personale interno, dovrebbe assumere ulteriori addetti per il controllo delle attività svolte all'esterno e la gestione del rapporto contrattuale e del contenzioso.

Nell'alternativa *make or buy* va considerato quindi il costo totale della transazione, cercando di minimizzare le voci che lo costituiscono, come illustrato nella **tabella 2**.

Altri autori (Milgrom, Roberts, 1992) suddividono i costi di transazione in due categorie: la prima comprende gli effetti delle asimmetrie informative e dalle lacune nei contratti, mentre la seconda origina da uno scarso impegno delle parti negoziali e da comportamenti opportunistici. I costi di transazione portano alla luce il problema della contrattazione formale e informale (o implicita ed esplicita) nelle organizzazioni economiche. I costi di transazione includono, *ex ante*, cioè prima del contratto, i costi di negoziazione e di contrattualizzazione, *ex post*, cioè dopo la stipula del contratto, i costi di monitoraggio e di rinegoziazione. È importante sottolineare che le due tipologie di costi sono interdipendenti, quindi i tentativi di minimizzare i primi possono comportare un aumento nei costi di transazione complessivi. In linea generale, si può affermare che i costi di transazione siano dovuti a una carenza di informazioni, cioè al fatto che gli attori economici non hanno un'informazione perfetta e una conoscenza totale di tutte le circostanze rilevanti per la predisposizione e

la realizzazione di una transazione. La teoria in oggetto si contrappone alle ipotesi di base della concorrenza perfetta, di formulazione neoclassica (Podestà, 1974):

- omogeneità dei prodotti, quindi perfetta sostituibilità dei prodotti offerti sul mercato da diverse imprese;
- elevato numero di concorrenti, tale per cui nessuno riesce a influenzare il mercato;
- nullità dei costi di trasporto;
- identità delle condizioni di negoziazione e della capacità negoziale delle parti;
- perfetta trasparenza del mercato, per cui le informazioni sono disponibili a tutti gli operatori.

Secondo questa formulazione, i costi di transazione sono nulli, ma la realtà economica si dimostra ben diversa, essendoci numerosi fattori che influenzano il «perfetto» svolgimento degli scambi.

Alla luce delle teorie esposte, e cercando di valutarne gli effetti per le aziende sanitarie che devono affrontare la complessa scelta di esternalizzare o meno la produzione di un determinato servizio, i fattori individuati possono essere analizzati partendo dall'osservazione delle transazioni da tre differenti aspetti: degli attori coinvolti; dei beni/servizi scambiati (frequenza delle transazioni); e delle risorse impiegate dalle parti (specificità delle risorse) (Pennarola, 1995), come illustrato nella **figura 3**.

Con riferimento agli *attori coinvolti*, risultano centrali gli aspetti legati alla razionalità limitata degli operatori economici, all'opportunismo e ai piccoli numeri.

a) Razionalità limitata

Gli operatori economici sono solo intenzionalmente razionali, a causa di limiti di natura neurofisiologica ed espressiva e ai limiti connessi alle capacità di calcolo, di acquisizione delle informazioni (e dei costi connessi

Tabella 2

Struttura dei costi del mercato e della gerarchia
Fonte: Glücksmann, Ricciardi (1994)

Forme organizzative	Costi di produzione	Costi di coordinamento
Mercato (<i>Buy</i>)	bassi	alti
Gerarchia (<i>Make</i>)	alti	bassi

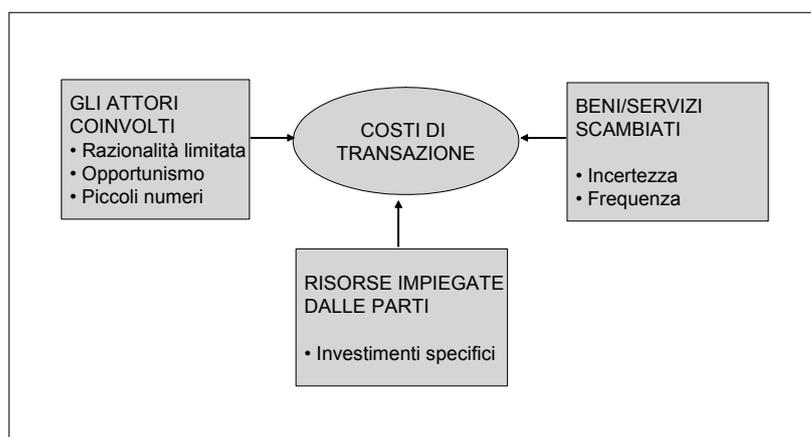
si) e di contrattazione. Tuttavia, gli operatori sono consapevoli delle difficoltà e dei costi della comunicazione e sanno che è improbabile riuscire a trovare la miglior soluzione a problemi difficili. Nei rapporti contrattuali, l'ambiguità del linguaggio fa sorgere l'esigenza di stabilire numerose clausole specifiche per regolare un certo numero di comportamenti e di circostanze. Queste clausole, a loro volta, possono essere ambigue e potrebbero essere applicate a più situazioni, non tutte previste. Quindi, aggiungere elementi di dettaglio a un contratto può persino rendere le controversie più probabili e contribuire ad aumentare ulteriormente i costi.

b) Opportunismo

Secondo Williamson (1979) gli operatori sono propensi a perseguire egoisticamente il proprio interesse, anche a danno di quello altrui, ricorrendo alla truffa, all'inganno e alla menzogna. Il comportamento opportunistico (moral hazard) può riguardare una sola delle parti della transazione, oppure potrebbe non presentarsi. Tuttavia, anche il solo rischio del verificarsi di comportamenti opportunistici influenza i costi di transazione. Infatti, se solo una delle parti si comportasse opportunisticamente, acquisirebbe un vantaggio cospicuo a danno dell'altra. Di fronte a questa situazione anche chi non intende comportarsi opportunisticamente adotterà precauzioni per verificare e prevenire il comportamento della controparte.

c) Piccoli numeri

In un mercato efficiente e competitivo, l'opportunismo è mitigato dalla concorrenza e dall'elevato numero degli operatori, ma, nella realtà, tali condizioni possono non verificarsi, oppure possono modificarsi quando la transazione è ormai avviata (grandi numeri *ex ante*, piccoli numeri *ex post*). Quindi, se l'opportunismo è accompagnato dai piccoli numeri, vale a dire in tutte quelle situazioni in cui sono pochi gli operatori nel mercato, non è possibile scegliere tra diverse alternative e confrontare diverse offerte, ma sussiste il rischio della dipendenza da un unico fornitore, che comporta difficoltà nell'esecuzione degli scambi e rischio di comportamenti opportunistici.



Con riferimento, invece, ai *beni o servizi scambiati*, si possono analizzare le dimensioni dell'incertezza e della frequenza della transazione.

a) Incertezza

Per poter effettuare una transazione in condizioni di assoluta certezza, occorrerebbe disporre di un contratto completo che specificasse gli obblighi di ciascuna controparte e definisca la distribuzione dei costi e dei benefici in ogni possibile circostanza. Tuttavia, la predisposizione di un contratto completo comporta la previsione di tutte le «contingenze» che potrebbero emergere e la loro dettagliata descrizione. Le parti dovrebbero altresì definire e concordare una serie di azioni efficienti in ciascuna contingenza e inoltre dovrebbero essere in grado di far applicare tutte le clausole previste nel contratto. È chiaro che, nella realtà, un simile contratto è irrealizzabile: razionalità limitata, opportunismo e piccoli numeri influenzano le transazioni al punto da assoggettarle a un elevato grado di incertezza. Inoltre, la complessità del bene o servizio scambiato, ossia quando si è in presenza di servizi articolati, complessi o derivanti da interazione tra più parti, aumenta l'incertezza, perché è difficile imputare a ciascuna controparte la responsabilità di un problema eventualmente verificatosi.

b) Frequenza

La frequenza è riferita al numero di scambi con cui viene effettuata la transazione. Si può distinguere tra transazioni con frequenza occasionale (ad esempio, l'acquisto

Figura 3

I fattori che determinano i costi di transazione
Fonte: Pennarola (1995)

di apparecchiature o impianti) o ricorrente (l'acquisto di materiale di consumo). Quanto più ricorrenti sono gli scambi, tanto più conveniente è costituire una modalità di governo appositamente dedicata alla gestione di quella specifica transazione. Si sostituiscono così i costi variabili di rinegoziazione dello scambio, che crescono proporzionalmente all'aumentare del numero di transazioni, con i costi fissi associati all'impianto di una stabile e dedicata struttura di governo, che non risente della frequenza.

Con riferimento, infine, alle *risorse impiegate dalle parti*, per lo svolgimento della transazione, si definisce il problema degli investimenti specifici o specificità delle risorse. Solitamente, la parte che effettua un investimento «recuperabile» per la produzione di un prodotto, ha un minore (se non nullo) potere contrattuale nei confronti della controparte, con i relativi rischi di comportamento opportunistico.

Si possono, così, distinguere investimenti non-specifici (ad esempio, l'acquisto di attrezzature e materiali standardizzati), investimenti misti (l'acquisto di attrezzature adattate alle esigenze produttive dell'azienda), investimenti altamente specifici o idiosincratichi (la costruzione di uno stabilimento o di un impianto specifico per l'azienda) (Frateschi, Salvini, 1994).

La specificità di questi investimenti può essere di tre tipi:

1) specificità di luogo: quando determinate risorse, ad esempio le materie prime, sono situate in un certo luogo ed è quindi conveniente collocare lo stabilimento vicino alle loro fonti per economizzare i costi di trasporto e venir incontro alle esigenze tecniche;

2) specificità di beni fisici: quando per l'erogazione di determinati servizi sono necessarie apparecchiature speciali. Se l'erogazione di questi servizi cessasse, difficilmente queste apparecchiature sarebbero riconvertibili e sorgerebbero elevati costi per il loro rimpiazzo;

3) specificità di risorse umane: quando per l'utilizzo delle attrezzature produttive occorre una determinata competenza degli addetti (che deriva dall'apprendimento attraverso l'esperienza).

I fattori descritti possono avere rilevanti implicazioni nelle scelte di esternalizzazione delle aziende sanitarie. Con riferimento alle criticità del primo tipo (razionalità limitata, opportunismo, piccoli numeri), possono essere numerosi gli ambiti e i servizi in cui questi aspetti risultano particolarmente critici: basti pensare ai servizi ad elevata complessità (manutenzione apparecchiature biomedicali; manutenzione software e impianti tecnologici; servizi energetici e di fornitura calore; servizi ricettivi per degenze *low care*; servizi di diagnostica; fornitura gas medicinali) dove risulta pressoché impossibile definire tutte le possibili situazioni di criticità che possono verificarsi. Anche la previsione di un dettagliato sistema di sanzioni e penali non può coprire ogni possibile fattispecie.

Soprattutto nelle operazioni di esternalizzazione più critica (servizi complessi, operazioni di concessione di costruzione e gestione) le aziende sanitarie rischiano di avere un ridotto potere contrattuale, derivante soprattutto dai «piccoli numeri» e da elevata propensione a comportamenti «opportunistici» da parte del mercato. In queste condizioni, risultano molto elevati i costi di transazione, spesso sottostimati o non considerati nelle analisi effettuate¹.

Con riferimento alle criticità del secondo tipo (incertezza, frequenza), è elevato il rischio che le aziende sanitarie non valutino le implicazioni di lungo periodo delle scelte effettuate, ma si concentrino soprattutto su ottenimento di vantaggi economici immediati (Macinati, 2006).

Non meno rilevanti sono le implicazioni relative agli elementi del terzo tipo (specificità di risorse impiegate), soprattutto in riferimento al personale. In molte analisi effettuate, le aziende sanitarie inseriscono i costi del personale tra i costi rilevanti per la decisione; se tale metodologia è errata dal punto di vista economico (il costo del personale raramente si configura come costo eliminabile), ancor più lo è dal punto di vista strategico, in quanto il vero valore aggiunto derivante delle risorse umane è dato dalle economie di apprendimento e di esperienza difficilmente individuabili sul «mercato».

Sulla combinazione degli aspetti di frequenza e di specificità, Williamson (1985) ha individuato quattro classi di transazioni ed una griglia delle strategie per conseguire

il minor costo totale di transazione (**tabella 3**). Si può osservare che, all'aumentare della specificità delle risorse materiali ed umane richieste da un determinato investimento, aumentano i costi di transazione, mentre tendono a diminuire con l'aumentare della frequenza delle transazioni (perché aumentano i rapporti di fiducia e diminuiscono i comportamenti opportunistici).

a) Transazioni non specifiche/occasionali e ricorrenti

In questo caso le transazioni sono omogenee e standard; la struttura di governo più adatta è il mercato (*buy*). Infatti, il mercato assicura il costo della produzione più basso, perché è possibile una forte economia di scala e dei costi di coordinamento minimi perché sono necessari pochi controlli sul fornitore. Il contratto che regola questo tipo di transazioni è un contratto standard.

Per una azienda sanitaria, è questo il caso dei servizi relativi a manutenzione di beni non strategicamente rilevanti (manutenzione edifici, gestione del verde, manutenzione apparecchiature per uffici, ecc.); di servizi ricorrenti ma di bassa complessità (lavanderia e pulizia; servizi di vigilanza) di gestione di alcune attività commerciali (parcheggio, piccoli esercizi commerciali).

b) Transazioni miste e idiosincratice/occasionali

In questo caso, essendo le transazioni occasionali, l'azienda dovrebbe sopportare i costi di apparecchiature e di personale, utilizzati solo saltuariamente. Il mercato, invece, avendo la possibilità di un miglior utilizzo delle risorse, offrirà i costi di produzione più bassi. In queste condizioni, però, il controllo del fornitore richiederà un contratto più complesso che, però, non potrà prevedere tutte le possibili situazioni. Sarà

opportuno allora designare già dall'inizio un terzo arbitro per dirimere, rapidamente e a basso costo, le future controversie: diventa necessario, quindi, prevedere forme e strumenti di controllo e condivisione (presenza di un rappresentante dell'azienda sanitaria all'interno del consiglio d'amministrazione o del collegio sindacale della società privata, appositamente costituita; previsione di un comitato tecnico scientifico, con funzioni di monitoraggio e controllo della qualità dei servizi e di evoluzione della scienza medica, nominato dall'azienda sanitaria e presenza di un rappresentante della società privata; presenza di uno specifico organo «responsabile della gestione», nominato dall'azienda sanitaria, che si interfaccia e controlla l'operato del soggetto privato; presenza di uno specifico organo «responsabile controllo qualità e sicurezza sul lavoro», nominato dall'azienda sanitaria, con il compito di sovrintendere agli interventi di protezione e prevenzione rischi; presenza di «indici di prestazione» dei singoli servizi, collegati a un sistema di penali; obbligo dell'impresa privata di redarre dettagliati rapporti periodici sull'andamento della gestione; presenza di penali legate al rispetto dei contratti di gestione dei servizi).

Per una azienda sanitaria è questo il caso di operazioni di grande complessità, o che richiedono ingenti investimenti di risorse: fornitura e gestione apparecchiature elettromedicali; costruzione e gestione di strutture sanitarie o parti di esse; costruzione e gestione di strutture complesse (camere iperbariche, ecc.).

c) Transazioni miste/ricorrenti

In questo caso, la situazione è incerta, perché il mercato assicura i costi più bassi in assoluto, ma un certo livello di specificità nella transazione farebbe preferire la produzione all'interno dell'impresa. Williamson (1975)

Tabella 3

Griglia delle migliori strategie per la realizzazione della transazione

Fonte: Glücksmann, Ricciardi (1994)

Frequenza della transazione	Specificità delle risorse		
	Non specifiche	Miste	Idiosincratice
Occasionale	A. Mercato con contratti equivalenti	B. Mercato con contratti trilaterali	
Ricorrente		C. Mercato con contratti bilaterali	D. Impresa

suggerisce un contratto speciale con un fornitore esterno, che stabilisca chiaramente gli obblighi delle parti e regoli in dettaglio le possibili evenienze future, compresi i modi e i tempi in cui gli elementi fondamentali della transazione (quantità e prezzo) potranno essere cambiati. Tutto questo per poter contenere i costi di coordinamento del mercato entro certi limiti.

Nelle aziende sanitarie, il riferimento ancora una volta è a servizi non rilevanti dal punto di vista strategico: gestione pulizie; gestione lavanderia; gestione mensa; manutenzione del verde; servizi di vigilanza, ecc. In questo caso, la scelta tra esternalizzazione e gestione interna viene quindi rimessa a valutazioni di altro tipo (ossia, alle condizioni presenti sul mercato: piccoli numeri, opportunismo).

d) Transazioni idiosincratice/ricorrenti

In questo caso, il grado elevato di specificità delle risorse farà sì che le economie di scala dei costi di produzione saranno quasi uguali all'interno o all'esterno dell'azienda. Nell'ipotesi in cui non sia possibile standardizzare ulteriormente le transazioni ed i costi di coordinamento risultassero di conseguenza troppo elevati, è consigliabile produrre la transazione all'interno dell'azienda. Si realizzeranno, così, forme di integrazione verticale, togliendo delle transazioni al mercato e internalizzandole all'interno dell'azienda.

All'interno delle aziende sanitarie, valutazioni di questo tipo saranno effettuate soprattutto con riferimento al grado di strategicità di un servizio e di successiva dipendenza da terzi; in caso di esternalizzazione, infatti, la specificità delle risorse rende molto complessa una successiva scelta opposta, per cui l'azienda sanitaria si trova inevitabilmente «prigioniera» del mercato; di conseguenza, questa scelta è opportuna per servizi che non abbiano un elevato contenuto strategico od istituzionale, ma che comportino elevati costi iniziali di investimento (ancora una volta, ad esempio, gestione del calore, gestione lavanderia, gestione mensa).

L'economia dei costi di transazione, come illustrato in precedenza, si pone come obiettivo principale la ricerca, tra le diverse strutture di controllo, di quella che garantisce la

minimizzazione dei costi di transazione nelle diverse tipologie di scambi. Dall'analisi, sono emersi due meccanismi di coordinamento contrapposti: il mercato (*buy*) e la gerarchia (*make*). Il mercato è la forma più efficiente di governo delle transazioni solo quando è possibile realizzare contratti istantanei ed esaustivi, in presenza di bassa incertezza, di elevata misurabilità dell'oggetto scambiato, di inesistenza di investimenti specifici e di elevata sostituibilità tra le parti.

Nella realtà, queste condizioni sono raramente realizzate, e comportano una crisi del mercato e la necessità di internalizzare la transazione, sostituendo alla contrattazione e al prezzo, il controllo della relazione basato sull'autorità gerarchica (intesa come burocrazia, che ha il suo presupposto fondamentale nell'esercizio dell'autorità in una logica *top down* e dove le persone operano secondo regole esplicite). Si afferma così la superiorità della gerarchia rispetto al mercato, in quanto questa permette:

- di ridurre i costi di transazione grazie alla sostituzione di una serie di contratti di mercato con un unico contratto di impiego e con la proprietà comune delle risorse;
- di limitare i rischi derivanti da comportamenti opportunistici, grazie alle regole stabilite dall'autorità;
- di creare linguaggi più efficienti, aumentando la fiducia e diminuendo i costi per razionalità limitata e imprecisione del linguaggio;
- di far convergere le aspettative dei singoli verso un controllo e coordinamento più efficace essendo indirizzate alla realizzazione di un obiettivo comune. Inoltre a una struttura interna sarà accordata maggior fiducia e saranno date informazioni più attendibili;
- di risolvere le vertenze con maggiore facilità in quanto non sarà necessario ricorrere a un arbitro esterno, ma basterà rivolgersi all'autorità;
- di economizzare i costi di controllo, correlando la remunerazione dei singoli ai comportamenti effettivamente verificati.

Da queste diverse tipologie di vantaggi, potrebbe sembrare che il mercato sia una modalità di governo delle transazioni inadatta in una serie molto numerosa di situazioni. Tuttavia, anche la gestione interna comporta

determinati costi, in quanto, al superamento di una determinata soglia, essa può essere «assalita» da un sovraccarico informativo tale da causare un effetto completamente opposto a quello voluto; si ha, cioè, la perdita di controllo e la conseguente crisi della gerarchia. Solo confrontando questi costi, di organizzazione, con i costi di transazione, si potrà dare allora una spiegazione della scelta dell'una o dell'altra forma di coordinamento dell'attività economica (figura 4).

Accanto alla classica dicotomia gerarchia e mercato, l'economia dei costi di transazione, soprattutto a partire dagli anni ottanta, enfatizza l'importanza delle forme miste che si collocano tra questi due estremi (Camuffo, Cappellari, 1996). Williamson (1985) a tal proposito considera il governo bilaterale e il governo trilaterale della transazione. Il primo è caratterizzato dall'importanza che le parti attribuiscono alla continuità del rapporto. Siccome esse traggono due distinti vantaggi dal contratto, non è pensabile che accettino immediatamente qualsiasi proposta di modifica del contratto. Da questo ne deriva la necessità di creare quelle condizioni di flessibilità dell'accordo cercando di *espandere il rapporto contrattuale al di là dei suoi confini naturali, creando così un rapporto di fiducia reciproca*. Caratteristica di questo modello non è il focus sul contratto, bensì sull'intera relazione tra le parti che si è evoluta nel corso del tempo.

Il governo trilaterale di una transazione si caratterizza, invece, per l'impossibilità di una contrattazione esaustiva tra le parti che decidono di affidare ad un terzo, con funzioni di arbitro, la risoluzione di eventuali controversie e la valutazione dei risultati. La transazione viene quindi assistita da meccanismi di tipo burocratico (Barney, Ouchi, 1984).

La teoria dei costi di transazione, soprattutto nella sua evoluzione, fornisce una interpretazione originale dei fenomeni di partnership e collaborazione pubblico-privato, sottolineando soprattutto le difficoltà, o le contraddizioni, di chi cerca nella *partnership* l'integrazione e la composizione di interessi comuni tra le controparti. Spesso la *partnership* è, invece, un modello che permette di raggiungere una maggiore fiducia nella relazione attraverso un controllo reciproco, derivante da organi congiunti, dalla creazione di strumenti di controllo e di informazione,

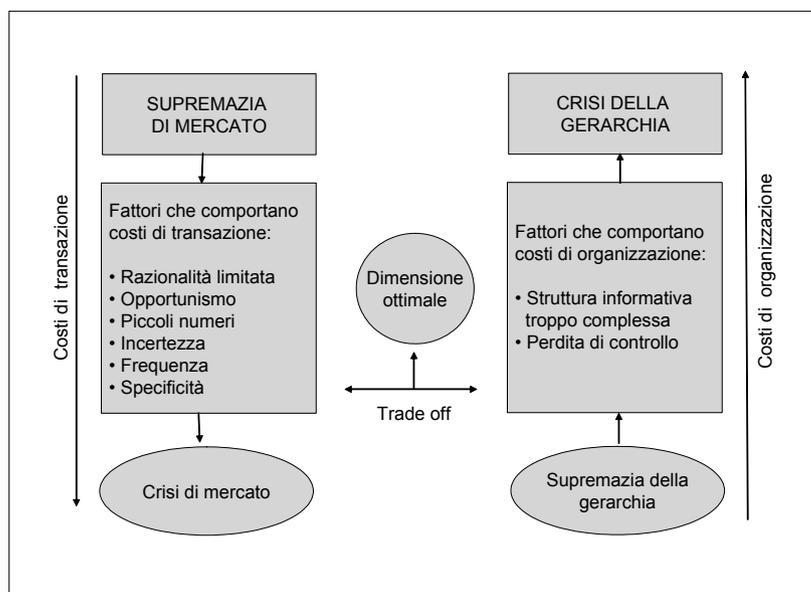
da strumenti di *governance* equilibrata tra le controparti.

Le difficoltà, di entrambe le parti, di governare una relazione contrattuale possono portare, secondo la teoria in oggetto, ad un modello che prevede:

- un bilanciamento di poteri, attraverso una struttura in cui le relazioni assumono carattere stabile e duraturo;
- la previsione di organi misti, con poteri di vigilanza, sorveglianza, controllo sui comportamenti e sugli obblighi delle controparti.

Per le aziende sanitarie, inoltre, questi strumenti permettono il superamento di difficoltà legate ad una attenta valutazione degli effettivi costi di transazione, altrimenti sostenuti. Spesso, infatti, in esse trovano applicazione sistemi di programmazione e controllo ancora troppo deboli per conoscere il costo dei singoli prodotti, sia quelli più semplici sia quelli più complessi e ampi. Se è vero dunque che non si conoscono i costi di produzione, è facile pensare che non si possano conoscere e tanto meno stimare i costi di transazione, di monitoraggio e di controllo. Non bisogna, infatti, dimenticare che nelle aziende sanitarie le scelte di tipo *make or buy* sono dettate non tanto dalla ricerca di soluzioni di convenienza economica o dalla possibilità di creare rapporti di *partnership* con aziende dotate di competenze e soluzioni

Figura 4
Trade-off tra costi di transazione e costi di organizzazione



tecnologiche avanzate, ma sono semplicemente legate a politiche di definizione dei confini dell'intervento pubblico.

5. Dai costi di transazione al *network sanitario*

Uno dei campi di indagine più seguiti negli ultimi anni concerne l'interpretazione del sorgere e dello sviluppo di alcune forme di organizzazione della produzione (di beni e di servizi) più aperte, più flessibili, più ramificate rispetto ai modelli tradizionali. Queste organizzazioni sono generalmente considerate una risposta alla crescita della complessità ambientale dovuta alle nuove traiettorie assunte dallo sviluppo tecnologico e informatico e, non ultimo, alla crescente attenzione al peso degli oneri finanziari e sociale che impongono politiche di controllo e della pressione di razionalizzazione delle risorse.

Anche nel settore sanitario i profondi cambiamenti hanno determinato la necessità di strutture e/o funzioni sempre più differenziate e, quindi, risposte e soluzioni organizzative/gestionali più specifiche. Nel nuovo contesto istituzionale, le aziende sanitarie devono necessariamente operare con sistemi (condizioni organizzative, di lavoro, procedure, ecc.) sempre più sofisticati dal punto di vista qualitativo e tecnologico e, nel contempo, fare ricorso a forme di cooperazione interne ed esterne alle organizzazioni sanitarie pubbliche, basate sull'autonomia e sulla specializzazione, ma anche su maggiori livelli di integrazione. Da ciò deriva la proposizione di una modalità di *organizzazione a rete* che sia più funzionale e rispondente alle nuove esigenze.

Nell'uso corrente la parola rete è riservata ad una molteplicità di fenomeni. In uno sforzo interpretativo si può individuare come elemento caratteristico di questa forma di organizzazione la circolazione delle informazioni e delle conoscenze fra i diversi punti o unità del sistema basata su tre fattori:

- codificazione del sapere produttivo (standardizzazione di procedure e percorsi informativi);
- predisposizione dei linguaggi condivisi tra le parti che compongono la rete, in modo da avere significati univoci per coloro che li utilizzano;

- interazione tra le forze produttive che trovano nella rete il loro tessuto connettivo.

L'attenzione della teoria economica si è sempre concentrata sul funzionamento dei mercati, sull'individuazione delle sue forme tipiche e sui meccanismi allocativi in termini di prezzi dei beni e dei fattori di produzione. Questo ha causato, da un lato, il prevalere di una visione dell'impresa come «funzione di produzione», dall'altro, come reazione, ha stimolato in maniera crescente negli ultimi anni le ricerche, spesso a carattere interdisciplinare, sulla natura istituzionale e sulle forme organizzative dei soggetti economici e dell'azienda in particolare.

Nell'arco dell'ultimo ventennio Williamson (1985) è stato il più autorevole sostenitore dell'insufficienza della visione tecnologica dell'impresa come funzione di produzione. Dal lavoro di Williamson e della sua scuola emerge con chiarezza che il problema manageriale di progettazione organizzativa comporta tre insiemi di decisioni, concettualmente distinti, ma di fatto interdipendenti:

- 1) organizzazione della produzione;
- 2) divisione dell'attività economica tra unità organizzative distinte;
- 3) gestione delle relazioni all'interno di (e tra) unità organizzative attraverso mercati e/o meccanismi di governo più strutturati.

L'analisi di questi tre insiemi ha comportato lo sviluppo di teorie e modelli che esplicano le modalità con cui la singola unità produttiva/decisionale si rapporta al proprio ambiente, attraverso le reti relazionali.

I concetti introdotti in questi ultimi anni di «imprese a rete», «rete di imprese», «network strategico» sono attualmente al centro del dibattito fra gli studiosi di organizzazione e management, anche se spesso è prevalente una loro declinazione più descrittiva. Il paradigma reticolare è diventato anche nel nostro Paese un termine di riferimento. Numerosi sono i contributi, più o meno recenti, che hanno permesso, da un lato, la definizione di vere e proprie aree tematiche di ricerca e, dall'altro, l'individuazione di campi di analisi sui quali il confronto fra gli studiosi rimane aperto (Giacconi, 2003; Meneguzzo, 1998; Gugiatti, 1998).

L'impresa-rete e le reti di imprese si presentano come assetti organizzativi intermedi tra la gerarchia e il mercato, identificando le relazioni di quasi-mercato (rete come tessuto di relazioni cooperative) e di quasi-impresa (rete come confederazione di *business units* autonome). In questo senso la «rete» – il *network* – appare come il superamento dialettico della dicotomia gerarchia-mercato. Una rete si connota dalla presenza di elementi che la definiscono e ne definiscono le proprietà. In primo luogo, i nodi, vale a dire le parti che costituiscono la rete «organizzativa», definiti da Butera (1990) come «entità grandi o piccole orientate ai risultati, relativamente autoregolate, capaci di cooperare con gli altri». Caratteristica dei nodi è la «vitalità», intesa come capacità di sopravvivere autonomamente e di comunicare con gli altri sistemi per lo scambio di valori ed informazioni.

Un secondo elemento fondamentale della rete è dato dalle connessioni, vale a dire dai «legami», tra i nodi o sistemi che rappresentano le modalità connettive tra gli elementi. Tipologie differenti di connessioni sono i legami burocratici (ordini, norme, procedure), le regole e le pratiche di cooperazione lavorativa, le transazioni economiche (scambi tra imprese o unità organizzative del sistema) fino ai flussi informativi che attraverso reti informative ed un linguaggio formalizzato alimentano i processi di scambio ed integrazione.

Un terzo elemento è dato dalla struttura che è il risultato del diverso configurarsi delle connessioni e dei nodi. Secondo l'approccio di Butera (1990), una rete è costituita da strutture eterogenee di tipo morbido (*bubbles*) o duro (*boxes*) in funzione della loro progettabilità e/o influenzabilità. Si avranno quindi strutture di tipo gerarchico (organigramma), operativo (comitati), informativo (reti locali), mercati, sistemi politici, fino alle parentele tra individui.

L'ultimo elemento che caratterizza la rete risiede nelle proprietà operative che definiscono il funzionamento delle organizzazioni a rete. Relativamente alla dimensione culturale si ricordano i linguaggi, i codici, i valori, mentre per quanto riguarda i sistemi operativi si fa riferimento ai sistemi di pianificazione e controllo, di progettazione, di innovazione.

L'analisi necessariamente parziale proposta in questo articolo cerca di fornire alcuni

spunti per una possibile linea di intervento che si sviluppa attorno ad un tema spesso poco e male affrontato, vale a dire l'introduzione del paradigma reticolare nel sistema sanitario, come risposta all'emergere del problema «organizzativo», in forme nuove e decisamente critiche.

Dal punto di vista dell'economia aziendale, il concetto di rete si inserisce come momento di interpretazione delle diverse forme organizzative assunte dagli istituti. Individuando l'attività di azienda come una successione di processi integrati di accadimenti, all'aumentare della complessità ambientale si rendono necessari maggiori livelli di coordinamento ed integrazione, che possono assumere forme organizzative ed istituzionali interne ed esterne tipicamente reticolari. Il concetto di rete è introdotto nella riflessione sulle forme degli ordini economici degli istituti, come riferimento teorico «forte» in contesti di cambiamento in cui crescenti sono i vincoli posti dalla necessità di coordinamento organizzativo. In ambiti territoriali definiti, o all'interno di un unico ciclo produttivo, sono state individuate specifiche tipologie d'impresa caratterizzate frequentemente da una organizzazione ad alta complessità tecnologica e professionale, in grado di garantire superiori livelli di governo della complessità ambientale, soprattutto attraverso la flessibilità basata sul coordinamento delle azioni.

Le aziende sanitarie operano in contesti tipicamente caratterizzati da crescenti livelli di complessità, innovazione e incertezza, in cui viene esaltata la funzione di coordinamento del sistema e dei singoli centri di offerta di servizi. Si individua, quindi, una rete di servizi sanitari in cui ciascuna struttura o funzione può attivare e quindi migliorare le potenzialità e capacità auto-organizzative delle proprie strutture e funzioni, nonché delle proprie specializzazioni.

La rete di servizi sanitari è caratterizzata, in primo luogo, dall'articolazione degli stessi processi di tutela della salute che sono per loro natura processi che configurano reti. Il passaggio dalla centralità della malattia a quello della salute sposta necessariamente l'attenzione sulla definizione e sulla scelta delle strategie da un unico centro di offerta di servizi ad una pluralità di soggetti e di ambiti di intervento. In prima approssimazione, si può affermare che i processi di tutela della

salute siano tutt'altro che limitati all'interno di una singola struttura (es. ospedale). Sia dal punto di vista dell'analisi dei soggetti preposti all'offerta di servizi sanitari (Regioni, Asl, Aziende ospedaliere, Irccs, Ospedali privati accreditati, organizzazioni *non profit*) che operano con funzioni specifiche in diverse localizzazioni territoriali, sia dal punto di vista della stessa natura dei servizi offerti (prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione) si configurano relazioni tra organizzazioni e tra processi/servizi che nella loro specificità ed autonomia formano un contesto a rete.

Importanti fasi che caratterizzano i processi di tutela della salute, come il controllo dell'ambiente e dei luoghi di lavoro, le molteplici forme di assistenza socio-sanitaria (per portatori di handicap, anziani, tossicodipendenti, alcolisti, ecc.), i servizi ambulatoriali e diagnostici, sono diffuse sul territorio, definendo aree di riferimento su cui interagiscono servizi e funzioni che necessitano di specifici livelli di coordinamento.

La presenza nello stesso ambito territoriale di più organizzazioni sanitarie di derivazione pubblica e privata con differenti livelli di autonomia istituzionale e con specifiche tipologie di servizi offerti rende evidente la tipica natura reticolare del servizio sanitario, che informa l'ambiente attraverso la natura dei propri processi di organizzazione e coordinamento. Si possono individuare non solo diversi soggetti o servizi caratterizzati da differenti gradi di autonomia e specializzazione, ma soprattutto differenti modalità di collegamento, flussi informativi di natura e contenuto articolati, specifiche logiche organizzative e gestionali. In questo contesto ambientale, la consapevolezza dell'unitarietà dell'individuo rispetto all'insieme dei soggetti e dei servizi sanitari permette di cogliere la portata e la significatività dei processi di specializzazione. La differenziazione delle funzioni e la specializzazione delle organizzazioni e dei loro sottosistemi, che si esplicano in una pluralità di atti medici e servizi sanitari a differente complessità, aventi come oggetto il paziente, richiedono crescenti livelli di coordinamento nella singola struttura ospedaliera, ma soprattutto sul territorio.

Un altro aspetto che spinge verso un approccio di tipo reticolare ai servizi sanitari si riferisce alla loro caratterizzazione pubblica.

L'interesse della collettività alle problematiche di ordine sanitario si è espresso nei Paesi più avanzati nella creazione di sistemi sanitari nazionali che, pur con diversi gradi di partecipazione di soggetti privati ai processi decisionali e all'offerta di servizi, sono caratterizzati da preminenti obiettivi di interesse pubblico. Si individuano, quindi, servizi sanitari a tutela pubblica con sedi politiche di decisione (in Italia Ministero, Assessorati regionali alla sanità), agenzie regionali e sedi di acquisto e di offerta di servizi diffuse sul territorio e responsabili della traduzione in termini operativi delle strategie e degli obiettivi non solo di ordine sanitario, ma anche sociale e finanziario.

Tutti i punti sottolineati in precedenza rimandano alla necessità di un approccio sistemico e per molti aspetti reticolare all'insieme dei servizi sanitari. L'utilizzo del paradigma reticolare in sanità appare quindi giustificato, sia a livello teorico dell'economia d'azienda e dello studio delle organizzazioni sanitarie come aziende di servizi, sia sul versante proprio dell'organizzazione dell'offerta di servizi sanitari che trovano nella specializzazione, nel coordinamento e nell'integrazione la loro stessa ragione d'essere.

Il contesto normativo ed istituzionale del settore sanitario appare, nel nostro Paese, percorso da due tendenze di fondo: da un lato, l'introduzione di logiche aziendalistiche finalizzate ad una specializzazione delle organizzazioni con un incremento dei gradi di autonomia e di libertà delle stesse; dall'altro, una spinta all'integrazione dei processi e delle organizzazioni a livello sistemico, sulla base dello sviluppo di linguaggi/sistemi informativi, degli impatti di tecnologie avanzate sempre più sofisticate e di grossa rilevanza finanziaria, e soprattutto di scelte di razionalizzazione territoriale degli attori.

Stiamo, quindi, assistendo ad un ulteriore incremento dei livelli di incertezza presenti nel sistema, in cui agli effetti di politiche e di interventi specifici si vanno ad aggiungere gli impatti dovuti alla crescente differenziazione della domanda di servizi sanitari – a causa di tendenze demografiche ed epidemiologiche ormai consolidate – ed anche alla maggiore varietà di tecnologie biomediche disponibili. Maggiore incertezza che richiede risposte adeguate non solo in termini istituzionali e/o finanziari, ma soprattutto ge-

stonali ed organizzativi. Di qui l'importanza dell'introduzione di innovazioni organizzative già sperimentate in altri contesti verso le quali sono crescenti sia l'attenzione che le aspettative degli operatori. Il paradigma reticolare si propone come momento di riflessione a supporto della programmazione strategica del settore sanitario su due livelli: a livello di singola istituzione, come stimolo al cambiamento organizzativo ed alla ridefinizione delle funzioni «produttive» interne e, più complessivamente, come schema di intervento per politiche di integrazione di funzioni/servizi «esterni» alle singole aziende.

Il *network* nei servizi sanitari diventa indispensabile nella gestione strategica delle scelte non solo di internalizzazione/esternalizzazione, ma anche di ridefinizione delle logiche di funzionamento interne, in termini di superamento delle visioni relative all'atto medico, al rapporto medico-paziente, alla gestione separata (per servizi/reparti, per patologie, per aree geografiche), alla disgiunzione dei momenti preventivi e di screening da quelli terapeutici, assistenziali e riabilitativi. Tutte le modalità di esternalizzazione di servizi e funzioni comprese negli schemi interpretativi del *contracting in*, *contracting out* e della *partnership* rimandano ad una attenta analisi del contesto competitivo/cooperativo in cui l'organizzazione di servizi sanitari è inserita, nonché delle forme di collaborazione possibili all'interno di una rete «governata» di soggetti formalmente autonomi, ma inseriti in un unico processo produttivo diffuso sul territorio che ha un unico reale obiettivo, la tutela e la promozione della salute, bene pubblico per eccellenza. Soffermandoci in particolare su quest'ultimo aspetto, appare evidente come nei processi di decentramento e di affidamento all'esterno di specifici servizi intermedi o di supporto, l'applicazione di una logica reticolare permetta di individuare più approfonditamente gli aspetti di convenienza economica e di integrazione funzionale, ed inoltre di superare rigidità comportamentali ed ostacoli di ordine organizzativo/burocratico. Nell'ottica del perseguimento dell'efficienza e dell'efficacia nei servizi sanitari, l'esternalizzazione di servizi intermedi e finali, oppure l'introduzione di forme di collaborazione effettiva tra organizzazioni con l'obiettivo della specializzazione funzionale, hanno rappresentato e rappresenteranno sem-

pre di più la modalità privilegiata di risposta alla complessità dei processi produttivi e alle modificazioni istituzionali. Affidamento all'esterno e collaborazione tra organizzazioni sono logiche strategiche che superano la dicotomia pubblico-privato e che possono affiancarsi, con più o meno contrapposizione, alle logiche finalizzate alla privatizzazione dei servizi pubblici. Nel caso dell'esternalizzazione, infatti, il «gestore strategico» è un soggetto pubblico e il produttore di servizi può essere pubblico o privato, mentre nella privatizzazione le organizzazioni private si trovano in una posizione di centralità sia per quanto riguarda la gestione strategica che la produzione di servizi (Meneguzzo, Rebor, 1990). Le tre principali configurazioni della formula contrattuale alla base delle strategie di esternalizzazione sono, come si è prima accennato, il *contracting out*, il *contracting in*, e la *partnership*. Nel *contracting-out* il gestore strategico è pubblico ed il produttore del servizio può essere pubblico o privato con formula istituzionale imprenditoriale; nel *contracting in* sia il gestore strategico che il produttore di servizi rimangono pubblici, con l'affidamento all'esterno della gestione di servizi ad altre organizzazioni pubbliche. Nella *partnership*, infine, si realizza una joint-venture o comunque un processo di cooperazione tra pubblico e privato.

A livello di organizzazioni sanitarie si può, in effetti, registrare come si sia in presenza di una articolazione delle formule contrattuali: dal *contracting out* per servizi come il lavano, il *global service*, la fornitura di materiale monouso per sale operatorie, servizi di disinfezione/pulizia, a forme di *partnership* per quanto concerne la logistica e l'area amministrativa fino a formule di *contracting in* dove è maggiore la specificità dell'ospedale pubblico (ricerca e sviluppo, gestione del sistema informativo).

Le modalità di scelta degli organismi fornitori sono in larga parte riconducibili alle procedure di acquisto usualmente adottate dal settore pubblico. La gestione concorrenziale prevede, in primo luogo, una chiara distinzione tra il centro di responsabilità che avvia l'intero meccanismo contrattuale e il centro operativo che opera da gestore, in diretta concorrenza con i fornitori esterni. Questa separazione è importante in quanto implica che l'unità operativa interna, messa in

discussione dalla strategia di decentralizzazione, non possa diventare l'attore chiave del processo di gestione concorrenziale ed evita soprattutto di perseguire ipotesi semplificate di automatica trasformazione organizzativa da centro gestore in centro di acquisto.

La **tabella 4**, ripresa da Asher (1987), sintetizza le attività e le variabili chiave per le singole fasi del processo di gestione concorrenziale della formula contrattuale.

Particolare rilevanza ai fini del presente articolo riveste il *contracting in*, che è la formula di affidamento all'esterno di aree omogenee di attività, in cui i protagonisti del processo sono esclusivamente organizzazioni pubbliche. Pur in assenza di una valutazione delle offerte provenienti dal mercato per l'affidamento del servizio, anche in questa formula contrattuale si inseriscono processi di gestione concorrenziale nella selezione dei fornitori del servizio, in quanto l'azienda pubblica in oggetto deve necessariamente mettere a confronto i livelli di spesa e le capacità operative e professionali del centro gestore interno con le alternative offerte da altre aziende pubbliche. Nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, il *contracting in* ha trovato prevalente applicazione nell'area dei sistemi informativi; in alcune regioni, in sede legislativa, sono stati previsti forti vincoli ai processi di informatizzazione, con la parallela creazione di organismi con diverso assetto giuridico (S.p.A. a capitale pubblico o a capitale misto pubblico e privato).

Nonostante questo aspetto, questa formula contrattuale viene utilizzata in sanità secon-

do una logica riduttiva rispetto ai potenziali ambiti applicativi, limitandosi alle modalità di esternalizzazione di attività a limitata rilevanza strategica ed operativa o di supporto (*global service*, lavanolo, ecc.). Sporadici sono i tentativi di estendere nel contesto italiano la formula del *contracting in* ad aree più strategiche, come la gestione delle tecnologie a maggiore impatto sulla spesa.

Indipendentemente dalla formula delle aziende contrattuale utilizzata, un maggior ricorso alle diverse strategie di decentralizzazione ed esternalizzazione potrebbe consentire, nel contesto sanitario italiano, sulla base di analisi ed esperienze in atto negli altri paesi industrializzati, una gestione dei processi e delle strategie con maggiori margini di flessibilità da parte delle organizzazioni coinvolte.

6. Innovazioni normative e processi di esternalizzazione

Le continue innovazioni di natura normativa e gestionale rappresentano, per le organizzazioni sanitarie, un terreno di confronto e di sfida sempre più obbligato. Le aziende sanitarie e ospedaliere sono chiamate a governare processi di cambiamento e a misurarsi con logiche dinamiche nell'organizzazione dei servizi e delle funzioni. In questo contesto diviene fondamentale per l'azienda la valutazione delle soluzioni e delle opportunità che, sia l'ambiente esterno, sia il quadro normativo, rendono applicabili nelle scelte strategiche e operative. Un primo ele-

Tabella 4

Attività e variabili chiave nella gestione della formula contrattuale

Fasi	Attività e fattori rilevanti
<i>Pre-tender</i>	tipologia del contratto - responsabilità organizzative - modalità di consultazione - politiche di appalto e decentralizzazione
Preparazione del contratto	modalità della gara - specifiche contrattuali
Preparazione offerta interna	organismi consultivi - identificazione costi evitabili
Aggiudicazione del contratto	valutazione capacità professionali - valutazione profilo finanziario - valutazione profilo tecnico
Gestione del contratto	eliminazione o riconversione struttura operativa interna - trasferimento conoscenze/competenze
Monitoraggio e verifica	tipologia del sistema di controllo e identificazione responsabilità

mento di discussione è rappresentato dalle opportunità introdotte dalla riforma del 1999 (decreto legislativo 229) che, all'art. 10, disciplina la sperimentazione di nuovi modelli gestionali per la realizzazione di forme innovative di collaborazione tra pubblico e privato. Forme innovative e sperimentali che, nell'ambito della definizione di nuovi modelli gestionali, possono portare anche alla costituzione di società miste pubblico-privato, mentre risultano escluse iniziative tese alla formazione di società di capitali aventi per oggetto lo svolgimento di compiti direttamente attinenti ai servizi sanitari. All'interno di questa linea di sperimentazione trovano spazio, quindi, iniziative innovative volte a modificare le forme di gestione di un'ampia serie di funzioni aziendali, non direttamente sanitarie, ma sostanzialmente di supporto ad esse, con l'obiettivo di elevare i livelli di efficienza ed efficacia dei servizi, utilizzando il supporto di operatori specializzati. Senza arrivare a questo livello di formalizzazione delle relazioni aziende sanitarie-contesto ambientale, si possono individuare forme di collaborazione meno strutturate, ma sempre più diffuse. Le scelte di esternalizzazione (*outsourcing*) nella gestione di alcuni servizi rappresentano una opzione ineludibile per introdurre maggiori livelli di flessibilità organizzativa e gestionale anche nelle Aziende sanitarie. Nella logica della valutazione di lungo periodo delle strategie aziendali, i processi di esternalizzazione hanno soprattutto l'obiettivo di elevare i livelli di appropriazione tecnologica dal contesto ambientale esterno. Questo obiettivo strategico di lungo periodo appare prioritario rispetto a logiche contingenti e operative che privilegiano obiettivi di riduzione dei costi o di miglioramenti dell'efficienza dei servizi. I due temi dell'appropriazione tecnologica e dell'esternalizzazione di funzioni appaiono quindi strettamente connessi e trovano nelle logiche di *partnership* la cornice comportamentale da implementare nel rispetto del dettato normativo.

Il passaggio dalle formule gestionali tradizionali (gestione diretta, gestione attraverso imprese esterne, gestione consortile o convenzionata, gestione attraverso società di capitale a partecipazione mista, concessione a terzi) a forme innovative di *partnership* trova, in effetti, sul lato normativo seri vincoli

di ordine procedurale, a causa del rispetto della normativa ad evidenza pubblica.

Proprio per questi aspetti di rigidità del sistema, occorre valutare con estrema attenzione le opportunità offerte dallo stesso decreto legislativo 229, in merito alle relazioni contrattuali di tipo privatistico rese possibili al di sotto della cosiddetta soglia comunitaria. La sequenza atto aziendale-regolamento degli acquisti-esternalizzazione di funzioni appare, da questo punto di vista, non l'adempimento di obblighi di ordine giuridico, ma il condensato di scelte strategiche specifiche per la singola azienda sanitaria.

Se al di sopra della soglia comunitaria risulta prioritaria, nella ricerca delle formule gestionali più adatte e funzionali alle strategie aziendali, l'introduzione di elementi innovativi come gli acquisti collettivi o gli accordi di programma, da un lato, e di formule istituzionali nuove come le ricordate sperimentazioni gestionali, il *project finance* e il *global service*, dall'altro, nelle acquisizioni di beni e servizi in regime di diritto privato, la riforma *ter* offre corposi elementi di miglioramenti gestionali.

È stato sottolineato come il ricorso sempre più frequente alle diverse modalità di *outsourcing* (puro, esterno, *insourcing* di controllo, *insourcing* di partecipazione, *partnership*, *global service*, *general contractor*) sia da inserire in schemi di analisi che enfatizzano il livello strategico e le logiche di lungo periodo.

Proprio a livello di strategie aziendali, uno degli elementi più critici nella valutazione delle funzioni da esternalizzare e nelle correlate modalità di affidamento esterno risiede nella ricerca di strumenti capaci di garantire adeguati livelli di qualità del servizio affidato in gestione esterna e, soprattutto, della loro costanza nel corso del contratto. La valutazione della qualità dei servizi affidati all'esterno è fondamentale, poiché richiede strumenti di intervento precedenti l'affidamento stesso, nonché l'affinamento di logiche di analisi in itinere nella gestione del rapporto con l'affidatario. Questo ambito di intervento è tuttavia ostacolato da una serie di elementi, come la difficoltà in sede progettuale di definire con precisione le prestazioni richieste e i livelli qualitativi desiderati, o la carenza di una strumentazione dei livelli qualitativi nel corso del tempo.

A questo proposito, occorre partire dalla consapevolezza che le scelte di esternalizzazione siano strettamente correlate all'obiettivo di raggiungere livelli superiori di flessibilità organizzativa, contenimento dei costi di gestione e miglioramento della qualità del servizio. Presupposto per il raggiungimento di un simile obiettivo è che l'azienda sanitaria disponga di una strumentazione in grado di verificare e monitorare la gestione del servizio. Una simile strumentazione ha al centro della sua implementazione l'analisi dei tipici elementi critici dei processi di esternalizzazione: un primo elemento è rappresentato dalle modalità di approccio al modello di acquisizione del servizio esternalizzato (la precisa analisi delle esigenze aziendali in ordine al servizio che si vuole esternalizzare, una attenta progettazione del capitolato d'appalto e del bando, le procedure di aggiudicazione e i criteri di selezione delle offerte utilizzati); un secondo elemento risiede nelle modalità di implementazione di un sistema di monitoraggio e verifica puntuale e continuo del servizio stesso; un terzo elemento può essere individuato nella disponibilità, all'interno dell'organizzazione aziendale, di figure professionali in grado di essere responsabilizzate e divenire il centro di controllo dei risultati dei servizi esternalizzati. Corollario di questo ultimo elemento è la capacità da parte del sistema informativo aziendale di disporre e offrire informazioni in grado di supportare validamente il processo del monitoraggio.

Possiamo sintetizzare questi elementi di criticità nei concetti di:

- attenta analisi del processo di esternalizzazione *ex ante* (dalla rispondenza dell'intervento alle strategie aziendali alla predisposizione di documenti conseguenti a queste scelte di fondo);
- impostazione di un sistema di controllo basato su informazioni, responsabilità e criteri quanto possibile standardizzati.

I sistemi di controllo tradizionalmente utilizzati nelle aziende sanitarie hanno una impostazione che privilegia il rispetto formale *ex ante* dei requisiti che garantiscono (o dovrebbero garantire) adeguati livelli qualitativi delle prestazioni a partire dalle caratteristiche delle tecnologie e del personale impiegato nella sua erogazione. Durante il corso

dell'appalto o comunque dell'affidamento esterno del servizio si ricorre frequentemente a criteri di valutazione non sistematici e estremamente soggettivi. Questo a causa della mancata definizione di criteri definiti e convenuti, che non hanno carattere di oggettività e sistematicità.

È chiaro che una strategia aziendale che intenda superare questa situazione di oggettiva difficoltà nei processi di esternalizzazione debba puntare sulla ricerca di due elementi essenziali:

- la disponibilità di una documentazione contrattuale che abbia al centro la tematica del controllo e della verifica costante del servizio esternalizzato;
- la disponibilità di una strumentazione, anche in forma di manuale della qualità.

In merito a quest'ultimo aspetto, si propone quindi che ogni azienda sanitaria si doti per singolo servizio esternalizzato di un documento, definito *ex ante* con l'impresa fornitrice del servizio, che definisca attentamente, oggettivamente e in maniera misurabile gli elementi del servizio, ad esempio prevedendo il contenuto e fissando valori di riferimento per tutte le operazioni coinvolte. Lo stesso documento deve necessariamente far riferimento alle modalità di applicazione delle penali e ai criteri di non accettazione del servizio o di risoluzione del contratto stesso.

Una possibile risposta a queste esigenze è fornita dall'introduzione nella nostra legislazione del contratto di risultato.

6.1. SCHEDA 1. Il Contratto di risultato

Il contratto di risultato come modalità innovativa nella gestione dei processi di esternalizzazione dei servizi è stato introdotto nella nostra legislazione dal collegato alla finanziaria del 2002 all'art. 30 comma 8 lettera E del capo secondo.

Questo strumento si pone obiettivi sia di carattere economico (controllo e/o riduzione dei costi) sia, soprattutto, di carattere gestionale (miglioramento della qualità dei servizi, costanza delle prestazioni, minimizzazione dei rischi per le Aziende pubbliche). Assumendo una stretta dipendenza tra costi del servizio e livello qualitativo delle prestazioni

erogate, questo contratto si basa sulla capacità delle parti di definire contenuti e modalità del servizio in una relazione dinamica e con superiori livelli di rapporti fiduciari rispetto a strumenti tradizionali.

Il capitolato basato sul contratto di risultato impone, infatti, al fornitore di assumere un ruolo attivo e propositivo nei confronti dell'Amministrazione pubblica e contiene, accanto alle prescrizioni e alle specifiche del servizio erogato, anche specifiche relative ai livelli qualitativi attesi.

Soffermandoci brevemente su questi aspetti, le specifiche che determinano il risultato contengono l'indicazione degli elementi utilizzati nella valutazione dei risultati. Nelle specifiche sono contenute anche le modalità di misurazione delle soglie di conformità e sono definiti gli indicatori di qualità, i criteri di valutazione degli indicatori, la strumentazione con la quale vengono misurate le prestazioni e il sistema di controllo. Strumenti operativi risultati dalle specifiche sono le soglie di conformità accettate dalle parti (azienda sanitaria e impresa fornitrice) che definiscono i livelli qualitativi attesi per ogni servizio. Tali soglie di conformità sono, in altri termini, il livello minimo di qualità attesa al di sotto del quale la prestazione erogata è ritenuta «non conforme».

6.2. SCHEDA 2. Il *Global service*

Il *Global service* è uno strumento innovativo² definito, secondo i criteri UNI³ EN-ISO come un contratto di manutenzione basato sui risultati, che comprende una pluralità di servizi sostitutivi delle normali attività di manutenzione, con piena responsabilità sui risultati da parte dell'assuntore. La definizione stessa dello strumento mette in evidenza i vantaggi del ricorso al *global service* rispetto alla gestione in house del servizio di manutenzione e di quelli ad esso connessi. Attualmente il mercato offre alle aziende sanitarie tre possibilità per la gestione della manutenzione.

A) Servizio di tipo prevalentemente interno (assistenza eseguita da personale dipendente della Asl/Ao con uno staff di ingegneri clinici e tecnici biomedici il cui numero dipende dalla dotazione e complessità tecnologiche). Si tratta del servizio di ingegneria

clinica tradizionale con indubbi vantaggi in termini di immediatezza di intervento e diminuzione del tempo di fermo macchina, ma che tuttavia necessita di un aggiornamento continuo del personale, di una gestione del magazzino di parti di ricambio e, comunque, della sottoscrizione di contratti di manutenzione per le apparecchiature ad alta complessità tecnologica.

B) Servizio di tipo misto (assistenza eseguita da personale dipendente della Asl/Ao con uno staff ridotto di tecnici biomedici per interventi su tecnologie di complessità medio-bassa con il ricorso a ditte specializzate di *Global Service* per le tecnologie di complessità medio-alta, con conseguente esigenza di controllo di qualità sui servizi esternalizzati). Si tratta di una formula diffusa negli ospedali italiani a partire dagli anni novanta perché garantisce contestualmente all'azienda sanitaria flessibilità organizzativa, controllo totale del sistema, miglior compromesso nella combinazione di diverse competenze e possibilità di integrazione delle molteplici attività di un Servizio di ingegneria clinica.

C) Servizio completamente esterno (l'intera assistenza tecnica delle tecnologie è affidata ad un unico interlocutore esterno all'azienda, la società di *Global Service*, la quale procede all'inventariazione delle apparecchiature, contatta i produttori/fornitori, acquista le parti di ricambio, esegue le verifiche di sicurezza elettrica e stipula contratti di manutenzione con i grossi produttori per le tecnologie rilevanti). Questa modalità organizzativa permette una grande flessibilità organizzativa, ma presenta alcuni rischi in termini di governo complessivo della variabile tecnologica e di metodologie di controllo sulla qualità.

7. Le scelte di esternalizzazione: vantaggi e nodi critici

La teoria dei costi di transazione, delineata nelle pagine precedenti, sollecita le aziende sanitarie ad interrogarsi su alcuni elementi di criticità:

- 1) profili di convenienza e vantaggi del ricorso ad una formula di esternalizzazione;
- 2) svantaggi e nodi critici associati a questa modalità di gestione;

3) individuazione di criteri e variabili a supporto delle scelte di esternalizzazione.

Oltre agli elementi richiamati nelle pagine precedenti (maggiore concentrazione delle risorse finanziarie ed organizzative sulle attività «core» dell'azienda sanitaria; recupero di spazi di flessibilità, nella gestione delle risorse umane e finanziarie; sviluppo di spazi di imprenditorialità interna e politiche di raccolta fondi; ricerca di riduzione dei costi sostenuti per la produzione dei servizi; realizzazione di partnership per acquisizione di conoscenze e competenze dal mercato), una formula di esternalizzazione – o, nelle sue forme più spinte, *partnership* – può essere vista come una relazione di collaborazione fondata sulla «convergenza» di interessi e finalizzata al perseguimento di obiettivi economici e sociali, da cui i singoli soggetti partecipanti traggono indirettamente vantaggi individuali. Il presupposto per il successo di tali relazioni è un significativo coinvolgimento dei diversi *partner*, che si concretizza con l'apporto e lo scambio di:

- capitali, risorse finanziarie;
- *know how* scientifico e gestionale;
- risorse umane;
- competenze distintive;
- flessibilità organizzativa;
- capacità manageriali ed imprenditoriali.

Un processo di esternalizzazione, con il coinvolgimento di soggetti privati, deve favorire un rinnovamento concettuale delle modalità gestionali, stimolando la diffusione di miglioramenti ed innovazioni nei processi produttivi. L'introduzione di questi elementi dovrebbe essere in particolare orientata a:

- rafforzare abilità strategiche ed imprenditoriali per rispondere in maniera più efficace alle aspettative dei propri utenti;
- acquisire maggiori capacità manageriali per stimolare un maggior orientamento all'efficienza;
- diffondere idonei strumenti informativi e sviluppare metodi di misurazione della qualità dei servizi, per il recupero di adeguati margini di competitività.

Gli elementi che inducono un'azienda sanitaria a riflettere sull'opportunità di ri-

correre a questo strumento sono anche di ordine diverso. Innanzitutto, il contesto di riferimento deve presentare importanti opportunità imprenditoriali: ha senso attivare operazioni di *partnership* se esse permettono di occupare spazi di mercato, coprire più nicchie di servizio, diversificare sostanzialmente il proprio sistema di prodotto, sviluppare attività autonome.

Il ricorso ad un processo di esternalizzazione presenta, però, alcuni aspetti di criticità.

In primo luogo, come visto in precedenza, l'affidamento di un servizio ad un soggetto esterno comporta, per l'azienda sanitaria, la perdita della gestione diretta e la rinuncia ad alcune forme di controllo; in particolare:

- sulla formulazione delle strategie, attraverso la definizione dei relativi indirizzi ed obiettivi strategici; tuttavia l'azienda sanitaria, pur dovendo abbandonare il controllo gestionale (il soggetto esterno, o il nuovo organismo, devono godere di autonomia ed imprenditorialità), continua ad avere una visione complessiva del servizio e quindi a fornire indicazione strategiche per il suo sviluppo;

- sull'attività di controllo in senso stretto, che comprende la valutazione degli esiti delle misurazioni conseguenti alle operazioni di rilevazione e il controllo sulla performance e sui risultati, che si configura, in primo luogo, come un controllo sul sistema e sulla struttura dei costi.

Un elemento di forte criticità è legato, inoltre, al regime contrattuale del personale. In linea generale, il personale dipendente al momento del trasferimento del servizio dovrebbe avere l'opportunità di scegliere il proprio regime contrattuale: trasferimento alla nuova struttura, e quindi modifica del proprio stato giuridico con scelta del rapporto privatistico; oppure, mantenimento del rapporto di lavoro di diritto pubblico. Tale interpretazione deriva dalla lettura dell'articolo 31 del D.L.vo 30 marzo 2001, n. 165⁴, che rimanda all'articolo 2112 del codice civile (Trasferimento dell'azienda): «In caso di trasferimento d'azienda, il rapporto di lavoro continua con l'acquirente ed il lavoratore conserva tutti i diritti che ne derivano. L'alienante e l'acquirente sono obbligati, in solido, per tut-

ti i crediti che il lavoratore aveva al tempo del trasferimento. (...) L'acquirente è tenuto ad applicare i trattamenti economici e normativi, previsti dai contratti collettivi anche aziendali vigenti alla data del trasferimento, fino alla loro scadenza, salvo che siano sostituiti da altri contratti collettivi applicabili all'impresa dell'acquirente. Le disposizioni di quest'articolo si applicano anche in caso di usufrutto o di affitto dell'azienda».

A supporto di tale tesi anche l'articolo 11 del D.L.vo 16 ottobre 2003, n. 288⁵: «1. Nelle Fondazioni di cui all'articolo 2 il rapporto di lavoro del personale ha natura privatistica. Il personale dipendente alla data di trasformazione in Fondazione mantiene, ad esaurimento, il rapporto di lavoro di diritto pubblico e può optare per un contratto di diritto privato entro centottanta giorni dal decreto di trasformazione. Al personale che non opta per il rapporto di lavoro privato continua ad applicarsi la disciplina prevista dai decreti legislativi 30 dicembre 1992, n. 502, e 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni; per detto personale nulla è innovato sul piano della contrattazione collettiva nazionale di comparto. Per il personale delle Fondazioni di cui all'articolo 2, che opta per il rapporto di lavoro privato e per quello di nuova assunzione nelle stesse Fondazioni si applicano trattamenti economici derivanti da finanziamenti pubblici non superiori a quelli previsti dai contratti pubblici della dirigenza medica e non medica e del comparto sanità».

In alternativa, il personale che rifiuti il trasferimento potrebbe essere collocato in mobilità e successivamente in disponibilità.

Si evince chiaramente che «l'acquirente» o il nuovo soggetto giuridico, è tenuto ad applicare la disciplina collettiva in essere presso l'azienda cedente, fino alla sua naturale scadenza, salvo che sia individuato un contratto collettivo applicabile presso l'acquirente o tra le parti si raggiungano i cosiddetti accordi collettivi di ingresso. In alternativa, il personale che rifiuti il trasferimento potrebbe essere collocato in mobilità e, successivamente, in disponibilità.

L'esternalizzazione dei servizi, infine, comporta una diseconomia fiscale, derivante dall'applicazione dell'Iva ordinaria sui servizi (aliquota pari al 20%), precedentemente svolti all'interno e quindi esenti.

Pertanto, i vantaggi ottenibili da operazioni di esternalizzazione, riconducibili prevalentemente alla possibilità di conseguire maggiori livelli di efficienza e di una concentrazione delle risorse umane e organizzative sull'attività *core*, sono sensibilmente ridotti dalla diseconomia fiscale, dovuta al fatto che l'azienda sanitaria, essendo un soggetto passivo ai fini Iva, non può recuperare l'Iva corrisposta sugli acquisiti. Solo nell'ambito delle operazioni di concessione di costruzione e gestione tale ostacolo è stato in parte rimosso dal decreto legge 269/03, convertito nella legge 24 novembre 2003, n. 326, che prevede la costituzione di un fondo per il recupero dell'Iva da parte dell'azienda sanitaria⁶.

Alla luce di quanto visto nelle pagine precedenti, nell'analisi che porta alla scelta della formula organizzativa più efficiente per la gestione dei servizi, assumendo il punto di vista di un'azienda sanitaria che deve decidere se acquisire il servizio sul mercato, se realizzarlo al proprio interno o se stabilire con una controparte esterna un accordo che crei una relazione più stabile e vincolante, si ritiene opportuno utilizzare un *approccio multicriterio*: occorre, cioè, una analisi congiunta di diverse variabili, che possono essere raggruppati nei quattro macro sistemi che seguono.

7.1. Analisi caratteristiche del settore

Il settore cui appartiene il servizio in oggetto può influenzare le scelte del management aziendale. Infatti, all'aumentare del grado di concentrazione del settore (un alto grado di concentrazione comporta che un numero ristretto di imprese controlla la parte rilevante della quota di mercato del settore), aumenta la possibilità (il rischio) di comportamenti collusivi delle imprese operanti; questo può comportare, per l'azienda sanitaria, non solo una perdita di potere contrattuale e l'ottenimento di condizioni di prezzo e qualità peggiori, ma anche la mancanza di sostituti sul mercato. Pertanto, per servizi facenti parte di settori ad elevata concentrazione, occorre valutare con maggiore attenzione la scelta di esternalizzazione.

Rispetto alla variabile in oggetto, è possibile individuare una *check list* di domande chiave (**tabella 5**):

Tabella 5

Analisi caratteristiche settore

	Esternalizzazione (Buy)	Gestione interna (Make)
<i> Criterio 1:</i> Numerose controparti con elevati standard di prestazione Poche controparti con elevati standard di prestazione	X	X
<i> Criterio 2:</i> Molti contraenti presenti sul mercato Pochi contraenti presenti sul mercato	X	X
<i> Criterio 3:</i> Possibilità comportamenti opportunistici Facilità di rilevare e sanzionare comportamenti opportunistici	X	X
<i> Criterio 4:</i> Potere contrattuale equilibrato Difficoltà di costruire un potere equilibrato	X	X
<i> Criterio 5:</i> Mercato più efficiente Mercato meno efficiente	X	X

1) Esistono poche o molte possibili controparti con le quali realizzare la transazione, in grado di assicurare uno standard di prestazione di livello simile?

2) È possibile ampliare l'analisi relativa al grado di concorrenza (grandi o piccoli numeri di concorrenti potenziali)?

3) Sono possibili comportamenti opportunistici o scorretti, non facilmente rilevabili e sanzionabili senza interrompere la relazione?

4) È possibile costruire una relazione tra pubblico e privato basata su una dinamica di potere contrattuale equilibrata nel tempo?

5) Il mercato è considerato più efficiente rispetto alla gestione interna (ottenimento di risparmi di costo; sviluppo di sinergie)?

Come indicato nella tabella 5, la presenza di «Poche controparti con elevati standard di prestazione», «Pochi contraenti presenti sul mercato», la «Possibilità di comportamenti opportunistici», la conseguente «Difficoltà di costruire un potere equilibrato», rendendo il «Mercato meno efficiente», scoraggiano politiche di esternalizzazione, a causa degli

eccessivi costi di transazione e dei rischi incontrollabili.

Dall'altro lato, invece, la presenza di «Numerose controparti con elevati standard di prestazione» «Molti contraenti presenti sul mercato», la «Facilità di rilevare e sanzionare comportamenti opportunistici» rendono il «Potere contrattuale più equilibrato», il «Mercato più efficiente» e facilitano l'adozione di politiche di esternalizzazione.

7.2. Natura del servizio

Al pari delle caratteristiche del settore, la natura del servizio influisce sulle scelte aziendali. Infatti, servizi che hanno un contenuto prevalentemente tecnico (manutenzioni edifici, pulizia, lavanderia) e un basso contenuto professionale, sono caratterizzati da un elevato livello di misurabilità; pertanto, risulta più facile il controllo, da parte dell'azienda sanitaria, della qualità delle prestazioni, del rispetto del contratto, del raggiungimento di determinati standard prestazionali. Al contrario, servizi con contenuto altamente professionale (manutenzione apparecchiature cliniche; controllo software sofisticati)

mostrano una scarsa misurabilità, rendendo più difficile il controllo e più elevato il rischio per l'azienda sanitaria (**tabella 6**). Di conseguenza, un'azienda sanitaria sarà più propensa all'esternalizzazione di servizi con basso contenuto professionale.

Anche in questo caso si propongono alcune questioni chiave:

1) È relativamente facile o difficile definire le caratteristiche del servizio in oggetto?

2) È relativamente facile o difficile definire e misurare il valore e la qualità del servizio in oggetto?

3) È relativamente facile o difficile definire clausole contrattuali di controllo del servizio collegate ad un sistema di sanzioni o penali?

7.3. Implicazioni sulla complessità organizzativa

In linea generale, all'aumento del numero delle attività gestite attraverso imprese esterne, aumenta, per l'azienda sanitaria, il fabbisogno di integrazione tra diverse aree, il fabbisogno di meccanismi di coordinamento e, di conseguenza, i relativi costi. Occorre, quindi, spostare l'attenzione sul ciclo complessivo del processo di acquisto basandosi su una serie di domande chiave:

1) La scelta è complessa (perché si articola in più elementi, si svolge in più fasi, ha effetti che si estendono su di un più ampio arco temporale, crea interdipendenza reci-

proca, in fase di implementazione, tra le parti coinvolte)?

2) Esiste una capacità produttiva inutilizzata che potrebbe essere dedicata ad attuare internamente il servizio, conseguendo economie di scala?

3) Esistono le conoscenze e le abilità tecniche e manageriali necessarie per gestire internamente il servizio?

4) La qualità e la performance delle imprese specializzate sono superiori a quella realizzabile all'interno, dove esistono molteplici attività differenziate (diversificate)?

5) Il livello di supporto ad altre funzioni aziendali è elevato?

Come emerge dalla **tabella 7**, la presenza di alcune condizioni scoraggia nelle aziende sanitarie l'adozione di politiche di esternalizzazione: la complessità della scelta, in termini di articolazione in più elementi e in più fasi con forti interdipendenze tra le parti coinvolte; l'esistenza interna di capacità produttiva inutilizzata; la presenza di conoscenze ed abilità tecniche, e di specializzazione interna; il forte grado di supporto ad altre funzioni aziendali (elevata correlazione).

Dall'altro lato, alcune condizioni favoriscono, invece, l'esternalizzazione: la semplicità della scelta, in termini di bassa interdipendenza tra le parti coinvolte; l'assenza di capacità produttiva inutilizzata; la scarsa presenza di conoscenze ed abilità tecniche interne all'azienda, la forte presenza di competenze e specializzazione esterna, il basso

	Esternalizzazione (Buy)	Gestione interna (Make)
<i> Criterio 1:</i> Facile definizione delle caratteristiche del servizio Difficile definizione delle caratteristiche del servizio	X	X
<i> Criterio 2:</i> Facile misurabilità Difficile misurabilità	X	X
<i> Criterio 3:</i> Facile controllo e applicazione sanzioni Difficile controllo e applicazione sanzioni	X	X

Tabella 6
Natura del servizio

Tabella 7
Implicazioni
sulla complessità
organizzativa

	Esternalizzazione (Buy)	Gestione interna (Make)
<i> Criterio 1:</i> Scelta semplice Scelta complessa	X	X
<i> Criterio 2:</i> Assenza capacità produttiva inutilizzata Esistenza capacità produttiva inutilizzata	X	X
<i> Criterio 3:</i> Assenza conoscenze ed abilità tecniche Presenza conoscenze ed abilità tecniche	X	X
<i> Criterio 4:</i> Forte presenza di specializzazione esterna Forte presenza di specializzazione interna	X	X
<i> Criterio 5:</i> Basso supporto ad altre funzioni aziendali (e bassa correlazione) Forte supporto ad altre funzioni aziendali (elevata correlazione)	X	X

grado di supporto ad altre funzioni aziendali (bassa correlazione).

7.4. Livello di strategicità del servizio

Come visto in precedenza, le valutazioni di natura strategica hanno una importanza molto rilevante nella valutazione in oggetto. In particolare, occorre considerare alcuni elementi:

1) Il servizio oggetto della transazione è cruciale per l'azienda (ne rappresenta cioè il cuore, perché da esso dipende l'economicità aziendale, il mantenimento dei vantaggi competitivi nei confronti di altre aziende, la possibilità di incrementare nel tempo il patrimonio di risorse materiali ed immateriali, come il *know how* e l'immagine dell'azienda)?

2) Il servizio presenta caratteristiche di unicità o è standardizzato?

3) Il contesto in cui si svolge il servizio è incerto (è difficile prevedere tutte le possibili variazioni ambientali che potrebbero influenzarlo)?

Come emerge dalla **tabella 8**, alcune condizioni favoriscono l'esternalizzazione di un

determinato servizio: la scarsa strategicità del servizio per l'azienda; le caratteristiche di standardizzabilità del servizio; la prevedibilità del contesto di riferimento. Di contro, se il servizio risulta cruciale per l'azienda, se è poco standardizzabile e se si opera in un contesto incerto, l'azienda sarà meno propensa ad ipotesi di esternalizzazione.

L'analisi condotta utilizzando la *check list* proposta può avere esiti differenti. Si può riscontrare una preponderanza di fattori che spingono decisamente in direzione di una delle due forme di gestione dei servizi (gestione interna o esternalizzazione). Oppure, e sono i casi più frequenti, il risultato non è univoco: alcuni fattori spingono in una direzione ed altri nella direzione opposta. È questa la situazione nella quale occorre prendere in considerazione le forme intermedie (*partnership*).

8. Rischi ed opportunità legati al processo di esternalizzazione dei servizi

Quanto visto nelle pagine precedenti sottolinea la valenza non esclusivamente tecnica (valutazione economica di preferenza della

	Esternalizzazione (Buy)	Gestione interna (Make)
<i> Criterio 1:</i> Servizio non cruciale per l'azienda Servizio cruciale per l'azienda	X	X
<i> Criterio 2:</i> Servizio standardizzato Servizio con caratteristiche di unicità	X	X
<i> Criterio 3:</i> Contesto prevedibile Contesto incerto	X	X

Tabella 8
Livello di strategicità
del servizio

soluzione di mercato rispetto alla soluzione interna per il presidio della funzione) e contrattuale (normativa di riferimento in materia di appalti) dei processi decisionali-tipo.

L'elemento chiave emerso più volte nell'analisi è la valenza strategica delle scelte di esternalizzazione, in quanto queste, ridefinendo i «confini aziendali» forniscono indirettamente indicazioni sulle scelte delle aree sulle quali l'azienda intende concentrarsi per definire il proprio vantaggio competitivo (funzioni che rimangono «all'interno»).

Dall'analisi svolta emergono, tuttavia, almeno quattro macroclassi di criticità nella definizione di processi di esternalizzazione che, consolidandosi nel tempo, diventano *partnership* strutturate e durature.

La prima area critica riguarda i processi di *governance*, soprattutto per quanto concerne la diversificazione dei ruoli tra i diversi livelli di governo delle aziende sanitarie pubbliche, l'intensificazione dei rapporti orizzontali e verticali tra i livelli, l'esigenza di equilibrio tra rappresentanza pubblica e privata all'interno degli organi di governo.

La seconda area critica riguarda il controllo sulle decisioni, ed in particolare la definizione dell'equilibrio tra interesse pubblico e privato, la definizione del grado e dei soggetti preposti all'effettuazione del controllo, la definizione di strumenti di controllo efficace per diminuire il pericolo di «azzardo morale», quali i contratti di servizio o l'«accreditamento» dei soggetti produttori di beni e servizi di interesse pubblico.

La terza area di criticità è quella della gestione delle privatizzazioni, soprattutto nelle realtà più piccole, anche qui nell'ottica di trovare un equilibrio tra interesse pubblico ed interesse privato attraverso la negoziazione su obiettivi mediante contratti di programma (efficacia), il controllo sull'efficienza, il controllo sulla funzionalità delle procedure e dei rapporti tra pubblico e privato.

L'ultima area critica riguarda il controllo dei tempi e la valutazione delle risorse apportate, soprattutto per quanto riguarda i vincoli temporali ai processi decisionali ed erogativi, la flessibilità nell'estendere la *partnership* a nuovi soggetti, la corretta valutazione delle risorse apportate, l'adeguato *mix* tra risorse pubbliche e private, la sostenibilità di lungo periodo.

Il superamento di tali criticità può avvenire solo partendo dalla condivisione del fatto che tali relazioni richiedono (Manfredi, 2000):

- la ricomposizione partecipata delle differenze,
- l'instaurazione di legami reciproci,
- un adeguato livello di interdipendenza,
- processi decisionali congiunti,
- la convergenza e la connessione tra le attività,
- l'accordo sull'evoluzione futura delle relazioni.

Questo perché i punti centrali nell'analisi delle strategie collaborative sono come si formano, come si governano, come evolvo-

no, quale performance ottengono e quali vantaggi derivano ai soggetti che ne fanno parte. Per facilitare il perseguimento di relazioni collaborative di questo tipo sono dunque necessarie la creazione o l'implementazione di canali di comunicazione informali e condivisi, la definizione di *set* di obiettivi condivisi dai diversi soggetti partecipanti (obiettivi che rientrano in una delle quattro seguenti fattispecie: miglioramento dei programmi esistenti, definizione di nuovi programmi, definizione di programmi per migliorare l'efficienza delle relazioni, definizione di programmi di sostegno delle relazioni tra i diversi gruppi di soggetti), la creazione di relazioni stabili e di lungo periodo lavorando sulle motivazioni e sugli strumenti.

Note

1. Da una recente indagine sulle operazioni di *partnership* finanziaria che ha riguardato tutte le operazioni ad oggi aggiudicate in Italia, è emerso come il costo di costruzione di ogni singola operazione sia pari, in media, a circa 1 milione di euro (Amatucci, Lecci, 2006).
2. Particolare impulso allo sviluppo di questo strumento è stato dato con la legge finanziaria del 2000. Secondo questa legge (23 dicembre 1999 n. 488, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2000) all'articolo 30 è inserito un comma che indica la possibilità di «sviluppare iniziative per il ricorso, negli acquisti di beni e servizi, alla formula del contratto a risultato, di cui alla norma UNI 10685, rispondente al Principio di efficienza ed economicità di cui all'articolo 4, comma 3, lettera c), della legge 15 marzo 1997, n. 59».
3. L'UNI – Ente nazionale italiano di unificazione – è un'associazione privata senza scopo di lucro che svolge attività normativa in tutti i settori industriali, commerciali e del terziario. A partire dal 1992 la *Commissione Manutenzione* ha emanato una serie di norme relative agli aspetti terminologici, tecnico-organizzativi e contrattualistici dei servizi di manutenzione. Tra queste rientrano anche le norme che disciplinano la fornitura di servizi con contratti di *global service*: Norma UNI 9910 Terminologia sulla fidatezza e sulla qualità del servizio, Norma UNI 10145 Definizione dei fattori di valutazione delle imprese fornitrici il servizio di manutenzione, Norma UNI 10144 Classificazione dei servizi di manutenzione, Norma UNI 10146 Criteri per la formulazione di un contratto per la fornitura di servizi, Norma UNI 10147 Manutenzione - terminologia, Norma UNI 10148 Gestione di un contratto di manutenzione, Norma UNI 10224 Manutenzione - Principi fondamentali della funzione di manutenzione, Norma UNI 10366 Manutenzione - Criteri di progettazione della manutenzione, Norma UNI 10388 Manutenzione - Indici di manutenzione, Norma UNI 10584 Manutenzione - Sistema informativo di manutenzione, Norma UNI 10604 Criteri di progettazione, gestione e controllo dei servizi di manutenzione di immobili, Norma UNI 10685 Criteri per la formulazione di un contratto basato sui risultati (*global service*), Norma UNI 10874 Criteri di stesura dei manuali d'uso e manutenzione.
4. «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche». L'articolo 31 (Passaggio di dipendenti per effetto di trasferimento di attività), recita: «1. Fatte salve le disposizioni speciali, nel caso di trasferimento o conferimento di attività, svolte da pubbliche amministrazioni, enti pubblici o loro aziende o strutture, ad altri soggetti, pubblici o privati, al personale che passa alle dipendenze di tali soggetti, si applicano l'articolo 2112 del codice civile (...)».
5. «Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3».
6. Articolo 49: «Al fine di agevolare l'esternalizzazione dei servizi ausiliari da parte delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie locali, le maggiori entrate corrispondenti all'Iva gravante sui servizi, originariamente prodotti all'interno delle predette aziende e da esse affidati a soggetti esterni all'amministrazione affluiscono ad un fondo istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze. Sono comunque preliminarmente detratte le quote dell'imposta spettanti all'Unione europea nonché quelle attribuite alle Regioni».

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

- AMATUCCI F., DE MATTEIS F. (2007), «Uno strumento di partnership tra pubblico e privato: la fondazione di partecipazione», *Economia, Azienda e Sviluppo*, Cacucci, Bari, 2.
- AMATUCCI F., LECCI F. (2006), «Le operazioni di partnership pubblico privato in Sanità. Un'analisi critica», E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- AMIGONI F. (1995, a cura di), *Misurazioni d'azienda: programmazione e controllo*, Giuffrè, Milano.
- ARCARI A.M. (1996), «L'outsourcing: una possibile modalità di organizzazione delle attività di servizi», *Economia & Management*, 4.
- ARIE H., GEERT B. (1996), *Organizational performance and measurement in the public sector*, Quorum Books, Westport.
- ASHER K. (1987), *Politics of privatisation: contracting out public services*, MacMillan Education, Basingstoke.
- ASTLEY W.G., FOMBRUN C. (1983), «Collective strategy: social ecology of organizational environments», *Academy of management review*, 4.
- ATKINSON J. (1984), «Manpower strategies for flexible organizations», *Personnel Management*, n. 3.
- BARNEY J.B., OUCHI W.G. (1984), «Information Cost and Organisational Governance», *Management Science*, n. 2.
- BARTHELEMY J. (2002), *Competence, specificity and outsourcing*, Jouy-en-josas, Groupe HEC.
- BATTAGLIA G. (1994), «Scelte di esternalizzazione in sanità», *Mecosan*, 11.
- BORGONOVÌ E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, 5° edizione, Egea, Milano.
- BUTERA F. (1990), *Il Castello e la Rete*, Franco Angeli, Milano.
- CABINET OFFICE (1999), *Modernising government*, The Stationery Office.
- CAMUFFO A., CAPPELLARI R. (1996), «L'economia dei costi di transazione», in G. Costa, R. Nacamulli, *Manuale di organizzazione aziendale*, Utet, Torino.
- CARPENTER S.L., KENNEDY W.J.D. (1988), *Managing public disputes: a practical guide to handling conflict and reaching agreements*, Jossey-Bass.
- COASE R.H. (1989), «The nature of the firm», in *Economica*, 1937 (trad. It. «La natura dell'Impresa», in G. Brusio (1989), *La teoria economica dell'organizzazione*, Il Mulino, Bologna).
- DYER J.H., SINGH H. (1998), «The relational view: cooperative strategy and sources of interorganizational competitive advantage», *Academy of Management Review*, n. 2.
- FARINA E. (1997), *Analisi differenziale e decisioni di convenienza economica*, Cedam, Padova.
- FRATESCHI C.F., SALVINI G. (1994), *Sistemi economici comparati*, Cedam, Padova.
- GIACCARI F. (2003), *Le aggregazioni aziendali*, Cacucci, Bari.
- GUGIATTI A. (1998), «Sistemi a rete e organizzazione dei servizi sanitari», in Meneguzzo M. (1998).
- GLUCKSMANN R., RICCIARDI M. (1994), *Outsourcing nelle tecnologie dell'informazione*, Etas, Milano.
- GRAY B. (1989), *Collaborating*, Jossey Bass.
- MACINATI M. (2006), «L'outsourcing del Ssn: motivazioni, caratteristiche, risultati», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.
- MANFREDI F. (2000), «Dal paradigma della competizione collaborativa alla definizione di nuovi ambiti relazionali per lo sviluppo delle aziende non profit», *Non profit*, 1.
- MENEGUZZO M. (a cura di) (1998), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- MENEGUZZO M., REBORA G. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Utet, Torino.
- MILGROM P., ROBERTS J. (1992), *Economics, Organization and management*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- PEDERZOLI V. (2000), *La valutazione economica in sanità*, Cedam, Padova.
- PENAROLA F. (1995), *Economia e organizzazione delle attività terziarie*, Etas, Milano.
- PFEFFER J. (1994), «Competitive advantage through people», *California Management Review*, n. 4.
- PODESTÀ S. (1974), *Prodotto Consumatore e politica di mercato*, Etas, Milano.
- PORTER M.E. (1980), *Competitive Strategy*, Free Press, New York.
- RICCIARDI A. (2002), *L'outsourcing strategico, modalità operative, tecniche di controllo ed effetti sull'equilibrio di gestione*, Franco Angeli, Milano.
- RUBIN P.H. (1990), *Managing business Transaction*, The free press, New York.
- THOMPSON G. (1993), «Network coordination», in R. Maidment, G. Thompson (Eds), *Managing the United Kingdom*, Sage.
- WILKINSON D., APPELBE E. (1999), *Implementing holistic government. Joined-up action on the ground*, The Policy Press.
- WILLIAMSON O.E. (1975), *Markets and hierarchies: analysis and anti trust implication*, Free Press, New York.
- WILLIAMSON O.E. (1979), «Transaction cost economics: the governance of contractual relations», *Journal of Law Economics*, 22.
- WILLIAMSON O.E. (1985), *The economic institutions of capitalism: firms, market, relational contracting*, Free Press, New York.

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

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. Lorenz (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

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

Rapporti/Atti

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

Non pubblicati

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

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

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

Gestire il cambiamento nelle Aziende sanitarie pubbliche: aspetti culturali e ruolo della leadership

STEFANO LORUSSO

In the last decade the Italian healthcare sector has experienced substantial changes. Healthcare organizations in the public sector are requested to adopt a more proactive behavior using external pressures as an opportunity for growth and greater competitiveness. Nevertheless it is difficult to bring about an effective change within an organisation, if the organizational climate, the corporate culture and the leadership are not given the right consideration. The article highlights the main features of the new environment and explore the role of different actors and forces in the process of change. Particular emphasis is given to the role played by the top management in terms of either definition of the ultimate goals and diffusion of new visions inside and outside the organization. This in turn implies the adoption of new styles of leadership by a management fully aware of the importance of individuals in the organization and able to understand the driving forces behind the change.

Note sull'autore

Stefano Lorusso è dottore di ricerca in Economia e Management delle Aziende e delle Organizzazioni sanitarie - Università degli studi Napoli «Federico II» Regione Basilicata - Dipartimento Salute e sicurezza e Solidarietà Sociale servizi alla Persona e alla Comunità - e-mail: stefloru@tin.it

1. Introduzione

Il contesto mutevole richiede alle aziende sanitarie pubbliche una continua rivisitazione dei vecchi *modus operandi* consolidati e, in taluni casi, si rende necessario riprogettare la propria organizzazione in modo da affrontare, e se possibile anticipare, i cambiamenti esterni.

Oggi le aziende sanitarie pubbliche in Italia sono costantemente sollecitate dalla presenza di un numero crescente di *competitor* (strutture extra-regionali, strutture private autorizzate e accreditate), dall'affermarsi di una concezione diversa del cliente/paziente, il quale ha più alternative di acquisto ed è sempre più consapevole di ciò che chiede (si riduce l'asimmetria informativa nel rapporto paziente-medico), e da un progresso tecnologico che favorisce continue innovazioni organizzative. In tale contesto è fondamentale avere un approccio al cambiamento proattivo, considerando il cambiamento come un'occasione di crescita, un'opportunità, spesso l'unica, da cui trarre il proprio vantaggio competitivo. Un cambiamento che trasformi profondamente un'organizzazione è però difficile da realizzare se non viene data la dovuta importanza ai cosiddetti elementi *soft* (cultura, clima, *leadership*, ...), che costituiscono il tratto distintivo di un'azienda.

Alla luce di queste brevi considerazioni il presente contributo prova a rispondere alle seguenti domande: in un ambiente mutevole, caratterizzato da continue trasformazioni, come gestire in modo efficace il cambiamento nelle aziende sanitarie pubbliche? Come affermare la cultura del cambiamento? Quali

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il *change management*: una *vision* sistemica
3. Principali fattori che alimentano il cambiamento nelle Aziende sanitarie pubbliche in Italia
4. Orientamento al futuro delle Asp: cambiamento reattivo e cambiamento proattivo
5. I ruoli nel cambiamento organizzativo nelle Asp
6. Il nuovo ruolo della direzione strategica delle Asp nel gestire il cambiamento
7. Definire la meta del cambiamento nelle aziende sanitarie
8. Le dimensioni della comunicazione nei processi di *change management*
9. Il cambiamento comportamentale nelle Asp: variabile necessaria del *change management*
10. Conclusioni

capacità e competenze sono richieste al vertice strategico?

Il lavoro prova a definire un modello teorico di riferimento di tipo cognitivo teso a definire un quadro sinottico di riferimento per il governo del cambiamento, contestualizzato nelle aziende sanitarie pubbliche. In particolare, dopo aver individuato le principali determinanti della crescita dei progetti di cambiamento in atto nel Ssn responsabili del complessivo ripensamento del sistema di offerta, si definiscono, con specifico riferimento al contesto sanitario, i soggetti attivi nei processi di cambiamento (Merlyn, Parkinson, 1995), le dimensioni della comunicazione atte a generare la *vision*, quale variabile chiave nei processi di *change management*, e l'evoluzione richiesta alla direzione strategica aziendale verso la *leadership*. Infine si specifica il ruolo della cultura d'azienda e del *knowledge management* nel generare *learning organizations* capaci di «istituzionalizzare il cambiamento».

2. Il *change management*: una *vision* sistemica

Il cambiamento può essere definito come il verificarsi di un evento che richieda all'organizzazione un adeguamento dei propri obiettivi o una ridefinizione della propria strategia o delle proprie modalità operative. Il cambiamento, pertanto, investe tutti i livelli organizzativi nella ricerca di una coerenza sistemica.

Molte aziende sanitarie pubbliche si interrogano sui livelli di competitività¹ raggiunti e studiano sistemi di programmazione e controllo strategico multidimensionale sempre più raffinati (es. *balanced scorecard*). Se è vero che la sopravvivenza potrebbe essere «istituzionalmente» garantita, la ricerca di adeguati livelli di efficacia e efficienza e di un sostenibile equilibrio economico e finanziario richiede un cambiamento delle forme organizzative delle aziende sanitarie pubbliche che devono evolversi sostituendo le vecchie strutture² centralizzate con quelle a rete, superando la *division tayloristica* tra chi prendeva le decisioni e coloro che dovevano eseguirle. Il crescente bisogno di autonomia e di responsabilità dei singoli e la necessità per le organizzazioni sanitarie di ridurre lo spazio tra il momento operativo organizza-

tivo e quello decisionale impongono un approccio al cambiamento diverso. Si tratta di un processo delicato realizzabile non solo attraverso l'individuazione e la responsabilizzazione delle posizioni direttive intermedie ma anche aumentando i rapporti laterali verso una crescente orizzontalizzazione. Le caratteristiche proprie delle organizzazioni sanitarie, con particolare riferimento all'elevato livello di professionalità del nucleo operativo, necessitano l'affermarsi sempre più di forme innovative che migliorino le soluzioni manageriali.

L'organizzazione, quindi, dovrà essere riprogettata al fine di supportare e istituzionalizzare il cambiamento. Ciò vuol dire considerare la necessità di cambiamento con la stessa importanza che si riserva alle attività tipiche volte per creare valore che la maggioranza delle persone considera il cuore del proprio business (Hammer, 1990 e 1998).

Il *change management* significa oggi attuare una strategia di azioni pianificate a supporto dell'organizzazione. Significa cioè accompagnare l'azienda lungo il processo di trasformazione, che si innesca con la riorganizzazione strutturale del business in coerenza con gli intenti strategici.

I cambiamenti possono riguardare (Rebora, 2002):

- la *progettazione organizzativa*, con essa si intende far riferimento a tutte le attività inerenti il ridisegno dei processi, delle strutture e dei ruoli aziendali;

- la *gestione del sistema informativo*, che permette di collegare i processi, ridurre i tempi, distribuire le informazioni e le conoscenze necessarie per rendere l'organizzazione flessibile;

- la *gestione del personale*, in cui vengono prese in considerazione le attività che esercitano un impatto diretto sulle risorse umane.

Il cambiamento può avvenire migliorando uno solo di questi aspetti, ma, generalmente, al modificare di uno bisogna cambiare necessariamente gli altri due. In questa ottica è necessario considerare il cambiamento in termini sistemici attuando un approccio olistico. Infatti, la riprogettazione dei processi, per quanto essenziale, non è sufficiente se non è accompagnata da interventi nell'area delle risorse umane e dei sistemi informati-

vi. Nel primo caso si tratta di modificare le modalità di lavoro e potenziare le capacità di apprendimento, mentre nel secondo di assicurare la condivisione di informazioni. Gestire un processo di cambiamento vuol dire, dunque, assicurare una trasformazione condivisa, coerente e coordinata di tutte le componenti aziendali. L'approccio per processi risulta vitale per l'organizzazione sanitaria in quanto consente di seguire un vero e proprio percorso di ottimizzazione attraverso alcune metodologie diffuse: la *Vision 2000*, il *Quality Function Deployment*, il *Risk Management*, ecc. (Vignati, Bruno, 2004). Pur considerando l'analisi per processi la metodologia più appropriata per gestire in termini operativi il cambiamento, tale aspetto non sarà oggetto del presente contributo, si intende, invece, offrire una riflessione su altri aspetti, come quelli culturali e di *leadership*, che costituiscono l'indispensabile presupposto per una gestione efficace del cambiamento.

Rebora propone un modello interpretativo relativo al processo di cambiamento che individua alcune variabili: spinte al cambiamento (fattori motivanti), inerzia organizzativa (le varie forme di manifestazione con le quali ogni organizzazione esprime la propria tendenza alla stabilità e alla continuità del funzionamento), agenti del cambiamento (promotori e partecipanti attivi), i processi di cambiamento, le leve di attivazione dei processi di cambiamento, i risultati e le forme dell'evoluzione organizzativa (i nuovi profili che emergono quali risultati dei processi di cambiamento). Le diverse variabili sono tra loro interdipendenti in quanto le spinte al cambiamento trovano ostacolo nei fattori di inerzia, mentre gli agenti possono raccogliere le spinte al cambiamento e mediante idonei strumenti possono attuare strategie tese ad attivare e rafforzare i processi di cambiamento. L'evoluzione dei processi, poi, può rafforzare le spinte e il ruolo degli agenti finendo per realizzare un processo che è anche in grado di riprodursi e autoalimentarsi (Rebora, 2002). Rispetto a questo modello si proverà a sottolineare l'importanza per le Asp della dimensione culturale con riferimento alle dinamiche direzionali ed evidenziando il ruolo dei diversi soggetti (agenti, sponsor, ecc.) del cambiamento.

3. Principali fattori che alimentano il cambiamento nelle aziende sanitarie pubbliche in Italia

L'esigenza di maggiori livelli di flessibilità, aspetto importante per qualsiasi azienda, diviene fondamentale nelle aziende sanitarie caratterizzate da una profonda complessità, derivante dal fatto che i risultati dipendono non solo dalle singole prestazioni, ma anche da come queste sono coordinate.

Inoltre la sanità in Italia, fino ad oggi, ha scarsamente considerato il tema della razionalità economica connessa all'attività di progettazione organizzativa e di sviluppo manageriale. Il risultato è che i sistemi sanitari mostrano notevoli difficoltà nel perseguire obiettivi di efficienza (rapporto tra risorse e servizi prodotti), efficacia sociale (rapporto tra servizi offerti e bisogni sociali), adattamento dinamico ed economicità. Tale situazione ha minato il consenso sociale intorno ai sistemi sanitari e ha fatto emergere, negli ultimi anni, la necessità di profondi progetti di cambiamento che hanno richiesto l'esigenza di focalizzare l'attenzione maggiormente sugli aspetti organizzativi e culturali (Boccardelli, Fontana, 2004).

Rebora, interpretando quanto emerge dalle ricerche in materia (Lawrence, Dyer, 1983; Norman, 1978; Pralahad, Hamel, 1990), raggruppa le diverse spinte al cambiamento in due distinti gruppi capaci di generare: tensione sulla strategia, tensione sulle risorse. La tensione strategica deriva dalle condizioni di variabilità ed incertezza nell'ambiente capaci di generare opportunità e minacce, mentre le tensioni sulle risorse derivano da vincoli e restrizioni che limitano l'accesso o il pieno utilizzo delle risorse finanziarie, tecnologiche-strutturali, umane e relazionali necessarie per il normale funzionamento dell'organizzazione o per consentire alla stessa di adattarsi alle esigenze e alle opportunità che si manifestano.

Con riferimento al contesto sanitario, alla luce di questa classificazione è possibile individuare tra le principali spinte al cambiamento che hanno generato tensioni di tipo strategico:

- gli interventi sugli assetti istituzionali come il cambiamento del quadro normativo (il decentramento, ecc.) (Adinolfi, 2000) e

l'attività di programmazione regionale tesa a garantire forme di cooperazioni infra-regionali;

- l'evoluzione tecnologica e il rapporto tra innovazione e organizzazione (Rapporto Sanità, 2006);

- l'autonomia aziendale nella definizione delle responsabilità organizzative (Rapporto OASI, 2006)

- l'invecchiamento della popolazione: l'aumento della popolazione anziana comporta un continuo ricorso ai servizi sanitari (Rapporto CEIS, 2006; Brenna, 2003);

- cambiamenti socio-culturali: la grande importanza data al cliente in questi anni, il quale, all'interno del sistema sanitario, ha la libertà di scegliere la struttura che meglio risponde alle proprie aspettative, aumentate a causa dell'innovazione tecnologica, fa nascere l'esigenza di riorganizzare la struttura intorno al paziente (Bergamaschi, 2002);

- la competitività interregionale.

Con riferimento alle spinte associabili alle risorse si rilevano:

- i vincoli economici e finanziari (Patto di stabilità, Intesa Stato-Regioni);

- la legislazione relativa agli appalti;

- la riforma del sistema del pubblico impiego con la possibilità di attingere direttamente dal mercato del lavoro;

- l'aumento e la circolazione delle informazioni (Internet, Urp, Carta dei servizi, ecc.) (**figura 1**).

Una particolare considerazione tra i fattori di cambiamento merita l'innovazione tecnologica che trasforma il carattere e la struttura delle aziende, ma anche i cicli di vita dei prodotti e servizi. Il suo contributo è determinante in quanto:

- trasforma i rapporti fra le organizzazioni, riducendo le barriere e creando modelli di interazione più aperti (Cup interno, ecc.);

- migliora la velocità nello scambio di informazioni permettendo di catturare maggiore conoscenza e di renderla più disponibile (Pacs, ecc.);

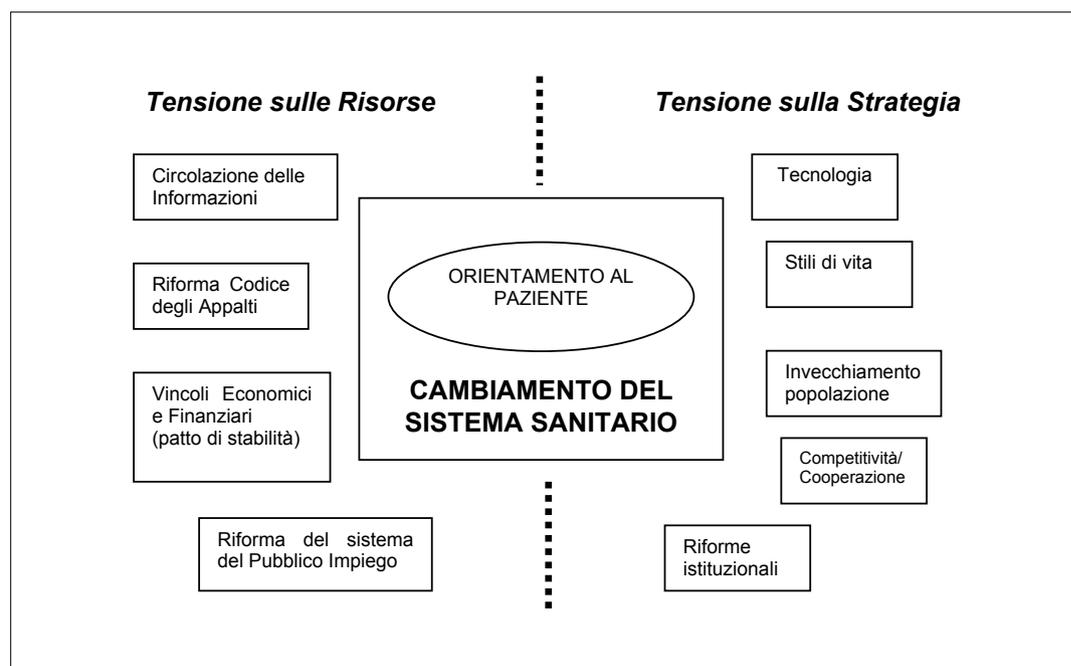
- migliora la flessibilità dei processi;

- migliora i sistemi decisionali (*Data-warehouse*, ecc.).

La tecnologia ci sta portando in nuove ere e le aziende dovranno tenere il passo con essa se non vogliono essere schiacciate dalla concorrenza. Lo sviluppo tecnologico non è

Figura 1

Fattori che causano cambiamenti nell'aziende sanitarie pubbliche italiane



solo una causa di cambiamento, ma è anche un fattore indispensabile per la sua gestione.

Tutti questi fattori hanno indotto le organizzazioni sanitarie ad un complessivo ripensamento del sistema di offerta. Il cambiamento si traduce in maggior attenzione al paziente/cliente, si afferma una nuova visione del cliente, che ha esigenze sempre più diversificate ed evolute, conseguenza di fattori economici-demografici e dei diversi stili di vita, ma anche dell'insolito potere garantito loro dall'informazione. La gestione del cambiamento è finalizzata, quindi, alla creazione di valore ed il cambiamento stesso è allora da intendersi come processo di creazione del valore. Il valore per il paziente, che rappresenta la vera finalità istituzionale di un'Azienda sanitaria pubblica (Asp), si traduce tra l'altro in:

- trattamenti efficaci e appropriati (EBM, ecc.);
- riduzione del costo per il cliente³ (fattore governato soprattutto a livello regionale);
- qualità dei servizi;
- equità sia di tipo orizzontale che verticale;
- riduzione di tempi di attesa.

4. Orientamento al futuro delle Asp: cambiamento reattivo e cambiamento proattivo

Questo nuovo scenario fa sì che il successo dell'azienda sia legato sempre più alla capacità di impegnarsi in un cambiamento tempestivo e continuo, che le permetta di adattarsi in modo flessibile alle trasformazioni ambientali.

Il cambiamento, quindi, da elemento episodico, diventa oggi una variabile chiave nell'organizzazione indispensabile per migliorare il presente e gestire il futuro (D'Amato, 2003). Tale concetto è illustrato nella **figura 2**.

Le curve rappresentano il ciclo di vita aziendale o semplicemente di alcuni servizi e prestazioni erogate dalle aziende sanitarie. In particolare, sono rappresentate le quattro fasi: nascita, sviluppo, maturità e declino. La prima curva rappresenta le attività in corso che sono necessarie per far sopravvivere l'azienda nel presente, ma non sono sufficienti per fronteggiare le sfide del futuro.

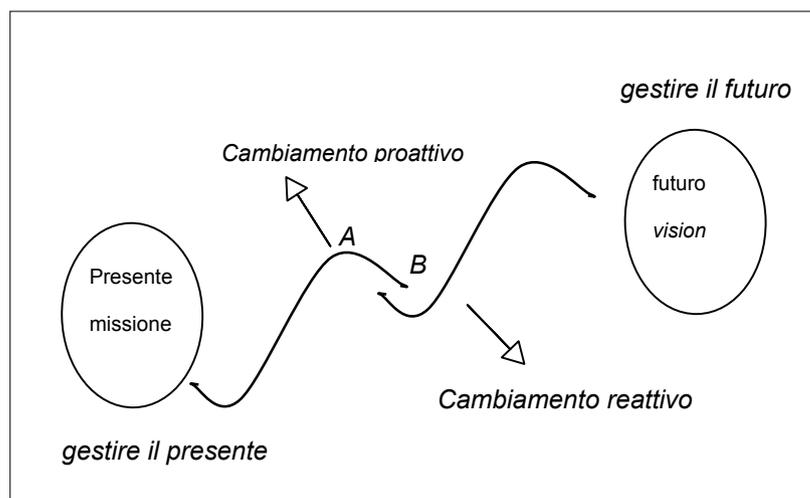
Ecco che l'azienda, non solo dovrà guardare a ciò che fa (missione) migliorando i propri processi, ma dovrà innovarli immaginando futuribili scenari (*vision*) in modo da spostarsi sulla seconda curva: solo questo salto le permetterà di poter essere competitiva nei tempi giusti.

Idealmente il punto per passare ad una nuova curva dovrebbe essere il punto A, ovvero il punto di maturità e di maggior sviluppo (elevata mobilità attiva, utile d'esercizio, ecc.), ma la maggior parte delle aziende decide di cambiare quando si trova nel punto B, ovvero nella fase del declino (disequilibrio economico, elevata obsolescenza tecnologica, ecc.). Ciò può compromettere i risultati del cambiamento perché l'azienda, trovandosi in un momento di declino, massimizza i rischi, ha difficoltà nel reperire i fondi e potrebbe avere difficoltà a reperire risorse umane e a investire nella loro formazione.

La decisione di affrontare il cambiamento nella fase di declino è legata al fatto che molte organizzazioni considerano i processi di *change management* in modo reattivo: una strada da intraprendere in momenti di crisi o di fronte a concorrenti particolarmente innovativi. Il cambiamento, attuato nei tempi giusti, permette di anticipare i mutamenti esterni e di mantenere adeguati livelli di competitività. Un approccio proattivo permette di avviare il cambiamento per prevenire situazioni di declino e garantire condizioni di sviluppo. È evidente il ruolo della Regione, quale «capogruppo», chiamata a supportare i processi di cambiamento delle aziende sani-

Figura 2

Gestire il presente
e creare il futuro
Fonte: D'Amato (2003)



tarie pubbliche, in un'ottica programmatrice, accompagnando le stesse nei programmi di investimento e di ristrutturazione attuate non solo in risposta a situazioni di squilibri economici finanziari strutturali (figura 3).

4.1. Dal cambiamento incrementale al cambiamento radicale

Il cambiamento organizzativo si associa spesso alla necessità di un riorientamento strategico con effetti sulla composizione degli assetti delle risorse aziendali e sui comportamenti degli individui (Rumelt, 1995). Se, infatti, organizzazione e strategia costituiscono due concetti distinti, considerati nel flusso del cambiamento appaiono strettamente interrelati cosicché spesso ci si riferisce ad un complessivo processo di evoluzione strategico organizzativo (Rebora, 2002). È però opportuno sottolineare comunque la differenza tra cambiamento strategico ed organizzativo.

Il primo riguarda i rapporti tra l'azienda e l'ambiente esterno, vale a dire come si pone l'azienda nei confronti della concorrenza (apertura di nuovi reparti, la scelta di specializzarsi in un'area), mentre il secondo riguarda l'interazione tra le diverse variabili interne dell'azienda, come la struttura organizzativa, i processi, l'organismo personale, i meccanismi operativi (Cafferata, 1995). È evidente che ogni cambiamento strategico richiede un cambiamento organizzativo, poiché comporta una rottura con quello che era il vecchio modo di lavorare.

Il cambiamento organizzativo può essere definito come «un atto deliberato di proget-

tazione ricorsiva di una o più variabili organizzative⁴, volto ad aumentare il valore utile della prestazione organizzativa, inteso come contributo alla creazione del valore economico» (Compagno, Tricogna, 1994)⁵.

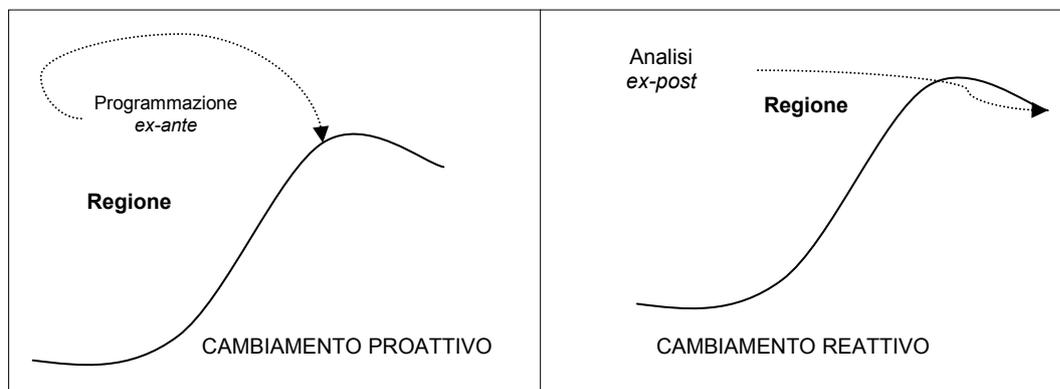
Possono essere riscontrate due tipologie fondamentali di cambiamento organizzativo all'interno dell'azienda, che sono definite (Pierantozzi, 1998):

a. *Cambiamento incrementale o graduale.* Prende avvio dalla situazione esistente, si propone di individuare i punti di debolezza e di realizzare degli interventi mirati per correggere le inefficienze riscontrate. Tali interventi vengono di solito attuati gradualmente nel tempo (es. istituzione di un nuovo reparto).

b. *Cambiamento radicale.* Consiste nel superare l'assetto attuale elaborando delle situazioni totalmente nuove. La situazione esistente non è un punto di base sulla quale lavorare, ma si preferisce mettere tutto in discussione (es. apertura nuovo presidio ospedaliero).

Le differenze tra i due approcci sono molte: una riguarda «la scala» del cambiamento, intesa come ampiezza degli elementi strategici e strutturali coinvolti; generalmente il cambiamento incrementale investe una scala minore (anche i costi e i tempi di realizzazione del cambiamento, normalmente saranno inferiori in quello radicale). Un'altra differenza si può ravvisare in termini di incertezza sul successo del progetto che, nel caso di interventi radicali, è sicuramente maggiore (Pierantozzi, 1998).

Figura 3
Il ruolo della Regione nei processi di cambiamento



Proprio per questo, i cambiamenti radicali, che rappresentano una vera e propria rottura con il passato, si verificano raramente, mentre quelli incrementali sono molto più diffusi e numerosi.

Il cambiamento incrementale è spesso individuato con la locuzione di *Business Process Improvement* (BPI), mentre la seconda forma, per la quale potrebbe essere opportuno rivisitare tutti i processi, viene spesso identificata con il termine *Business Process Reengineering* (BPR) (Hammer, 1990; Harrington, 1991).

L'utilizzo di tecniche di *process reengineering* può riguardare sia i processi primari (diagnostici e terapeutici) che i processi di supporto (amministrativi e logistici) (Lega, Motta, 2000) ed è tipicamente richiesto in caso di ristrutturazione organizzativa.

Le due tipologie di cambiamento, sia incrementale che radicale, pur partendo da presupposti diversi, hanno delle caratteristiche generali comuni, tipiche di un qualsiasi progetto di *change management*. In entrambi i casi, infatti, si adotta un criterio generale di guida all'intervento che normalmente è la creazione di valore per il paziente/cliente sulla base dei *driver* precedentemente individuati.

5. I ruoli nel cambiamento organizzativo nelle Asp

Durante un qualsiasi processo di *change management*, possiamo definire diversi ruoli che vengono associati ai vari aspetti del cambiamento. Sulla base della classificazione di Merlyn e Parkinson (1995), è possibile individuare nelle aziende sanitarie pubbliche:

- i *fattori del cambiamento* (*change advocates*): sono coloro che desiderano il cambiamento, ma sono privi del potere di legittimazione. Devono concentrare le loro energie sulla ricerca e sulla costruzione della *sponsorship*, illustrando a chi può fungere da sponsor le opportunità di cambiamento (pazienti, personale sanitario, controllo direzionale);

- gli *sponsor promotore* (*initiating sponsor*): sono individui o gruppi di persone che hanno il potere di determinare il verificarsi di un cambiamento e di legittimarlo. Lo spon-

sor del cambiamento è solitamente un uomo di vertice o un politico;

- gli *agenti del cambiamento* (*change agents*): coloro che attuano il cambiamento. Devono avere grandi capacità di relazione interpersonale (nella formazione dei *team*, nel *problem solving*, nella comunicazione per annunciare il cambiamento). Normalmente questo è il ruolo dei dirigenti di livello intermedio, può essere affidato a consulenti esterni, ma in tali casi è fondamentale il ruolo del facilitatore interno che, operando come sponsor continuatore (*sustaining sponsor*), è colui che porta a destinazione il cambiamento (Valentini, 2004).

I destinatari del cambiamento (*change target*): sono individui o gruppi ai quali si chiede di modificare le loro conoscenze, abilità, atteggiamenti o comportamenti come risultato del cambiamento, normalmente si tratta di un gruppo di lavoro (Uo di medicina, ecc.) oppure degli stessi pazienti (es. utilizzo di nuovi strumenti di prenotazione).

Un particolare approfondimento merita in sanità la figura dello sponsor. La sponsorizzazione dei vertici aziendali è rivolta a migliorare il livello di coinvolgimento e motivazione degli operatori interessati al cambiamento. È importante che la *sponsorship* non sia semplicemente formale, ma si traduca in una partecipazione attiva e espresa, soprattutto, in termini di tempo dedicato al progetto. Lo sponsor ha il potere di manovra sulle risorse umane/finanziarie e tale potere deve essere visibile e noto all'interno dell'organizzazione. È ovvio che lo sponsor deve essere una persona di primo piano. È un ruolo che può essere ricoperto da personaggi politici (assessore alla sanità, sindaco) o da soggetti di che operano nell'azienda cui attribuito un certo potere (Direzione strategica, Direzione dipartimentale). Ovviamente il consenso ai vari livelli dell'organizzazione deve essere perseguito attraverso un piano di comunicazione interno. Per procurarsi la *sponsorship* di cui hanno bisogno, i fattori del cambiamento devono definire esattamente cosa intendono cambiare e come pensano di misurare i risultati; inoltre devono definire il loro grado di adesione all'iniziativa e la loro responsabilità. Lo sponsor stabilirà anche l'ambito nel quale devono lavorare gli agenti, che devono tra l'altro valutare gli aspetti

umani e tecnici del progetto di cambiamento, individuare e superare le eventuali resistenze.

Accanto a questi ruoli primari, una funzione importante è svolta dagli uffici di staff. Tali uffici devono monitorare il processo di cambiamento organizzativo, dal punto di vista non solo dei risultati che si vanno acquisendo, ma anche degli umori e delle posizioni che si vanno determinando intorno al programma di cambiamento, permettendo di cogliere costantemente l'avanzamento dei lavori. A ciò si aggiungono compiti di studio che consentono di arricchire alcune soluzioni, stabilire dei nessi e verificare le coerenze.

A volte si ricorre ad una consulenza esterna, il cui grado di intervento cambia secondo i casi. Il ricorso a questo supporto, che viene utilizzato soprattutto nelle fasi di analisi, si verifica soprattutto in momenti di crisi in cui c'è bisogno di utilizzare competenze più tecniche per affrontare il processo di *change management*. In alcuni casi possono essere considerati consulenti esterni anche i pazienti, che, esprimendo i loro bisogni e il loro grado di soddisfazione, possono dare delle indicazioni utili all'azienda per intraprendere un processo di cambiamento.

Una volta definiti i differenti ruoli nel processo di cambiamento è opportuno approfondire le variabili chiave che ne determinano l'efficace istituzionalizzazione all'interno dell'organizzazione. Nei contesti sanitari è fondamentale porre attenzione alle variabili comportamentali. Saranno di seguito approfonditi differenti aspetti tra loro sistematicamente concatenati così come illustrato nella **figura 4**.

6. Il nuovo ruolo della Direzione strategica delle Asp nel gestire il cambiamento

Un ruolo di primo piano nei progetti di cambiamento, compresa la trasformazione

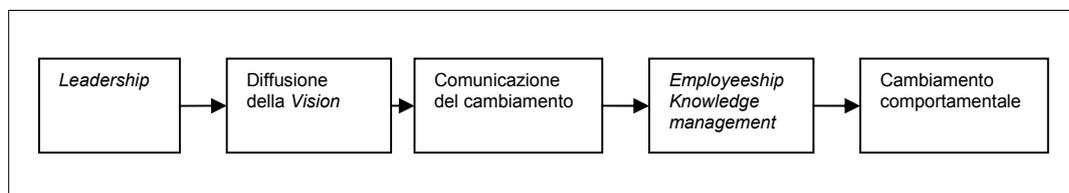
della propria azienda in una *learning organization*, è svolto nelle aziende sanitarie pubbliche italiane dalla direzione generale (in collaborazione con la direzione sanitaria e amministrativa). La maggior confidenza con l'utilizzo di strumenti gestionali mutuati dal mondo privato (P&C, Marketing, ecc.), la responsabilizzazione, il maggior orientamento ai risultati e l'affermarsi in definitiva del *new public management* (Meneguzzo, 2006) hanno ormai affrancato la classe dirigente delle aziende sanitarie come manager e hanno determinato il superamento delle logiche di puro *government*⁶.

Oggi, il mutevole contesto ambientale, in continua evoluzione sia da un punto di vista epidemiologico che socio culturale, l'evoluzione dei bisogni di salute, l'innovazione tecnologica e la pressione esercitata dai vincoli economici e finanziari sempre più stringenti richiedono al vertice strategico delle aziende sanitarie pubbliche nuove competenze ed un nuovo approccio direzionale capace di governare il cambiamento e di far fronte alle resistenze (Vignati, Bruno, 2004). In definitiva l'ulteriore evoluzione richiesta al vertice strategico è l'assunzione di nuovi stili di *leadership* (**figura 5**).

Al concetto di *leadership* è da attribuire un significato molto più ampio rispetto a quello generalmente attribuito al concetto management. Il management si occupa della complessità, la *leadership*, integrando le tradizionali attività manageriali, del cambiamento. Il management gestisce la complessità soprattutto pianificando, programmando i mezzi necessari per raggiungere determinati scopi, creando strutture formali in grado di realizzare i piani e controllando le eventuali deviazioni. I manager creano piani e *budget*, stabilendo fasi e allocando le risorse per conseguire gli obiettivi, i leader definiscono *vision* e strategie per produrre cambiamenti; i primi adoperano la gerarchia e assicurano il controllo, le cui procedure seguono percorsi

Figura 4

Le variabili chiave del cambiamento comportamentale



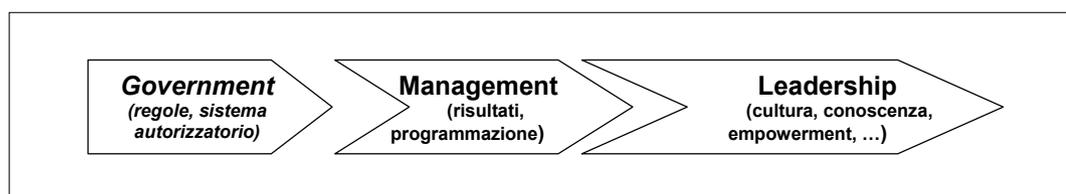


Figura 5
Catena evoluzione
della direzione strategica
delle Asp

già tracciati e sperimentati dagli altri, mentre i secondi si basano su rapporti costruttivi cercando di portare le persone ad esprimere il loro potenziale (Kotter, 1999). Il leader ha una visione sistemica nel senso che punta alla costruzione di reti territoriali, di progetti integrati con gli altri soggetti facenti parti del sistema per riposizionare e reingegnerizzare i processi interni. Le differenze tra i diversi modelli sono rappresentate nella **tabella 1**.

In questo contesto assume particolare importanza la gestione della formazione. In un sistema competitivo come quello sanitario, caratterizzato dalla ricerca continua di qualità

dei servizi e da continue novità tecnologiche, la formazione diviene un rilevante strumento per sostenere i processi di cambiamento nei contesti sanitari, poiché consente di:

- sostenere le politiche strategiche aziendali;
- raggiungere la configurazione organizzativa attesa;
- aumentare il grado di adesione del personale agli obiettivi dell'azienda (diffusione della *vision*);
- valorizzare il capitale umano (*employee-ship*).

GOVERNMENT	MANAGEMENT	LEADERSHIP
Autorizza	Pianifica	Diffonde una <i>vision</i>
Centrata sulla definizione di norme e sul rispetto delle stesse	Centrata sul cliente/paziente (processi interni)	Centrato sulla rete territoriale
Definisce regole e si assicura che le stesse siano rispettate	Organizza e controlla. Preferisce la struttura	Sa bilanciare le componenti <i>soft</i> con quelle <i>hard</i> . Ha sensibilità per il fattore umano. Collabora
Gestisce il cambiamento attraverso nuove regole	Gestisce il cambiamento attraverso le politiche	Gestisce il cambiamento come aspetto culturale. Diffonde un senso di urgenza e la passione per il cambiamento come occasione di sviluppo
Limitato approccio strategico l'azione è routinizzata simile fra diversi settori poco disponibile all'innovazione	Trasmette le strategie e le idee dall'alto al basso (<i>top-down</i>). Pone attenzione alla gerarchia	Favorisce lo sviluppo delle idee e la formulazione delle strategie, dal basso attraverso <i>team</i> (interagisce con i suoi collaboratori)
Gerarchia consolidata. Elevato livello di standardizzazione delle capacità	Addestramento finalizzato. Si basa sulla specializzazione e sul decentramento	<i>Empowerment</i> del personale. Incentiva la partecipazione e sviluppa la capacità di adattamento
Orientamento al rispetto delle norme	Orientamento a far ben e dare buoni servizi	Orientamento a far fare bene e ad abilitare e attivare risorse
Formazione centrata sul ruolo ricoperto	Formazione centrata sul ruolo ricoperto	Formazione centrata sul valore da generare

Tabella 1
Contrapposizione tra
government, *management*
e *leadership*

La formazione, così definita e inquadrata, assume un ruolo strategico così come l'organizzazione, la pianificazione strategica, il controllo di gestione e il sistema informativo; infatti, tutte queste attività sostengono e orientano le scelte degli organi gestionali per il raggiungimento degli obiettivi attesi (Gambel, 2002). Quindi, se i meccanismi operativi favoriscono l'adozione di politiche incentivanti, la razionalizzazione dei processi produttivi e l'ottimale allocazione delle risorse umane e strumentali, secondo criteri di efficienza, economicità ed efficacia, essi consentono di orientare l'organizzazione verso predefiniti obiettivi. La formazione, progettata e attuata secondo un processo integrato, si impegna a offrire competenze e conoscenze tali da garantire professionalità sempre coniugabili con il cambiamento richiesto⁷.

Con la *leadership*, la funzione direttiva s'identificherà con la capacità di mobilitare le energie e l'impegno del personale per rispondere meglio alle sfide e alle richieste dell'ambiente esterno. Il suo compito sarà creare un sistema culturale, stabilendo una direzione in grado di orientare i collaboratori⁸.

Una delle importanti funzioni della *leadership* concerne la capacità di discutere con i collaboratori dei risultati raggiunti rispetto a quanto programmato e di prevedere vantaggi per gli operatori che sostengono attivamente le iniziative intraprese. Quindi, anche gli sforzi e i suggerimenti su come migliorare

la qualità dei servizi dovrebbero essere apertamente riconosciuti dal *top management* e considerati nel sistema delle ricompense attraverso una gestione efficace della retribuzione di risultato (Krczal, Del Vecchio, 2002; Lorusso, Quagliata, 2003).

La gestione del cambiamento richiede al vertice strategico da un lato uno spiccato orientamento agli obiettivi e alla fase di pianificazione, dall'altro la capacità di coinvolgere il personale, in quanto ogni cambiamento richiede una trasformazione culturale che deve essere assimilata dall'organizzazione attraverso la predisposizione di adeguati percorsi di partecipazione.

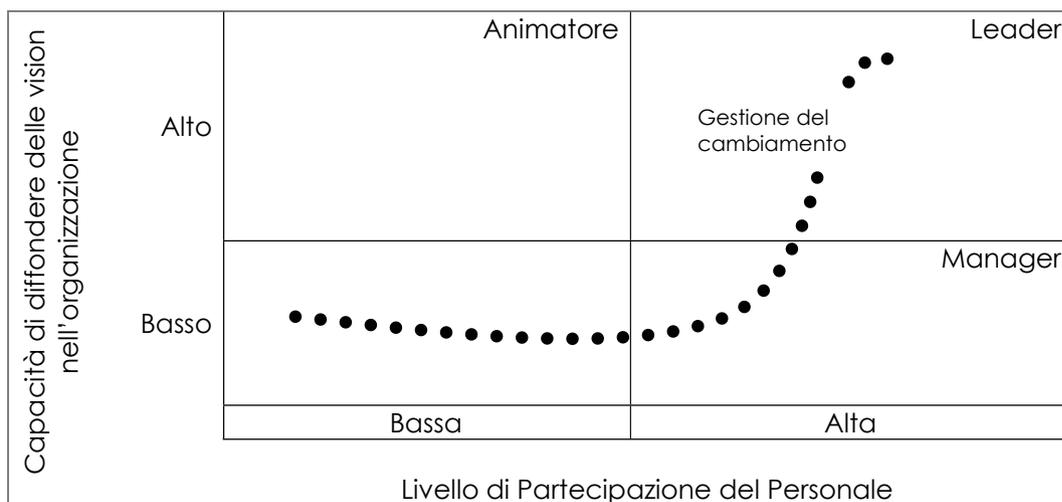
Il leader si muove, quindi, lungo due direttrici (**figura 6**):

- la capacità di incidere sui livelli di partecipazione;
- la capacità di affermare e condividere la meta del cambiamento.

Per la realizzazione di tali compiti è necessario un elevato grado di credibilità e una forte capacità di comunicare, oltre che di progettazione, per far comprendere al personale sia l'importanza del cambiamento che la *vision*. Il vertice strategico per gestire in modo efficace il cambiamento, che in quanto elemento istituzionale delle aziende diviene ragione di successo, deve:

- a) essere in grado di sviluppare una mentalità capace di interpretare sia i bisogni dei

Figura 6
Matrice dell'evoluzione del vertice strategico



dipendenti che dei pazienti (*Total quality; Customer satisfaction*);

b) saper vedere il cambiamento come un'opportunità e non come minaccia;

c) avere la capacità di coinvolgere gli altri nei processi di cambiamento;

d) essere orientato ai *team* (cioè deve avere la consapevolezza che da solo non è possibile attuare il cambiamento);

e) sopportare gli sforzi del cambiamento;

f) collaborare e sostenere più che controllare;

g) creare e comunicare una *vision*, un orizzonte a cui tendere.

In conclusione, occorre sottolineare che in sanità il risultato di un processo di cambiamento è conseguenza, come abbiamo visto, di tantissimi fattori interni ed esterni all'azienda spesso non correlati alla *leadership*, ma bisogna dire che la maggioranza di essi può essere influenzata dall'efficacia o inefficacia della *leadership*. Solo l'impegno costante, diretto e visibile del vertice è in grado di far capire l'importanza e la priorità del progetto di cambiamento riducendo i fattori di inerzia presenti. Una simile impostazione risente, però, del limitato orizzonte temporale a disposizione delle Direzioni generali (Anessi Pessina, 2005) che spesso non consente l'affermazione di un orientamento strategico al cambiamento e il conseguente allineamento dell'organizzazione alla *vision*, ma diffonde un'idea di precarietà che impedisce il cambiamento organizzativo: *il cambiamento continuo delle direzioni aziendali di fatto non facilita processi di cambiamento organizzativi*, ma tende a stabilizzare la situazione costituendo un fattore di inerzia.

È evidente che un assetto organizzativo come quello delle aziende sanitarie, che assume i connotati tipici di una forma professionale, dovrebbe configurare una struttura organizzativa capace di adeguarsi al cambiamento in modo efficace attraverso la partecipazione nucleo operativo, che è costituito da specialisti adeguatamente formati ai quali viene attribuito un considerevole controllo sul proprio lavoro (Rebora, 2002). Occorre, difatti, tener presente che le organizzazioni sanitarie hanno una struttura di gestione del cambiamento di tipo «invertito»: le persone collocate più in basso hanno maggiore influenza sulle decisioni quotidiane rispetto a

coloro che sono posti nominalmente più in alto nella scala gerarchica della organizzazione burocratica. In questa gerarchia invertita il vertice strategico deve negoziare piuttosto che imporre nuove politiche. Disconoscere questa realtà e obbligare i professionisti al cambiamento consentirà alle organizzazioni sanitarie di ottenere solo risultati parziali⁹. La produzione di un cambiamento implica un lento e accurato lavoro, nel quale è necessario che la *leadership* coinvolga i *clinical leader* e gli *opinion former* presenti in ciascuna unità organizzativa per convincere i loro colleghi a fare le cose in modo differente (Ham, 2003).

6.1. Gestione del personale in sanità: tra responsabilizzazione, lealtà e iniziativa

Questo nuovo approccio direzionale in organizzazioni di tipo professionale, come quelle sanitarie, deve incidere per essere efficace anche sul livello operativo. Le persone, in derivazione a un nuovo modo di «dirigere», dovranno imparare ad essere responsabili delle attività più significative. Dovranno valutare continuamente i loro progressi, prendere autonomamente le decisioni e, inoltre, saper utilizzare in modo ottimale le risorse dell'azienda. Ecco, quindi, che gli impiegati dovranno disporre di tempo, di conoscenze e delle risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi. È vitale diffondere all'interno dell'organizzazione una nuova valenza culturale: l'*employeeship*, che etimologicamente significa ciò che occorre per essere un buon dipendente¹⁰. L'*employeeship* rappresenta una nuova concezione del mondo del lavoro, consente di mobilitare le migliori energie all'interno dell'organizzazione.

Per sviluppare un approccio basato sull'*employeeship* occorre impegnare i dipendenti nella sopravvivenza e lo sviluppo dell'azienda. Prima che un'azienda possa sviluppare una cultura d'*employeeship* è necessario, infatti, soddisfare due requisiti:

- 1) il management deve saper ispirare le persone ad assumersi responsabilità e potere;
- 2) il personale deve essere disponibile ad accettare e a fare propria la responsabilità.

Alla base dell'*employeeship* abbiamo: responsabilità, lealtà, iniziativa. Le persone

si sentono responsabili quando sono consapevoli che devono conseguire degli obiettivi e sentono che possono agire sugli eventi per raggiungerli. La coscienza di saper influenzare una situazione fa sì che le persone si sentano importanti, i contratti nazionali della sanità hanno introdotto diversi strumenti tesi alla responsabilizzazione (retribuzione di risultato, posizioni organizzative, ecc.)¹¹. L'altro elemento è la lealtà: essere leali verso ciò che abbiamo deciso di sostenere, ovvero agire nella convinzione che il proprio comportamento promuove gli interessi dell'organizzazione. È fondamentale realizzare una sorta di identificazione o sovrapposizione dei propri interessi con quelli aziendali. Chi scrive ritiene che ciò costituisca un punto cruciale nelle organizzazioni sanitarie in Italia, in quanto richiede l'abbandono di una cultura della terzietà rispetto alla Pubblica amministrazione piuttosto consolidata. Terzo elemento è l'iniziativa, che in un contesto d'*employeeeship*, consiste, non tanto nell'avviare un progetto nell'interesse dell'azienda, quanto nel portarlo a termine (D'Egidio, 2003); quindi, non basta regolare forme di decentramento decisionale (es. l'atto aziendale), ma occorre anche pensare a forme di controllo connesse alle attività delegate tese alla valutazione dei risultati ottenuti. In sintesi, in un'azienda orientata all'*employeeeship* (D'Egidio, 2003):

- tutti sono impegnati e prendono l'iniziativa per risolvere problemi e conflitti;
- tutti propongono suggerimenti per gestire, migliorare ed innovare l'azienda;
- tutte le forze sono mobilitate;
- è permesso esprimere tutte le idee anche al di là dei limiti gerarchici, di reparto e professionali;
- tutti prendono l'iniziativa per ricevere le informazioni che mancano.

Solo con una cultura orientata all'*employeeeship* è possibile applicare tutti quegli strumenti, come la reingegnerizzazione dei processi, il lavoro di gruppo, l'*empowerment*, la riduzione della gerarchia e della burocrazia, che permettono di attuare con successo un processo di *change management*. Ciò rappresenta la strada da perseguire anche per le aziende sanitarie pubbliche, considerato il notevole impatto del nucleo operativo

nel processo di erogazione delle prestazioni e l'impostazione tipicamente burocratica che caratterizza i rapporti di lavoro nella pubblica amministrazione.

7. Definire la meta del cambiamento nelle aziende sanitarie

Uno degli aspetti che caratterizzano la *leadership* innovativa, com'è emerso nei paragrafi precedenti, è l'attenzione che si pone sulla *vision*. Ma cosa s'intende con il termine *vision*?

Per *vision* s'intende «un progetto fortemente impegnativo, il disegno di ciò che un'azienda spera e auspica di diventare; una guida ambiziosa ma realizzabile delle priorità aziendali, costruita sulla base di realistici scenari interni ed esterni» (De Castri, 1998)¹².

La *vision* svolge un ruolo fondamentale nel processo di *change management*: dà un senso di sicurezza psicologica necessario a far sì che le persone siano disposte a cambiare e ad accettare le relative conseguenze che ne derivano. La *vision* deve definire adeguatamente il nuovo modo di lavorare, per aiutare i dipendenti ad abbandonare i vecchi modi, deve impegnare severamente, pur restando realistica, l'organizzazione e il personale. Una buona *vision* non disconosce la necessità di impegno e sacrificio da parte dell'organizzazione ma chiarisce anche i benefici che da essi ne deriveranno. La *vision* delle Asp per essere efficace deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:

- la coerenza con la programmazione nazionale e regionale;
- la chiarezza e la riconoscibilità (si deve differenziare);
- la realizzabilità.

La singola azienda è parte attiva di un sistema sanitario e non può prescindere dalle scelte effettuate ai livelli superiori (Regione e Stato), il che non implica però un atteggiamento reattivo rispetto al ruolo e alla funzione attribuita alla Regione, anzi, richiede un atteggiamento propositivo e collaborativo nella definizione dei macroobiettivi.

La meta del cambiamento è soprattutto il frutto di un processo cognitivo, ma non può fare a meno di indispensabili momenti

di confronto e negoziazione con le parti che operano nell'organizzazione: la necessità di un processo di condivisione, che non significa negoziare gli obiettivi strategici prefissati (fortemente influenzati dalle caratterizzazioni di assetto istituzionale), si rivolge in particolare alle modalità attuative.

La *vision* viene realizzata dal leader, ma deve diventare collettiva, deve essere diffusa e condivisa ad ogni livello. Essa deve essere espressa in maniera tale da consentire al personale di comprenderla facilmente, di collegarla al proprio lavoro e ai propri interessi e di capire il proprio ruolo nella sua realizzazione. I dipendenti devono essere profondamente motivati, coinvolti e responsabilizzati. Solo la creazione di una *vision* condivisa permette di far accettare il cambiamento, che è il primo passo per il successo di un progetto di *change management*.

Si reagisce ad una *vision* in tre modi: accettandola, aderendovi o semplicemente obbedendo ai suoi dettami. Chi accetta la *vision* farà tutto ciò che occorre a realizzarla, purché non contrasti con il suo modo di operare. Chi aderisce è convinto dei benefici ottenibili e avrà un atteggiamento propositivo supportando la creazione di nuove strutture per la sua realizzazione. L'adesione è più forte dell'accettazione. L'atteggiamento di obbedienza è sicuramente quello più diffuso nelle organizzazioni sanitarie: il personale obbedisce, vi si adegua, ma spesso non condivide; per i cambiamenti incrementali ciò può bastare, ma per quelli radicali occorre che vi si aderisca con convinzione.

La mancanza di *vision* è uno dei principali blocchi nei processi di cambiamento, senza di essa non è possibile cercare di cambiare perché è fondamentale sapere a cosa si aspira e qual è l'obiettivo dei nostri sforzi.

8. Le dimensioni della comunicazione nei processi di *change management*

I leader, nel gestire il cambiamento, dovranno prestare particolare attenzione alle tecniche che consentono di comunicare¹³. Un'azienda, che pensa al cambiamento, ma non comunica le sue intenzioni al personale, si autocondanna, perché la comunicazione è il più importante strumento per ottenere la partecipazione del personale di ogni livello.

La comunicazione è fondamentale nel guidare e stimolare gli altri verso il cambiamento¹⁴. Essa, infatti, permette di diffondere la *vision* per far sì che venga condivisa e interiorizzata e, inoltre, consente di trasmettere le nuove idee per costruire una nuova cultura. Per quanto riguarda la comunicazione organizzativa in un'azienda sanitaria, si possono individuare tre dimensioni (Cesaria, 1996):

- *la comunicazione strategica*: comprende gli eventi che contribuiscono a generare e orientare le strategie organizzative. L'insieme di questi eventi è collegato al ciclo di pianificazione e vede il coinvolgimento diretto del *top management*;

- *la comunicazione integrativa*: comprende gli eventi che contribuiscono a favorire l'integrazione organizzativa a fronte di cambiamenti che interessano qualunque aspetto dell'organizzazione. Frequentemente, i programmi di cambiamento prevedono l'istituzione di *team* o *task force* che sono responsabili delle iniziative di comunicazione;

- *la comunicazione operativa*: rientrano gli eventi di comunicazione direttamente collegati all'attività gestionale quotidiana.

Un piano di comunicazione per essere efficace, in un processo di cambiamento, deve attenersi ad alcune regole fondamentali (Galpin, 1998):

- i messaggi devono essere legati all'obiettivo di cambiamento, solo così si dimostrerà la necessità di cambiare e la credibilità dell'iniziativa;

- la comunicazione dovrà essere realistica e sincera (trasmettendo anche gli aspetti negativi);

- la comunicazione dovrà essere programmata in anticipo a cominciare fin dalle prime fasi del processo;

- i messaggi devono essere ripetuti costantemente attraverso differenti canali e lo stesso messaggio deve raggiungere le persone da diverse direzioni. In questo modo la comunicazione raggiunge la sua massima efficacia, perché consente alle persone di assimilarli.

Fra i canali da usare possiamo includere: presentazioni, *meeting*, comunicati stampa, messaggi della direzione circolari, *newsletter*; tali mezzi sono utili nelle organizza-

zioni sanitarie, dove il contatto dei membri dell'alta direzione con il nucleo operativo può non essere facile. Le riunioni e, quindi, l'approccio interattivo sono utili quando il processo di cambiamento non è stato accolto con entusiasmo o nelle singole unità operative dove è logisticamente possibile una maggiore interazione con la direzione.

Il ruolo della comunicazione nei processi di cambiamento delle organizzazioni sanitarie è duplice: da un lato, ha la funzione di informare i diversi *stakeholder* (Regione, pazienti, fornitori, ecc.) del perché si cambia e, dall'altro, servirà per illustrare a tutta l'organizzazione cosa sta succedendo e cosa comporta il processo di cambiamento. La comunicazione assolve una diversa funzione a seconda del momento: all'inizio, svolge un ruolo di supporto alla credibilità di tale processo, in quanto non è ancora possibile vedere i primi risultati; in uno stadio succes-

sivo, s'illustra il programma generale e i vari problemi esistenti e possibili. In questa fase di diffusione, le comunicazioni diventeranno più specifiche e centrate, comunicando l'acquisizione di nuovi metodi, ruoli e *skill*. Infine, abbiamo la fase di attuazione e controllo in cui i messaggi si focalizzeranno soprattutto sui perfezionamenti e risultati raggiunti (Bodega *et al.*, 1996).

La **tabella 2** illustra le diverse fasi della comunicazione durante un processo di cambiamento, identificando la portata della comunicazione, lo scopo di ciascuna fase, i ruoli e i soggetti che operano nelle Asp.

9. Il cambiamento comportamentale nelle Asp: variabile necessaria del *change management*

Nelle aziende sanitarie la gestione del cambiamento si è spesso tradotta in proces-

Tabella 2

Processo di comunicazione-gestione del cambiamento

Ruoli del cambiamento	Fase	Soggetti	Contenuto	Scopo
Fattori del cambiamento e sponsor	Affermazione delle motivazione e creazione della consapevolezza	Regione, pazienti, Conferenza dei Sindaci, e organizzazione stessa	<ul style="list-style-type: none"> • Illustrare le ragioni del cambiamento • Definire le iniziative di cambiamento in una prospettiva strategica contestualizzata all'interno della pianificazione regionale • Riaffermare la missione aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> • Dimostrare la necessità di cambiare • Sviluppare e diffondere la <i>vision</i>
Agente del cambiamento e destinatari del cambiamento	Illustrazione del progetto	Responsabili di UO coinvolte	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi della situazione • Riaffermare la logica strategica • Fornire il quadro generale del progetto di cambiamento • Comunicare le specifiche del processo 	<ul style="list-style-type: none"> • Dimostrare l'impegno e la partecipazione della direzione • Illustrazione, il progetto le direttive di attuazione
Agente del cambiamento e destinatari del cambiamento	Diffusione	Middle management Nucleo operativo	<ul style="list-style-type: none"> • Fornire le specifiche dei cambiamenti da realizzare • Informare, i diretti interessati, sulle implicazioni del cambiamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementare i livelli di accettazione e adattamento • Continuare a dimostrare l'impegno della direzione
Destinatari del cambiamento	Accompagnamento e controllo	Operatori dell'organizzazione Paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Continuare a dimostrare l'impegno della direzione • Riaffermare la missione dell'organizzazione e la focalizzazione della strategia 	<ul style="list-style-type: none"> • Ascoltare il <i>feedback</i> e agire di conseguenza • Perfezionare i cambiamenti

si di allargamento dei confini tradizionali (esternalizzando e terziarizzando), di riconfigurazione della struttura organizzativa o di promozione di forme di flessibilità lavorativa (*part-time*, telelavoro, lavoro interinale).

Oggi le aziende si sono rese conto che il cambiamento dei comportamenti gestionali e operativi delle persone coinvolte è il completamento necessario a quello strutturale, anzi costituisce una condizione necessaria di successo. Il cambiamento, infatti, deve essere attuato con le persone e non sulle persone. L'evoluzione degli studi ha così sottolineato la necessità di realizzare un approccio che consideri la gestione delle risorse umane strettamente interdipendente con l'ambiente esterno e la strategia (Paneforte, 1998).

In questo cambio di prospettiva rispetto al passato, in cui si poneva l'accento solo sulle strategie, l'elemento di distinzione dell'organizzazione è il patrimonio di competenze che permette di intendere l'azienda come luogo di apprendimento. Le persone sono chiamate a mettere in pratica le competenze distintive che l'azienda ha generato attraverso processi di apprendimento individuali e collettivi. La capacità di individuare prima e arricchire poi le proprie competenze chiave è l'elemento che sta alla base delle abilità delle organizzazioni nel competere e nello svilupparsi. Per questo bisogna creare un'organizzazione che sviluppi una cultura a supporto del cambiamento.

È allora evidente che la riprogettazione della struttura organizzativa implica dei cambiamenti culturali. Quando parliamo di cultura dobbiamo far riferimento ad un insieme di elementi tra loro correlati. Tali componenti sono (Galpin, 1999):

- regole e politiche;
- obiettivi e misure;
- abitudini e norme;
- formazione;
- cerimonie ed eventi;
- comportamenti;
- compensi e riconoscimenti;
- comunicazione;
- ambiente fisico;
- struttura organizzativa.

Queste componenti possono essere raggruppate in valori, espressioni visibili e assunti impliciti¹⁵. L'insieme di questi elemen-

ti «tiene compatta» l'azienda, salda i processi e unisce la struttura fisica: proprio per questo la cultura è ciò che determina la velocità dello sviluppo aziendale (D'Amato, 2003).

La cultura d'azienda interviene nel condizionare il cambiamento organizzativo sotto un duplice aspetto (Ciappei, 1997): da un lato influenza la decisione di operare il cambiamento, in quanto la cultura è il filtro dei dati ambientali che mostrano la necessità di cambiare e il tipo di cambiamento necessario, dall'altro lato essa influenza l'implementazione del cambiamento organizzativo, in quanto fattore abilitante o vincolante.

La creazione di una cultura aziendale, intesa come condivisione di valori e di obiettivi strategici, è l'unico strumento per integrare le differenti aspettative degli *stakeholder* interni ed esterni evitando che tali aspettative, nella loro incongruenza e inconciliabilità, influenzino in modo determinante la gestione e la performance dell'Azienda. L'esistenza e la continuità nel tempo di tale cultura presuppone, tuttavia, una profonda rivisitazione nella percezione dei ruoli di ognuno dei soggetti interni all'organizzazione, attraverso il trasferimento di competenze e responsabilità da una figura professionale all'altra. Il management deve studiare e comprendere i processi clinici e di ricerca e il personale medico deve abituarsi a considerare le implicazioni economiche e gestionali dei propri atti. Il risultato auspicato è che il management sia più attento nel motivare e gestire gli investimenti in un'attività clinica e scientifica di cui conosce problemi e meccanismi e che, nel contempo, i medici utilizzino anche strumenti manageriali per individuare l'impatto delle proprie attività e ottimizzare i processi in cui sono impegnati (Michellini, 2000).

La diffusione di questa «cultura di base» rappresenta una condizione necessaria di competitività. Qualsiasi ulteriore trasformazione culturale richiesta non può prescindere dalla partecipazione dei diversi soggetti. Laddove gli operatori considerino la loro posizione nella «gerarchia» non come strumento, bensì come parte della loro identità, ogni cambiamento finirà per generare timori e paure, con ripercussioni negative anche sull'organizzazione. Per questo è necessario valutare nello specifico contesto il grado di effettiva integrazione delle aspettative dei differenti portatori di interesse prima di pro-

porre ulteriori cambiamenti nei modi di operare.

La trasformazione della cultura organizzativa avviene in diverse fasi e in un arco temporale non predefinito, esistono una serie di momenti concatenati che sono sintetizzabili:

- affermazione della *vision* del leader riguardante obiettivi e compiti dell'organizzazione;
- successo della strategia proposta. Ciò conferma nei membri dell'organizzazione la validità dei criteri adottati;
- idealizzazione dei valori organizzativi proposti (a causa del successo);
- trasformazione dei valori in assunti che orientano il comportamento dell'organizzazione.

Il cambiamento culturale può anch'esso seguire le tipologie fondamentali del cambiamento organizzativo: incrementale e radicale. Partendo da questa classificazione possiamo distinguere tre tipi di cambiamento culturale: apparente, incrementale e quello rappresentato dalla rivoluzione culturale (Invernizzi, 1996):

- il *cambiamento culturale apparente* è superficiale perché richiede di mettere in atto comportamenti già compatibili con i valori diffusi all'interno dell'azienda. Determina modificazioni tecniche più che mutamenti culturali;

- il *cambiamento culturale incrementale* si ha quando si aggiungono nuovi valori, nuove espressioni visibili, non contrastando con la situazione esistente. Queste modifiche vanno bene, quando s'intraprendono dei cambiamenti incrementali, dove si migliora ma non si cambia la situazione esistente;

- con *rivoluzione culturale* intendiamo il cambiamento dei valori esistenti dovuto all'introduzione di nuovi valori antagonisti con quelli del passato. Questa situazione si verifica quando si realizza un cambiamento radicale.

9.1. La gestione e la condivisione della conoscenza nelle aziende sanitarie

Un apporto fondamentale nel processo di cambiamento culturale è l'investimento nella gestione dei processi di condivisione

delle conoscenze. La vera sfida per le aziende consisterà nel migliorare il processo di acquisizione, di integrazione e di utilizzo della conoscenza. Tale processo prende il nome di *knowledge management*, il cui principale obiettivo consiste nel massimizzare i ritorni del patrimonio conoscitivo aziendale e nel mantenere sempre aggiornato tale bene (Massa *et al.*, 2003). La creazione di reti e di banche dati interne, l'individuazione di momenti obbligatori di condivisione delle pratiche cliniche rappresentano solo alcuni degli strumenti tesi alla diffusione della conoscenza.

Negli ultimi anni si è affermata l'idea che non siano solo le persone in grado di acquisire nuove conoscenze, ma anche le stesse organizzazioni. Da qui l'importanza che ha assunto il concetto di *learning organization*. La *learning organization*, letteralmente l'organizzazione che apprende, è una locuzione che indica l'azienda come ambito di apprendimento, ovvero un'azienda capace di capire e governare la complessità ambientale attraverso l'apprendimento.

Affinché ci sia apprendimento organizzativo è necessario che il patrimonio di conoscenze e competenze individuali possa essere condiviso ai diversi livelli e tra le diverse funzioni aziendali per diventare «memoria organizzativa»¹⁶, sviluppando, così, quelle che sono definite come competenze distintive.

Un'organizzazione apprende solo attraverso individui che imparano, sebbene l'apprendimento individuale non garantisca automaticamente quello organizzativo, non corrispondendo quest'ultimo alla semplice somma dell'apprendimento dei singoli. Esso si realizza attraverso modelli mentali, conoscenze e capacità di osservazione comuni; si costruisce sulla memoria organizzativa (passate esperienze e conoscenze) che dipende dai meccanismi istituzionali utilizzati per conservare la conoscenza.

Possiamo avere due tipi di apprendimento: l'apprendimento adattivo e generativo (Senge, 1992). Il primo è la forma più semplice ed è normalmente focalizzato su problemi e opportunità, che si trovano all'interno dell'organizzazione, al fine di adattarsi ai cambiamenti esterni; il secondo si ha quando l'organizzazione è disposta a porre in discussione le sue capacità, convinzioni e le norme più

radicate. Tale forma di apprendimento implica delle soluzioni radicalmente innovative e vantaggiose rispetto alle attuali. Generalmente, le forme di apprendimento generativo finiscono per costituire fonti di vantaggio competitivo. L'apprendimento, all'interno di una qualsiasi azienda, può essere attivato da fattori interni o esterni all'organizzazione (Oggero, 1998). In particolare, con riferimento alle organizzazioni di tipo sanitario, l'apprendimento proveniente dall'ambiente esterno avviene attraverso tre modalità:

1) da imitazione, attraverso la riproduzione di conoscenze il cui valore scientifico è condiviso all'interno della comunità professionale, in questa modalità potrebbero rientrare, tra l'altro, le pratiche dell'*Evidence Based Medicine* (EBM), dell'*Health Technology Assessment* (HTA) e l'utilizzo di Linee guida¹⁷;

2) da interazione, si tratta di un apprendimento fondato sul confronto sull'interazione con altri soggetti (partecipazione a convegni, congressi, ECM);

3) da cooperazione, acquisizione generata dalla collaborazione con altre aziende (attività di ricerca interaziendali, sperimentazioni gestionali).

Anche l'apprendimento creato dall'interno avviene secondo tre modalità:

1) da utilizzo: derivato dall'impiego di nuove tecnologie, produce dei miglioramenti nell'efficacia e nell'efficienza produttiva (implementazione di sistemi gestionali);

2) per esperienza: connesso al processo produttivo, comporta innovazioni incrementali nel prodotto e nei processi;

3) da ricerca: deriva da attività finalizzate alla creazione di nuove conoscenze e genera innovazioni radicali.

Sicuramente la capacità di apprendimento è la variabile costitutiva di una *learning organization*, ma per creare le condizioni che permettono la trasformazione da un'azienda *production oriented* ad una *learning organization* sono necessarie altre caratteristiche. Il modo di essere delle organizzazioni è un prodotto di ciò che le persone pensano e di come interagiscono (Senge, 1992).

La *learning organization* è un'entità nella quale gli individui sviluppano, ampliano le proprie capacità al fine di creare i risultati desiderati. Essa necessita di persone dotate di autonomia e flessibilità, senso di responsabilità, apertura all'apprendimento, ma per creare ciò occorrono strutture che diano la possibilità agli individui di interagire. Fondamentale viene ad essere il ricorso ad uno snellimento della struttura verticistica basato su una maggiore autonomia delle singole unità organizzative e su un maggiore decentramento decisionale, limitando i sistemi di direzione e controllo fissati solo sulla linea gerarchica. In questo senso, il modello dell'azienda-rete¹⁸ è quello che rende operativo un sistema di apprendimento come quello della *learning organization*.

La gestione condivisa della conoscenza consente una maggiore efficacia dell'azione organizzativa favorendo processi di cambiamento comportamentale e incrementando il patrimonio delle competenze distintive e quindi i livelli di competitività (Lega, 1997) (figura 7).

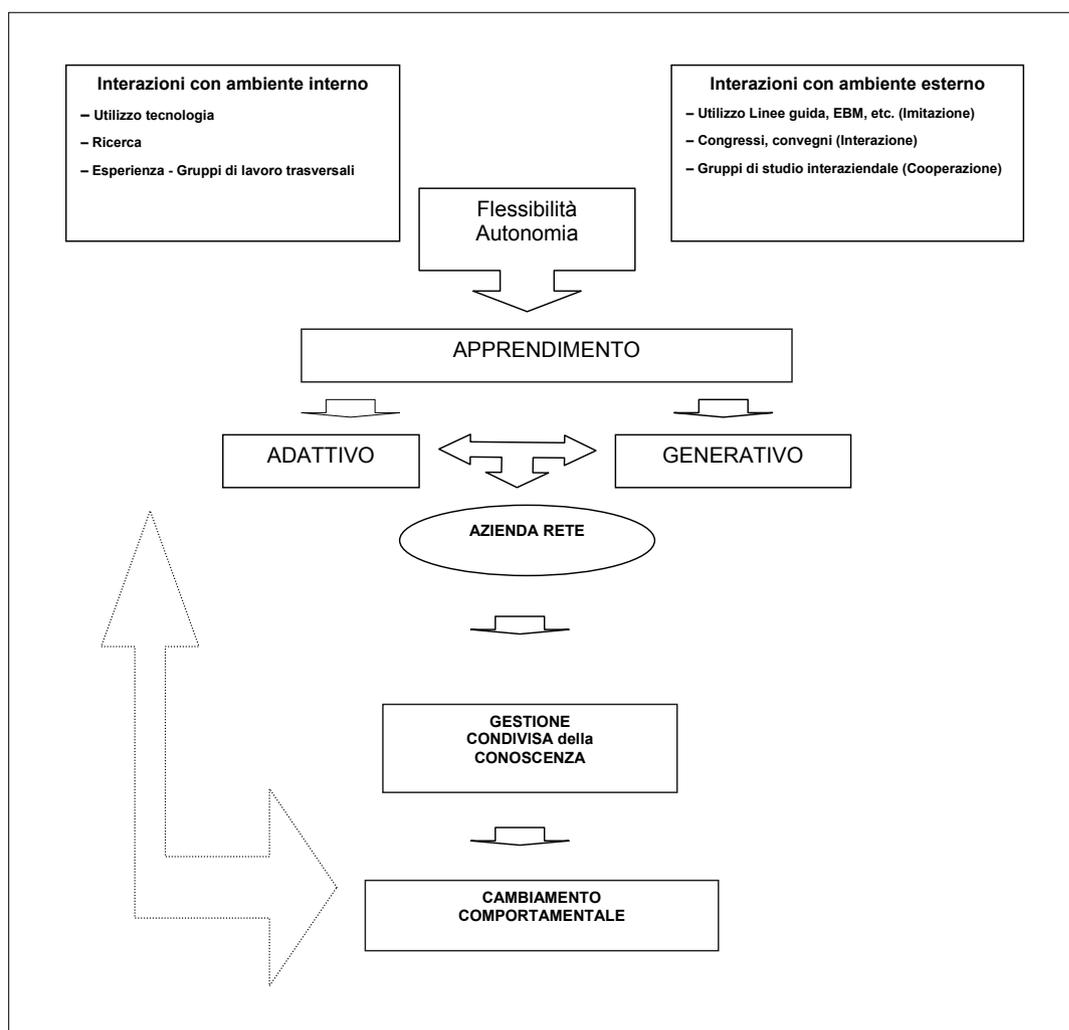
10. Conclusioni

Al vertice strategico delle organizzazioni sanitarie è richiesta un'evoluzione in termini di stile direzionale ed è auspicabile un approccio innovativo capace di governare il cambiamento attraverso il pieno coinvolgimento del nucleo operativo. Uno degli aspetti che caratterizzano la *leadership* innovativa è l'attenzione che si pone sulla diffusione di una *vision* condivisa. La mancanza di *vision* è uno dei principali blocchi nei processi di cambiamento. Senza di essa non è possibile cercare di cambiare perché è fondamentale sapere a che cosa si aspira.

Il ruolo del vertice strategico e dei diretti collaboratori è quello di costruire il cambiamento e l'innovazione dall'interno delle organizzazioni attraverso un'azione intensificata sulle componenti *soft*. La capacità di affermare un modello di azienda-rete capace di apprendere sia in termini adattivi che generativi e di modificare la propria cultura in ragione della *vision* consente il cambiamento comportamentale. Questo potrebbe essere un lavoro lento e non attraente, ma a lungo termine sembra avere maggiore effetto. L'importanza di saper cogliere il cambiamento

Figura 7

Learning organization
e il cambiamento culturale
nelle aziende sanitarie



non come semplice risposta a momenti di crisi ma come opportunità di ulteriore crescita (D'Amato, 2003), uno stile direzionale orientato a favorire lo sviluppo delle idee e la formulazione delle strategie dal basso, il coinvolgimento di tutti gli operatori (Chris, 2003), la gestione condivisa delle conoscenze, l'*employeeeship* del personale ed adeguati processi di comunicazione interna capaci di accompagnare il cambiamento (LeTourneau, 2004) sono alcuni degli aspetti organizzativi da valutare per interpretare il cambiamento come opportunità di sviluppo.

Il leader innovativo si muove, come precedentemente sottolineato, lungo due assi fondamentali: da un lato il rafforzamento e l'incremento del livello partecipativo del nucleo operativo e la spinta a responsabilizzare

la *middle management* riportando alcuni processi decisionali ai livelli che maggiormente possono controllare i risultati in termini di *output* e *outcome*; dall'altro la definizione e la diffusione della *vision* tra le singole parti dell'organizzazione (figura 8).

In questo quadro di riferimento, l'azienda sanitaria può gestire il cambiamento come elemento istituzionale e come fonte del vantaggio competitivo¹⁹ inteso come quella capacità distintiva dell'impresa di superare i diversi *competitor* nel raggiungimento del suo obiettivo primario che nel caso di aziende sanitarie pubbliche è rappresentato dalla capacità di garantire i livelli essenziali di assistenza in condizioni di equilibrio economico e finanziario e dalla capacità di offrire servizi efficaci in grado di attrarre clienti

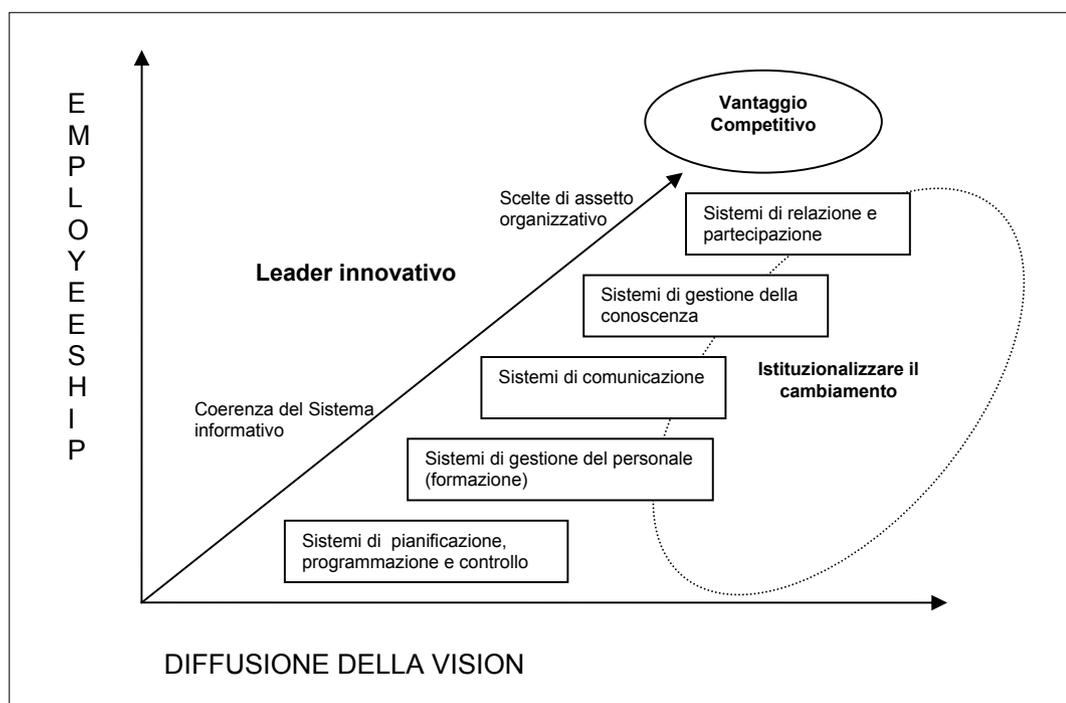


Figura 8
Istituzionalizzare
il cambiamento

(eliminazione mobilità passiva e incremento mobilità attiva). La ricerca di tale vantaggio è perseguibile in definitiva in nuovo contesto culturale orientato al cambiamento e quindi alla flessibilità e alla autonomia (*employee-ship*). L'azienda è incapace di cogliere nuove opportunità e di migliorare i processi senza questa nuova sensibilità ai diversi meccanismi operativi, interpretati come strumenti capaci di incidere in modo dinamico anche sulle componenti culturali dell'azienda. Pertanto, il leader innovativo, consapevole del ruolo determinante degli operatori delle aziende sanitarie, considera gli investimenti in formazione, in comunicazione, in sistemi di gestione della conoscenza, in sistemi di relazione e di partecipazione leve strategiche. Nelle aziende sanitarie pubbliche, che sono delle organizzazioni di tipo professionale con una gestione «invertita» dei processi di cambiamento, tali meccanismi devono essere interpretati in senso sistemico, poiché un sistema di relazioni e partecipazione consente processi di *employee-ship* e una diffusione della *vision* se strettamente connessi ad adeguati processi di pianificazione, formazione, comunicazione interpretati all'interno di un modello complessivo di *knowledge management*. Alla luce di queste considerazioni, il

ruolo delle direzioni generali delle Asp nei processi di *change management* non sembra essere quello di cacciatori di idee appariscenti, ma piuttosto di costruire il cambiamento e l'innovazione dall'interno delle organizzazioni attraverso un'azione intensificata sulle componenti culturali, garantendo la necessaria coerenza rispetto al sistema informativo e all'assetto organizzativo.

Note

1. Occorre precisare che, pur nelle diverse situazioni contingenti, le aziende sanitarie all'interno dei «gruppi sanitari regionali italiani» devono mirare alla costruzione di un equilibrio dialettico tra elementi di competitività e di collaborazione interaziendali (Longo, 2002).
2. La struttura è il mezzo attraverso il quale si ripartiscono compiti, poteri e responsabilità. È un insieme di strumenti che conferisce ordine e coesione ai processi.
3. La riduzione del costo al cliente nel processo di «acquisto dei servizi sanitari» tra azienda e paziente è da intendersi in modo diretto e indiretto. Il perseguimento di adeguati livelli di efficienza, monitorati in particolare modo al livello regionale, si può tradurre in ultima analisi in una riduzione dei livelli di compartecipazione e di contribuzione fiscale del cittadino. Viceversa l'assenza di adeguate politiche di contenimento dei costi e il perseverare di condizioni

- di inefficienza si traducono in incrementi di livelli di compartecipazione e di contribuzione.
4. Tra le principali variabili organizzative si ricordano struttura organizzativa, sistema decisionale, *leadership*, comunicazione interna ed esterna, sistema di relazioni sindacali ed informazioni sul personale.
 5. In questa definizione possiamo analizzare quattro elementi. Il primo è l'intenzionalità del cambiamento, in quanto è un intervento deliberato volto a modificare i caratteri dell'organizzazione. Il secondo riguarda la ricorsività del processo: il cambiamento organizzativo deve tener conto degli effetti che produce sul contesto ambientale. Se è vero che esso deriva dalla dinamicità ambientale, è anche vero che la sua attuazione genera ulteriore instabilità dovuta ad un nuovo riposizionamento dell'azienda e alla reazione dei concorrenti. Il terzo elemento è che il cambiamento organizzativo interviene sulle variabili organizzative. Infine l'elemento finalistico: ogni cambiamento è posto in essere per ottenere un vantaggio.
 6. La nozione di *government*, cui si fa riferimento, assume significato soprattutto in contrapposizione all'affermarsi nel dibattito politico e accademico del concetto di *governance*, quando si utilizza il termine *government* si fa in generale riferimento ad una struttura di governo gerarchica, con un assetto organizzativo meccanicistico e caratterizzato da forme organizzative burocratiche (Carapella, 2006).
 7. In tema di formazione e cambiamento, la direttiva del Dipartimento della Funzione pubblica, del 13 dicembre 2001 (Direttiva Frattini, *Direttiva sulla formazione e la valorizzazione del personale delle Pubbliche Amministrazioni*), ribadisce il ruolo della formazione come strumento per gestire i processi di cambiamento.
 8. Tale compito può essere rappresentato da un processo detto ciclo della *leadership* (D'Egidio, 2003). I vari momenti del ciclo possono essere così descritti: *orientamento*: fornire una *vision* del futuro insieme alle strategie per metterla in pratica; *allineamento*: comunicare la direzione da seguire, far scaturire una grande forza di coesione e convincere le persone a credere nel messaggio, facendogli condividere i nuovi valori; il leader deve garantire che la struttura, i processi e i sistemi contribuiscano a realizzare la *vision*; *ispirazione ed empowerment*: portare le persone ad esprimere il loro potenziale, responsabilizzandole conferendo loro autorità e cercando di supportare la presa di decisioni in modo autonomo. Ogni fase andrà implementata in modo consequenziale attraverso la condivisione della *vision* con le specifiche componenti organizzative e utilizzando idonei meccanismi operativi.
 9. Gli studi disponibili dimostrano che i risultati di processi di cambiamento non sono elevati laddove non si intravedono con chiarezza i vantaggi per la propria attività (McNulty, 2002) e laddove i processi non siano adeguatamente condivisi (Denis *et al.*, 1999).
 10. D'Egidio individua in particolare tre elementi culturali fondamentali necessari per la gestione dei processi di cambiamenti: la *leadership*, l'*employee ship* e la *trustship* (D'Egidio, 2003).
 11. Su tale tema si rimanda per un approfondimento a Lorusso e Quagliata (2003).
 12. La *vision* rappresenta uno stato futuro realistico e desiderabile per l'azienda, differentemente dalla *mission*. La *mission* è lo scopo ultimo dell'azienda, la sua «ragione d'essere», definisce le finalità (le funzioni che l'azienda intende svolgere nel mercato). La *vision*, invece, chiarisce ciò che si vuole ottenere nel futuro. La *vision* offre una strada, suggerisce un orientamento, affinché tutte le risorse comprendano la direzione verso cui tendere.
 13. Con il termine «comunicazione» intendiamo «il processo mediante il quale si trasferisce un messaggio da una fonte ad un destinatario, con l'intenzione di modificare il comportamento del destinatario» (Watzlawick *et al.*, 1971).
 14. Nei processi di comunicazione nelle fasi di cambiamento occorre porre attenzione anche agli aspetti psicologici. A riguardo si veda il contributo di LeTourneau che propone il modello delle quattro «E»: *empathize*; *educate*; *enlist*; *engage* (LeTourneau, 2004).
 15. Per valori s'intendono le ragioni poste alla base dell'agire, ciò che regola i comportamenti e gli atteggiamenti dei soggetti. Le espressioni visibili comprendono i comportamenti, l'ambiente fisico, il modo di vestire, le documentazioni ufficiali, tutto ciò che è facilmente visibile. Gli assunti impliciti sono gli elementi inconsci che determinano i modi di pensare e comportarsi. Essi derivano dall'assimilazione dei valori da parte dei soggetti.
 16. Si riferisce alla capacità dell'organizzazione di conservare tracce dei diversi momenti di esperienze e di apprendimento.
 17. Su ruolo dell'HTA e dell'EBM nei processi decisionali si veda Lorusso (2005).
 18. Il concetto di azienda rete è da intendersi nel duplice significato di azienda che ricerca l'eccellenza non solo attraverso il confronto e il *benchmarking*, ma anche nelle politiche di alleanze e *partnership* strategiche, nell'apertura verso l'esterno e verso l'interno tra le diverse unità organizzative, e di azienda che ha incorporato le nuove tecnologie informatiche nella propria strategia per abbattere i fattori di tempo (rendere disponibili a tutti i destinatari le informazioni nello stesso momento) e di spazio (rendere disponibili a tutti le informazioni ovunque siano).
 19. Nel corso degli anni sono state tuttavia proposte diverse definizioni di vantaggio competitivo. Grant (1999) lo definisce come la «capacità dell'impresa di superare gli avversari nel raggiungimento del suo obiettivo primario: la redditività»; per Valdani (2003), è «la capacità distintiva» (o competenza distintiva) «di un'impresa di presidiare, sviluppare e difendere nel tempo, con maggiore intensità dei rivali, una capacità market driving o una risorsa critica che possono divenire fattori critici di successo».

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

- ADINOLFI P. (2000), «I cambiamenti ambientali e innovazioni organizzative nelle aziende sanitarie», Convegno Aies «La sanità tra Stato e mercato», Padova.
- BOCCARDELLI P., FONTANA F. (2004), «Il cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie», *Rivista italiana di ragioneria e di economia aziendale*, vol. 104, 7/8, pp. 455-469.
- BERGAMASCHI M. (2002), *Le forme organizzative e la loro evoluzione nelle aziende sanitarie*, in *Economia delle aziende pubbliche*, Il Pellicano, Milano.
- BODEGA D., MUSILE TANZI P. (1996), *Comunicare il cambiamento, una raccolta critica di casi*, Egea, Milano.
- BRENNA A. (2003), *Manuale di economia sanitaria*, CIS editore, Milano.
- CAFFERATA R. (1995), *Sistemi ambiente e innovazione: come si integrano la continuità e il mutamento*, Giapichelli, Torino.
- CESARIA R. (1996), «Innovazioni organizzative ed esigenze di comunicazione», *Sviluppo & Organizzazione*, 159, Novembre/Dicembre.
- CICCHETTI A. (2002), *L'Organizzazione dell'Ospedale*, Vita e Pensiero, Milano.
- D'AMATO V. (2006), *Gestire il presente e creare il futuro. L'esigenza di un viaggio aziendale partecipativo*, Franco Angeli, Milano.
- D'EGIDIO F. (2003), *Vision & leadership. Per un cambiamento culturale teso all'eccellenza. La chiave per il successo della qualità totale*, Franco Angeli, Milano.
- DENIS J.L., LAMOTHE L., LANGLEY A., VALETTE A. (1999), «The struggle to redefine boundaries in Health care system», in: D. Borck, M. Powell, C.R. Hinings (eds), *Restructuring the professional organization*, Routledge, London.
- GAMBEL L.E. (2002), «Scenari che cambiano, La formazione come leva del cambiamento», *De Qualitate*, fascicolo 10, pp. 20-23.
- GALPIN T.J. (1998), *Il lato umano del cambiamento: una metodologia per le ristrutturazioni aziendali*, Franco Angeli, Milano.
- HAMMER M. (1998), *Oltre il reengineering: come i processi aziendali cambiano l'organizzazione*, Baldini & Castoldi, Milano.
- HAMMER M. (1990), «Reengineering Work: Don't Automate! Obliterate», *Harvard Business Review*, Luglio/Agosto.
- HAM CHRIS (2003), «Improving the performance of health services: the role of clinical leadership», *Lancet*, 26, 362 (9380), pp. 330 e ss.
- HARRINGTON H.J. (1991), *Business Process Improvement: the breakthrough strategy for total quality, productivity and competitiveness*, McGraw-Hill, New York.
- KRCZAL E., DEL VECCHIO M. (2002), «Leadership collettiva e processi di cambiamento nelle aziende sanitarie», *Mecosan*, anno XI, 41, pp. 135-146.
- INVERNIZZI E. (1996), *La comunicazione organizzativa nel governo d'azienda*, Giuffrè Editore, Milano.
- KOTTER J.P. (1999), «Ma cosa fanno, davvero, i leader?», in G.P. Quaglino, *Leadership*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- LAWRENCE P.R., DYER D. (1983), *Renewing American Industry*, free Press, New York.
- LEGA F. (1997), «Sviluppo e controllo della conoscenza quali determinanti del vantaggio competitivo nelle aziende sanitarie pubbliche: dalla teoria alla pratica», *Organizzazione Sanitaria*, 5, pp. 6-28.
- LEGA F., MOTTA M. (2000), «Process RE-engineering per le Aziende Sanitarie: una introduzione », *Mecosan*, 23.
- LE TOURNEAU B. (2004), «Comunicare for Change», *Journal of Healthcare management*, November 2004.
- LONGO F. (2002), «Strumenti di governo dei gruppi di aziende sanitarie pubbliche: quale mix scegliere dal tool box?», convegno Aies «Le frontiere della sanità tra decentramento istituzionale e sperimentazioni gestionali», Bologna.
- LORUSSO S., QUAGLIATA L. (2003), «L'incentivazione per obiettivi: una logica perseguibile nella Sanità», *Sanità Pubblica e Privata*, 10, pp. 1069-1086.
- LORUSSO S. (2005), «Health Technology Assessment come strumento a di supporto al management: aspetti cognitivi e metodologici», *Mecosan*, 53, pp. 99-115.
- MASSA S., TESTA S. (2003), «Datawarehouse e knowledge management: alcune esperienze di implementazione», *Sviluppo e Organizzazione*, luglio.
- MCNULTY T., FERIE E. (2002), *Reengineering Health care: The Complexities of Organizational Transformation*, Oxford University Press.
- MERLYN V., PARKINSON J. (1995), *Il cambiamento organizzativo nell'information technology: la vision per processi per lo sviluppo efficace dei sistemi informatici*, Franco Angeli, Milano.
- MENEGUZZO M. (2006), *La strategia e la governance delle amministrazioni pubbliche*, in L. Hinna, M. Meneguzzo, R. Mussari, M. Decastri, *Economia delle aziende pubbliche*, Mc Graw Hill, Milano.
- MICHELINI S. (2000), «La cultura manageriale nelle aziende sanitarie», *Sviluppo & Organizzazione*, 182, Novembre/Dicembre.
- NORMANN R. (1978), *Le condizioni di sviluppo delle imprese*, Etas, Milano.
- OGGERO L. (1998), *Alla ricerca di nuove rotte manageriali: l'azienda tra apprendimento e desiderio*, Franco Angeli, Milano.
- PANEFORTE S. (1998), «Cambiamento e apprendimento nelle organizzazioni», *Harold*, 3, settembre.
- PRALAHAD C.K., HAMEL G. (1990), «The core competence of the corporation», *Harvard Business Review*, May/June, pp.79-91.
- PIERANTOZZI D. (1998), *La gestione dei processi nell'ottica del valore. Miglioramento graduale e reengineering: criteri, metodi, esperienze*, Egea, Milano.
- REBORA G. (2002), *Manuale di organizzazione aziendale*, Carocci, Roma.
- RUMELT R.P. (1995), *Inertia e Trasformation*, in C.A. Montgomery, *Resourced based and evolutionary*

- thermos of the firm*, Kluwer Academic Publishers, New York.
- SENGE P.M. (1992), *La quinta disciplina*, Sperling & Kupfer, Milano.
- VALDANI E. (2003), *Competition Based View. I giochi competitivi di movimento, imitazione e posizione*, Etas, Milano.
- VALENTINO C. (2004), «The role of middle managers in the transmission and integration of organizational culture», *Journal of Healthcare management*, November.
- VIGNATI E., BRUNO P. (2004), *Organizzazione per processi in sanità. Un approccio trasversale all'organizzazione per vincere le resistenze al cambiamento*, Franco Angeli, Milano.
- WATZLAWICK P., BRAWIN J.H., JACKSON D.D. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio.
- RAPPORTO CEIS (2006), *Il governo del sistema sanitario*, Health Communication, Roma.
- RAPPORTO SANITÀ (2006), *Il trasferimento dell'innovazione nella clinica e nell'organizzazione sanitaria*, Fondazione Smith Kline, Milano.

La domanda non urgente al Pronto soccorso: un'analisi

ALESSANDRO MENGONI, VALERIA RAPPINI

This paper aims to improve current knowledge about the use of emergency services for non-urgent complications. This issue represents an important and still unsolved problem both in the Italian and in the international contexts. The first part includes a literature overview of the investigated issue. The second part explores the most important factors – both psychological and structural – that lead non-urgent patients to choose the «accident & emergency department» rather than primary care services. According to the analysis the last section includes some policy implications.

1. Premessa

L'utilizzo dei servizi d'emergenza da parte di pazienti con complicazioni non urgenti è un importante ed irrisolto problema che ormai da tempo grava sia sul Sistema sanitario italiano, sia su quello degli altri Paesi.

Esso determina una scorretta utilizzazione delle risorse ospedaliere che, oltre a compromettere la qualità delle cure di emergenza, nel favorire situazioni di sovraffollamento dei Pronto soccorso (Ps) (Rowe *et al.*, 2006; Ding *et al.*, 2006), contribuisce a peggiorare significativamente il giudizio complessivo degli utenti sulla funzionalità dei servizi sanitari.

La rilevanza del fenomeno, oltre la sua resistenza alle politiche correttive fin qui adottate, richiede dunque una particolare attenzione. Un'analisi approfondita su tale tipologia di pazienti e sulle «ragioni» della domanda può quindi consentire una maggiore comprensione del problema e fornire importanti elementi conoscitivi per facilitare l'implementazione di politiche più efficaci.

Partendo dalla sintesi dei contributi più significativi delle ricerche italiane ed internazionali in materia, questo articolo mira ad arricchire l'attuale conoscenza sul fenomeno, proponendo un'indagine empirica finalizzata all'esplorazione congiunta dei molteplici fattori che spingono i pazienti non urgenti a scegliere il Ps rispetto ai tradizionali servizi di cura primaria. A tal fine, nei paragrafi 2, 3 e 4, dopo una digressione sulle origini di tale filone di studi e una precisazione sulle differenze tra i concetti di inappropriatezza e di non urgenza, si procede a quantificare la diffusione del fenomeno nei vari Paesi e a descrivere le motivazioni alla base di quest'ultimo; tali motivazioni sono infine organizzate in raggruppamenti che rispecchiano le caratteristiche delle diverse tipologie di

SOMMARIO

1. Premessa
2. Il fenomeno degli accessi non urgenti in Pronto soccorso
3. Le motivazioni alla base del fenomeno
4. Le tipologie di utilizzatori non urgenti del Ps
5. Una esperienza di analisi della domanda nella zona n. 9 dell'Asur marchigiana
6. Considerazioni conclusive

Note sugli autori

Alessandro Mengoni è ricercatore a contratto MeS Lab Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa
Valeria Rappini è docente SDA Bocconi, Milano

utilizzatori non urgenti del Ps. Il paragrafo 5 è invece dedicato alla descrizione dell'analisi empirica, incentrata sul confronto tra i pazienti non urgenti del Ps e gli utilizzatori delle strutture di Medicina generale, in merito alle loro percezioni sulle «performance» (del Ps e dei tradizionali servizi di cure primarie) ed alle loro caratteristiche psicologiche e sociodemografiche. Le principali considerazioni provenienti dai risultati dell'indagine vengono infine discusse nel paragrafo 6.

2. Il fenomeno degli accessi non urgenti in Pronto soccorso

Il filone degli studi sugli accessi non urgenti in Ps inizia a svilupparsi nel contesto statunitense già nell'ultima parte degli anni '70, quando la spesa sanitaria relativamente alta per le cure di emergenza spinge gli studiosi a focalizzare la loro attenzione sulle dinamiche legate all'utilizzo del Ps. Negli anni '80, i primi studi sugli accessi ai servizi d'emergenza mettono in luce che una parte delle visite in Ps non sono dovute né ad emergenze, né a problemi urgenti (Gifford *et al.*, 1980) e che esse potrebbero diminuire nel caso in cui le strutture alternative di cura primaria attivino adeguati meccanismi di filtro della domanda (Hurley *et al.*, 1989). Negli anni successivi molte ricerche internazionali pubblicano delle valutazioni sulla proporzione di visite al Ps per problemi non urgenti, ma le quantificazioni e i confronti risultano spesso problematici. Come infatti affermano alcuni autori (Richardson *et al.*, 2001) «la letteratura su tale aspetto è spesso contraddistinta da una notevole mancanza di precisione e da una confusione diffusa». La confusione inizia nel momento in cui i pazienti non urgenti cominciano ad essere etichettati come inappropriati o come chi abusa del servizio, in virtù dell'eguaglianza sancita dalle aziende sanitarie e dalle compagnie di assicurazione tra il concetto di inappropriata e quello di non urgenza inteso dal punto di vista strettamente clinico. Questa scuola di pensiero viene contraddetta successivamente da molti autori, secondo i quali il concetto di inappropriata varia in modo soggettivo ed è diverso per le compagnie di assicurazione, per le aziende sanitarie e per i pazienti (Richardson *et al.*, 2001). A causa dunque della sua imprecisione¹, l'etichetta

«inappropriato» è utilizzata molto meno nelle ricerche² più recenti, sostituita da quella meno soggettiva di «non urgente».

Dalle più importanti indagini che tentano di quantificare la proporzione di accessi non urgenti in Ps (**tabella 1**), è possibile notare come tale problema sia ampiamente diffuso sia nel contesto internazionale, sia in quello italiano. La proporzione dei pazienti che si reca al Ps per problemi non urgenti è attestata tra il 9% ed il 54,1% negli USA, tra il 25,5% ed il 60% in Canada, tra il 19,6% ed il 40,9% in Europa; percentuali più alte sono rilevate in Kuwait (61%) ed a Hong Kong (57%). In Italia, l'unico studio che quantifica la proporzione di tali accessi riporta una percentuale (19,6%) inferiore alla media europea. Malgrado l'abbondanza delle ricerche, risulta purtroppo difficile confrontare e generalizzare i risultati a causa dei diversi approcci utilizzati nella selezione dei pazienti non urgenti. I vari studi, infatti, adottano diverse definizioni di non urgenza, diversi dati per la valutazione, diverse figure preposte alla valutazione e diversi momenti di valutazione.

Il fenomeno in questione assume poi un'importanza maggiore se considerato alla luce della sua resistenza alle politiche correttive implementate sin ora. In Italia la strategia principale fa capo all'introduzione, sin dal 1992, di sistemi di compartecipazione alla spesa per le prestazioni differibili, con lo scopo dichiarato di disincentivare considerevolmente la domanda «impropria» in Ps; l'evidenza empirica però non fornisce risultati proporzionati alle attese degli amministratori (Ministero della salute, 2005; Bianco *et al.*, 2003). La letteratura, inoltre, riporta gli esiti fallimentari di analoghe soluzioni adottate all'estero, sottolineando i rischi collegati al rifiuto delle cure di emergenza e appurando la scarsa affidabilità delle procedure di *triage*, anche computerizzate, volte a differire le cure ai pazienti non urgenti (Afilalo *et al.*, 2004; Richardson *et al.*, 2001).

3. Le motivazioni alla base del fenomeno

L'entità del problema, oltre alle evidenti difficoltà ad implementare politiche efficaci, sposta l'attenzione sulle cause del fenomeno richiamando l'opportunità di un approfondimento sulle motivazioni della domanda.

Tabella 1

Risultati e caratteristiche delle ricerche più importanti sugli accessi non urgenti in Ps

% accessi non urgenti	Nazione	Anno	Campione analizzato	Definizione di non urgenza	Dati per valutazione della non urgenza	Valutazione rispetto alla visita e tipologia di valutatore	Livelli di gravità utilizzati	Autori
43%	U.S.A.	1990	1.025 ospedali	Condizioni che non costituiscono una minaccia per la sopravvivenza o per le funzioni vitali o che non richiedono cure immediate e che probabilmente potrebbero essere risolte in un ambulatorio medico o in una clinica	Dai questionari al direttore sanitario o al direttore amministrativo di ogni ospedale	Non specificato	Emergenze, urgenze e non urgenze	U.S. General Accounting Office, 1993
54,1%	U.S.A.	1996	135.723 pazienti in 400 Ps rapp. di tutti gli U.S.A.	Paziente che non ha bisogno di attenzioni immediatamente o entro poche ore	Dai livelli di triage assegnati dagli infermieri dei Ps [Dati NHAMCS 1992-1996]	Posteriore	Urgenze e non urgenze	Liu <i>et al.</i> , 1999
9%	U.S.A.	1999	21.103 pazienti in 376 Ps rapp. di tutti gli U.S.A.	Paziente che dovrebbe esser visitato entro le 2-24 ore dall'arrivo al Ps	Dai livelli di triage assegnati dagli infermieri dei Ps	Anteriore, dall'infermiere del triage	Emergenze, urgenze, semiurgenze, non urgenze, non assegnato/no triage	McCaug <i>et al.</i> , 2001 [NHAMCS]
9,1%	U.S.A.	2001	34.546 pazienti in 364 Ps rapp. di tutti gli U.S.A.	Paziente che dovrebbe esser visitato entro le 2-24 ore dall'arrivo al Ps	Dai livelli di triage assegnati dagli infermieri dei Ps	Anteriore, dall'infermiere del triage	Emergenze, urgenze, semiurgenze, non urgenze, non assegnato/no triage	McCaug <i>et al.</i> , 2003 [NHAMCS]
10%	U.S.A.	2002	37.337 pazienti in 376 Ps rapp. di tutti gli U.S.A.	Paziente che dovrebbe esser visitato entro le 2-24 ore dall'arrivo al Ps	Dai livelli di triage assegnati dagli infermieri dei Ps	Anteriore, dall'infermiere del triage	Emergenze, urgenze, semiurgenze, non urgenze, non assegnato/no triage	McCaug <i>et al.</i> , 2004 [NHAMCS]
12,5%	U.S.A.	2004	36.589 pazienti in 375 Ps rapp. di tutti gli U.S.A.	Paziente che dovrebbe esser visitato entro le 2-24 ore dall'arrivo al Ps	Dai livelli di triage assegnati dagli infermieri dei Ps	Anteriore, dall'infermiere del triage	Emergenze, urgenze, semiurgenze, non urgenze, non assegnato/no triage	McCaug <i>et al.</i> , 2006 [NHAMCS]
60%	Canada	Tra il 1981 ed il 1990	14.045 pazienti in 2 Ps metropolitani	Quando l'intervento medico per evitare delle gravi conseguenze o la morte stessa non è necessario entro le 24 ore	Dal DB dei Ps	Posteriore, valutato da un gruppo di medici formati a tal scopo	Emergenze, urgenze e non urgenze	Béland <i>et al.</i> , 1998
25,5%	Canada	2000	1.783 pazienti in 5 Ps del Quebec	Paziente che può attendere 2 ore prima di esser visitato da un medico, con condizioni anche gravi ma non urgenti e che potrebbero dipendere da problemi cronici. Il suo trattamento può essere posticipato o demandato ad altri reparti ospedalieri od ai servizi di cura primaria	Dai livelli di triage assegnati dagli infermieri dei Ps [Procedura di triage a 5 punti già validata]	Anteriore, dall'infermiere del triage	Urgenze/semiurgenze e non urgenze	Afilalo <i>et al.</i> , 2004
40,9%	G.B.	1990	5.658 pazienti di 1 Ps nel pressi di Londra	Pazienti presentatisi spontaneamente al Ps con problemi non assimilabili ad emergenze, che potevano essere risolti nei normali servizi di cura primaria	Dai livelli di triage assegnati dagli infermieri dei Ps	Anteriore, dall'infermiere del triage	Problemi di competenza del Ps e problemi di competenza dei servizi di cura primaria	Dale <i>et al.</i> , 1995
Tra il 29 ed il 35%	Francia	1994	1.208 pazienti in 2 Ps (Parigi e Besancon)	Il paziente presenta sintomi non più preoccupanti, oppure sintomi di modesta gravità avvertiti recentemente, e desidera un controllo, delle nuove prescrizioni o un certificato medico per poter tornare a lavoro	Dal DB dei Ps	Posteriore, valutato da un gruppo di 4 esperti	Urgenze e non urgenze	Lang <i>et al.</i> , 1996
19,6%	Italia	2001	581 pazienti di 1 Ps di Catanzaro	Il paziente presenta sintomi non più preoccupanti, oppure sintomi di modesta gravità avvertiti recentemente, e desidera un controllo, delle nuove prescrizioni o un certificato medico per poter tornare a lavoro	Da DB dei Ps	Non specificato, effettuato da 2 «osservatori»	Urgenze e non urgenze	Bianco <i>et al.</i> , 2003
57%	Hong Kong	1999	2.410 pazienti in 4 Ps	Basata sulla definizione del manuale per i medici di famiglia dell'«Hong Kong College of Family Physicians»	Dal Db dei Ps	Posteriore, da 2 medici del Ps (che valutavano separatamente il pz.) che dovevano esprimere un giudizio concorde, o altrimenti da un Mmg con esperienza in Ps	Vera emergenza, problema risolvibile nei servizi di cura primaria	Lee <i>et al.</i> , 2000
61%	Kuwait	1993	2.011 pazienti di 6 Ps	Non sono necessarie delle cure di emergenza	Da un modulo per i medici del Ps sulle caratteristiche dei pazienti	Posteriore, dal medico che ha effettuato la visita	Emergenze, urgenze, urgenze marginali, non urgenze	Shah <i>et al.</i> , 1996

Recenti studi internazionali, sia attraverso tecniche qualitative che quantitative, hanno indagato le motivazioni sottostanti alla scelta dei pazienti non urgenti di recarsi in Ps. Premesso che l'elenco delle motivazioni possibili è ampio e variamente interrelato, di seguito si propone un raggruppamento in 3 macrocategorie:

- 1) quella che comprende le tematiche legate alla percezione del bisogno di attenzioni immediate;
- 2) quella delle tematiche legate alla preferenza per il Ps;
- 3) quella delle tematiche legate alle difficoltà di utilizzo dei servizi di cura primaria.

L'insieme delle motivazioni selezionate corrisponde a quello individuato dalle ricerche più recenti ed autorevoli in ambito internazionale, con una particolare enfasi su quelle emerse negli studi italiani o svolti in contesti simili. Le macrocategorie utilizzate, invece, sono state adottate sia per la loro capacità di sintetizzare efficacemente le varie tematiche rilevate, sia per facilitare la comprensione della riorganizzazione di queste ultime coerentemente alle 4 tipologie di pazienti non urgenti del Ps (paragrafo 4).

3.1. Tematiche legate alla percezione del bisogno di attenzioni immediate

Tutti gli studi assegnano una notevole importanza alle tematiche incluse in questa macroarea. Una recente indagine qualitativa (Pasarín *et al.*, 2006) considera la percezione di tale bisogno come fattore chiave per la scelta di utilizzare il Ps e la collega alla presenza o meno di un'auto-diagnosi, intesa come attribuzione di un significato a ciò che sta avvenendo, elaborata più o meno efficacemente dal paziente sulla base dei sintomi avvertiti. Secondo lo studio, infatti, l'auto-diagnosi è in grado di controllare e contenere l'ansia, mentre l'assenza o l'incompletezza di auto-diagnosi genera preoccupazione ed allarmismo. Di seguito vengono elencate e discusse le principali tematiche incluse all'interno di questo raggruppamento: la percezione di gravità del proprio problema, il bisogno di ottenere rassicurazioni, la necessità di alleviare immediatamente il dolore e il

disagio e, infine, l'idea distorta di emergenza e alcuni fattori legati al contesto sociale.

Percezione di gravità del problema. È la motivazione più ricorrente all'interno di questo raggruppamento. Utilizzando il modello esplicativo appena descritto, infatti, l'assenza di auto-diagnosi può essere ricondotta alla situazione in cui il paziente sia molto preoccupato per le proprie condizioni e totalmente inconsapevole della propria non-urgenza, credendo che il suo problema sia una vera emergenza. Tranne alcune eccezioni (Howard *et al.*, 2005; Sempere-Selva *et al.*, 2001), l'importanza di tale ragione è stata sottolineata sia dagli studi italiani (Belleri, 2006; Bianco *et al.*, 2003; Lo Monaco, 2001), sia da quelli europei (Pasarín *et al.*, 2006; Coleman *et al.*, 2001; Rajpar *et al.*, 2000) e nord-americani (Lewis *et al.*, 2006; Northington *et al.*, 2005; Fish Ragin *et al.*, 2005; Afilalo *et al.*, 2004; Guttman *et al.*, 2003; Weber *et al.*, 2002; Boushy *et al.*, 1999; Lucas *et al.*, 1998; Williams *et al.*, 1996; Gill *et al.*, 1994).

Bisogno di ottenere delle rassicurazioni. Sempre con riferimento al modello esplicativo, questa motivazione potrebbe dipendere da una elaborazione parziale dell'auto-diagnosi o ad una quasi assenza della stessa. In tal caso, il paziente potrebbe tendenzialmente credere che il suo problema non sia urgente, tuttavia non riesce completamente a convincersene perché preoccupato per un possibile peggioramento. Per tali motivi potrebbe recarsi in Ps per essere rassicurato sul fatto che il problema non sia pericoloso o non possa peggiorare (Guttman *et al.*, 2003; Coleman *et al.*, 2001; Rajpar *et al.*, 2000), per ricevere una seconda opinione o un consenso ufficiale per lo svolgimento di certe attività (Guttman *et al.*, 2003).

Necessità di alleviare immediatamente il dolore ed il disagio. Sotto molti aspetti tale tematica potrebbe essere inclusa all'interno della prima. Viene in questo caso considerata separatamente in quanto intesa come situazione in cui il bisogno di cure immediate del paziente potrebbe anche dipendere esclusivamente dal disagio fisico generato dal suo problema, indipendentemente dall'auto-diagnosi elaborata e dal livello di preoccupazione avvertito. È il caso ad esempio di quei pazienti che, anche se consci della non urgenza della loro condizione, possiedono una bassa

soglia di sopportazione del dolore la quale non consente loro di attendere molto per risolvere il proprio problema (Guttman *et al.*, 2003).

Idea distorta di emergenza. Questo aspetto fa riferimento a quei pazienti che possiedono una concezione di emergenza che si discosta notevolmente sia dalla definizione strettamente clinica, sia da quella interiorizzata dalla maggior parte degli utenti inesperti in campo medico (Guttman *et al.*, 2003).

Fattori sociali. Sono tutti quegli elementi riconducibili alla struttura e alle dinamiche sociali che, se pur indirettamente, contribuiscono ad intensificare il bisogno di cure urgenti. Secondo alcuni autori, un contributo non indifferente deriva da un certo clima sociale di allarme e patofobia, alimentato da informazioni fornite dai media su fatti epidemici, eventi morbosi eccezionali, rischi di *malpractice* e da una certa enfasi riguardo a tutte le questioni riguardanti la salute (Belleri, 2006; Pasarin *et al.*, 2006). Altri puntano il dito contro la logica di mercato che ha pervaso le nostre abitudini, sostenendo che in una società dove ci si aspetta una gratificazione immediata alle proprie attese, i consumatori tenderanno ad utilizzare i servizi più rapidi ed efficienti, come risulta essere il Ps sotto alcuni aspetti, per la soddisfazione dei propri bisogni di salute (Howard *et al.*, 2005). Vengono anche considerati i cambiamenti del tessuto sociale, affermando che rispetto al passato l'ambiente sociale più prossimo al paziente non è più in grado di svolgere una funzione di «filtro emotivo» per il contenimento dell'ansia. La famiglia, i vicini e tutte le persone più care al paziente erano il primo punto di riferimento verso il quale egli si rivolgeva per ottenere dei consigli sui problemi di salute. Nel contesto sociale attuale, con minori reti informali di appoggio, sono i servizi pubblici, in questo caso quelli sanitari, che si trovano a svolgere tale ruolo (Pasarin *et al.*, 2006).

3.2. Tematiche legate alla preferenza per il Ps

Secondo gli autori di un'indagine sui Ps di 28 ospedali statunitensi, il Ps rappresenta la scelta ottimale tra tutti i servizi di cura primaria, piuttosto che l'ultima risorsa per chi non ha altre opzioni (Fish Ragin *et al.*,

2005). I risultati di questo studio sono simili a quelli di tanti altri – citati di seguito in tale sezione – in cui la preferenza per alcune o per la totalità delle caratteristiche del Ps risulta una importante determinante per la scelta di utilizzare i servizi di emergenza. Anche se le rilevazioni sono abbastanza eterogenee, e ciò riflette probabilmente le peculiarità dei diversi sistemi sanitari nazionali, tale fattore è sempre presente nelle ragioni dei pazienti non urgenti dei Ps. Le tematiche inserite all'interno di questo gruppo sono: la preferenza generale per il Ps, la preferenza per quelle caratteristiche che permettono di far risparmiare tempo per le prestazioni di secondo livello, la preferenza per altre caratteristiche secondarie del Ps e l'insoddisfazione o la mancanza di fiducia verso i servizi di cura primaria.

Preferenza generale per le caratteristiche del Ps. Vari studi rilevano nei pazienti intervistati una preferenza generale per il Ps, che è giustificata da ragioni quali: la maggior fiducia riposta nel Ps, la maggior comodità del Ps, la soddisfazione per le precedenti esperienze in Ps e la maggior familiarità col Ps. Tale tematica ha risalto in alcune ricerche nord-americane (Fish Ragin *et al.*, 2005; Guttman *et al.*, 2003; Boushy *et al.*, 1999) ed europee (Sempere-Selva *et al.*, 2001; Coleman *et al.*, 2001), ma non è emersa in quelle italiane.

Preferenza per quelle caratteristiche che permettono di far risparmiare tempo per l'effettuazione di prestazioni di secondo livello. La possibilità di effettuare rapidamente e in un sol luogo tutti i test ed i consulti specialistici di cui si ha bisogno, ottenendo probabilmente anche un risparmio sui costi, si rivela un attributo estremamente attraente per molti utilizzatori non urgenti del Ps, sia nel contesto internazionale (Pasarin *et al.*, 2006; Northington *et al.*, 2005; Fish Ragin *et al.*, 2005; Guttman *et al.*, 2003; Richardson *et al.*, 2001; Coleman *et al.*, 2001; Rajpar *et al.*, 2000), sia in quello italiano (Belleri, 2006; Lo Monaco, 2001).

Preferenza per altre caratteristiche secondarie del Ps. Altre caratteristiche secondarie per le quali il Ps ha riscosso una preferenza superiore rispetto agli altri servizi fanno riferimento soprattutto ai minori tempi di attesa per la visita e alla maggiore accessibilità. Entrambi gli aspetti, particolarmente eviden-

ziati in alcune ricerche statunitensi (Howard *et al.*, 2005; Northington *et al.*, 2005; Guttman *et al.*, 2003), non ricevono pari risalto nel contesto europeo (Coleman *et al.*, 2001; Rajpar *et al.*, 2000) o, come nel caso italiano, non sono rilevati affatto.

Insoddisfazione o mancanza di fiducia verso i servizi di cura primaria. Questa tematica, rilevata sia in Nord-America (Fish Ragin *et al.*, 2005; Afilalo *et al.*, 2004; Sarver *et al.*, 2002) che in Europa (Pasarín *et al.*, 2006; Coleman *et al.*, 2001), è palesata in Italia con la scarsa fiducia nel proprio Medico di medicina generale (Mmg) (Belleri, 2006) e con l'insoddisfazione verso la diagnosi della Guardia medica (Gm) (Lo Monaco, 2001). Altre ragioni secondarie riconducibili a tali tematiche, non emerse però nel contesto italiano, sono la scarsa familiarità con gli altri servizi di cura primaria (Northington *et al.*, 2005; Sempere-Selva *et al.*, 2001; Boushy *et al.*, 1999) ed il timore di disturbare il proprio medico per problemi poco importanti (Coleman *et al.*, 2001; Rajpar *et al.*, 2000; Davies, 1986).

3.3. Tematiche legate alla difficoltà di utilizzo dei servizi di cura primaria

Essendo le tematiche di questo raggruppamento per buona parte relazionate alle specifiche caratteristiche dei Sistemi sanitari nazionali, la loro importanza varia significativamente in base al contesto d'indagine.

Impossibilità di utilizzare i servizi di cura primaria. Nei Paesi a copertura sanitaria universale questo aspetto non risulta significativo (Pasarín *et al.*, 2006; Afilalo *et al.*, 2004; Coleman *et al.*, 2001; Padgett *et al.*, 1992). In Italia riguarda solamente quei pazienti che non sono iscritti al Servizio sanitario nazionale, come gli stranieri temporaneamente presenti nel paese, o che, momentaneamente fuori residenza, non possono recarsi dal proprio medico di famiglia (Lo Monaco, 2001). Negli USA, invece, la tematica assume maggiore importanza in quanto collegata anche all'assenza di assicurazione o alla parziale copertura assicurativa dei pazienti (Northington *et al.*, 2005; Fish Ragin *et al.*, 2005; Guttman *et al.*, 2003).

Difficoltà ad accedere ai servizi di cura primaria. Tra gli ostacoli all'accesso l'aspetto più significativo è rappresentato dall'impos-

sibilità di esser visitati entro tempi brevi, che è collegato: con la prospettiva per il paziente di lunghe attese in ambulatorio, soprattutto nel contesto nord-americano (Howard *et al.*, 2005; Northington *et al.*, 2005; Fish Ragin *et al.*, 2005; Afilalo *et al.*, 2004; Guttman *et al.*, 2003) e solo limitatamente in quello europeo (Sempere-Selva *et al.*, 2001) ed italiano (Lo Monaco, 2001); con l'assenza del medico in ambulatorio o con la chiusura dell'ambulatorio stesso, soprattutto nel contesto europeo (Coleman *et al.*, 2001; Rajpar *et al.*, 2000) ed italiano (Lo Monaco, 2001), ma anche in quello nord-americano (Howard *et al.*, 2005; Northington *et al.*, 2005; Fish Ragin *et al.*, 2005; Afilalo *et al.*, 2004; Guttman *et al.*, 2003); con la mancanza di flessibilità oraria nelle attività domestiche e lavorative del paziente, in entrambi i contesti (Pasarín *et al.*, 2006; Belleri, 2006; Guttman *et al.*, 2003; Lo Monaco, 2001). Un altro impedimento è rappresentato, pur secondariamente, dalla mancanza di conoscenza o da una conoscenza parziale di strutture alternative al Ps (Northington *et al.*, 2005; Guttman *et al.*, 2003; Coleman *et al.*, 2001; Lo Monaco, 2001).

Consiglio di recarsi in Ps da parte degli operatori dei servizi di cura primaria. In molti studi, anche italiani, alcuni intervistati affermano di esser venuti in Ps perché è stato detto loro di fare così dagli operatori dei servizi di cura primaria (Belleri, 2006; Howard *et al.*, 2005; Afilalo *et al.*, 2004; Guttman *et al.*, 2003; Sempere-Selva *et al.*, 2001; Lo Monaco, 2001). Per quanto sia ragionevole credere che buona parte del fenomeno dipenda da un comportamento prudente di tali operatori, i risultati di alcune ricerche (Boushy *et al.*, 1999) lasciano ipotizzare che tale atteggiamento possa derivare da una certa negligenza del medico o da una sua eccessiva accondiscendenza di fronte alle richieste di pazienti particolarmente insistenti.

4. Le tipologie di utilizzatori non urgenti del Ps

Combinando le diverse motivazioni in base alla percezione del bisogno di attenzioni immediate e alla preferenza per il Ps, è possibile elaborare una matrice (figura 1) che raggruppa i pazienti non urgenti in 4 categorie, di seguito descritte. La matrice deriva da un modello precedentemente realizzato

in uno studio statunitense (Guttman *et al.*, 2003) ma, rispetto a questo ultimo, utilizza un diverso parametro, più adeguato secondo gli autori, per la suddivisione dell'asse verticale³.

Gruppo 1: I pazienti che andrebbero volentieri altrove. A questo gruppo appartengono quei pazienti che assegnano una bassa preferenza al Ps, non avvertono la necessità di ricevere attenzioni immediate e vorrebbero probabilmente essere curati altrove. Essi però non credono di poter disporre di cure mediche alternative, a causa dell'impossibilità di usufruire degli altri servizi di cura primaria (non iscritti al Ssn, momentaneamente fuori residenza) e della difficoltà ad accedere alle altre strutture (impossibilità ad essere visitati dal medico entro tempi brevi, mancanza di conoscenza o conoscenza parziale delle strutture alternative al Ps). All'interno del gruppo potrebbero rientrare anche quei pazienti che si recano al Ps su consiglio degli operatori dei servizi di cura primaria.

Gruppo 2: I pazienti che preferiscono il Ps. Il gruppo è costituito da quelle persone che dimostrano apprezzamento, familiarità e fiducia verso il Ps, considerandolo idoneo alla risoluzione di tutti i problemi, indipendentemente dalla loro gravità. Una componente non trascurabile di questo insieme è inoltre rappresentata da quegli utenti che desiderano avere un accesso immediato ad accertamenti e consulenze specialistiche, scavalcando così le procedure burocratiche ed i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali ed ottenendo un risparmio sui costi. A tale raggruppamento infine, potrebbero appartenere anche quei pazienti particolarmente insoddisfatti delle loro abituali strutture di cura primaria.

Gruppo 3: I pazienti che non hanno nessuna alternativa. I pazienti di questo raggruppamento preferirebbero essere curati nelle loro abituali strutture di cura primaria, tuttavia credono che queste ultime siano non disponibili, a causa delle varie difficoltà legate all'utilizzo dei servizi, ma soprattutto inadeguate a risolvere il loro problema. Alcuni di questi individui infatti sovrastimano la gravità delle loro condizioni ed avvertono il bisogno di cure immediate; altri invece potrebbero anche non percepire la loro situazione come altamente urgente ma non hanno comunque intenzione di correre alcun rischio o possiedono una bassa tolleranza al dolore.

Percezione del bisogno di attenzioni immediate	Bassa	I	II
		«Andrebbero volentieri altrove»	«Preferiscono il Ps»
	Alta	Avrebbero preferito rivolgersi ad un'altra struttura di cura primaria, ma non sono in grado di utilizzarla o credono che non sia disponibile	Considerano il Ps idoneo a risolvere qualsiasi problema, indipendentemente dalla gravità
		III	IV
		«Non hanno nessuna alternativa»	«Vedono il Ps come soluzione ottimale»
		Credono che purtroppo nessun altro luogo sia adeguato, dato che non vogliono correre alcun rischio o considerano bassa la propria soglia di dolore	Credono che la situazione richieda delle attenzioni immediate e che il Ps sia la risposta migliore
	Bassa	Alta	
	Preferenza per il Ps		

Gruppo 4: I pazienti che vedono il Ps come soluzione ottimale. Questo insieme rappresenta tutti quei pazienti che, oltre a preferire il Ps, percepiscono il loro problema come urgente, hanno bisogno di placare immediatamente il dolore, se non di essere rassicurati. Sono tutti quei pazienti cioè che avvertono la necessità di attenzioni immediate e che credono che esse vengano fornite in maniera ottimale al Ps.

5. Una esperienza di analisi della domanda nella zona n. 9 dell'Asur marchigiana

Dalla riflessione sulla letteratura appena descritta appare evidente che l'utilizzo del Ps per motivi non urgenti, oltre ad essere rilevante, è un fenomeno decisamente complesso, dipendente da fattori di diversa natura legati sia alle caratteristiche ed all'organizzazione della medesima struttura e dei servizi di cura primaria, sia alla condizione psichica del paziente ed al contesto sociale in cui si trova a vivere. Per un approfondimento delle cause alla base del problema, risulta di conseguenza imprescindibile l'adozione di un approccio analitico multidimensionale, attraverso un'indagine empirica volta all'esplorazione congiunta delle varie determi-

Figura 1
Tipologie di utilizzatori non urgenti del Ps

nanti. Diversamente da tutte le altre ricerche, focalizzate solamente sui singoli aspetti del problema, è in tal modo possibile ottenere una visione globale del fenomeno.

Concretamente, l'analisi è stata realizzata attraverso un confronto tra i pazienti non urgenti del Ps e quelli degli ambulatori dei Mmg in merito:

- 1) alla posizione⁴ occupata, nelle loro percezioni, dal Ps rispetto al Mmg ed alla Gm;
- 2) al loro grado d'ansia manifestato ed allo stato di salute da questi percepito⁵;
- 3) alle loro caratteristiche socio-demografiche ed a quelle legate al loro accesso ai servizi di emergenza.

Il confronto tra i pazienti non urgenti del Ps e quelli con problemi simili che utilizzano servizi alternativi è stata considerata la migliore soluzione alle critiche mosse verso quei disegni di ricerca che si sono limitati ad una comparazione tra gli utenti non urgenti del Ps e gli altri della stessa struttura. Tale impostazione può infatti aumentare la comprensione del fenomeno ed evitare il rischio di fornire rappresentazioni fuorvianti del contesto (Lowe *et al.*, 2001).

In riferimento al primo ambito di confronto, un'analisi di posizionamento, sottoponendo al giudizio degli utenti delle caratteristiche comuni a tutte le strutture di cura in questione, dà la possibilità di evidenziare sinteticamente le differenze esistenti, secondo gli stessi utenti, tra i vari servizi analizzati. Tra i servizi inclusi nell'analisi, oltre al Ps, sono stati presi in considerazione il Mmg e la Gm, poiché ritenuti quelli che, in genere, vengono utilizzati dalla popolazione adulta per ottenere prestazioni di primo livello.

Altrettanto interessante risulta l'esplorazione delle differenze tra i 2 raggruppamenti in relazione al secondo e al terzo ambito, potendo in tal modo stimare in che misura i fattori psichici e sociodemografici influiscano effettivamente sul comportamento degli utilizzatori del Ps con complicazioni non urgenti.

L'area d'indagine prescelta è stata la zona 9 dell'Azienda sanitaria unica regionale (Asur) delle Marche, contesto particolarmente sensibile alle tematiche indagate ed incline alla cooperazione nelle ricerche empiriche presso le proprie strutture.

Nei primi 3 sottoparagrafi vengono innanzitutto chiarite la tecnica di rilevazione, le caratteristiche del contesto d'indagine e i dettagli relativi al campionamento. Le variabili utilizzate, le analisi statistiche svolte ed i risultati ottenuti nell'indagine empirica sono stati invece suddivisi in 3 sezioni – corrispondenti ai restanti sottoparagrafi – congruenti ai 3 diversi ambiti sui quali verterà il confronto tra i 2 gruppi precedentemente descritto.

5.1. La tecnica di rilevazione

L'indagine è stata realizzata tramite interviste personali, condotte attraverso un questionario strutturato di 3 pagine, dal *layout* utile a favorire l'auto-compilazione, e testato precedentemente su un piccolo gruppo per la verifica della fruibilità complessiva. Coerentemente agli obiettivi della ricerca, il questionario è stato suddiviso in 3 sezioni: quella funzionale all'ottenimento dei giudizi sulle caratteristiche comuni ai 3 servizi oggetto d'indagine, utilizzati per l'analisi di posizionamento; quella relativa ai dati sulle caratteristiche sociodemografiche e su quelle legate all'accesso ed all'utilizzo del Ps; quella finalizzata al reperimento degli elementi utilizzati per stimare il bisogno di attenzioni immediate percepito.

Per la raccolta di alcuni dati relativi al campione del Ps, è stato anche utilizzato il *database* della medesima struttura ospedaliera.

5.2. Il contesto di rilevazione

Gli utilizzatori del servizio di emergenza sono stati intervistati nel Ps dell'Ospedale generale provinciale di Macerata, mentre per il campione ambulatoriale sono state condotte delle interviste presso 7 ambulatori di Mmg operanti sia nella città di Macerata, sia in comuni limitrofi⁶. Il Ps dell'Ospedale Generale Provinciale di Macerata, in grado di gestire fino a 37.000 accessi l'anno (Morichetti *et al.*, 2004), è la principale struttura deputata alla fornitura dei servizi di emergenza della zona territoriale n. 9 dell'Asur marchigiana. In questa zona sono attivi 114 Mmg⁷, 47 Gm e 9 medici impegnati nel servizio di emergenza territoriale del 118. Sin dal 1998 la Legge regionale prevede dei meccanismi di com-

partecipazione alla spesa per le prestazioni non urgenti in Ps; a seguito dell'applicazione della legge finanziaria 2007, i pazienti con condizioni valutate come codice bianco sono tenuti al pagamento di una quota fissa di 25 €, eccetto gli esenti ed i pazienti di età inferiore ai 14 anni.

5.3. La domanda analizzata

L'indagine è stata focalizzata verso 2 campioni quantitativamente omogenei di utenti che, nell'intento di risolvere delle complicazioni non urgenti, ricercavano delle cure rispettivamente in Ps e presso il proprio Mmg. Sono stati intervistati⁸ tutti quei pazienti – deambulanti e non – valutati in grado di rispondere, coscienti della realtà che li circondava (David *et al.*, 2006) e con un'età non inferiore ai 15 anni (Bianco *et al.*, 2003; Lang *et al.*, 1996). Questi, prima dell'intervista, sono stati informati che la loro partecipazione alla ricerca era volontaria, che il questionario era anonimo, che non sarebbero state conservate informazioni identificative e che la decisione di partecipare all'indagine non avrebbe influito sulla rapidità e sulla qualità delle cure che avrebbero ricevuto (Fish Ragin *et al.*, 2005).

Nel Ps le interviste sono state svolte nella sala d'attesa e nei locali dell'accettazione, subito dopo il completamento da parte del paziente della procedura di *triage* e prima della visita medica (Bianco *et al.*, 2003; Lang *et al.*, 1996). Facendo riferimento alla definizione di non urgenza⁹ concordata prima dell'avvio dell'indagine:

- sono stati innanzitutto intervistati tutti i pazienti che, indipendentemente dal codice d'urgenza assegnato, venivano ritenuti dall'infermiere addetto alla prima valutazione come probabili pazienti non urgenti;

- sono stati poi selezionati, da un caposala del Ps, i casi effettivamente non urgenti, successivamente alla visita medica degli intervistati. Per la valutazione sono stati utilizzati i dati clinici¹⁰ dei pazienti, memorizzati sul database del Ps durante tutto l'*iter* diagnostico e terapeutico.

Nel contesto ambulatoriale, i questionari sono stati distribuiti nei locali di queste strutture, a pazienti in attesa di esser visitati. Pre-

supponendo che quasi tutti gli individui di tale raggruppamento presentassero problemi di modesta gravità, l'identificazione dei pazienti non urgenti è stata effettuata chiedendo agli intervistati di confermare, prima della somministrazione del questionario, la non urgenza delle loro condizioni.

Sono stati avvicinati complessivamente 527 pazienti; escludendo i 68 pazienti che hanno rifiutato di partecipare all'indagine e i 63 pazienti del Ps ritenuti successivamente urgenti, è stato ottenuto un totale di 155 interviste dal campione del Ps e di 241 interviste dal campione dei pazienti ambulatoriali. Esclusivamente per l'analisi di posizionamento, sono stati ulteriormente scartati 10 intervistati del Ps e 74 intervistati dal Mmg, che avevano fornito valutazioni molto imprecise o palesemente distorte sugli attributi dei 3 servizi indagati. Il posizionamento è stato dunque costruito sui giudizi di 145 pazienti del Ps e di 167 pazienti ambulatoriali. In Ps i dati sono stati raccolti tra l'inizio del mese di dicembre 2006 e i primi giorni di gennaio 2007, durante un intervallo tendenzialmente consecutivo di 11 ore circa, normalmente dalle 9:00 alle 20:00; negli ambulatori il campionamento è stato effettuato tra la metà del mese di gennaio 2007 e gli inizi di febbraio 2007, durante i normali orari di esercizio. Tutte le analisi sono state effettuate con il *package* statistico Spss 12.0.

5.4. Il posizionamento del Ps rispetto al Mmg ed alla Gm

Per la costruzione della mappa delle percezioni è stata impiegata la tecnica dell'analisi discriminante lineare, considerata la procedura metrica più utilizzata per il *mapping* multidimensionale. Tale procedura individua le combinazioni lineari degli attributi che spiegano al meglio le differenze nelle valutazioni fornite dagli intervistati sui vari servizi (Molteni *et al.*, 2003).

Ai fini dell'analisi, è stato innanzitutto costruito, con un gruppo di esperti¹¹, un elenco di 21 attributi¹², applicabili ad ogni servizio esaminato, selezionati sulla base della loro capacità di condizionare significativamente le motivazioni discusse nei precedenti paragrafi. Su ciascuna delle 21 caratteristiche il campione intervistato ha assegnato un punteggio, riferito ogni volta al servizio del Ps,

del Mmg e della Gm. L'elenco finale delle caratteristiche è stato sottoposto a delle valutazioni di soddisfazione utilizzando una scala ancorata agli estremi a 5 punti, dove 1 rappresenta la soddisfazione minima e 5 quella massima.

I risultati dell'analisi dimostrano che le 21 variabili utilizzate possiedono un potere discriminante relativamente alto e che le 2 combinazioni lineari estratte risultano significative¹³. Essendosi inoltre manifestate considerevoli differenze nella correlazione degli attributi con le due funzioni (**figura 2**), è stato possibile interpretare il significato delle due dimensioni associando ciascun attributo solo alla funzione discriminante con la quale mostrava la correlazione più elevata (Molteni *et al.*, 2003). La prima funzione estratta è legata in particolare agli attributi relativi alla *presenza di strumentazioni per accertamenti approfonditi, alla facilità di effettuare ulteriori accertamenti specialistici, alla facilità di ottenere una successiva consulenza specialistica e alla possibilità di utilizzare il servizio in giorni ed orari convenienti*, e sembra cogliere aspetti di funzionalità dei servizi valutati, definibile sinteticamente con il concetto di «*fruibilità e potenzialità diagnostiche*». È interessante notare la similitudine tra il significato globale di tale dimensione e le caratteristiche del Ps che agevolano l'accesso a prestazioni e consulti specialistici, oggetto queste ultime di preferenza da parte di molti utilizzatori non urgenti del Ps (§ 3.2). La seconda funzione risulta invece correlata, in ordine decrescente, soprattutto con caratteristiche relative alla *capacità del medico di dare priorità ai bisogni che, tra quelli realmente significativi, vengono considerati più importanti dal paziente, alla chiarezza e comprensibilità delle spiegazioni fornite dagli operatori, all'esaustività delle spiegazioni fornite dal medico, alla possibilità di disturbare il medico senza il rischio di comprometterne il rapporto, alla tendenza del medico a non orientare spontaneamente un paziente non urgente verso ulteriori controlli inutili, alla competenza, capacità ed abilità (percepita) del medico, all'esaustività delle spiegazioni fornite telefonicamente dagli operatori, all'impegno ed organizzazione degli operatori, all'attenzione degli operatori verso le richieste del paziente, alla capacità degli operatori di tranquillizzare il paziente,*

alla capacità degli operatori di alleviare il dolore ed il disagio del paziente, alla possibilità di contattare facilmente il medico per via telefonica, al tempo dedicato alla visita e agli sforzi effettuati dagli operatori per comprendere i bisogni del paziente, anche via telefonica. Considerata l'appartenenza delle caratteristiche elencate ad aspetti inerenti all'umanità, alle capacità di comunicazione ed alla fiducia nelle competenze del medico, tale funzione potrebbe esser interpretata con il concetto allargato di «*comfort, empatia e fiducia*».

I *tempi di attesa per la visita, la tendenza del medico a non essere troppo accondiscendente di fronte a richieste immotivate ed il costo*, non manifestano invece una correlazione sensibile con le prime due funzioni discriminanti.

Le valutazioni fornite dai 2 gruppi sulle singole caratteristiche di ogni servizio sono rappresentate nella **tabella 2**. Come specificato nella nota 13, tutti i valori medi delle 21 variabili presentano significative differenze nei vari servizi oggetto di valutazione. Gli stessi valori riportati nella tabella 2, elaborati attraverso l'analisi discriminante lineare, sono sintetizzati nella mappa delle percezioni (**figura 3**). All'interno dello spazio creato dalle 2 dimensioni di sintesi, dove la prima funzione costituisce quella orizzontale e la seconda quella verticale, sono posizionati i tre servizi valutati dai due campioni intervistati. I servizi indicati con dei triangoli e colorati in nero sono quelli percepiti tali dai pazienti non urgenti del Ps, mentre gli altri, indicati con dei quadrati e colorati in grigio, sono quelli identificati in tal modo dal campione ambulatoriale. Il posizionamento ottenuto¹⁴ ha una valenza relativa e non assoluta; il valore negativo delle coordinate di un oggetto è cioè indicatore di una posizione di debolezza rispetto agli altri oggetti posizionati e non di insufficienza.

Dalla mappa è possibile osservare che i pazienti ambulatoriali, in comparazione all'altro gruppo, considerano il Ps di gran lunga inferiore, rispetto al Mmg, sul piano del «*comfort, empatia e fiducia*», e molto meno superiore, sempre rispetto a quest'ultimo, sulla dimensione «*fruibilità e potenzialità diagnostiche*». Al di là delle differenze appena descritte, entrambi i campioni assegnano al Ps il primato sulla dimensione orizzonta-

Figura 2

Diagramma di correlazione tra attributi e funzioni

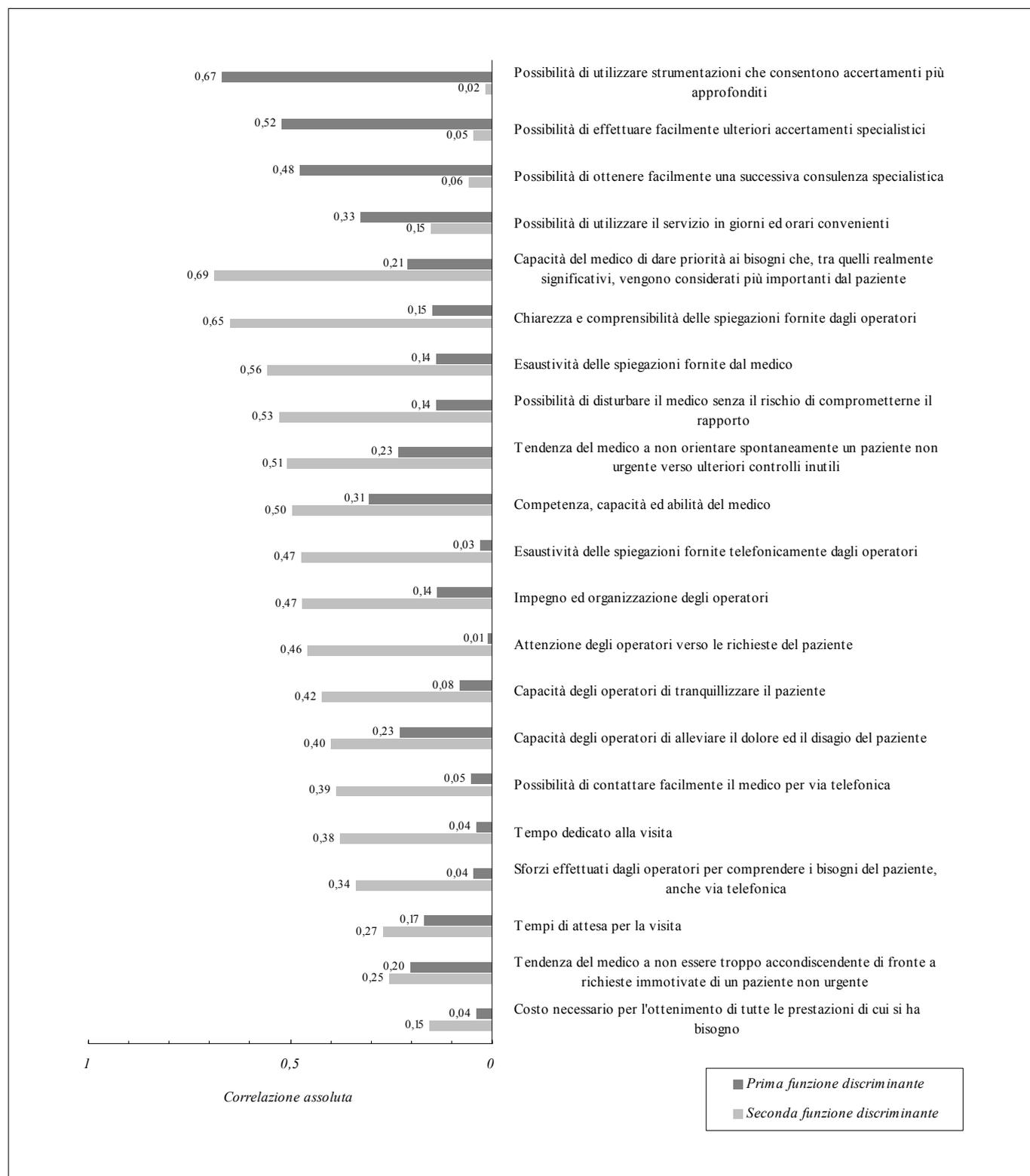
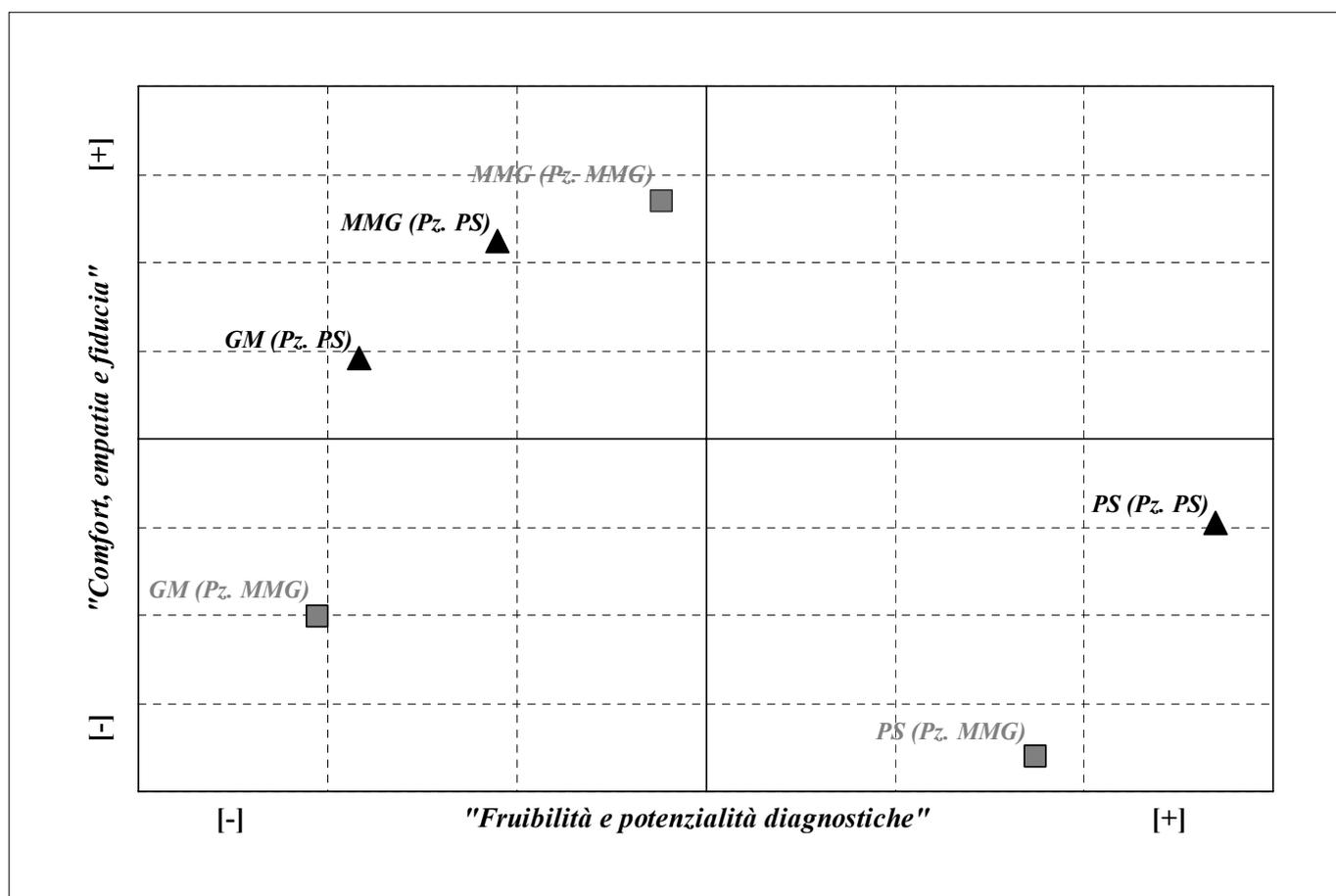


Tabella 2

Valutazioni sulle caratteristiche dei 3 servizi indagati da parte dei 2 gruppi intervistati

Variabili	Ps		Mmg		Gm		Test d'uguaglianza delle medie di gruppo		
	Pz. Ps	Pz. Mmg	Pz. Ps	Pz. Mmg	Pz. Ps	Pz. Mmg	Test Lambda di Wilks	Test F	Sig.
Possibilità di utilizzare il servizio in giorni ed orari convenienti	4,28	3,55	3,26	3,58	2,93	2,96	0,815	34,901	< 0,0000
Tempi di attesa per la visita	2,37	2,34	3,44	3,52	3,48	3,06	0,834	30,505	< 0,0000
Tempo dedicato alla visita	3,26	2,63	3,68	3,75	3,18	3,00	0,886	19,855	< 0,0000
Possibilità di ottenere facilmente una successiva consulenza specialistica	4,10	3,63	2,61	2,97	2,27	2,11	0,663	78,229	< 0,0000
Possibilità di effettuare facilmente ulteriori accertamenti specialistici	4,12	3,83	2,40	3,15	2,04	2,40	0,584	109,620	< 0,0000
Possibilità di contattare facilmente il medico per via telefonica	3,50	2,67	3,72	3,83	3,64	2,93	0,883	20,268	< 0,0000
Competenza, capacità ed abilità del medico	3,77	3,38	3,72	4,08	3,02	2,41	0,778	43,866	< 0,0000
Capacità degli operatori di alleviare il dolore ed il disagio del paziente	3,59	3,07	3,44	3,69	3,17	2,32	0,858	25,374	< 0,0000
Capacità degli operatori di tranquillizzare il paziente	3,50	2,74	3,80	3,97	3,38	2,94	0,873	22,341	< 0,0000
Impegno ed organizzazione degli operatori	3,41	2,60	3,69	3,59	3,30	2,39	0,844	28,388	< 0,0000
Tendenza del medico a non orientare spontaneamente un paziente non urgente verso ulteriori controlli inutili	3,52	3,05	3,54	4,20	2,91	2,53	0,796	39,392	< 0,0000
Tendenza del medico a non essere troppo accondiscendente di fronte a richieste immotivate di un paziente non urgente	3,69	3,65	3,33	3,40	2,78	2,51	0,850	27,193	< 0,0000
Capacità del medico di dare priorità ai bisogni che, tra quelli realmente significativi, vengono considerati più importanti dal paziente	3,50	2,48	3,71	4,10	3,16	2,35	0,728	57,487	< 0,0000
Possibilità di disturbare il medico senza il rischio di comprometterne il rapporto	3,52	2,25	3,65	3,57	3,61	2,14	0,795	39,654	< 0,0000
Attenzione degli operatori verso le richieste del paziente	2,87	2,33	3,61	3,78	3,03	2,75	0,831	31,343	< 0,0000
Sforzi effettuati dagli operatori per comprendere i bisogni del paziente, anche via telefonica	3,03	2,54	3,47	3,62	2,89	2,79	0,905	16,107	< 0,0000
Chiarezza e comprensibilità delle spiegazioni fornite dagli operatori	3,57	2,60	4,01	4,03	3,36	2,68	0,746	52,172	< 0,0000
Esaustività delle spiegazioni fornite telefonicamente dagli operatori	2,70	2,44	3,56	3,94	2,97	2,92	0,782	42,942	< 0,0000
Esaustività delle spiegazioni fornite dal medico	3,20	2,76	3,74	4,16	3,01	2,52	0,789	41,192	< 0,0000
Possibilità di utilizzare strumentazioni che consentono accertamenti più approfonditi	4,38	3,90	2,38	2,90	1,99	1,98	0,480	166,701	< 0,0000
Costo necessario per l'ottenimento di tutte le prestazioni di cui si ha bisogno	2,55	2,42	2,83	3,24	2,77	2,84	0,953	7,593	< 0,0000

Ps = Pronto soccorso. Mmg = Medico di medicina generale. Gm = Guardia medica.



le, mentre attribuiscono al Mmg una superiorità su quella verticale. La Gm, invece, è considerata da entrambi i gruppi il servizio meno «performante» su tutte e due le dimensioni, in particolar modo per il campione dei pazienti ambulatoriali. Nessuno tra i servizi valutati, infine, si trova in una posizione di assoluta dominanza rispetto agli altri, eccellendo su entrambi gli aspetti.

5.5. La stima del grado d'ansia manifestato e dello stato di salute percepito

Per determinare il grado d'ansia¹⁵ del campione intervistati è stata utilizzata la scala elaborata da Hamilton per la misurazione dell'ansia¹⁶ (Hamilton, 1959). Il livello d'ansia complessivo è stato ottenuto invitando gli intervistati dei 2 gruppi a indicare con quanta intensità avevano recentemente avvertito i sintomi psichici e psicosomatici presenti nella scala. Le variabili sono state adattate al

questionario secondo le linee guida per le interviste con tale scala (Bruss *et al.*, 1994).

Per la misurazione dello stato di salute percepito dai 2 gruppi di pazienti è stato esplicitamente chiesto nel questionario quale fosse secondo gli intervistati il proprio stato generale di salute, prevedendo delle risposte su una scala di valutazione ancorata agli estremi a 5 punti, dove 1 figurava uno stato di salute pessimo e 5 uno stato di salute ottimo.

I risultati ottenuti dall'esplorazione delle variabili sono stati rappresentati attraverso medie e percentuali.

La **tabella 3** presenta i valori delle variabili utilizzate a tal fine, che risultano statisticamente significativi¹⁷. Dai risultati emerge che, rispetto al campione ambulatoriale, il Ps presenta proporzioni molto più elevate di pazienti moderatamente ansiosi, ed è inoltre l'unico contesto in cui sono stati rilevati individui con un livello d'ansia ritenuto grave.

Figura 3

Mapa percettiva: il posizionamento dei servizi di cure primarie (Ps, Mmg, Gm)

Tabella 3

Livello d'ansia manifestato e stato di salute percepito dai 2 gruppi intervistati

Variabili	Pazienti Ps		Pazienti Mmg	
	N.	%	N.	%
LIVELLO D'ANSIA RILEVATO				
Assente	12	7,8	15	6,2
Lieve	98	64,1	202	83,8
Moderato	35	22,9	24	10,0
Grave	8	5,2	0	0,0
$\chi^2 = 28,189$ - Sig. < 0,0000				
STATO DI SALUTE PERCEPITO				
Ottimo	23	15,1	28	11,6
Buono	41	27,0	109	45,2
Discreto	70	46,1	71	29,5
Cattivo	11	7,2	24	10,0
Pessimo	7	4,6	9	3,7
$\chi^2 = 17,126$ - Sig. = 0,002				
Ps = Pronto soccorso. Mmg = Medico di medicina generale. Gm = Guardia medica.				

Nel campione intervistato in Ps è stata riscontrata inoltre una maggior percentuale di individui che reputa il proprio stato di salute pessimo ed una minor percentuale di quelli che credono di versare in buone condizioni di salute.

5.6. L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche e di quelle legate all'accesso in Ps

In riferimento alle caratteristiche socio-demografiche sono state esplorate variabili relative ad aspetti demografici e socio-economici, attraverso domande aperte e domande chiuse dicotomiche. Per quanto riguarda le caratteristiche relazionate agli accessi in Ps, tramite domande aperte, sono state analizzate variabili quali: il numero di accessi in Ps negli ultimi 6 anni, la distanza in chilometri tra il domicilio del paziente ed il Ps, la zona territoriale dell'Asur alla quale il paziente è iscritto.

I risultati sono stati rappresentati tramite medie e percentuali (tabella 4). Anche questo caso, quasi tutti i valori risultano significativi¹⁸.

Rispetto al campione ambulatoriale, in Ps è presente una maggior percentuale di persone molto giovani ed anziane ed una maggior proporzione di uomini, risultati in linea a quelli di simili studi comparativi (Rajpar

et al., 2000; Green *et al.*, 1992); è stata riscontrata una maggiore quantità di individui che appartengono a classi occupazionali a bassa specializzazione, un numero minore di pensionati ed una maggiore percentuale di individui che vivono da soli, come rilevato in altri studi (Green *et al.*, 1992). In Ps inoltre, rispetto all'altro campione, è stata rilevata una maggior percentuale di stranieri non turisti i quali vivono in Italia da minor tempo, ed un maggior numero di individui con un basso livello di scolarizzazione. Osservando i fattori legati all'accesso in Ps, è interessante notare che gli utilizzatori di questa struttura, negli ultimi 6 anni, si sono rivolti al servizio d'emergenza con una frequenza decisamente maggiore di quella riscontrata nell'altro gruppo. Infine, differentemente dal campione ambulatoriale, il 19% degli utilizzatori del Ps non è iscritto alla zona territoriale dell'Asur ed il 2% non risulta iscritto al Servizio sanitario nazionale.

6. Considerazioni conclusive

Dall'indagine svolta sembra possibile confermare l'esistenza delle 4 tipologie di utilizzatori non urgenti del Ps (figura 1), anche se, rispetto alla classificazione originale, risulta necessario effettuare alcune precisazioni.

In riferimento al parametro dell'asse orizzontale della matrice, i risultati dell'analisi

Variabili	Pazienti Ps		Pazienti Mmg	
	N.	%	N.	%
ETÀ				
< 25	32	20,6	23	9,5
25-49	58	37,4	91	37,8
50-75	49	31,6	116	48,1
> 75	16	10,3	11	4,6
$\chi^2 = 19,139$ - Sig. = 0,0003				
SESSO				
Maschi	80	51,6	88	36,5
Femmine	75	48,4	153	63,5
$\chi^2 = 8,804$ - Sig. = 0,003				
STRANIERI NON TURISTI				
Sì (anni di permanenza media in Italia)	20 (6,6)	13,2	5 (14,2)	2,1
No	132	86,8	235	97,9
$\chi^2 = 19,116$ - Sig. < 0,0000				
STATO CIVILE				
Celibi/nubili	47	30,9	59	24,8
Coniugati	89	58,6	154	64,7
Divorziati	3	2,0	5	2,1
Vedovi	13	8,6	20	8,4
$\chi^2 = 1,856$ - Sig. = 0,603				
TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO				
Nessuno	3	2,0	9	3,8
Licenza elementare	39	25,8	20	8,4
Licenza media inferiore	48	31,8	57	23,9
Licenza media superiore	47	31,1	97	40,8
Laurea	14	9,3	55	23,1
$\chi^2 = 33,849$ - Sig. < 0,0000				
PROFESSIONE SVOLTA				
Legislatori, dirigenti e imprenditori	1	0,7	8	3,4
Professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione	13	8,6	23	9,7
Professioni tecniche	8	5,3	4	1,7
Impiegati	12	7,9	44	18,5
Professioni qualificate nelle attività commerciali e nei servizi	17	11,2	12	5,0
Artigiani, operai specializzati ed agricoltori	15	9,9	8	3,4
Conduttori di impianti ed operai semiqualeficati	24	15,8	20	8,4
Studenti	15	9,9	26	10,9
Casalinghe	13	8,6	30	12,6
Disoccupati	0	0,0	2	0,8
Pensionati	34	22,4	61	25,6
$\chi^2 = 33,193$ - Sig. = 0,0002				
SITUAZIONE FAMILIARE				
Vivono da soli	22	14,5	31	12,9
Non vivono da soli	130	85,5	209	87,1
$\chi^2 = 0,193$ - Sig. = 0,660				

Tabella 4
Fattori socio-demografici
e caratteristiche legate
all'accesso in Ps dei 2
gruppi

(segue) **Tabella 4**
Fattori socio-demografici
e caratteristiche legate
all'accesso in Ps dei 2
gruppi

Variabili		Pazienti Ps		Pazienti Mmg	
		N.	%	N.	%
N. ACCESSI IN PS NEGLI ULTIMI 6 ANNI					
	Nessuno	0	0,0	84	34,9
	Da 1 a 2 accessi	76	49,0	93	38,6
	Da 3 a 6 accessi	55	35,5	54	22,4
	Da 7 a 10 accessi	14	9,0	10	4,1
	Più di 10 accessi	10	6,5	0	0,0
$\chi^2 = 81,556$ - Sig. < 0,0000					
DISTANZA (KM) TRA IL DOMICILIO DEI PZ. ED IL PS					
	Meno di 5 Km	61	39,9	175	72,6
	Tra i 5 e i 31 Km	79	51,6	66	27,4
	Più di 31 Km	13	8,5	0	0,0
$\chi^2 = 52,182$ - Sig. < 0,0000					
ZONA TERR. DELL'ASUR ALLA QUALE I PZ. SONO ISCRITTI					
	Zona territoriale n. 9 di Macerata	111	71,6	241	100,0
	Zone territoriali limitrofe	29	18,7	0	0,0
	Zone territoriali non limitrofe	12	7,7	0	0,0
	Pazienti non iscritti al SSN	3	1,9	0	0,0
$\chi^2 = 76,965$ - Sig. < 0,0000					
Ps = Pronto soccorso. Mmg = Medico di medicina generale. Gm = Guardia medica.					

lasciano supporre che gli individui intervistati in Ps, non manifestino una preferenza assoluta verso tale servizio. Osservando innanzitutto la posizione che il campione del Ps ha assegnato alla medesima struttura nella mappa delle percezioni, è possibile ipotizzare che questo gruppo non dimostri una forte predilezione per il servizio, se non per quegli aspetti collegati alle potenzialità diagnostiche e terapeutiche. Difatti, al di là dei pochi casi rilevati di utilizzo molto frequente del Ps, che lascerebbero ipotizzare una certa fiducia, familiarità e soddisfazione generale verso il servizio, la preferenza per questo servizio sembra legata essenzialmente ad aspetti utilitaristici quali: la possibilità di utilizzare strumentazioni che consentono accertamenti più approfonditi, la possibilità di effettuare facilmente ulteriori accertamenti specialistici, la possibilità di ottenere facilmente una successiva consulenza specialistica e la possibilità di utilizzare il servizio in giorni ed orari convenienti. Per quanto riguarda dunque le motivazioni della seconda macroarea di tematiche discussa nel paragrafo 3.2, ciò che attrae le gran parte dei pazienti intervi-

stati sembra essere la possibilità di effettuare rapidamente e in un sol luogo tutti i test ed i consulti specialistici di cui si ha bisogno, scavalcando così le normali procedure burocratiche delle prestazioni ambulatoriali e conseguendo probabilmente anche un risparmio sui tempi e i relativi costi di fruizione. Può essere inoltre ammessa la presenza di individui che non preferiscano affatto il Ps e che si rivolgono ad esso solo perchè insoddisfatti delle prestazioni delle altre strutture o impossibilitati ad utilizzarle. Gli utilizzatori del Ps, infatti, rispetto all'altro campione, sono apparsi meno soddisfatti su quasi tutti gli attributi relativi al servizio del Mmg; una parte di essi inoltre non è iscritta alla zona territoriale per la quale in Ps eroga i servizi ed alcuni neanche al Ssn.

Nessuna differenza significativa, rispetto alla matrice descritta, è stata invece rilevata sulla dimensione relativa alla percezione del bisogno di cure immediate, parametro dell'asse verticale. Nel Ps, infatti, sono state individuate consistenti proporzioni sia di pazienti poco ansiosi, sia di pazienti molto ansiosi. La stessa considerazione è estendi-

bile allo stato di salute percepito dal campione, rispetto al quale risulta una buona parte di individui che reputa le proprie condizioni di salute ottime e buone, e un'altra porzione significativa che crede invece di versare in cattive e pessime condizioni di salute.

Alla luce di quanto espresso, il quadrante II della matrice, piuttosto che da individui che assegnano una preferenza globale al Ps, sembra essere rappresentato da quegli utenti che, probabilmente consci della loro non urgenza ma stanchi delle lunghe attese per le prestazioni di secondo livello, si rivolgono al Ps per avere un accesso immediato ad accertamenti e consulenze specialistiche. Analogamente, il quadrante IV, potrebbe includere quei pazienti accomunati dalla stessa preferenza per il Ps ma con un maggior bisogno di attenzioni immediate; quei pazienti ad esempio che, insoddisfatti dalla diagnosi fornita dal proprio medico, potrebbero essere impazienti di conoscere definitivamente la natura di un problema che da tempo li sta tormentando, o che non vogliono correre il rischio di vedere il proprio problema aggravarsi a causa delle lunghe attese necessarie per ottenere diagnosi e terapie specialistiche.

Dalla ricerca risaltano inoltre adeguati elementi per delle riflessioni sul concetto di appropriatezza. Come già sottolineato, i pazienti del Ps sono più ansiosi e considerano il proprio stato di salute peggiore rispetto al campione ambulatoriale; buona parte di essi inoltre, ritiene il proprio livello d'urgenza superiore rispetto a quello assegnato loro dall'infermiere del *triage*. Il campione del Ps, infine, presenta consistenti differenze rispetto al gruppo ambulatoriale su quasi tutte le variabili demografiche, socio-economiche e su quelle legate all'accesso ai servizi d'emergenza. In analogia con gli altri studi richiamati, anche nel contesto analizzato, perciò, la percezione del bisogno di attenzioni immediate e le condizioni socio-demografiche rappresentano delle importanti determinanti per la scelta del Ps in condizioni non urgenti. Quanto emerso, dunque, avvalorava le critiche mosse verso la definizione di inappropriatezza, discusse nel primo paragrafo, considerata per l'appunto approssimativa, poiché basata su criteri strettamente clinici ed estranea dai fattori psicologici e sociali che possono influire sulla scelta dei pazienti di recarsi in Ps. Nel tentativo di definire delle più adeguate

procedure di individuazione della domanda impropria, si dovrebbero perciò considerare non solo criteri strettamente clinici sulla gravità di pazienti, ma anche le condizioni psico-sociali di questi ultimi, attraverso protocolli basati su valutazioni multidimensionali. Inoltre, in una situazione di asimmetria informativa che non consente l'elaborazione – se non parziale – dell'auto-diagnosi, il paziente può continuare a rivolgersi in Ps, in assenza di servizi alternativi in grado di rispondere al bisogno di ricevere informazioni o rassicurazioni immediate.

I risultati emersi nell'indagine confermano poi i dubbi sulla reale efficacia dei ticket nel contenere la domanda di pazienti non urgenti in Ps, già palesati in altre ricerche (Bianco *et al.*, 2003). Nonostante il Ps oggetto di indagine abbia infatti adottato sin dal 1998 dei meccanismi di compartecipazione alla spesa, il suo posizionamento di costo è stato pressoché equiparato da entrambi i gruppi intervistati a quello degli altri servizi, gratuiti per il paziente, tanto che l'attributo del costo è risultato essere quello meno discriminante tra le varie strutture nella percezione degli utenti. Anche se va osservato che dal campione intervistato in Ps non sono stati esclusi gli esenti al pagamento¹⁹, stando a quanto emerso, il ticket non sembrerebbe comunque in grado di assolvere la funzione di deterrente psicologico all'utilizzo del Ps per problemi non urgenti, se non estremamente potenziato o integrato con ulteriori strumenti maggiormente efficaci.

Considerando inoltre quanto discusso nel paragrafo precedente, lo strumento del ticket verso i codici bianchi potrebbe rivelarsi iniquo; dai risultati dell'indagine, come da quelli di buona parte della recente letteratura, non sembrerebbe infatti possibile determinare l'inappropriatezza con il solo utilizzo di criteri clinici, criteri ai quali è attualmente subordinato il pagamento della tariffa.

Interessanti osservazioni scaturiscono anche dalle diverse posizioni che – come è stato evidenziato – il campione ambulatoriale ha assegnato, rispetto all'altro gruppo, su entrambi le dimensioni della mappa percettiva al Ps e al Mmg.

Per quanto riguarda le differenze sul piano del comfort, dell'empatia e della fiducia, il Ps, per quanto possa o voglia essere oggettivamente più carente sotto tali aspetti, è

probabilmente posizionato particolarmente male dai pazienti ambulatoriali in virtù della grande importanza che essi assegnano a queste dimensioni. Indicativi risultano essere i giudizi assegnati da tale gruppo sulle singole variabili, per le quali il Ps risulta il servizio peggiore ed il Mmg quello migliore in merito: ai tempi di attesa per la visita, al tempo dedicato alla visita, alla facilità di contatto telefonico con il medico, alla capacità di tranquillizzare il paziente, all'attenzione verso le richieste del paziente, agli sforzi per la comprensione dei bisogni del paziente, alla chiarezza e comprensibilità delle spiegazioni, all'eshaustività delle spiegazioni per via telefonica ed al costo del servizio.

Sembra logico quindi supporre, anche alla luce del minor bisogno di attenzioni immediate percepito dal campione, che chi si rivolge al proprio Mmg sia probabilmente conscio della non gravità del sintomo riscontrato, non richieda particolari prestazioni e ricerchi soprattutto una figura con la quale instaurare una relazione forte e continuativa; un professionista cioè che, conoscendo la sua storia clinica e la sua condizione psico-sociale, sia in condizioni di fornire un'interpretazione precisa ed affidabile ai suoi normali bisogni di salute. Specularmente i pazienti del Ps, maggiormente desiderosi di ricevere attenzioni immediate ed orientate all'ottenimento di un insieme di prestazioni altrimenti non conseguibili entro tempi brevi, sono probabilmente meno sensibili agli aspetti legati a tale dimensione. Il fenomeno descritto, di conseguenza, potrebbe rappresentare la principale ragione che frena alcuni pazienti all'utilizzo dei servizi di emergenza e che presumibilmente continuerà a frenarli, in assenza di significativi miglioramenti del Ps in questa direzione.

Le forti distanze rilevate invece sulla dimensione orizzontale della mappa, lasciano ipotizzare che il campione ambulatoriale intervistato non sia pienamente conscio delle potenzialità diagnostiche del servizio d'emergenza e dalle condizioni di fruibilità dello stesso. È plausibile credere che questo ultimo gruppo sia meno ignaro della propria non urgenza o presumibilmente meno attratto da tali caratteristiche in relazione alla propria situazione. Si potrebbe anche ammettere che una parte del *gap* dipenda dai giudizi troppo positivi di alcuni pazienti del Ps, che

hanno, ad esempio, maggior probabilità di venir soddisfatti da simili caratteristiche rispetto ai pazienti dell'altro gruppo, anche in ragione della loro alta frequenza di utilizzo della struttura. Tuttavia, anche assumendo questa ipotesi, la differenza di valutazione rimarrebbe ancora troppo grande. La situazione ipotizzata potrebbe implicare risvolti preoccupanti. Non è, infatti, da escludere che all'interno del campione ambulatoriale esista un segmento potenzialmente seducibile da queste caratteristiche che, a fronte di una maggiore conoscenza, potrebbe migrare verso i servizi d'emergenza.

Degna di nota è, inoltre, l'assenza di un servizio che, nella mappa percettiva, abbia assunto una posizione di assoluta dominanza rispetto agli altri, situazione che potrebbe far riflettere sulla necessità di introdurre un nuovo servizio o sull'opportunità di attivare una comunicazione che enfatizzi caratteristiche importanti dei servizi esistenti, ancora poco conosciute dai campioni indagati.

Infine, indipendentemente dalle possibili azioni correttive implementabili, è legittimo credere che una piccola parte del campione del Ps rimarrebbe probabilmente immune, almeno nel breve e medio periodo, alle strategie proposte. Ci si riferisce soprattutto a quei pazienti particolarmente predisposti ad avvertire il bisogno di attenzioni immediate, pazienti che, anche in presenza di servizi particolarmente efficaci ed efficienti, continuerebbero presumibilmente a scegliere il Ps, considerandolo comunque più idoneo a fornire una risposta tempestiva.

Note

1. Alcune indagini rilevano che il concetto di inappropriata differisce, all'interno dello stesso distretto sanitario, tra i Mmg, gli infermieri del Ps, i medici del Ps, ed i dirigenti dell'ospedale (Richardson *et al.*, 2006). Le ricerche incentrate poi sulla prospettiva dei pazienti evidenziano che le loro percezioni su ciò che costituisce una visita appropriata al Ps ha poco a che vedere con il grado di urgenza strettamente clinico, mentre risultano più collegate al fatto che il Ps in quel momento sia l'opzione più accessibile (Richardson *et al.*, 2001). Ancora, è rilevato che le definizioni di inappropriata non considerano i fattori psicologici e sociali che possono influire sulle scelte dei pazienti di recarsi in Ps (Murphy, 1998) e trascurano l'importanza che dovrebbe invece essere accordata alla scelta di recarsi in Ps quando questa scaturisce da una decisione prudente presa in buona fede da un paziente inesperto in campo medico

- (Williams, 2000). Infine i recenti studi contestano l'abitudine a considerare inappropriati quei pazienti che visitano il Pronto soccorso tre o più volte l'anno per motivazioni non urgenti – i cosiddetti utilizzatori frequenti –, dimostrando in maniera convincente che essi sono più malati e con più problemi legati ai disturbi mentali ed all'utilizzo di sostanze psicotrope, rispetto agli utilizzatori meno frequenti o ai non utilizzatori del Ps (Fuda *et al.*, 2006) e che i fattori correlati ad un utilizzo frequente del Ps risultano essere le cattive condizioni di salute fisica e mentale ed un reddito sotto la soglia della povertà (Hunt *et al.*, 2006).
2. Le indagini, che attualmente continuano a focalizzarsi sul concetto di inappropriata strettamente inteso, tentano di ovviare alle critiche appena descritte utilizzando dei rigidi criteri, enunciati esplicitamente, per l'accurata selezione dei pazienti. Nonostante ciò, altre ricerche rilevano che la determinazione delle visite inappropriate dipende fortemente dal criterio adottato nella valutazione (Lowe *et al.*, 1997); è stata quindi sottolineata la necessità di dimostrare statisticamente la validità e l'affidabilità dei protocolli utilizzati (Lowe *et al.*, 2001). Tra i più importanti studi europei focalizzati sull'inappropriatezza, solo pochi utilizzano dei protocolli di valutazione in cui è già testata la validità e l'affidabilità (Sempere-Selva *et al.*, 2001; Oterino *et al.*, 1999); tutti gli altri riportano esclusivamente i criteri di inclusione utilizzati (David *et al.*, 2006; Pereira *et al.*, 2001; Fellin *et al.*, 1995; Pesenti-Compagnoni *et al.*, 1991).
 3. L'asse verticale della matrice originaria viene suddiviso in base al livello di congruenza tra le ragioni che hanno spinto i pazienti non urgenti al Ps e la loro definizione di non urgenza (bassa congruenza - alta congruenza). Tale dimensione può anche essere espressa come grado di consapevolezza dei pazienti sulla loro condizione di non urgenza (bassa consapevolezza - alta consapevolezza). Si ritiene che una suddivisione basata sul grado di consapevolezza della propria non urgenza possa essere imprecisa sotto alcuni aspetti. Le persone consapevoli della propria non urgenza, infatti, non necessariamente assumeranno comportamenti diversi da quelle che invece credono di essere urgenti. Ad esempio, anche se una persona fosse tendenzialmente cosciente della propria non urgenza, non è detto che non possa essere preoccupata per le proprie condizioni (o che ugualmente non possa percepire il bisogno di attenzioni immediate); in tal caso questa assumerebbe un comportamento simile a quello che potrebbe adottare una individuo che crede di essere urgente. Utilizzando perciò la classificazione originaria, i quadranti superiori della matrice raggrupparebbero delle categorie di pazienti molto disomogenee al loro interno, con atteggiamenti molto diversi (e simili a quelli dei quadranti inferiori della matrice) in base al proprio livello di preoccupazione. Per tali motivi si pensa che sia più corretto effettuare una suddivisione in base al bisogno di attenzioni immediate percepito, ottenendo così dei raggruppamenti più omogenei al loro interno.
 4. L'intento del primo obiettivo è quello di ricavare il posizionamento di un servizio, che consiste sostanzialmente nella percezione che di quel servizio hanno i pazienti, relativamente alla posizione dei servizi alternativi. Poiché tale posizione relativa può essere identificata in termini di distanze, tutte le tecniche di analisi impiegabili forniscono delle rappresentazioni sintetiche delle percezioni dei pazienti relativamente alle distanze intercorrenti fra i diversi servizi. Per questo motivo, tali rappresentazioni vengono sostanziate graficamente tramite mappe dette «mappe delle percezioni» (Molteni *et al.*, 2003).
 5. Il *focus* sul livello d'ansia manifestato e sullo stato di salute percepito è diretta conseguenza della loro inclusione, da parte degli studi in materia (Pasarín *et al.*, 2006; Afilalo *et al.*, 2004; Padgett *et al.*, 1992), tra i fattori psichici maggiormente in grado di condizionare la percezione del bisogno di attenzioni immediate.
 6. In particolare si è fatto riferimento a 4 ambulatori della città di Macerata ed a 3 ambulatori di Comuni limitrofi – Urbisaglia e Montecassiano –, con una distribuzione delle interviste tra i pazienti delle varie strutture pressoché omogenea.
 7. Tra i Mmg, 45 operano attraverso delle forme di medicina di gruppo, 7 attraverso delle forme di medicina di rete e 44 come Mmg associati; il ruolo di Gm è svolto da 23 titolari e 24 supplenti.
 8. È stato adottato un metodo di campionamento non probabilistico poiché non è stato possibile assegnare a priori a tutta la popolazione la stessa probabilità di essere selezionata nel campione analizzato.
 9. La definizione di non urgenza adottata ricalca quella già utilizzata in precedenti ricerche italiane ed internazionali sull'argomento (Bianco *et al.*, 2003; Lang *et al.*, 1996). Secondo tale definizione il paziente non è urgente quando «presenta sintomi non più preoccupanti, oppure sintomi di modesta gravità avvertiti recentemente, e desidera un controllo, delle nuove prescrizioni o un certificato medico per poter tornare a lavoro». Gli intervistati con condizioni non riconducibili a quelle della definizione sono stati considerati, come negli studi sopraccitati, pazienti urgenti.
 10. I dati a cui si è fatto riferimento sono stati: il codice di *triage* precedentemente assegnato e gli eventuali sintomi riferiti dal paziente; i risultati degli accertamenti diagnostici (esami del sangue, radiografie, ecografie, elettrocardiogramma, ecc.); gli interventi curativi effettuati dal medico; la diagnosi del medico; la terapia consigliata ed i farmaci prescritti dal medico; la decisione presa dal medico sull'eventuale ricovero/osservazione/trasferimento/dimissione del paziente.
 11. Gli esperti che hanno collaborato nella costruzione dell'elenco dei 21 attributi sono stati: il responsabile qualità, *marketing* e *risk management* della zona territoriale n. 9 dell'Asur; il direttore sanitario della zona territoriale n. 9 dell'Asur; il vicedirettore sanitario della zona territoriale n. 9 dell'Asur; il responsabile del distretto sanitario di Macerata; il primario del Ps dell'Ospedale generale provinciale di Macerata; un caposala del Ps dell'Ospedale generale provinciale di Macerata.
 12. Per la costruzione dell'elenco degli attributi, l'insieme delle motivazioni emerse dagli studi italiani e da quelli svolti in contesti simili è stato sottoposto all'analisi di quei professionisti – operanti nell'area in

cui è stata svolta l'indagine – maggiormente esperti su tale fenomeno, i quali hanno tendenzialmente ritenuto applicabile al contesto locale l'elenco proposto.

13. Le valutazioni dei 145 pazienti del Ps e dei 167 pazienti ambulatoriali su ognuno dei 3 servizi, hanno fornito complessivamente 936 osservazioni che sono state utilizzate nell'analisi. Di queste, 162 sono state eliminate per mancanza di uno o più punteggi, ottenendo 774 casi validi. I risultati del test Lambda di Wilks e del test F dimostrano innanzitutto che tutte e 21 le variabili utilizzate presentano medie significativamente diverse nei servizi valutati ($p < 0,0000$). Sulla base poi degli indicatori statistici che rilevano la capacità discriminante delle funzioni, emerge chiaramente che le prime 2 combinazioni lineari estratte risultano rilevanti nell'analisi. In primo luogo, le prime due funzioni possiedono degli elevati autovalori (2,633; 0,707), riuscendo a spiegare da sole l'87,8% della varianza tra i gruppi; inoltre, l'elevato valore del coefficiente di correlazione canonica ad esse associato (0,851; 0,644), conferma la loro capacità di discriminare gli intervistati. Infine, il coefficiente Lambda di Wilks (trasformato in valori estratti da una distribuzione chi-quadro rispettivamente di 1702,961; $p < 0,0000$ e 723,185; $p < 0,0000$), evidenzia che la differenza tra medie delle singole variabili nei diversi gruppi – calcolate su tali funzioni discriminanti – è significativa.
14. La mancata coincidenza tra i criteri di classificazione proposti nella mappa percettiva e quelli descritti nella figura 1 deriva dalla differente logica sottostante ai 2 modelli. Mentre, infatti, la matrice del § 4 ipotizza una segmentazione teorica dei soli utilizzatori non urgenti del Ps, la mappa percettiva sintetizza il posizionamento effettivo dei servizi indagati, contemplando, oltre al punto di vista degli utenti non urgenti del Ps, anche quello dei pazienti ambulatoriali. Inoltre, il metodo necessario alla costruzione della mappa – basato sulla quantificazione della performance percepita dei servizi – non permette l'inclusione dei fattori psico-sociali degli intervistati – presenti invece nella figura 1 – indagati difatti attraverso un diverso approccio metodologico nei successivi sottoparagrafi.
15. Solo per il campione del Ps, è stato anche stimato il livello di urgenza percepito, esaminando se il codice di *triage* reputato dagli intervistati come adeguato al loro problema, differisse da quello realmente assegnato a questi ultimi. Dai risultati è emerso che il 26,3% dei pazienti del Ps ha ritenuto che il proprio livello di urgenza fosse maggiore di quello assegnato loro, durante l'accettazione, dall'infermiere del *triage*.
16. Nel questionario sono stati utilizzati tutti i fattori presenti nella scala, eccetto quello relativo ai sintomi genitourinari, sul quale gli intervistati avrebbero molto probabilmente avuto del riserbo a fornire risposte veritiere.
17. Per verificare la significatività delle differenze tra i valori di tali variabili, è stato fatto uso del test chi-quadro, con un intervallo di confidenza al 95%. Gli alti valori del test dimostrano la significatività della differenza tra le medie ($p < 0,000$; $p = 0,002$).
18. Come per le precedenti variabili, è stato utilizzato il test chi-quadro – I.C. 95% – a verifica della significatività delle differenze tra i valori. Eccetto gli aspetti relativi allo stato civile ($p = 0,603$), alla situazione familiare ($p = 0,660$) ed al sesso ($p = 0,003$), le differenze tra le medie riscontrate nei 2 gruppi presentano una forte significatività statistica ($p < 0,000$).
19. È pacifico credere che tali pazienti, per quanto sia stato chiesto loro di rispondere alla domanda immaginando di dover pagare la prestazione, avranno probabilmente percepito il servizio come meno costoso.

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

- AFILALO J., MARINOVICH A., AFILALO M., COLACONE A., LÉGER R., UNGER B., GIGUÈRE C. (2004), «Nonurgent Emergency Department Patient Characteristics and Barriers to Primary Care», *Academic Emergency Medicine*, 11(12), pp. 1302-10.
- BÉLAND F., LEMAY A., BOUCHER M. (1998), «Patterns of visits to hospital-based emergency rooms», *Social Science & Medicine*, vol. 47, 2, pp. 165-179.
- BELLERI G. (2006), «L'urgenza differibile è quella degli altri», *Occhio clinico*, 9, pp. 30-35.
- BIANCO A., PILEGGI C., ANGELILLO I.F. (2003), «Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy», *Public Health*, 117, pp. 250-255.
- BOUDREAUX E.D., D'AUTREMONT S., WOOD K., JONES G.N. (2004), «Predictors of Emergency Department Patient Satisfaction: Stability over 17 Months», *Academic Emergency Medicine*, vol. 11, 1, pp. 51-58.
- BOUDREAUX E.D., MANDRY C.V., WOOD K. (2003), «Patient Satisfaction Data as a Quality Indicator: A Tale of Two Emergency Departments», *Academic Emergency Medicine*, vol. 10, 3, pp. 261-268.
- BOUSHY D., DUBINSKY I. (1999), «Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patient's perspective», *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 17, 3, pp. 405-412.
- BRAND R.R., CRONIN J.J., RUTLEDGE J.B. (1997), «Marketing to Older Patients: Perceptions of Service Quality», *Health Marketing Quarterly*, 15, 2, pp. 1-29.
- BRUSS G.S., GRUENBERG A.M., GOLDSTEIN R.D., BARBER J.P. (1994), «Hamilton Anxiety Rating Scale Interview Guide: Joint Interview and Test-retest Methods for Interrater Reliability», *Psychiatry Research*, 53, pp. 191-202.

- CLEMENS M.D., OZANNE L.K., LAURENSEN W.L. (2001), «Patients' Perceptions of Service Quality Dimensions: An Empirical Examination of Health Care in New Zealand», *Health Marketing Quarterly*, vol. 19, 1, pp. 3-22.
- COLEMAN P., IRONS R., NICHOLL J. (2001), «Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency?», *Emergency Medicine Journal*, 18, pp. 482-487.
- DALE J., GREEN J., REID F., GLUCKSMAN E. (1995), «Primary care in the accident and emergency department: Prospective identification of patients», *BMJ*, 311, pp. 423-426.
- DAVID M., SCHWARTAU I., ANAND PANT H., BORDE T. (2006), «Emergency outpatient services in the city of Berlin: factors for appropriate use and predictors for hospital admission», *European Journal of Emergency Medicine*, vol. 13, 6, pp. 352-357.
- DAVIES T. (1986), «Accident department or general practice?», *BMJ*, 292, pp. 241-244.
- DING R., MCCARTHY M., LI G., KIRSCH T.D., JUNG J.J., KELEN G.D. (2006), «Patients Who Leave Without Being Seen: Their Characteristics and History of Emergency Department Use», *Annals of Emergency Medicine*, vol. 48, 6, pp. 686-693.
- FELLIN G., APOLONE G., TAMPIERI A., BEVILACQUA L., MEREGALLI G., MINELLA C., LIBERATI A. (1995), «Appropriateness of Hospital Use: an Overview of Italian Studies», *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 7, 3, pp. 219-225.
- FISH RAGIN D., HWANG U., CYDULKA R.K., HOLSON D., HALEY L.L., RICHARDS C.F., BECKER B.M., RICHARDSON L.D. (2005), «Reasons for Using the Emergency Department: Results of the EMPATH Study», *Academic Emergency Medicine*, vol. 12, 12, pp. 1158-1166.
- FUDA K.K., IMMEKUS R. (2006), «Frequent Users of Massachusetts Emergency Departments: A Statewide Analysis», *Annals of Emergency Medicine*, vol. 48, 1, pp. 9-25.
- GIFFORD M.J., FRANASZEK J.B., GIBSON G. (1980), «Emergency physicians 'and patients' assessments: urgency of need for medical care», *Annals of Emergency Medicine*, vol. 9, 9, pp. 502-507.
- GILL J.M. (1994), «Nonurgent use of the emergency department: appropriate or not?», *Annals of Emergency Medicine*, vol. 24, 5, pp. 253-257 [abstract].
- GREEN J., DALE J. (1992), «Primary care in accident and emergency and general practice: a comparison», *Social Science & Medicine*, vol. 35, 8, pp. 987-995.
- GUTTMAN N., ZIMMERMAN D.R., NELSON M.S. (2003), «The Many Faces of Access: Reasons for Medically Nonurgent Emergency Department Visits», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 28, 6, pp. 1089-1120.
- HAMILTON M. (1959), «The assessment of anxiety states by rating», *The British Journal of Medical Psychology*, 32, pp. 50-55.
- HOWARD M.S., DAVIS B.A., ANDERSON C., CHERRY D., KOLLER P., SHELTON D. (2005), «Patients' Perspective on Choosing the Emergency Department for Nonurgent Medical Care: a Qualitative Study Exploring One Reason for Overcrowding», *Journal of Emergency Nursing*, 31, pp. 429-435.
- HUNT K.A., WEBER E.J., SHOWSTACK J., COLBY D.C., CALLAHAM M.L. (2006), «Characteristics of Frequent Users of Emergency Departments», *Annals of Emergency Medicine*, vol. 48, 1, pp. 1-8.
- HURLEY R.E., FREUND D.A., TAYLOR D.E. (1989), «Emergency Room Use and Primary care Case Management: Evidence from Four Medicaid Demonstration Programs», *American Journal of Public Health*, vol. 79, 7, pp. 843-846.
- KALDENBERG D. (2001), «Patient Satisfaction and Health Status», *Health Marketing Quarterly*, vol. 18, 3/4, pp. 81-101.
- KUISMA M., MÄÄTTÄ T., HAKALA T., SIVULA T., NOUSILA-WILK M. (2003), «Customer Satisfaction Measurement in Emergency Medical Services», *Academic Emergency Medicine*, vol. 10, 7, pp. 812-815.
- LANG T., DAVIDO A., DIAKITÉ B., AGAY E., VIEL J.F., FLICOTEAUX B. (1996), «Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect?», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 50, 4, pp. 456-462. [abstract]
- LEE A., LAU F.L., HAZLETT C.B., KAM C.W., WONG P., WONG T.W., CHOW S. (2000), «Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong», *Social Science & Medicine*, 51, pp. 1075-1085.
- LEWIS L.M., ALPERT E.N., LEBO B.L., BANE G.A. (2006), «Comparison of Demographic, Clinical, and Attitudinal factors between Urgent and Nonurgent Emergency Department Users», *Academic Emergency Medicine*, vol. 13, 5, Suppl 1, pp. 131.
- LIU T., SAYER M.R., CARLETON S.C. (1999), «Emergency Medical Care: Types, Trends, and Factors Related to Nonurgent Visits», *Academic Emergency Medicine*, vol. 6, 11, pp. 1147-1152.
- LO MONACO N. (2001), «Progetto n. 3 - Azienda ULSS 10, Presidi Ospedalieri di S. Donà di Piave, Portogruaro, Jesolo», *Report finale della sperimentazione nazionale - Concettualizzazione, sviluppo e valutazione di strumenti di osservazione e di intervento che aumentino l'uso appropriato dell'ospedale per acuti*, pp. 44-54. Sito web: <http://www.sanita.fvg.it/ars/specializza/programmi/covegno/Report/REPORT.PDF>.
- LOWE R.A., ABBHUL S.B. (2001), «Appropriate standards for "appropriateness" research», *Annals of Emergency Medicine*, 37, pp. 629-632.
- LOWE R.A., BINDMAN A.B. (1997), «Judging who needs emergency department care. A prerequisite for policy-making», *The American Journal of Emergency Medicine*, vol. 15, 2, pp. 133-136 [abstract].
- LUCAS R.H., SANFORD S.M. (1998), «An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital», *Annals of Emergency Medicine*, vol. 32, 5, pp. 563-568 [abstract].
- MCCRAIG L., NAWAR E.W. (2006), «National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2004 Emergency Department Summary», *Advance Data*, 372, pp. 1-5.
- MCCRAIG L., BURT C.W. (2004), «National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2002 Emergency Department Summary», *Advance Data*, 340, pp. 1-5.
- MCCRAIG L., BURT C.W. (2003), «National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2001 Emergency Department Summary», *Advance Data*, 335, pp. 1-2.

- MCCRAIG L., BURT C.W. (2001), «National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1999 Emergency Department Summary», *Advance Data*, 320, pp. 1-6.
- MERIC H.J. (1994), «The Effect of Scale Form Choice on Psychometric Properties of Patient Satisfaction Measurement», *Health Marketing Quarterly*, vol. 11, 3/4, pp. 27-39.
- MINISTERO DELLA SALUTE - DIREZIONE GENERALE DEL SISTEMA INFORMATIVO (2005), *Relazione sullo stato sanitario del paese 2003-2004*. Sito web: <http://www.ministerosalute.it/normativa/sezNormativa.jsp?label=relssp2>.
- MOLTENI L., TROILO G. (2003), *Ricerche di marketing*, McGraw-Hill, Milano.
- MORICETTI A., AFFUSO C. (2004), «Attività e criticità del Pronto soccorso della regione Marche nell'anno 2003: i risultati di una auto-inadagine», *Autoindagine sulle risorse ed organizzazione delle U.O. complesse Pronto soccorso area degenza breve della Regione Marche*, pp. 2-21.
- MURPHY A.W. (1998), «'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments: definition, incidence and reasons for attendance», *Family Practice*, vol. 15, 1, pp. 23-28.
- NITSE P.S., RUSHING V. (1996), «Patient satisfaction: The new Area of Focus for the Physician's Office», *Health Marketing Quarterly*, 14, 2, pp. 73-84.
- NORTHINGTON W.E., BRICE J.H., ZOU B. (2005), «Use of emergency department by nonurgent patients», *The American Journal of Emergency Medicine*, 23, pp. 131-137.
- NOWAK L.I., WASHBURN J.H. (1998), «Patient Sources of Information and decision Factors in Selecting Cosmetic Surgeons», *Health Marketing Quarterly*, 15, 4, pp. 47-54.
- OTERINO D., PEIRÓ S., CALVO R., SUTIL P., FERNÁNDEZ O., PÉREZ G., TORRE P., LÓPEZ MA., SEMPERE T. (1999), «Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos», *Gaceta Sanitaria*, 13, pp. 361-370.
- PADGETT D.K., BRODSKY B. (1992), «Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery», *Social Science & Medicine*, vol. 35, 9, pp. 1189-1197.
- PASARÍN M.I., DE SANMAMED M.J.F., CALAFELL J., BORRELL C., RODRÍGUEZ D., CAMPASOL S., TORNÉ E., TORRAS M.G., GUARGA A., PLASÈNCIA A. (2006), «Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina», *Gaceta Sanitaria*, vol. 20, 2, pp. 91-99.
- PEREIRA S., OLIVEIRA E SILVA A., QUINTAS M., ALMEIDA J., MARUJO C., PIZARRO M., ANGELICO V., FONSECA L., LOUREIRO E., BARROSO S., MACHADO A., SOARES M., BRAGA DA COSTA A., FALCÃO DE FREITAS A. (2001), «Appropriateness of Emergency Department Visits in a Portuguese University Hospital», *Annals of Emergency Medicine*, vol. 37, 6, pp. 580-586.
- PESENTI-COMPAGNONI M., CERRUTI A., MARINO G. *et al.*, (1991), «Appropriatezza dei ricoveri ospedalieri: valutazione di un servizio di pronto soccorso secondo i criteri AEP», *Quality Assurance*, 1-2, pp. 32.
- RAJPAR S., SMITH M.A., COOKE M.W. (2000), «Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems», *Emergency Medicine Journal*, 17, pp. 18-21.
- REIDENBACH R.E., SANDIFER-SMALLWOOD B. (1990), «Exploring Perceptions of Hospital Operations by a Modified SERVQUAL Approach», *Journal of Health Care Marketing*, vol. 10, 4, pp. 47-55.
- RICHARDSON L.D., HWANG U. (2001), «Access to Care: A Review of the Emergency Medicine Literature», *Academic Emergency Medicine*, vol. 8, 11, pp. 1030-1036.
- RICHARDSON S., ARDAGH M., HIDER P. (2006), «New Zealand health professionals do not agree about what defines appropriate attendance at an emergency department», *The New Zealand Medical Journal*, 19, pp. 12-32.
- ROWE B.H., CHANNAN P., BULLARD M., BLITZ S., SAUNDERS L.D., ROSYCHUK R.J., LARI H., CRAIG W.R., HOLROYD B.R. (2006), «Characteristics of Patients Who Leaves Emergency Departments without Being Seen», *Academic Emergency Medicine*, vol. 13, 8, pp. 848-852.
- SARGEANT A., KAEHLER J. (1998), «Factors of Patient Satisfaction with Medical Services: The Case of G.P. Practices in the U.K.», *Health Marketing Quarterly*, vol. 16, 1, pp. 55-77.
- SARVER J.H., CYDULKA R.K., BAKER D.W. (2002), «Usual Source of Care and Nonurgent Emergency Department Use», *Academic Emergency Medicine*, 9, 9, pp. 916-923 [abstract].
- SEMPERE-SELVA T., PEIRÓ S., SENDRA-PINA P., MARTÍNEZ-ESPÍN C., LÓPEZ-AGUILERA I. (2001), «Inappropriate Use of an Accident and Emergency Department: Magnitude, Associated Factors, and Reasons - An Approach With Explicit Criteria», *Annals of Emergency Medicine*, 37, pp. 568-579.
- SHAH N.M., SHAH M.A., BEHBEHANI J. (1996), «Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait», *Social Science & Medicine*, vol. 42, 9, pp. 1313-1323.
- U.S. GENERAL ACCOUNTING OFFICE. (1993), *Emergency departments: Unevenly Affected by Growth and change in patient Use*, Publication N° B-251319, Washington DC.
- WEBER E.J., SHOWSTACK J.A., HUNT K., CALLAHAM M.L. (2002), «Who Uses Emergency Department? The Results of a National Population-based Survey», *Academic Emergency Medicine*, vol. 9, 5, pp. 506-507.
- WILLIAMS R. (2000), «The Prudent Layperson Definition: Will it Work for Emergency Medicine?», *Annals of Emergency Medicine*, vol. 36, 3, pp. 238-240.
- WILLIAMS R.M. (1996), «The Costs of Visits to Emergency Departments», *The New England Journal of Medicine*, 334, pp. 642-646 [abstract].

Il primo bilancio di missione dell'Ausl di Bologna: gli indicatori economico-patrimoniali e finanziari

PAOLA BARDASI, MICAELA AMBANELLI

Emilia-Romagna Region in 2004 approved a law stating that all its authority health should make explicit their achievement (called Mission's balance sheet). It is a social statement that illustrates to the Region, to the Town council and to the representatives of citizens, the results of actions, the employment of economic resources and the health target. The general outlines, the social and economic indicators, are common to all Hospital. The parts are devoted to: demography, epidemiology, economy, business finance, human resources, output, outcome, research and innovation. Health Authority of Bologna did its first Mission's balance sheet in 2005. A very important newness is economic and financial indicator, which got the development of significant analysis about economic trends. All the parts of the document have to be read in a strictly connected way.

Note sugli autori

Paola Bardasi è Direttore del Dipartimento amministrativo dell'Asl Bologna - paola.bardasi@ausl.bologna.it

Micaela Ambanelli è Responsabile Bilanci e analitica dell'Asl Bologna - micaela.ambanelli@ausl.bologna.it

1. Il contesto di riferimento

La legge dell'Emilia-Romagna n. 29 del 23 dicembre 2004, nuova legge sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale, all'articolo 6, impone alle aziende sanitarie di presentare ogni anno, oltre al Piano programmatico, al bilancio pluriennale di previsione, al bilancio economico preventivo e a quello di esercizio, anche il bilancio di missione.

L'Emilia-Romagna è stata la prima Regione a adottare in modo organico sul proprio territorio questa forma di rendicontazione «sociale», una necessaria divulgazione dell'attività svolta dalle aziende sanitarie, che non hanno come missione la produzione di reddito, ma l'erogazione di servizi pubblici essenziali.

La scelta della Regione Emilia-Romagna è stata quella di sviluppare, insieme alle Aziende sanitarie, uno strumento, appunto il bilancio di missione, da redigere con una base-dati, criteri ed indicatori condivisi, in modo da garantire la comparabilità nel tempo e leggere l'evoluzione durante gli anni e nello «spazio», per realizzare forme di *benchmarking* tra Aziende sanitarie che operano in contesti territoriali differenti. È naturale che la finalità del livello regionale era duplice: da un lato creare uno strumento proprio dell'Azienda sanitaria, dall'altro garantire comunque un livello «minimo di legittimità comune» del territorio regionale.

Considerata la novità, la regione Emilia-Romagna ha proceduto con una sperimentazione progressiva e guidata, attraverso un gruppo di progetto coordinato dall'Agenzia sanitaria regionale e composto dai Direttori generali delle Ausl, da dirigenti della Regio-

SOMMARIO

1. Il contesto di riferimento
2. La sostenibilità economico-finanziaria e patrimoniale
3. Conclusioni

ne e da docenti universitari; tale gruppo ha predisposto ed emanato, nel maggio 2005, specifiche Linee-guida di supporto alle Aziende sanitarie (Agenzia sanitaria regionale, Regione Emilia-Romagna, 2005).

Dalle Linee guida emerge la particolare natura del bilancio di missione, la nuova forma di rendicontazione con la quale le Aziende sanitarie illustrano annualmente alla Regione ed alla Conferenza socio-sanitaria i risultati delle attività e l'utilizzo delle risorse rispetto agli obiettivi di salute assegnati proprio da Regione e Conferenze; questi soggetti costituiscono quindi i due principali destinatari istituzionali del bilancio di missione, nella loro veste di rappresentanti dei cittadini, dei professionisti e delle altre formazioni sociali.

Il bilancio di missione ha lo scopo di diffondere informazioni circa il contesto nel quale l'Azienda opera: definire un quadro delle caratteristiche sociali, ambientali e demografiche del territorio, contenere le osservazioni epidemiologiche, presentare il profilo, anche economico-patrimoniale e finanziario, dell'Azienda. Deve poi fornire un'analisi delle risorse umane, della comunicazione interna ed esterna all'Azienda e illustrare progetti per la ricerca e per l'innovazione tecnologica ed organizzativa. Infine, deve evidenziare i livelli di servizio raggiunti, relativamente alle caratteristiche territoriali e alle fasce di popolazione specifiche del territorio.

Per scelta regionale quindi la struttura e il contenuto informativo del documento presentano un denominatore comune sul quale le singole Aziende hanno potuto sviluppare i propri temi, basandosi sui punti cardine definiti dal gruppo di progetto regionale:

- 1) contesto di riferimento;
- 2) profilo aziendale;
- 3) obiettivi istituzionali e strategie aziendali;
- 4) condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione;
- 5) sistema di relazioni e strumenti di comunicazione;
- 6) ricerca e innovazione;
- 7) obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale.

Questi punti sono preceduti e seguiti da considerazioni iniziali e conclusive del Direttore generale.

In sintesi, nell'esperienza dell'Emilia-Romagna, i bilanci di missione:

- sono documenti annuali obbligatori per legge;
- sono concepiti come strumenti a supporto delle relazioni tra i principali attori istituzionali del sistema (Aziende, Regione, Conferenze territoriali sociali e sanitarie);
- si basano su uno specifico *format* regionale;
- costituiscono il primo esempio di documenti di rendicontazione sociale sostanzialmente omogenei all'interno di un Ssr.

I bilanci di missione si configurano come documenti complementari al bilancio d'esercizio, ad alta valenza tecnica, ma anche divulgativa, con un complesso e consistente contenuto informativo relativo al ruolo ed all'attività istituzionale dell'Azienda. Con questa rendicontazione si sono poste le basi per una strumentazione orientata al «governo partecipato» introdotto dalla Legge regionale 29/94.

L'attenzione del livello regionale, poi ripresa e perseguita nell'esperienza aziendale, è stata posta ad integrare il bilancio di missione con gli attuali strumenti di rendicontazione delle Aziende sanitarie (dal bilancio d'esercizio alle relazioni annuali sugli obiettivi, alle statistiche sui dati di attività, ...) o con strumenti innovativi (accreditamento, sistemi qualità, ...). La tensione alla creazione di un valore aggiunto e ad evitare ridondanze, sovrapposizioni, duplicazioni di sforzi e costi è stata sempre presente, così come i principi-guida sono stati, sia nel modello regionale che nell'esperienza aziendale, la ricerca delle informazioni rilevanti ed efficaci per il supporto ai processi decisionali interni ed esterni.

Nell'anno 2004 sono state interessate all'avvio del progetto regionale solo alcune aziende sanitarie in via sperimentale ma, nel 2005, l'obbligatorietà è stata estesa a tutte le Aziende territoriali della Regione. Tra queste l'Ausl di Bologna. Il prossimo anno saranno interessate le Aziende ospedaliere, con una progettazione specifica.

L'Ausl di Bologna si è inserita nel percorso di studio regionale all'inizio del 2005. Gli obiettivi ed i contenuti del bilancio di missione sono stati condivisi e diffusi nell'organizzazione in modo capillare per garantire la conoscenza ed il successivo apporto in termini di esperienza, di tutti gli operatori. È stato costituito un «gruppo di regia», in staff alla direzione generale e gruppi di lavoro specifici per area tematica del bilancio di missione. La conduzione di ciascuno dei gruppi è stata affidata a coordinatori che facevano parte del gruppo strategico di coordinamento.

L'impostazione del lavoro ha seguito le indicazioni ed i confronti periodici con la Regione, per il giusto ed opportuno *benchmark* con le altre realtà sanitarie, ma in Azienda si è ricercata anche una progettualità interna, in grado di cogliere specificità ed opportunità tipiche. Ad esempio, è stato strutturato un percorso di formazione-intervento specifico orientato ai temi della rendicontazione sociale e del modello EFQM (*European Foundation for Quality Management*), durato un anno, in cui si sono alternate giornate di formazione con docenti esterni sulle specifiche tematiche e giornate di formazione interna, nella quale ha preso corpo il lavoro dei gruppi sulle specifiche aree d'intervento. Il coordinamento è stato curato dallo staff della Direzione generale.

La sezione economica, affidata ad uno specifico gruppo di lavoro, è partita dalle informazioni di base presenti in Azienda e dalla banca-dati messa a disposizione dalla Regione per tutte le aziende sanitarie.

I soli dati economico-contabili, gestiti sin dal 1994, anno nel quale le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna passarono dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale, non sono ritenuti sufficienti per spiegare ed illustrare i fatti gestionali e gli andamenti di queste realtà complesse, multiprofessionali, di erogazione di attività, prestazioni e servizi, che spesso non sono «misurabili» in modo oggettivo e condiviso.

Questo bisogno è maturato lentamente e si sono ricercate modalità e strumenti autonomi – e spesso, per questo, autoreferenziali – per dare una visione concreta e chiara di «cosa» stia dietro ai numeri dei bilanci. Inoltre, i dati contabili non riescono, neppure attraverso la costruzione di indici economici e finanziari, a dare conto della realtà produttiva e del-

l'erogazione dei servizi sanitari. Per esempio, nell'Ausl di Bologna, erano già stati sviluppati diversi approfondimenti a partire dai dati contabili, come l'analisi di serie storiche dei disavanzi, analizzati rispetto alla composizione per livelli di assistenza, oppure valutazioni sui margini di contribuzione per singole unità operative. Si è trattato in molti casi di analisi dal contenuto significativo, ma che non hanno avuto una reale possibilità di riscontro e di confronto sulla bontà delle evidenze con altre realtà analoghe e che, comunque, hanno prodotto strumentazioni tecniche per «addetti ai lavori», di difficile comprensione per chi non sia esperto di contabilità e/o di economia aziendale (Bardasi, Ambanelli, Cavicchi, Aumiller Vandac, 2006).

Inoltre, per l'Ausl di Bologna, l'introduzione del Bilancio di missione ha avuto una particolare pregnanza proprio per la storia stessa dell'Azienda, sorta nel 2004 come fusione di tre ex-Ausl.

Infatti, se da un lato questo strumento doveva rafforzare le connessioni istituzionali significative, dall'altro si poneva la finalità di consentire un confronto e una riflessione interna all'Azienda: il processo d'unificazione aveva comportato difficoltà e criticità legate allo sforzo organizzativo necessario alla sua realizzazione e il bilancio di missione, attraverso il coinvolgimento di tutta l'organizzazione e la condivisione degli obiettivi, è stato uno dei primi documenti nel quale il personale avrebbe potuto trovare un momento di identità comune ed un unitario contesto di lavoro.

Nell'ottica di integrazione con altri strumenti innovativi, nell'esperienza dell'Ausl di Bologna, il bilancio di missione è stato inquadrato entro un percorso di accreditamento dell'eccellenza della EFQM, l'applicazione del quale è iniziata nel 2005 e nel 2006 ha visto l'autovalutazione EFQM dell'alta dirigenza aziendale (autovalutazione di I Livello) e la successiva pianificazione delle azioni di miglioramento.

In questa cornice sistemica di riferimento, una delle principali caratteristiche è l'importanza attribuita alla valutazione dei risultati raggiunti (**figura 1**). Sulle aree EFQM di risultato (risultati relativi ai clienti, al personale, alla società e risultati-chiave di performance) sono stati collocati gli indicatori

La sezione economica ha cercato di compendiare la completezza con la selettività delle informazioni: per questo gli indicatori prescelti sono stati esposti anche attraverso serie storiche, per facilitare una lettura del «profilo» in chiave dinamico-evolutiva. Inoltre, ciascuno degli aspetti selezionati, è stato esplorato attraverso una sua scomposizione, volta ad enfatizzare lineamenti specifici ritenuti di particolare rilievo informativo. Ad esempio, il risultato della gestione caratteristica rapportato ai ricavi disponibili, veniva ulteriormente analizzato in alcune sue componenti fondamentali attraverso l'analisi dell'incidenza dei principali aggregati di fattori produttivi.

La trattazione della sostenibilità economico-finanziaria e patrimoniale dell'Azienda, è stata strutturata in maniera tale da consentire una lettura integrata sia con le altre sezioni del bilancio di missione, sia con il bilancio di esercizio 2005, del quale, come già evidenziato, il bilancio di missione costituisce un allegato obbligatorio. Sono state esaminate, da un lato, le risorse necessarie per garantire l'attività dell'Azienda sanitaria, quale ente del servizio sanitario pubblico, e che, quindi deve volgere il suo operato alla ricerca della promozione e tutela della salute, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza. Dall'altro, si sono analizzate le dinamiche finanziarie e le loro componenti, valutando anche l'impatto sulla struttura patrimoniale dell'Azienda.

Le analisi elaborate e le considerazioni sviluppate costituiscono una prima evoluzione delle informazioni economico-patrimoniali presentate in Nota integrativa, attraverso una loro elaborazione in «indici di bilancio» o di «liquidità», interpretati specificatamente in una realtà sanitaria e attraverso un'analisi delle loro interrelazioni. In letteratura, sono presenti, seppur in numero limitato, contributi che propongono analisi sulle performance delle aziende sanitarie, con analisi dei dati economico-finanziari (Battaglia, Leoni, 2001; Battaglia, Zavattaro, 1997; Rossi, Scanabucci 1999; Tieghi, 2000) l'aspetto innovativo dell'esperienza emiliano-romagnola si rileva nella sistematicità del progetto e nell'obbligatorietà della costruzione e del commento di indici di bilancio omogenei per tutte le aziende, fattori

che hanno configurato il primo caso di «rendicontazione istituzionale».

La necessità di predisporre una valutazione dell'andamento temporale degli indicatori per il periodo 2003-2005 ha reso necessario lavorare per il primo anno sui dati derivati dal consolidamento dei bilanci d'esercizio delle tre aziende preesistenti. Nell'analisi degli indicatori è cioè necessario considerare che i dati relativi al primo anno non derivano da un bilancio unico ma sottendono tre Aziende, con a capo tre Direzioni diverse, con strategie a volte non sinergiche.

Di seguito si riportano e si commentano alcuni indicatori ritenuti maggiormente significativi, che hanno fornito alla Direzione aziendale informazioni innovative per comprendere meglio la realtà nella quale opera e assumere le successive decisioni con maggiore oculatezza.

2.1. Sostenibilità economica

Gli indicatori selezionati per l'analisi della sostenibilità economica sono volti ad apprezzare le cause gestionali che hanno portato al risultato economico esposto in bilancio; a valutare la composizione e il grado d'incidenza dei costi caratteristici, connessi con l'utilizzo dei principali fattori produttivi, sulle risorse che l'azienda è stata in grado di acquisire per i propri processi di produzione.

In sintesi, si ricercano le cause prevalenti che hanno condotto ad un risultato finale, espresso anche come operato della gestione tipica aziendale e come indicatore di fattori produttivi prevalentemente impiegati.

Risultato netto di esercizio

Ovviamente, il primo indicatore che dà conto, in modo sintetico, dell'andamento della gestione è il risultato netto d'esercizio (**grafico 1**).

I risultati d'esercizio riportati nel grafico 1, su indicazione della Regione, al fine di favorire un confronto omogeneo negli anni e tra le Aziende sanitarie, sono stati riclassificati rispetto ai dati della **tabella 1**. *Trend* del risultato della gestione caratteristica e non caratteristica.

In particolare, per ciascuno degli anni, i risultati d'esercizio sono stati rettificati dei costi per i rinnovi dei contratti nazionali di

Grafico 1

Trend del risultato di esercizio (dati in migliaia di euro)

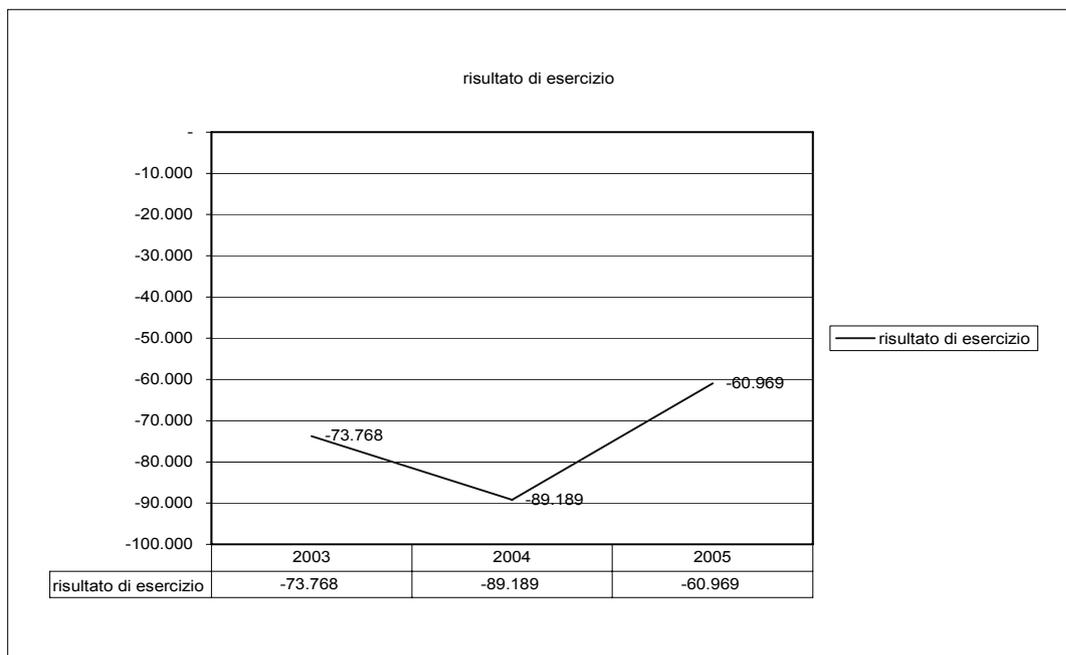


Tabella 1

Trend del risultato delle gestioni caratteristica e non caratteristica (valori espressi in migliaia di euro)

	2003	2004	2005
Risultato netto dell'esercizio	- 67.400	- 135.876	- 14.857
Risultato della gestione caratteristica	- 74.612	- 112.529	- 25.426
Risultato della gestione non caratteristica	7.212	- 23.347	10.569
Incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto dell'esercizio	- 110,7%	- 82,8%	- 171,1%
Incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto dell'esercizio	10,7%	- 17,2%	71,1%
Totale	- 100,0%	100,0%	- 100,0%

lavoro per il personale dipendente e per il personale convenzionato (Medici di medicina generale) e dei ricavi straordinari derivanti dai finanziamenti aggiuntivi regionali.

È evidente come la situazione economica dell'Azienda di Bologna, al momento della sua istituzione, risentisse pesantemente dei disavanzi strutturali delle tre ex Aziende e sarebbe probabilmente incrementato in modo tendenzialmente esponenziale. Il 2004, come naturale per il primo anno della nuova organizzazione, ha evidenziato un forte disa-

vanzo, seppur si è percepita e si dimostra una prima inversione di tendenza.

È il 2005 l'anno della svolta: infatti, oltre che una sostanziale inversione di tendenza dei risultati netti, l'esercizio si chiude nel rispetto dell'obiettivo economico assegnato all'Azienda. Nel 2005 è un'Azienda in ripresa. Se si leggono, accanto a questi indici economici, altri aspetti, quali, ad esempio, le risorse umane impiegate dall'Azienda (oltre 10 mila persone), la produzione (i punti medi Drg che incrementano del 25% nel Dh e del

6% nel regime ordinario) o la mobilità (valutazioni in merito all'attrattività delle strutture aziendali) e qualche dato di contesto, si conferma questa affermazione.

Partendo da questo dato che fornisce una prima visione macro della realtà economica aziendale, si dipanano le ulteriori analisi.

Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto

La gestione caratteristica rispecchia i valori economici, positivi e negativi, connessi all'attività specifica, ovvero a quella che realizza, continuamente, l'oggetto aziendale e i fini istituzionali della stessa.

La gestione non caratteristica rappresenta l'area finanziaria, straordinaria e fiscale, in cui rientrano gli interessi passivi e gli altri oneri connessi alla raccolta di capitale di prestito, proventi e oneri straordinari caratterizzati dall'inusualità e/o dall'infrequenza temporale e infine dalle imposte d'esercizio. Nella gestione non caratteristica figura anche la gestione accessoria o «patrimoniale», che evidenzia proventi ed oneri correlati agli immobili non strumentali.

L'obiettivo informativo è, quindi, di misurare il contributo della gestione caratteristica e non alla formazione del risultato netto. In altre parole, se l'Azienda raggiunge il risultato della propria ordinaria gestione attraverso costi e ricavi tipici oppure attraverso operazioni di carattere episodico e non strutturale.

La tabella 1 evidenzia il calcolo degli indici aziendali per il triennio 2003-2004-2005, nella quale i risultati d'esercizio riportati rappresentano la chiusura «contabile» dei bilanci d'esercizio e non sono stati rettificati e riclassificati a garanzia di una confrontabilità come nel grafico 1.

La Regione Emilia-Romagna, nelle Linee-guida sui bilanci di missione, ha scelto di utilizzare gli indici riportati nella tabella 1, dando importanza ai segni algebrici dei rapporti, per evidenziare ulteriormente quale fosse la componente che ha determinato la performance aziendale. Le indicazioni regionali citano testualmente: «In caso di Risultato Netto tendente al pareggio e ROC negativo, l'incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto viene indicata con -100%, mentre l'incidenza della gestione non carat-

teristica viene indicata con +100%; ciò, ad indicare che la performance positiva aziendale è ascrivibile interamente alla gestione non caratteristica.

In caso di Risultato Netto tendente al pareggio e ROC positivo, l'incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto viene indicata con +100%, mentre l'incidenza della gestione non caratteristica viene indicata con -100%».

Nei dati dell'Azienda, sebbene il 2005 presenti un Risultato netto tendente al pareggio ma un ROC negativo, l'incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto dell'esercizio è negativa ad indicare che la performance positiva aziendale è ascrivibile alla gestione non caratteristica.

Nel 2003 è evidente il valore positivo dell'incidenza della gestione non caratteristica per effetto delle vendite di patrimonio da reddito (azione episodica) mentre la gestione caratteristica risulta negativa.

Nel 2004 sia la gestione caratteristica che quella non caratteristica risultano negative; è comunque evidente un miglioramento della prima che evidenzia una migliore performance dell'Azienda (-82,8%) rispetto all'anno precedente, nonostante il risultato netto sia in valore assoluto ancor più negativo. Il dato che emerge è la forte contrazione della perdita derivante dalla gestione caratteristica.

Finora, il confronto dei dati si è basato sull'analisi storica degli indicatori.

In una visione di sistema, ha senso considerare l'apporto delle gestioni aziendali alla performance regionale e confrontarsi con altre Aziende sanitarie omogenee per complessità e dimensione.

Risultati netti di esercizio dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento/risultati complessivi regionali

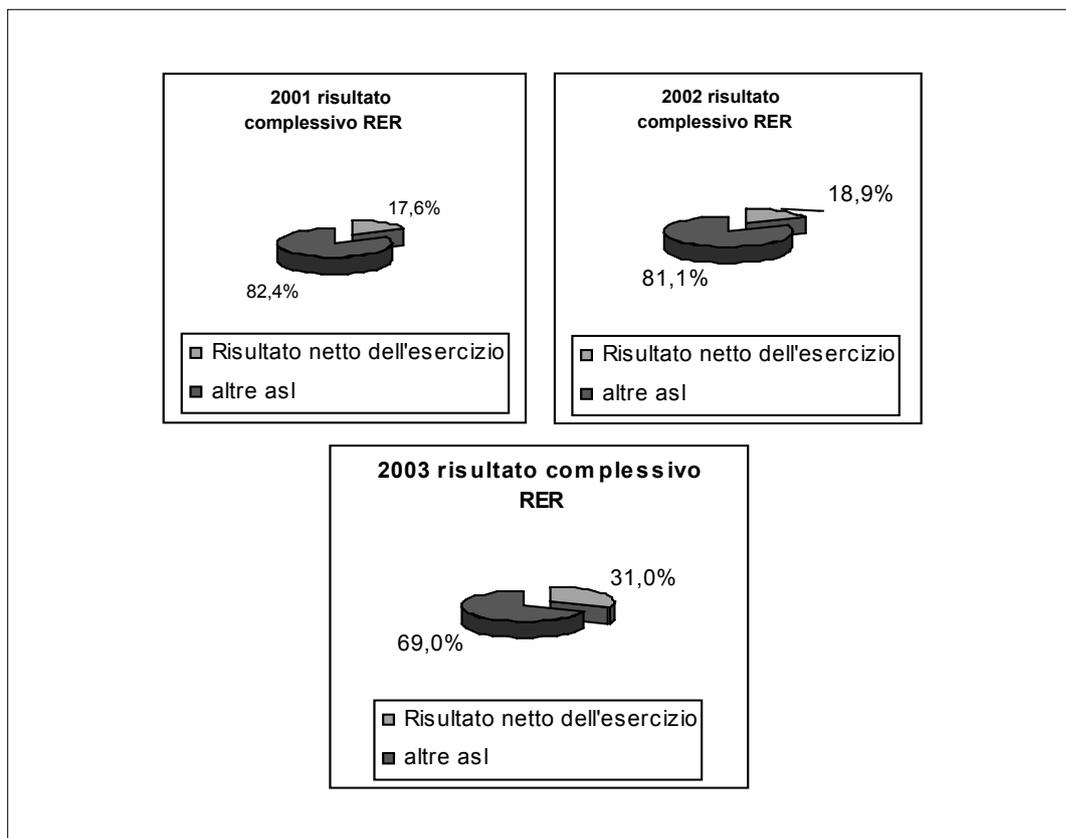
Questo indicatore vuole esplicitare, in termini comparativi e dinamici, il peso del risultato economico dell'azienda rispetto al valore del risultato complessivo regionale.

La valutazione del consolidato dei bilanci delle tre ex Aziende Usl, evidenzia un peso sempre più rilevante della perdita «aziendale» sul complesso del risultato economico regionale, come evidente nel **grafico 2**.

Nel 2004 la perdita aziendale incrementa in valore assoluto rispetto ai risultati degli

Grafico 2

Incidenza del risultato di esercizio aziendale sul risultato complessivo regionale. Anni 2001-2003



esercizi precedenti ma, se proporzionata al risultato regionale, si evidenzia una minore incidenza della perdita aziendale sul disavanzo complessivo di sistema dal 31% al 23,3%, situazione evidenziata nel **grafico 3**.

Nel 2005 il Servizio sanitario regionale chiude i conti con un disavanzo molto contenuto rispetto agli anni precedenti, e l'Ausl di Bologna ha contribuito a tale risultato rispettando il proprio obiettivo di spesa e riducendo

ulteriormente l'incidenza della perdita aziendale sul disavanzo complessivo regionale. La **tabella 2** esplicita i valori numerici.

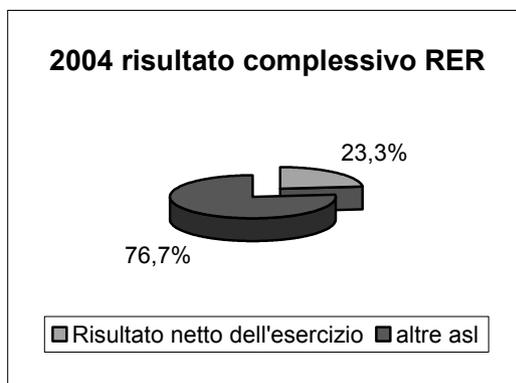
2.2. Sostenibilità finanziaria

L'analisi della sostenibilità finanziaria è volta ad indagare la dinamica dei flussi monetari intervenuti nel periodo considerato, considerando le modalità di finanziamento e le diverse tipologie di impiego delle fonti finanziarie nell'esercizio.

L'Ausl di Bologna opera dal suo avvio in una condizione di cronica sottostima di risorse monetarie, che non le consentono la copertura, con la sola assegnazione finanziaria mensile da parte della Regione, dei cosiddetti «pagamenti obbligatori», ovvero stipendi ed emolumenti assimilati, servizi essenziali, assegni di cura, contributi sanitari, imposte tasse e utenze, che costituiscono, nel 2005, circa il 70% del totale dei flussi di cassa mensili. Per questo l'Azienda opera in costanza di anticipazione di Tesoreria.

Grafico 3

Incidenza del risultato di esercizio aziendale sul risultato complessivo regionale. Anno 2004



Le cause fondamentali sono ascrivibili ai disavanzi pregressi non ripianati dallo Stato per oltre 150 milioni di € e alla particolare stasi della situazione di liquidità che ha interessato negli ultimi anni il settore sanitario. Altra causa è legata ai ritardi temporali con i quali si attuano le verifiche alle quali sono sottoposte le Regioni, al fine dello svincolo da parte dello Stato, delle risorse finanziarie collegate al raggiungimento degli obiettivi loro assegnati.

Da sottolineare come l'insieme delle attività volte alla tutela della salute – che vanno dalla fabbricazione e dal commercio di farmaci e altri beni sanitari, ai servizi socio-assistenziali, ai servizi e alle attrezzature acquisiti per la produzione diretta da poliambulatori e ospedali pubblici e privati – presenti un peso economico molto vicino a quello di banche e assicurazioni

Tale filiera concorre sostanzialmente alla ricchezza del Paese, incidendo, secondo la ricerca del dicembre 2005 della Commissione sanità di Confindustria, per l'11% del Pil, con la componente del solo Servizio sanitario nazionale pari ad oltre il 7% del prodotto interno lordo nazionale. Altresì, dai risultati dell'ultimo censimento di Confindustria, emerge che gli addetti che lavorano per queste attività rappresentano il 6% degli occupati totali.

Il fatto che si parli spesso di una riduzione dei costi nella sanità deve essere interpretato come razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse, non perdendo di vista, comunque, che gli investimenti in questo campo hanno un'altissima fecondità e che si può scommettere sul futuro dell'industria della salute.

La liquidità dell'azienda può essere esaminata attraverso uno degli strumenti proposti all'interno del bilancio di missione: il rendiconto finanziario di liquidità, che consente alcune considerazioni facilmente comprensibili anche dai non addetti ai lavori.

Rendiconto finanziario di liquidità

Questo indicatore esprime la dinamica finanziaria dell'Azienda e consente l'analisi dei flussi di liquidità, con l'obiettivo di evidenziare i movimenti in entrata e in uscita intervenuti nelle risorse finanziarie aziendali, in modo da chiarirne la variazione intervenuta nel periodo considerato.

	2005
Risultato netto dell'esercizio	- 14.857
Risultato complessivo regionale	- 120.869
Risultato netto d'esercizio/risultato complessivo regionale	12,3%

La **tabella 3** espone la situazione aziendale nel biennio 2004-2005.

Le risorse finanziarie alle quali si fa riferimento sono:

- disponibilità liquide, ovvero le liquidità a disposizione immediata dell'Azienda (cassa, Istituto tesoriere, c/c postali);

- *net cash* gestione corrente e *net cash* gestione extra-corrente: è un aggregato che dà una valutazione sulla generazione o sull'assorbimento di risorse finanziarie della gestione corrente ed extra-corrente (legata agli investimenti);

- contributi per ripiani perdite pregresse: costituiscono una fonte di liquidità non riconducibile né alla gestione corrente, né alla gestione extra-corrente e sono pertanto evidenziati a parte.

Il **grafico 4** dà immediata evidenza delle singole componenti e consente un rapido confronto tra le stesse grandezze, considerando la variabile tempo.

Nel corso del 2004 si evidenzia un incremento della cassa generato dal rallentamento nei pagamenti a causa delle difficoltà amministrative generate dal completamento dell'unificazione delle procedure informativo-contabili.

Anche nel 2004 le risorse liquide derivano dalla gestione corrente e dai contributi per ripiani perdite, mentre la gestione extra-corrente (ossia degli investimenti) ha assorbito risorse in misura eccedente rispetto alle fonti generate dalla stessa.

Tabella 2

Incidenza del risultato di esercizio aziendale sul risultato complessivo regionale. Anno 2005 (valori espressi in migliaia di euro)

Tabella 3

Rendiconto finanziario di liquidità. Anni 2004-2005

	2004	2005
Disponibilità liquide iniziali	- 53.062.761	1.249.205
<i>Net cash</i> gestione corrente	94.701.556	- 43.669.805
<i>Net cash</i> gestione extracorrente	- 63.065.296	- 46.843.943
Contributi per perdite	22.675.706	4.203.811
Disponibilità liquide finali	1.249.205	- 85.060.732

Se l'indicatore in sé fornisce informazioni solo sulla durata media dell'esposizione, i valori che lo compongono e il confronto tra più esercizi consentono di cogliere anche informazioni aggiuntive, quali, ad esempio, l'impegno dell'Azienda verso i fornitori, che si concretizza in maggiori pagamenti nonostante la situazione di liquidità assai critica, come si legge dal precedente indicatore, e l'incremento, ancor più consistente, dei debiti, con una particolare incidenza legata agli investimenti. Ovviamente, questa situazione ha comportato un aumento anche del tempo medio di pagamento, riportato nella **tabella 4**.

Al fine della determinazione della durata media di esposizione si è tenuto conto di tutti i costi per beni e servizi e della corrispondente variazione dei debiti, escludendo per la loro natura i costi ed i correlati debiti per mobilità passiva verso altre aziende sanitarie pubbliche e case di cura private accreditate e per il personale (dipendente e non dipendente).

Un ulteriore approfondimento consente di valutare il ritardato pagamento, escludendo i fornitori che vengono necessariamente pagati alla scadenza come, ad esempio, le farmacie convenzionate, i Medici di base e i Pediatri di libera scelta, gli specialisti interni. Il dato così ottenuto, riportato nella **tabella 5**, fornisce una visione più realistica della situazione di ritardo dei pagamenti, in termini temporali.

2.3. Sostenibilità patrimoniale

Una visione completa del profilo economico-finanziario deve valutare anche la dimensione patrimoniale.

Gli indicatori per l'analisi della sostenibilità patrimoniale sono volti ad evidenziare la struttura degli investimenti e dei finanziamenti aziendali, a rilevare le dinamiche di investimento in atto, con particolare riferimento ai tassi di rinnovamento ed al grado di obsolescenza delle immobilizzazioni strumentali.

È necessario, dal punto di vista di sviluppo delle analisi, fornire la rappresentazione grafica dello stato patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria, rappresentato nella **tabella 6**.

	2004	2005
Debiti iniziali	542.284.252	555.833.516
Debiti finali	555.833.516	676.269.287
Costi per beni e servizi	723.890.514	765.741.099
Durata media dell'esposizione	273	290

La percentualizzazione dei valori assoluti, relativi al complessivo attivo e passivo, fornisce informazioni aggiuntive ed è riportata nella **tabella 7**.

Entrambe le rappresentazioni delle tabelle 6 e 7 forniscono utili strumenti per la comprensione della situazione dei realizzi e dei rimborsi delle operazioni di investimento e di finanziamento.

La riclassificazione in chiave monetaria offre, a partire da un'ideale situazione di investimenti e di finanziamenti, che è caratterizzata da una specularità delle sezioni dell'Attivo corrente, Passivo corrente e dell'Attivo immobilizzato e Passivo a lungo termine, una immediata comprensione delle relazioni intercorrenti nella realtà aziendale: se nell'attivo la componente predominante risiede nelle immobilizzazioni, nel passivo si riscontra una prevalenza di finanziamenti a breve termine, che non consentono di avere un quadro bilanciato.

Su tutti e tre i periodi presi a riferimento, il valore delle immobilizzazioni risulta prevalente, mentre, sul passivo risulta dominante e crescente negli anni la percentuale dei debiti a breve.

Il patrimonio netto risulta nettamente diminuito e ciò è dovuto all'incidenza della perdita d'esercizio 2004 di valore particolarmente significativo, nonostante il ripiano perdite da parte della Regione per gli anni 2001-2003.

Le considerazioni che seguono sono supportate, per la prima volta, non tanto e non

Tabella 4

Debiti per forniture in conto esercizio e tempi medi di pagamento verso tutti i fornitori di beni e i servizi

Tabella 5

Debiti per forniture in conto esercizio e tempi medi di pagamento verso i fornitori di beni e i servizi non pagati obbligatoriamente alla scadenza

	2004	2005
Debiti iniziali	529.161.498	541.308.193
Debiti finali	541.308.193	649.010.171
Costi per beni e servizi	478.540.056	505.383.928
Durata media dell'esposizione	403	424

Tabella 6

Stato patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria: valori assoluti

	2003 (migliaia €)	2004 (migliaia €)	2005 (migliaia €)
Liquidità immediate	1.318	1.029	451
Liquidità differite	343.464	271.545	369.797
Rimanenze	35.095	33.369	30.200
Immobilizzazioni	519.113	557.063	587.434
Totale attivo	898.990	863.006	987.882
Finanziamenti a breve termine	676.116	732.180	875.726
Finanziamenti a medio lungo termine	38.145	31.680	32.220
Patrimonio netto	184.729	99.147	79.936
Totale passivo	898.990	863.007	987.882

Tabella 7

Stato patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria: composizione percentuale dell'attivo e del passivo

	2003	2004	2005
Liquidità immediate e differite	38%	32%	37%
Rimanenze	4%	4%	3%
Immobilizzazioni	58%	65%	59%
Totale attivo	100%	100%	100%
Finanziamenti a breve termine	75%	85%	89%
Finanziamenti a medio lungo termine	4%	4%	3%
Patrimonio netto	21%	11%	8%
Totale passivo	100%	100%	100%

solo da «sensazioni», supposizioni, ma da dati e indicatori ed offrono una analisi integrata e affrontata da numerosi punti di vista.

La situazione patrimoniale dell'Azienda risulta critica, con riflessi preoccupanti sulla solidità, definibile come solvibilità a medio-lungo termine rispetto alla liquidità (solvibilità a breve) per la presenza di impieghi in immobilizzazioni che risultano coperti da passività a breve termine.

Poiché gran peso hanno gli investimenti sul patrimonio aziendale, l'analisi si è voluta soffermare sia sulla valutazione della vetustà degli investimenti sia sulla loro composizione per tipologia, valutando lo sforzo aziendale di rinnovo e di aggiornamento nel campo delle attrezzature sanitarie, non sa-

nitarie e informatiche, degli immobili, dei *software*.

In particolare, gli indicatori sono riportati di seguito.

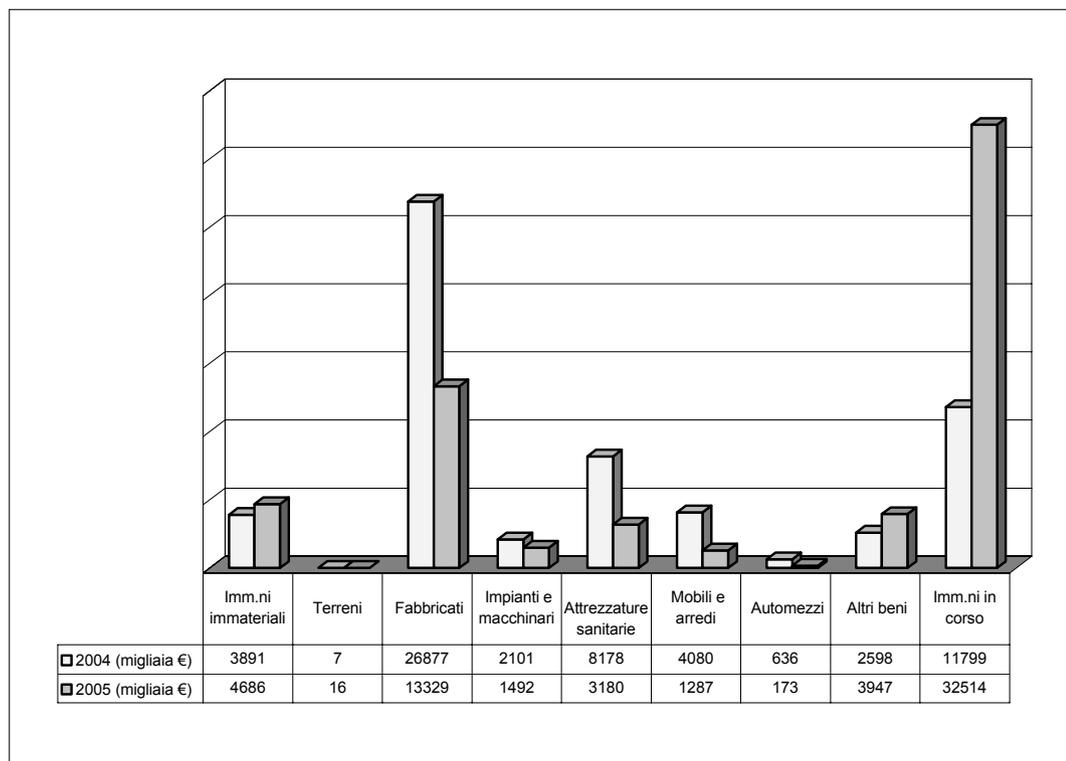
Rappresentazione dei nuovi investimenti effettuati nell'esercizio nel loro ammontare complessivo e per singola tipologia

Il **grafico 5** esplicita in termini dinamici l'impegno aziendale nella effettuazione di nuovi investimenti con particolare riferimento alle Immobilizzazioni immateriali e materiali.

Questa rappresentazione, seppur visivamente semplice, non fornisce, però, sufficiente attenzione ad un'importante categoria

Grafico 5

Valore assoluto nuovi investimenti per categorie. Confronto anni 2004-2005



di cespiti, individuata come «Immobilizzazioni in corso», nella quale sono iscritti i beni in attesa di collaudo, che sono importanti per valutare complessivamente le risorse investite.

Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

L'indicatore mette a raffronto i nuovi investimenti di un anno sul totale di quelli realizzati fino a quell'anno, per valutare la velocità di rinnovo del patrimonio aziendale.

A corredo delle analisi precedenti, si è ritenuto opportuno completare la valutazione con la propensione dell'Azienda verso nuovi investimenti.

Non viene più analizzata la connessione alla fonte del finanziamento ma l'incidenza dei nuovi investimenti sul totale complessivo degli stessi, con i valori assoluti e gli indicatori riportati nella **tabella 8**, e la rappresentazione degli indicatori nel **grafico 6**.

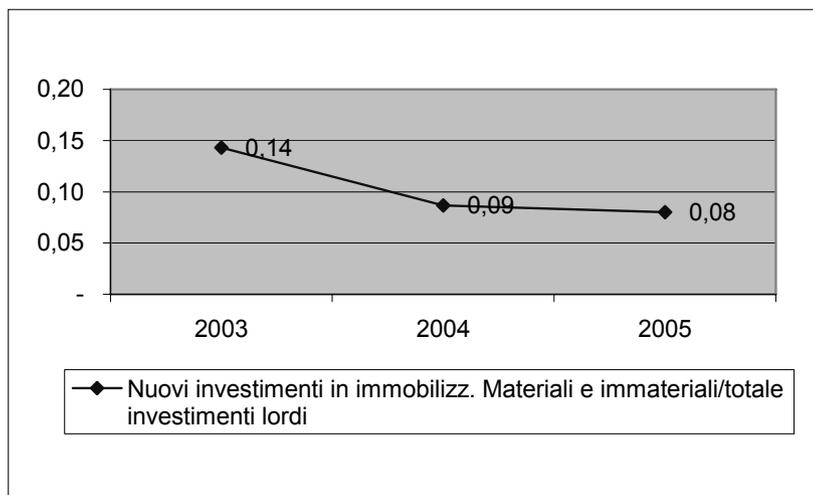
Si è ritenuto significativo costruire una serie storica triennale, considerata la natura propria degli investimenti.

L'indice presenta un valore medio aziendale negli ultimi sette anni dello 0,14. Nel 2003 l'indice è nella media, ma si tratta ancora di tre distinte aziende ciascuna delle quali con una propria politica degli investimenti che non sempre ottimizza la sinergia del più

	2003	2004	2005
Nuovi investimenti in immobilizz. materiali e immateriali	91.237	60.167	60.358
Totale investimenti lordi	638.000	694.548	752.056
Nuovi investimenti in immobilizz. materiali e immateriali/totale investimenti lordi	0,14	0,09	0,08

Tabella 8

Incidenza dei nuovi investimenti sul totale complessivo

**Grafico 6**

Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

vasto territorio che è compreso dal 2004 nell'Azienda di Bologna. Quindi, anche come termine di confronto probabilmente appare più conforme ad uno standard aziendale il valore 2004.

A conferma, il valore 2005 è sostanzialmente allineato all'anno precedente. Il calo degli investimenti tra il 2003 ed il 2004 è anche attribuibile alla circostanza che proprio nel 2004 si è aperta una consistente nuova fase di appalto di lavori; di fatto la mole degli investimenti previsti è aumentata rispetto agli anni precedenti ma tale incremento dispiegherà i propri effetti solo nel corso degli anni successivi.

L'indicatore può essere letto, oltre che seguendo temporalmente l'evolversi delle politiche aziendali sugli investimenti, anche in un confronto con le aziende più simili: nonostante i dati presentati nei bilanci di missione 2005 presentino un quadro regionale che mostra generalmente un alto grado di rinnovo del patrimonio, Bologna si colloca tra le aziende sanitarie con maggiore propensione a nuovi investimenti.

Tabella 9

Grado di obsolescenza degli investimenti

	2003	2004	2005
Valore residuo beni durevoli	518.684	553.383	583.780
Totale investimenti lordi	638.000	694.548	752.056
Valore residuo beni durevoli/totale investimenti lordi	0,81	0,80	0,78

Contemporaneamente è parso opportuno inserire tra gli indicatori-chiave di performance il grado di obsolescenza delle tecnologie che, soprattutto in campo sanitario trovano continui sviluppi e innovazioni.

Grado di obsolescenza

Le Linee-guida della Regione Emilia-Romagna per la redazione del bilancio di missione impongono il calcolo di questo indicatore, come rapporto tra il valore residui dei beni durevoli e gli investimenti lordi, con l'obiettivo di misurare il grado di obsolescenza degli investimenti: più elevato è l'indicatore minore è l'obsolescenza. In letteratura, generalmente il grado d'obsolescenza si misura, invece, come rapporto tra fondo ammortamento e investimenti lordi: in questo caso più è elevato il valore, più sono vetuste le immobilizzazioni.

La peculiarità di questa modalità di calcolo deriva dalla tipicità delle situazioni patrimoniali iniziali delle aziende sanitarie, nel momento del trasferimento dei beni strumentali dai Comuni.

I valori aziendali sono riportati nella **tabella 9** e rappresentati nel **grafico 7**.

L'Ausl di Bologna si è sempre contraddistinta per la sua capacità di avere attrezzature all'avanguardia. Tale considerazione è resa evidente dall'indicatore che misura l'obsolescenza delle immobilizzazioni: poiché più elevato è l'indicatore minore è l'obsolescenza, si può ritenere che l'Azienda ha un patrimonio costituito da investimenti recenti.

In un'analisi più dettagliata e con serie storiche a confronto questo indicatore andrebbe letto insieme al precedente in quanto essi sono fortemente collegati. Infatti, più alta è la propensione dell'Azienda verso nuovi investimenti meno obsolete dovrebbero risultare le immobilizzazioni.

L'andamento dei tre esercizi evidenzia una sostanziale stabilità nel biennio 2004-2005 riferito alla nuova azienda. D'altronde la spinta iniziale degli investimenti, soprattutto strutturali, deve necessariamente rallentare nel corso degli anni, per garantirne il consolidamento. A conferma si ha anche l'indicatore precedente che evidenzia un grado di rinnovo via via meno veloce.

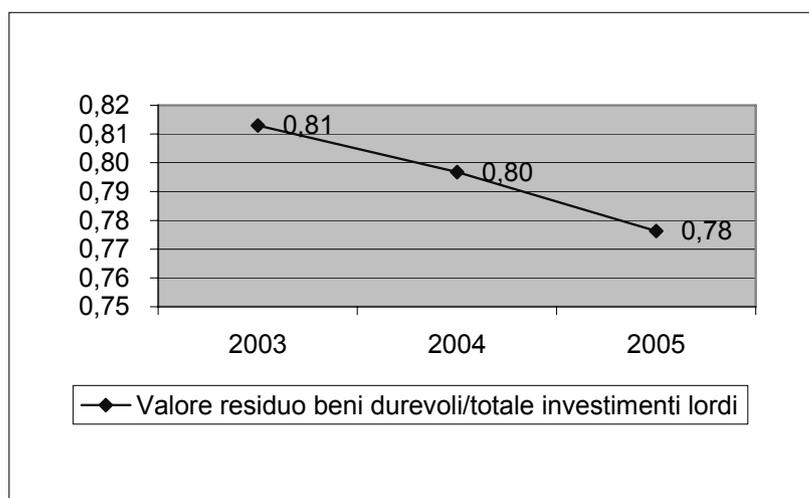
3. Conclusioni

La redazione dei bilanci di missione da parte di tutte le Aziende sanitarie territoriali dell'Emilia Romagna nel 2005 ha costituito una prima esperienza di «rendicontazione istituzionale» di un sistema sanitario regionale. L'iniziativa dovrà essere consolidata negli esercizi successivi e dovrà essere allargata anche alle Aziende ospedaliere, che si caratterizzano per un contesto peculiare rispetto alle Aziende territoriali e, per questo, parte degli argomenti affrontati dovranno essere adattati rispetto al progetto iniziale.

Per quanto riguarda l'attività all'interno dell'Ausl di Bologna (Azienda UsI di Bologna, 2006), l'organizzazione del lavoro di predisposizione e di redazione del documento non è stata semplice: come per ogni nuova attività, l'impegno profuso è stato considerevole per tutti i gruppi di lavoro che sono stati attivati, dedicati ad affrontare e approfondire uno specifico capitolo o tema, anche in un'esperienza di formazione-intervento, cercando di rendere semplici argomenti che non dovevano essere affrontati in modo esclusivamente tecnico, per consentirne la fruibilità da parte di tutti gli interlocutori. Sull'insieme è intervenuto il coordinamento del «gruppo di regia» che ha avuto il compito di armonizzare le varie sezioni del documento, scegliendo nuovi stili di rendicontazione e valutando anche la forma migliore per la presentazione.

Per il 2006 i lavori sono già iniziati da tempo, partendo da una revisione critica di quanto è stato realizzato nell'anno passato, valutando le nuove esigenze della Direzione nell'approfondimento degli argomenti.

Lo sforzo dell'organizzazione è ancora volto a perseguire l'integrazione tra gli strumenti di programmazione e quelli di rendicontazione e ad evitare, all'interno di questi



ultimi, sovrapposizioni, duplicazioni e conseguenti costi interni.

L'esperienza della redazione del primo bilancio di missione è stata certamente faticosa, ma produttiva: si è chiaramente percepito lo strumento come rendicontazione sociale proprio dell'Azienda. Alla luce di tali considerazioni e con la consapevolezza che si tratta di una esperienza «in divenire», si sono avviate le prime valutazioni sulla gestione aziendale nel quadro d'insieme delle complesse relazioni interne ed esterne, da cui ripartire per ulteriori approfondimenti.

Si sono evidenziate necessità di sviluppo di indicatori che indaghino caratteristiche ritenute di interesse per l'analisi interna all'azienda. Ad esempio, sulla valutazione del grado d'attrattività delle aziende sanitarie, si potranno verificare quali Drg risultino meno «attraenti» o quali siano i «punti di fuga» più frequenti, le abitudini e le percezioni dei pazienti.

Un ulteriore percorso di sviluppo nel quale l'Azienda si sta muovendo è legato agli approfondimenti ed ai confronti con le altre realtà sanitarie, utilizzando sempre come sfondo di lavoro il modello EFQM della qualità, per il quale nuovi piani di sviluppo sono previsti in tutta l'Azienda.

Sulla specifica sezione economico-finanziaria e patrimoniale, lo sforzo profuso è stato, in effetti, volto al raccordo con gli strumenti di programmazione e controllo esistenti, all'attenta selezione dei temi oggetto d'indagine, affinché fossero di completa-

Grafico 7
Grado di obsolescenza degli investimenti. Triennio 2003-2005

mento ed arricchimento al bilancio d'esercizio. Il valore aggiunto, considerata la natura di «rendicontazione sociale» del bilancio di missione è, proprio su sezioni prettamente tecniche, come quella economica, una trat-

tazione della materia comprensibile anche per i non addetti ai lavori, nella finalità ultima del bilancio di missione come mezzo di comunicazione sui risultati aziendali verso i principali *stakeholder*.

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

AGENZIA SANITARIA REGIONALE - REGIONE EMILIA-ROMAGNA (2005), *Il bilancio di missione per il governo della sanità della Regione Emilia-Romagna - Dossier 107/2005*.

AZIENDA USL DI BOLOGNA (2006), *Il bilancio di missione dell'azienda Usl di Bologna anno 2005*, Centro stampa interno.

BARDASI P., AMBANELLI M., CAVICCHI R., AUMILLER VANDAC D. (2006), «E ora tocca alla certificazione del bilancio», *Sole 24 ore Sanità*, 28 novembre-4 dicembre, pp. 22-23.

BATTAGLIA G., LEONI G. (2001), «L'analisi per quozienti di bilancio nelle aziende sanitarie pubbliche: il caso della Regione Piemonte», *Mecosan*, 36, pp. 101-14.

BATTAGLIA G., ZAVATTARO F. (1997), «L'introduzione della contabilità economico-patrimoniale: quali strumenti operativi per l'interpretazione dei valori economici», *Mecosan* 21, pp. 9-20.

ROSSI S., SCANABUCCI L. (1999), «La valutazione delle performance delle aziende sanitarie attraverso il bilancio», *Economia Pubblica*, vol. 29, fasc. 6.

TIEGHI M. (2000), *Il bilancio d'esercizio delle aziende sanitarie pubbliche: uno schema di analisi*, CLUEB, Bologna.

Bibliografia generale

ANESSI PESSINA E. (2004), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali nel 2001», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano, cap. 6.

ANESSI PESSINA E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Egea, Milano, cap. 7.

CINQUINI L., MIOLI VITALI P., NUTI S. (2002), *La dinamica economico-finanziaria delle aziende sanitarie toscane*, Franco Angeli, Milano.

Balanced scorecard in sanità: la realizzazione di mappe strategiche

P. BARICHELLO, F. IMPIUMI, A. ORLANDIN, M. PAIOLA, M. PICCININI

This case-study concerns the use of BSC (BSC) in Public Healthcare. BSC is a business strategy approach developed by R. Kaplan and D. Norton in 1992 which allows organizations to quantify intangible assets, such as people, patient satisfaction, clinical outcomes, know-how and enables through the «Strategy Map» to describe the links between tangible and intangible assets and value creation. The BSC architecture has been here tested in the Health and Social Agency of the Region of Veneto first identifying areas of weakness in Health and Social Service of Veneto that require indicator development (SWOT Analysis), then representing with the Strategy Map the links between strategic assets and how they create value and besides measuring interrelated – financial and clinical – performance indicators. BSC multi-dimensional approach could be a valid support in order to face the complex factors that influence public healthcare sector.*

* Applied as a case in point.

Note sugli autori

Paolo Barichello è consulente presso l'Ulss 5 di Asolo (TV)
Francesca Impiumi è dipendente dell'Azienda Ospedaliera di Padova
Andrea Orlandin, è dipendente dell'Ulss 19 di Adria (RO)
Monica Paiola è dipendente Azienda Ospedaliera di Padova
Michela Piccinini è dipendente Ulss 15 di Cittadella (PD)

Ringraziamenti

Si ringrazia Mauro Bonin dirigente dell'Area economico-finanziaria dell'Agenzia Regionale Veneta, per aver coordinato lo studio

1. Percorso logico

I recenti cambiamenti istituzionali, in particolare la riforma del Titolo V della Costituzione e la conseguente devoluzione di molte funzioni, anche in ambito sanitario, alle Regioni hanno imposto alle stesse di ripensare al governo di quello che si presenta come un sistema estremamente complesso; proprio in questa ottica ampia «di sistema» e per superare la tradizionale suddivisione delle competenze «per territorio» o «per enti» è nata nel 2001 l'Agenzia regionale socio sanitaria del Veneto (d'ora in avanti Arss). L'Arss si pone quindi, a livello macro, come organo di consulenza tecnico-scientifica della «Holding Regione» supportando la stessa nelle proprie decisioni e nei propri rapporti con quelli che sono gli strumenti operativi della sua azione a livello micro, in particolare le Unità locali socio-sanitarie (Ulss) e le Aziende ospedaliere (nel Veneto vi sono 21 Aziende sanitarie e 2 Aziende ospedaliere). Ma come far fronte a un'architettura tanto complessa? La risposta che l'Arss ha tentato di dare è stata quella di superare la complessità descrivendo le relazioni di causa-effetto che legano le varie dinamiche del sistema tramite lo strumento delle mappe strategiche, derivate dall'oramai nota, anche in Sanità, metodologia di gestione strategica della *balanced scorecard* (d'ora in avanti BSC). A questo risultato tuttavia l'Arss è arrivata solo dopo aver sintetizzato, attraverso un'analisi SWOT, quelle che sono le principali minacce-opportunità del sistema.

2. La BSC: fondamenti teorici

La BSC nasce all'inizio degli anni '90 dall'intuizione (Kaplan, Norton, 1992) che

SOMMARIO

1. Percorso logico
2. La BSC: fondamenti teorici
3. La BSC nella sanità
4. L'agenzia regionale per i servizi socio sanitari del Veneto
5. Il percorso logico per la definizione della mappa strategica
6. Analisi delle strategie
7. La mappa strategica
8. Conclusioni

le misure finanziarie, tradizionalmente considerate come i cardini nella valutazione delle performance delle imprese, non fossero più sufficienti se non addirittura fuorvianti per lo scopo predetto, sia perché esistono altri aspetti altrettanto importanti cui si deve prestare attenzione (si pensi allo sviluppo degli *asset* tangibili ed intangibili), sia perché le misure finanziarie rappresenterebbero degli indicatori *ex-post* (*lagging indicator*) di dinamiche che si sono già consolidate; mancherebbe loro, in altre parole, la capacità di anticipare i fenomeni tipica invece di tutta un'altra serie di indicatori «di tendenza» (*leading indicator*) che non appartengono alla sfera finanziaria della gestione. La BSC individua quindi tutta un'altra serie di dinamiche, oltre a quella finanziaria, determinanti per il successo di un'impresa, quali la prospettiva del cliente, la prospettiva dei processi interni e la prospettiva dell'apprendimento e della crescita (le KPA, *key performance area*). Si tratta in sostanza di un modo nuovo di guardare all'impresa partendo non dai risultati finali ma dai loro determinanti di base. La BSC trascende presto la natura di semplice sistema di selezione di indicatori e in alcuni contributi successivi dei propri ideatori (Kaplan, Norton, 1993, 1996, 2001, 2004) e di altri autori¹ si evolve verso quella che è la sua vera portata innovativa: la BSC è uno strumento di esplicitazione e di presidio della strategia. Il passaggio avviene principalmente attraverso la rappresentazione grafica dei legami esistenti fra gli obiettivi strategici di un'impresa posizionati all'interno delle 4 prospettive, in una serie di rapporti che legano ciascun obiettivo di ciascuna prospettiva a quelli che sono gli obiettivi finali della prospettiva economico-finanziaria e, in ultima analisi, agli indicatori scelti per monitorarli (KPI, *key performance indicator*). Il diagramma che mostra tutti questi legami viene comunemente chiamato mappa strategica (*strategy map*); la *strategy map* fornisce la rappresentazione grafica e quindi immediatamente comprensibile della strategia complessiva dell'impresa. La strategia è per sua natura un'ipotesi: la BSC consente di esplicitare quest'ipotesi attraverso una serie di relazioni causali immediatamente comprensibili e di indicatori misurabili. La riflessione strategica, attraverso la sua descrizione, innesca processi di verifica delle ipotesi di partenza

e di apprendimento che costituiscono il vero valore aggiunto della metodologia: se è vero ciò che alcuni studi affermano (Ernst, Young, 1998), e cioè che meno del 10% delle strategie viene effettivamente implementato, il problema delle organizzazioni non è tanto quello di trovarsi di fronte a strategie sbagliate (che pure esistono) ma di mettere in pratica quanto strategicamente programmato.

3. La BSC nella sanità

Anche il settore della sanità ha sperimentato e continua a sperimentare il modello di Kaplan e Norton; i motivi che inducono ad avvicinarsi alla BSC sono, in prima battuta, prevalentemente riconducibili ad esigenze di tipo organizzativo principalmente legate alla necessità di superare una visione monolitica delle performance e di trovare uno strumento in grado di funzionare da *framework* per la formulazione, realizzazione e condivisione delle strategie aziendali.

Sulla diffusione e sulle prospettive di sviluppo della BSC nella sanità italiana il Cerismas (Centro ricerche e studi in management sanitario) ha effettuato un progetto di ricerca dal titolo «Il BSC in sanità: diffusione e prospettive di sviluppo»², in collaborazione con Sas Institute, che si è sviluppato, da una parte, attraverso una *survey* a livello nazionale con l'erogazione di un questionario su un campione di 348 aziende e, dall'altra, attraverso l'analisi delle più significative esperienze nazionali e internazionali. Da questo studio è emerso un certo ritardo della sanità italiana in termini di conoscenza della BSC rispetto ad altre realtà (il 30% delle aziende dichiara di non conoscere la BSC, contro il 20% del Canada), vista spesso come uno strumento utile soprattutto per superare visioni monodimensionali delle performance. Questo *gap* di conoscenza è probabilmente attribuibile alla mancanza di pressioni concorrenziali esterne. D'altro canto un numero rilevante di aziende (20%) ha cominciato a cogliere il potenziale della BSC ai fini dell'allineamento dei comportamenti dei diversi attori alla strategia aziendale. Positiva si presenta, invece, la diffusione della BSC: un numero significativo di aziende afferma di aver adottato o di aver intenzione di adottare la BSC. Quanto alle esperienze analizzate,

molte si trovano nelle fasi «preliminari» di implementazione, ma non mancano casi in cui la BSC è in fase più avanzata; gli esempi più conosciuti di strutture sanitarie italiane che hanno applicato la BSC sono l'Ausl Bologna Nord (De Pasqual, 2004; Baraldi, 2005), l'Istituto europeo di oncologia di Milano (Michielini, 2004), l'Ospedale Principe di Genova, l'Ass n. 2 Isontina (Spazzapan, Pilati, Mariotto, 2003; Baraldi, 2005), l'Asl Napoli 3 (Cuccurullo, Tommasetti (2004), l'Asl di Ivrea (Cassada, Del Giudice, 2005), l'Azienda ospedaliera San Carlo Borromeo di Milano, le Aziende sanitarie toscane (Baraldi, 2005), l'Ente ospedaliero cantonale della Svizzera Italiana (Baraldi, 2005), l'azienda Ospedaliera ospedale di Busto Arsizio (Baraldi, 2005), l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma (Baraldi, 2005), l'Ospedale Maggiore «La Carità di Novara», l'Asl di Pavia (Ferrari, Merlini, 2006). Lo strumento si è affermato in alcuni casi anche a livello sovraziendale (si cita il caso della Provincia Autonoma di Trento e Bolzano che lo sta utilizzando per gestire la sanità nel proprio territorio specialmente con riguardo ai rapporti fra la provincia e le singole realtà sanitarie). Anche sulla scena internazionale vi sono diversi esempi di BSC applicata con successo al settore *health-care*. Il caso più famoso è forse quello del Duke Children's Hospital (Carolina del Nord); l'ospedale, a metà degli anni Novanta, viveva un momento difficile, poiché era in perdita, il personale era scarsamente soddisfatto e alcune iniziative avviate per ottenere un processo di miglioramento dei risultati non avevano sortito alcun effetto. L'introduzione della BSC al fine di allineare il personale clinico, accademico e amministrativo alla nuova strategia elaborata dalla direzione aziendale consentì di ottenere una riduzione del 25% dei costi unitari e della durata di degenza, nonché un livello di soddisfazione nettamente più alto sia da parte dei pazienti che dei medici.

L'interesse per la BSC nella sanità italiana è testimoniato anche dalla letteratura che ha cercato di adattare i concetti espressi da Kaplan e Norton a questa specifica realtà. In particolare in un loro recente studio i proff. Eugenio Vignati e Paolo Bruno (Vignati, Bruno, 2004), si sono chiesti a quale livello dell'organizzazione andrebbe applicato tale strumento. La loro risposta è che una BSC

che veda al proprio interno dipartimenti anche molto diversi fra loro (area medica, area chirurgica, area dei servizi diagnostici) può prevedere da una parte una struttura comune di livello aziendale (quella che Kaplan e Norton chiamano BSC a livello *corporate*), fondamento unico per tutta l'organizzazione in cui sono concentrati i temi e le visioni comuni, e dall'altra più BSC quanti sono i dipartimenti, che divengono quindi le unità strategiche di riferimento. A loro volta le BSC create *ad hoc* per i dipartimenti divengono la base per altre BSC simili delle strutture organizzative presenti all'interno del dipartimento (meccanismo a cascata).

In un sistema a elevata complessità come quello sanitario l'esigenza di poter rappresentare scenari futuri, valutando l'impatto dei cambiamenti su dinamiche fra loro strettamente collegate, è come detto il valore aggiunto più prezioso della BSC; certo, come rilevato anche in letteratura (Baraldi, 2005), gli obiettivi «ambiziosi» che lo strumento si propone richiedono alcuni pre-requisiti forti quali la coesione del management, una cultura aziendale «radicata» e un sistema informativo robusto. Ma alla fine il potenziale dello strumento risiede nella possibilità di presidiare i molteplici aspetti su cui un'azienda sanitaria è chiamata a far bene (dalla qualità all'accessibilità delle cure, dall'utilizzo efficiente delle risorse alla necessità di usufruire sempre delle tecnologie di cura più avanzate, ecc). La BSC tende a sviluppare, in tutti i professionisti coinvolti, la consapevolezza che la performance clinica non può rimanere sganciata dai processi gestionali, bensì deve essere opportunamente valorizzata in sede di definizione degli obiettivi da raggiungere (*goal setting*), allocazione delle risorse disponibili (*budgeting*), valutazione dei risultati raggiunti (*reporting*), assegnazione degli incentivi.

4. L'Agenzia regionale per i servizi socio sanitari del Veneto

Tutte le organizzazioni complesse tendono a sviluppare la costruzione di strutture e sistemi organizzativi cui affidare i compiti connessi al proprio supporto tecnico-scientifico. Le organizzazioni sanitarie, pur nella loro specificità, rientrano in questa tipologia comune ad altre pubbliche amministrazioni.

La finalità costante rimane il miglioramento dello stato di salute della popolazione, che si cerca di ottenere mediante l'erogazione di servizi sanitari di qualità, intesa nel suo significato più ampio.

Un chiaro segnale che procede in questa direzione è rappresentato, per il Sistema socio-sanitario veneto, dall'istituzione nel 2001 dell'Agenzia per i servizi socio-sanitari regionali (Arss).

Il cambiamento dell'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale ha imposto alle Regioni di dotarsi di strumenti che consentano di svolgere il proprio ruolo innovativo in relazione ad aspetti molteplici: maggiore responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi sanitari espressi dai livelli di assistenza e nell'utilizzo delle risorse; un diverso approccio, in fase di pianificazione, rispetto al passato soprattutto in termini di maggiore enfasi sugli obiettivi/risultati e di maggiore coinvolgimento delle strutture; un miglior controllo, preciso e tempestivo, sull'andamento della gestione delle aziende e sulla qualità delle prestazioni erogate, l'integrazione e l'armonizzazione delle attività delle singole aziende e, quindi, il massimo coordinamento realizzabile tra le stesse.

La costituzione dell'Arss concorre in misura rilevante al soddisfacimento di tali esigenze innovative dell'attività regionale nel settore della sanità, sottolineandone la natura di organismo eminentemente tecnico di supporto. Attraverso la propria attività, infatti, essa si propone non solo di fornire informazioni e strumenti a supporto della programmazione regionale, dei processi decisionali e di rinnovamento organizzativo di livello sia regionale che locale, dell'attività professionale degli operatori sanitari, ma anche e soprattutto di promuovere il continuo miglioramento della salute e della qualità degli interventi di prevenzione e dell'assistenza sanitaria per i cittadini della Regione.

L'Arss identifica nell'intera popolazione della Regione il destinatario finale della propria attività e nella riduzione delle disuguaglianze di salute il principio ideale e ispiratore del proprio lavoro, *fornisce analisi, proposte, valutazioni* che hanno come oggetto lo stato di salute dei cittadini e la qualità degli interventi e dei servizi sanitari e attraverso la propria attività si propone di fornire *informazioni e strumenti a supporto della program-*

mazione regionale, dei processi decisionali e di rinnovamento organizzativo di livello sia regionale che locale e dell'attività professionale degli operatori sanitari, promuovendo il continuo miglioramento della salute e della qualità degli interventi di prevenzione e dell'assistenza sanitaria per i cittadini della Regione.

La *mission* pertanto può essere così sintetizzata: *«l'Arss analizza le problematiche del sistema nei suoi elementi principali, approfondisce metodi e strumenti, anche attraverso modelli sperimentali, di intervento sulle attività socio sanitarie del Veneto al fine di promuovere il miglioramento continuo della qualità, in tutte le sue dimensioni (tecnico-professionale, percepita, organizzativa) e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse. Il know-how dell'Arss rappresenta il supporto qualificante per la diffusione della conoscenza a tutti i livelli del sistema».*

Le funzioni dell'Agenzia si possono articolare principalmente su due «macro aree», una riguardante «Accreditamento e Qualità» e una di natura più squisitamente economica e finanziaria, all'interno di ciascuna area sono previsti servizi ed uffici.

L'accreditamento è uno degli strumenti privilegiati individuati dalla normativa (contenuta nel decreto legislativo 502 del 199 e nelle sue successive modifiche, nonché dai piani sanitari nazionali succedutisi nel tempo) per promuovere l'efficacia e l'appropriatezza nella pratica clinica e nelle scelte organizzative, ed assicurare la qualità dell'assistenza (la Regione Veneto in questo ambito ha emanato la legge n. 22 del 2002 sull'accreditamento).

La seconda macro area di attività dell'Agenzia, quella economico-finanziaria per i servizi sanitari del Veneto, è quella che attiene sia alle attività economiche e patrimoniali interne all'Agenzia, sia alla predisposizione di metodiche di *budget* e controllo di gestione delle aziende sanitarie nonché all'attività di supporto tecnico-gestionale alle aziende stesse attraverso forme gestionali innovative e supporto ai progetti di informatizzazione delle stesse.

L'Agenzia intrattiene una serie fittissima di relazioni sia con soggetti istituzionali (relazioni interne) sia con gli altri attori del sistema sanitario (relazioni esterne). Per le relazioni interne in particolare occorre sot-

tolineare che si tratta di rapporti strettissimi, data la natura strumentale dell'Agenda stessa nei confronti della Regione ed i suoi organi. Naturalmente i soggetti istituzionali maggiormente coinvolti, oltre al Presidente della Giunta, per ovvi motivi di «contiguità» sono l'Assessorato alle politiche sanitarie e l'Assessorato alle politiche sociali nonché la quinta commissione del Consiglio regionale (figura 1).

5. Il percorso logico per la definizione della mappa strategica

Si è detto in precedenza che, sebbene in stadi di realizzazione differenti, sono ormai numerosi, nel panorama sanitario italiano, i tentativi di applicazione della BSC alle aziende sanitarie; nel caso proposto l'elemento di novità e di ulteriore complessità risiede nel fatto che esplicitare le strategie dell'Arss, proprio per la sua posizione in funzione di consulenza e supporto del complessivo Sistema socio-sanitario regionale (Sssr), significa esplicitare anche buona parte delle strategie della Regione, in ambito sanitario, ad un livello macro. Per superare questa difficoltà di impostazione si è partiti da un esame del sistema socio sanitario regionale attraverso lo strumento dell'analisi SWOT. La SWOT analisi (acronimo di *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) rappresenta uno studio dei fattori esogeni prevalentemente legati a dinamiche ambientali, sociali, cul-

turali e politiche che incidono sul Sssr e, a caduta, sulle aziende sanitarie ed evidenzia soprattutto quali sono i punti di debolezza del Sistema non direttamente controllabili allo stato attuale dagli attori, ma governabili, almeno in parte, se conosciuti, studiati e affrontati. L'analisi SWOT in definitiva consente di mettere in luce le aree critiche di intervento del Sssr sia a livello organizzativo (strutture deputate all'erogazione dei servizi, processi da implementare ad esempio in ottica trasversale tra le varie aziende sanitarie) che a livello economico-finanziario e, ancora, a livello di performance qualitativa più generalmente intesa.

Questa riflessione «globale» ha permesso, grazie alla collaborazione dei dirigenti dell'Arss, di individuare le attività funzionali al raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Agenda. Una volta individuate criticità ed aree di intervento l'attenzione si è spostata sull'attività propria dell'Arss stessa e sono stati esplicitati i rapporti causa-effetto (*Strategy Map*) tra gli obiettivi che il servizio regionale deve raggiungere e le azioni che con il *know-how* dell'Agenda il Sssr deve promuovere per essere «vincente» nelle aree che l'analisi SWOT ha rilevato come critiche.

L'analisi effettuata si riferisce quindi alle due macro-aree di interesse del Sssr e dell'Arss in particolare, in ordine alle quali verrà applicata la *SWOT analysis*. Nella prima area di indagine, di tipo economico, vengono analizzate le dinamiche che più direttamente

Relazioni verso l'interno		<p>Riferimenti istituzionali</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Presidente della Giunta regionale ● Giunta regionale (assessori sanità e sociale) ● Consiglio regionale (V Commissione) ● Direzioni regionali dell'Assessorato alla salute
Relazioni verso l'esterno		<ul style="list-style-type: none"> ● con le Segreterie della Regione per la definizione delle linee di azione e di modelli d'intervento ● con le Aziende Ulss e ospedaliere per attingere ai dati e per lo sviluppo di nuovi modelli ● con l'Agenda socio sanitaria nazionale ● con tutte le strutture pubbliche e private che operano nel settore

Figura 1
Il sistema delle relazioni

impattano sulla situazione economico-finanziaria dell'intero sistema, mentre nella seconda viene affrontato il fondamentale tema della qualità nelle sue diverse accezioni ed evidenziate le carenze di carattere strutturale-organizzativo del Ssr.

Anche dal punto di vista grafico ed espositivo, l'analisi, pur essendo unitaria, si presenta suddivisa in due parti, una per l'area economico-finanziaria e una per l'area qualità, che sono rappresentate in due distinte «mappe» di criticità. Si evidenzia che, essendo tali aree interdipendenti, alcuni fattori di criticità e debolezza sono presenti in entrambe.

5.1. Analisi SWOT: equilibrio economico-finanziario

Le dinamiche che maggiormente pesano sull'equilibrio economico e finanziario del sistema, oggetto dell'analisi SWOT, sono rappresentate principalmente dall'attuale assetto normativo del Sssr, dal progressivo invecchiamento della popolazione, dalla continua evoluzione della medicina, dall'innovazione tecnologica e dall'andamento dei costi del personale.

Per quanto riguarda l'assetto normativo, l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha realizzato il trasferimento delle competenze in materia sanitaria alle Regioni fissando i contorni di un Patto di stabilità tra lo Stato e le Regioni in materia sanitaria che ha già determinato una procedura di infrazione per sei Regioni che non sono state in grado di rispettare i vincoli concordati nell'anno 2005. Tale procedura ha comportato un affiancamento del Ministero dell'economia e delle finanze nella gestione socio-sanitaria di queste Regioni ed un aumento delle aliquote della tassazione regionale per rientrare nei limiti concordati in un arco temporale definito. La bozza del nuovo Patto di stabilità concordata nel giugno 2006, pur rimandando ad una nuova definizione dei Livelli essenziali di assistenza, ed in generale all'identificazione dei bisogni di «salute» della popolazione cui il Sistema sanitario nazionale deve trovare soluzione, mantiene i criteri economici di controllo del governo della spesa delle Regioni e del complesso dei rapporti tra queste ed i diversi soggetti istituzionali di controllo. Stanti le difficoltà economiche manifestate dal governo a livello nazionale, il finanzia-

mento locale da integrativo sta diventando in realtà un finanziamento strutturale del Sistema sanitario nazionale, modificando in tal modo il sistema di finanziamento dei livelli di assistenza, che da anni è teoricamente affidato solo alla fiscalità generale. La Regione del Veneto è in prima fila tra quelle che denunciano la necessità di attivare specifici processi perché il sistema regga in termini strutturali e procedurali e di intervenire nel triennio 2007-2009 con una adeguata e certa disponibilità di risorse. Nello specifico il risultato d'esercizio della Regione Veneto dell'anno 2005, aggiornato al quarto trimestre 2005, ha evidenziato un disavanzo di circa 56,7 milioni di euro, calcolato con le regole poste dal Tavolo di monitoraggio istituito presso il Ministero dell'economia ai sensi della legge 405/2001, e aggiornato con gli accantonamenti previsti dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248.

La crescente tensione finanziaria del sistema è testimoniata dal dato sulla dilazione media di pagamento ai fornitori da parte delle aziende: 136 gg. il valore medio effettivo regionale contro i 90 gg. di valore teorico legale; il dato è estremamente disomogeneo nel territorio regionale, si va, infatti, da un minimo di 27 gg. ad un massimo di 453 gg. Tutti questi dati sono estratti dai bilanci ufficiali consuntivi 2003.

Per quanto riguarda il progressivo invecchiamento della popolazione, occorre dire che per l'Italia, Paese anziano per eccellenza, esso rappresenta una «minaccia» molto seria. Non ci sono molti dati certi sulle malattie degli anziani, i loro consumi sanitari e la relativa spesa dato che manca ancora una rilevazione sistematica dei dati sull'utenza dei servizi sanitari per fascia d'età e sesso e sui costi delle prestazioni erogate per tipologia di utenza; secondo le stime dell'Assr gli *over 65*, che rappresentano il 19% della popolazione italiana, «consumano» il 42% delle risorse sanitarie pubbliche (una crescita continua se si pensa che nel 2000 il numero di ultrasessantacinquenni era il 17.44% della popolazione)³. Si calcola che la spesa sanitaria procapite aumenti fortemente dopo i 65 anni e ancor più dopo gli 80. Correlato al fenomeno dell'invecchiamento si pone il problema difficilmente governabile della spesa farmaceutica, quale voce di costo che incide pesantemente nei bilanci regionali. Oltre

all'aspetto economico, bisogna constatare il gravissimo *gap* di strutture dedicate alla terza età, con ancora limitata possibilità di assistenza domiciliare rispetto alla reale esigenza. Per far fronte a ciò è in atto un'evoluzione del quadro normativo nazionale e regionale che spinge verso il ridimensionamento della rete ospedaliera con il contestuale potenziamento dell'assistenza distrettuale, che presenta le caratteristiche più adeguate per fronteggiare il cambiamento demografico in atto; tale potenziamento è però solo parzialmente compiuto come denota la scarsa integrazione con il territorio che spesso si riscontra. Inoltre, l'assetto organizzativo e strutturale dell'assistenza ospedaliera e territoriale che attualmente caratterizza il nostro Servizio sanitario regionale determina rilevanti disconomie dovute alla duplicazione delle strutture e dei fattori produttivi impiegati (personale, beni di consumo, attrezzature).

Fra le dinamiche esogene prese in considerazione c'è certamente l'evoluzione della scienza e della pratica medica: le continue scoperte, sia nella diagnostica che nella terapia, hanno determinato nel corso dei decenni un consistente aumento della speranza di vita; il cittadino si sente al centro del sistema e considera la salute come un diritto irrinunciabile che deve essergli garantito, ma con il rischio di ricorrere inappropriatamente ai servizi sanitari. Una forbice tra bisogni (reali o percepiti tali) e risorse disponibili che si allarga sempre di più. L'erogazione indiscriminata di prestazioni sanitarie a chiunque (o quasi) ne faccia richiesta ha favorito meccanismi distorti nell'accesso ai servizi e nell'appropriatezza delle cure stesse, con un fortissimo impatto in termini economico-finanziari.

Altro fenomeno a forte impatto economico è la dinamica tecnologica, infatti la crescente innovazione e la continua introduzione di nuove tecnologie, soprattutto in campo sanitario, richiede di dotarsi di strumenti per misurare la validità e la sicurezza delle tecnologie, che comprendono non solo presidi, dispositivi e attrezzature mediche ma anche farmaci e sistemi di supporto. Al fine di governare l'introduzione delle tecnologie viene introdotto l'*Health Technology Assessment* (HTA) ovvero un processo di valutazione globale e multidisciplinare delle tecnologie utilizzate per l'assistenza sanitaria che pro-

muove la realizzazione e la condivisione di linee guida a livello regionale, nazionale ed europeo, implementando le partecipazioni a progetti nazionali ed europei. La ricerca (di tipo biomedico, sanitario finalizzato, sanitario applicato o sanitario organizzativo) in tale contesto, è vista come un modo per aumentare la conoscenza e la capacità operativa del sistema e la sua efficacia in termini di miglioramento di salute della popolazione.

Infine, si è valutato l'impatto dell'evoluzione dei costi del personale dato che a livello regionale questi ultimi rappresentano circa il 70% dei costi complessivi. Le politiche di contenimento adottate a livello nazionale e attuate, talora in maniera ancora più stringente, dalle singole Regioni, si dimostrano inefficaci e facilmente aggirabili (Colozzi, 2005). La composizione del personale del comparto della sanità evidenzia un numero considerevole di dipendenti con elevata professionalità. Infatti, il personale dirigenziale rappresenta il 18.5% del totale, mentre nell'area del comparto, e cioè del personale non dirigente, la gran parte dei dipendenti è collocato nella categoria D e cioè al vertice del sistema classificatorio (articolato nelle quattro categorie A, B, C e D).

Il grafico della **figura 2** è a 3 livelli: a livello più basso ci sono le dinamiche di contesto e ambientali appena descritte, a livello intermedio ci sono le debolezze che il sistema soffre in considerazione di queste dinamiche e a livello superiore c'è l'effetto finale e cioè il loro impatto sugli *stakeholder*, quindi su tutti i detentori di interessi nei confronti del sistema sanitario complessivamente inteso. Questa analisi a 3 livelli verrà ripresa come si vedrà anche nell'esplicitazione grafica delle strategie dell'Arss (mappa strategica) dato che solo dall'individuazione delle criticità del sistema possono nascere delle strategie coerenti ed efficaci.

5.2. Analisi SWOT: qualità percepita, qualità professionale e organizzativa

La qualità è una variabile multidimensionale in costante evoluzione; i costituenti della qualità in sanità sono la qualità tecnica dell'atto professionale, la qualità percepita da parte dei beneficiari, il processo gestionale o qualità organizzativa.

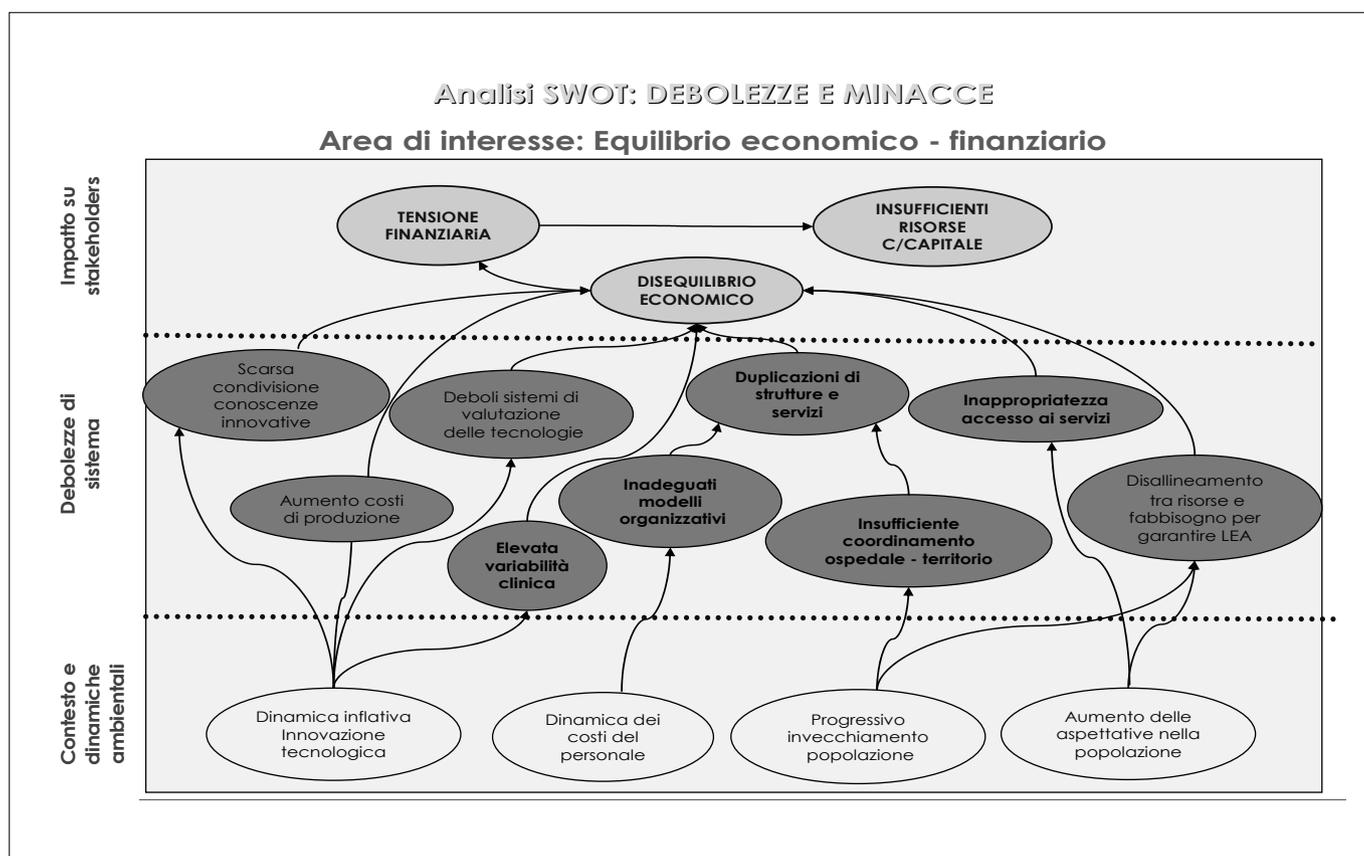


Figura 2
Analisi SWOT area
economico-finanziaria

I servizi sanitari appartengono alla classe dei servizi alla persona che comprendono tutte quelle prestazioni di rilevante interesse sociale nelle quali il risultato principale del processo produttivo non è un prodotto (*output*) esterno rispetto alla persona alla quale il servizio viene fornito, ma si identifica con gli effetti che le stesse producono sul cittadino-utente.

Il cittadino, l'utente, il cliente posto al centro del Sistema salute e debitamente informato, diviene egli stesso autore delle scelte strategiche nel percorso di diagnosi e cura. Tale concetto supera il modello tradizionale, paternalistico, asimmetrico, che vedeva l'ammalato-paziente in posizione di debolezza, vulnerabilità, e pertanto di delega al medico a scegliere, in quanto detentore del sapere e quale buon padre che vuole il bene dei suoi figli, a decidere appunto per lui, in virtù del rapporto fiduciario. Il medico dovrà accettare (questo è un elemento cruciale per una relazione non fittizia) la condivisione del

processo decisionale e, da ultimo, il diritto esclusivo del paziente a scegliere i metodi diagnostici e terapeutici cui affidarsi (Tramarin *et al.*, 2005).

Il cittadino deve essere al centro di un processo di *empowerment*, per identificare i *gap* tra bisogni/attese e percezioni della qualità del servizio ricevuto, al fine di intraprendere eventuali azioni correttive. La messa a punto di sistemi di ascolto della voce del cittadino/utente s'inserisce in un più ampio disegno di governo dell'attività clinica la cui finalità è quella, attraverso un costante monitoraggio della qualità delle prestazioni, valutata dal punto di vista dei maggiori *stakeholder*, di implementare un meccanismo di regolazione e controllo che garantisca il mantenimento degli standard qualitativi prestabiliti, non solo, che evolva in un sistema più dinamico di miglioramento continuo della qualità. Tutte queste dinamiche determinano un aumento delle aspettative della popolazione ed un au-

mento della domanda (anche impropria) di servizi sanitari.

Per quanto riguarda la qualità professionale ed organizzativa, la criticità rilevata è che è difficile orientare i processi al miglioramento continuo della qualità: fino a poco tempo fa era pratica comune che la definizione e la valutazione della qualità fosse lasciata alla tecnologia, ai professionisti ed agli economisti mentre ora, in un contesto più evoluto dei sistemi sanitari, essa è sempre più dominio dei pazienti e di un mercato competitivo che paragona le prestazioni di realtà aziendali diverse. La crescita della tecnologia e dell'informazione, la richiesta di trasparenza e di affidabilità pubblica ed i limiti delle risorse umane e finanziarie obbligano ogni soggetto a descrivere e riformare il proprio sistema sulla base di standard riconosciuti a livello internazionale di struttura, processo, prestazione e risultati.

Una criticità importante, nell'ambito della qualità percepita, è la limitata accessibilità delle prestazioni. Vi è la necessità di rilevare le differenze riscontrate dai cittadini tra le prestazioni erogate ed i loro bisogni impliciti, espliciti e latenti: differenze che determinano infine il loro grado di soddisfazione. L'aumento delle aspettative di accesso ai servizi si scontra con il problema delle lunghe liste d'attesa, che periodicamente trova spazio nella stampa specializzata e non, specie per la diagnostica strumentale e per la chirurgia ortopedica ed oculistica, che costringe numerose famiglie a richiedere le prestazioni della sanità privata e che determina la percezione che vi sia una sanità di serie A e una sanità di serie B.

Per quello che riguarda la dimensione della qualità organizzativo-professionale, una criticità del sistema risiede sicuramente nell'elevata obsolescenza tecnologica e strutturale; il panorama della sanità pubblica italiana è caratterizzato da bassi livelli di investimenti in strutture e attrezzature. L'obsolescenza tecnologica e strutturale è un dato di fatto di molte realtà ospedaliere del Servizio sanitario nazionale e regionale. Non di rado si riscontrano modelli strutturali non conformi agli standard ma anche una distribuzione logistica degli edifici mal pensata che, impattando sull'organizzazione dei servizi stessi, comporta inutili duplicazioni di attività e diseconomie nell'uso delle risorse, con un

utilizzo parziale/non esaustivo delle strutture stesse (capacità produttiva non saturata). Il che rende impossibile il ristoro dei costi fissi, praticamente incompressibili.

Come già evidenziato trattando della dinamica tecnologica, sono necessarie spinte verso un ridisegno e una razionalizzazione delle modalità di erogazione dell'assistenza socio-sanitaria veneta e più generalmente italiana. L'innovazione strutturale e tecnologica deve avere concrete possibilità di finalizzazione cioè di traduzione operativa in attività che generino risultati utili per l'azienda coerenti con le finalità istituzionali e favorevoli al consolidamento e accrescimento dei vantaggi competitivi dell'organizzazione. Infatti, l'elevata capacità di sviluppo del patrimonio tecnico-scientifico non corrisponde necessariamente ad una elevata capacità innovativa. Quando l'azienda non riesce a finalizzare il patrimonio tecnico scientifico che accumula, il rischio è che tale patrimonio diventi obsoleto prima ancora di essere sfruttato o che venga portato in altre aziende dove i professionisti cercano le condizioni per far fruttare la propria spinta all'innovazione.

Anche in questo caso (**figura 3**) la rappresentazione grafica dell'analisi SWOT per l'area qualità è fatta su 3 livelli, in maniera del tutto analoga all'area economico-finanziaria.

6. Analisi delle strategie

L'Agenzia, al fine di contribuire con il proprio operato al raggiungimento dei risultati attesi dalla programmazione, opera in stretto contatto con le Direzioni regionali e con gli altri attori del sistema; coerentemente con la propria missione, l'Arss promuove la diffusione di conoscenza e cultura orientati alla ricerca della qualità del Ssr, individuando modalità e strumenti operativi idonei. Il sistema nel suo complesso diviene in definitiva una grande *holding*, che per essere efficiente deve avere un disegno complessivo unitario degli obiettivi da perseguire (disegno che compete agli organi di vertice dell'amministrazione regionale) ma risorse e competenze ben divise fra tutti gli attori del sistema. In questo contesto il ruolo dell'Arss, con riferimento agli altri attori coinvolti, si caratterizza per essere il soggetto che definisce le conoscenze (*know-how*) necessarie per il governo e il

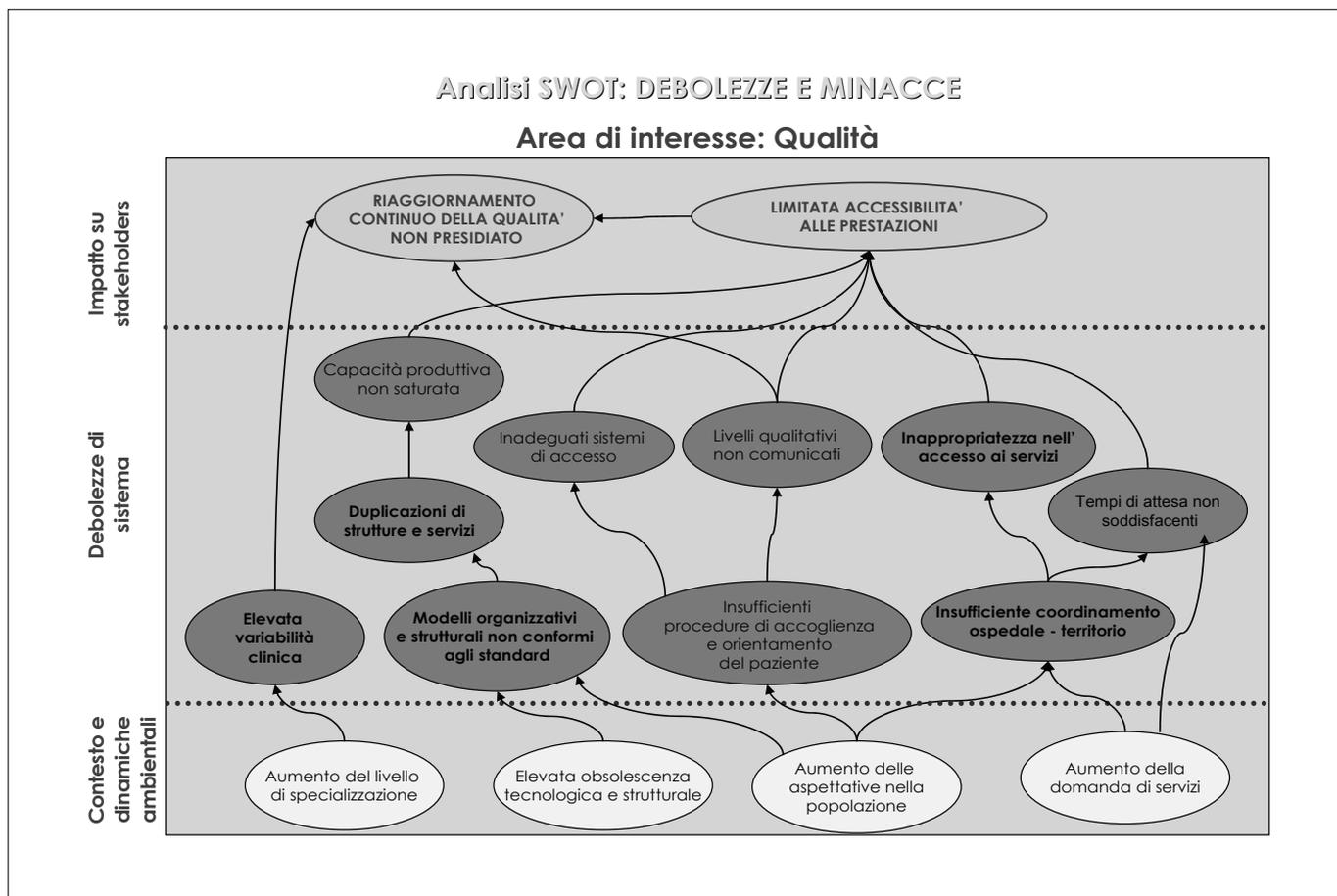


Figura 3
Analisi SWOT area qualità

miglioramento del Sistema socio-sanitario veneto. L'utilizzo della BSC si inserisce in questo ambito ed ha la valenza fondamentale di «allineare l'organizzazione alla strategia», cioè di fare in modo che i risultati ottenuti dal sistema nel suo complesso non siano semplicemente la somma dei risultati ottenuti dalle singole parti, «ma, di fatto, siano la conseguenza dell'agire armonico di un organismo unico» (Kaplan, 2004). L'impostazione evidenziata dalla **figura 4** è alquanto atipica, nel senso che le diverse Direzioni sanitarie regionali perdono la loro tradizionale qualifica di «vertice» del sistema divenendo unità di supporto alle linee produttive vere e proprie rappresentate dalle aziende sanitarie.

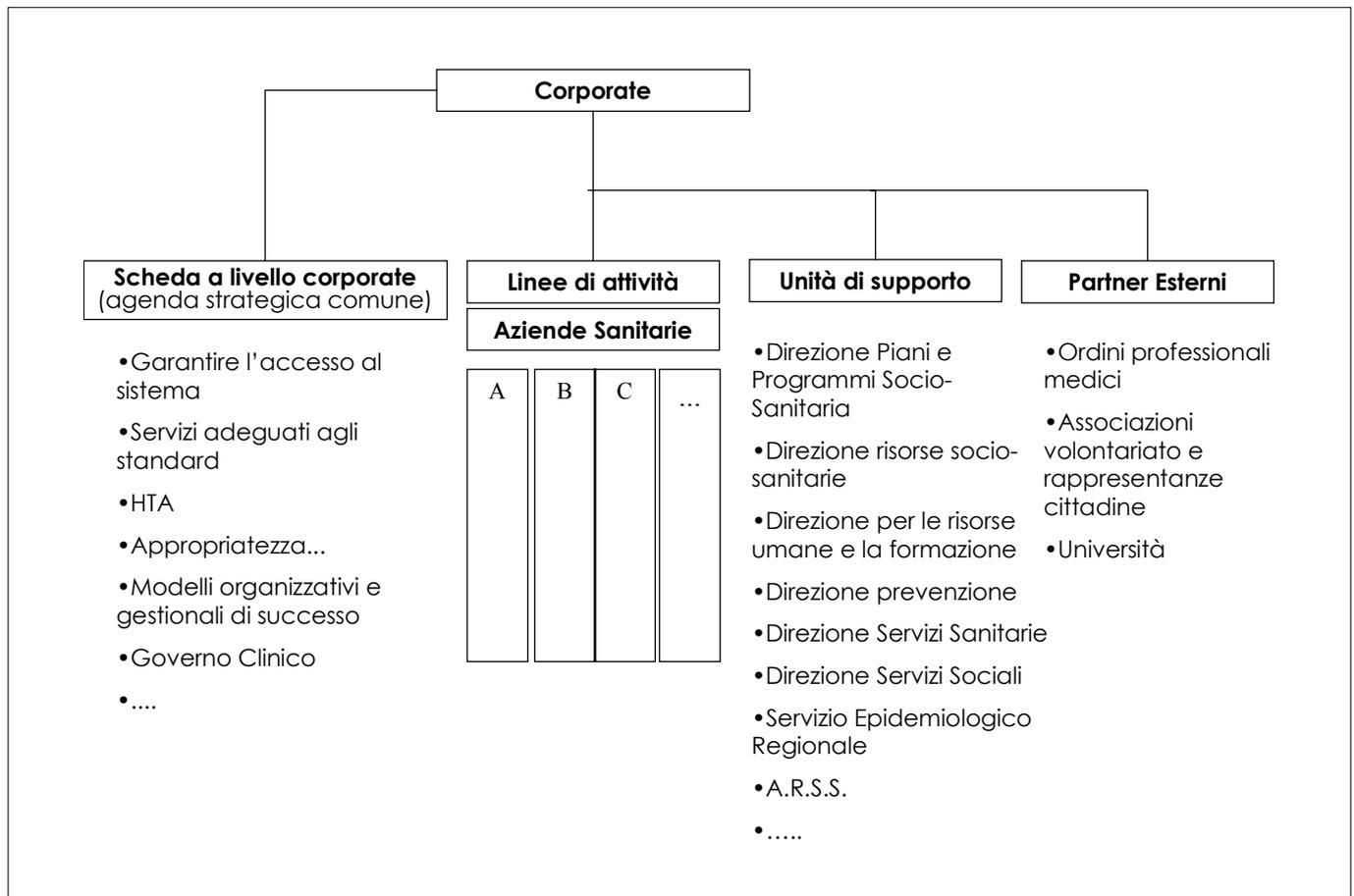
6.1. Area strategica: Equilibrio economico del sistema

In questi ultimi anni si è continuato a ricercare il migliore equilibrio possibile tra

l'entità delle risorse disponibili, l'accessibilità ai servizi ed alle prestazioni e la qualità degli stessi; lo sforzo richiesto è quello di una razionalizzazione del sistema produttivo cercando di mantenere un elevato livello di assistenza senza aggravio di costi. Lo stesso Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 prevede la costante verifica, in sede di preventivo e di consuntivo, dell'equilibrio economico e finanziario.

Il governo della domanda può essere avviato con la definizione delle modalità di accesso alle prestazioni, mediante utilizzo di strumenti di governo clinico, fino ad arrivare alla segmentazione della domanda per livelli di urgenza secondo le classi di priorità.

La gestione clinica, soprattutto delle patologie più gravi, richiede molte volte un approccio multidisciplinare con l'esigenza di definire dei percorsi assistenziali standard e conseguentemente degli approcci organizzativi capaci di rispondere alle mutate



esigenze. In ambito ospedaliero si è passati, per esempio, dalle divisioni ai dipartimenti introducendo così logiche di gestione per processo. I cambiamenti in atto non possono prescindere da una formazione adeguata che stimoli il passaggio culturale necessario. La formazione del personale che opera nel mondo della sanità costituisce una strategia essenziale per raggiungere elevati standard di qualità, nell'accezione più ampia del termine, ed è sicuramente elemento base della modificazione dei comportamenti.

La definizione e implementazione di linee guida, definite come raccomandazioni di comportamento elaborate in modo sistematico e finalizzate ad indirizzare le decisioni verso scelte appropriate, appaiono oggi strumenti molto importanti al fine di garantire un migliore utilizzo delle risorse. Attraverso questo strumento si tende ad assicurare l'appropriatezza degli interventi sanitari governando la variabilità clinica secondo modelli

evidence-based medicine (EBM). Obiettivo dell'Arss è quello di stimolare il confronto su questi temi, dalla fase iniziale di confronto sulle diverse linee guida presenti fino alla analisi della variabilità dei comportamenti conseguenti alla sua applicazione.

Dal lato dell'offerta di prestazioni la capacità produttiva del Sistema sanitario veneto deve essere migliorata con azioni che incidono nell'ambito organizzativo, funzionale e strutturale del sistema al fine di ottimizzare la produttività sulla base dei volumi quantitativi necessari. A tal fine si utilizza lo strumento dell'*Health Technology Assessment* per valutare le implicazioni mediche, sociali, etiche ed economiche dello sviluppo, della diffusione e dell'uso delle tecnologie sanitarie. L'obiettivo è di fornire gli *input* ai processi decisionali e alla loro realizzazione valutando oltre alle caratteristiche tecniche anche l'efficacia, la sicurezza clinica, le indicazioni d'uso, l'impatto economico non-

Figura 4
Correlare e allineare
l'organizzazione
alla strategia
Fonte: adattamento da Kaplan,
Norton D.P. (2001)

ché gli aspetti etici, sociali e medico legali. L'Arss si pone così come intermediario tra conoscenza e scelte attraverso un processo di valutazione globale e multidisciplinare delle tecnologie utilizzate per l'assistenza sanitaria. Si tratta di una occasione di innovazione tramite l'analisi dei costi e dei benefici della tecnologia e del relativo impatto sul sistema clinico, economico ed organizzativo.

La Regione Veneto conduce la propria azione nella convinzione che, per mantenere e migliorare i livelli qualitativi dei servizi resi e contemporaneamente assicurare l'economicità della gestione, il sistema sanitario debba essere considerato un insieme coerente di soggetti erogatori. La sfida è quella di attivare economie di scala ed economie di condivisione. Le sinergie, dalle semplici collaborazioni fino alle modalità d'integrazione dei servizi e strutture, si realizzano attraverso l'omogeneizzazione dei sistemi e delle procedure. Sistemi evoluti di management possono essere raggiunti attraverso condivisione e sviluppo di metodi e strumenti comuni. Alcuni progetti coordinati dall'Arss e sviluppati in ambito sovraziendale riguardano oltre alla BSC, gli strumenti di *Activity Based Costing*, il Bilancio sociale e il Sistema informativo direzionale. L'Arss ha il ruolo di promotore, all'interno delle singole realtà, dei miglioramenti possibili agli strumenti di gestione al fine di poter disporre di conoscenze circa i processi organizzativi ed economici interni e della concreta possibilità di governarli. In futuro l'interesse dell'Arss sarà sicuramente indirizzato anche verso lo sviluppo di metodiche di *capital budgeting* e finanza aziendale.

La sperimentazione gestionale, indicata dalla Legge istitutiva dell'Arss, rappresenta uno strumento privilegiato per valutare ed implementare le soluzioni organizzative e gestionali più efficaci e meno onerose. Le iniziative dell'Arss, in tal senso, si concentrano soprattutto sulla razionalizzazione in ambito sovraziendale dei processi di acquisto e logistica (nel corso del 2007 la costituzione di sinergie in questo ambito ha subito un'accelerazione tramite la scomposizione del territorio in 5 aree sovraziendali o «aree vaste» che dovrebbero gestire ognuna al proprio interno i processi di acquisto e logistica, creando economie di scala e di condivisione).

6.2. Area strategica: Miglioramento continuo della qualità

L'Arss è impegnata in primo piano nell'attività di supporto, progettazione e facilitazione del processo del Miglioramento continuo della qualità (MCQ) dei servizi erogatori.

Con l'approvazione della L. reg. n. 22 dell'agosto 2002 sull'accREDITAMENTO, sono stati sanciti due principi fondamentali:

- la parità tra erogatore pubblico ed erogatore privato;
- il governo del settore sanitario, socio-sanitario e sociale attraverso i due istituti dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO.

Di conseguenza i concetti di fondo individuati dalle procedure di autorizzazione e accREDITAMENTO istituzionale riguardano la creazione nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali di un primo sistema di qualità riconoscibile, condiviso e operante, introducendo alcuni puntuali orientamenti al miglioramento continuo della qualità, l'approccio per processi e la valutazione degli *outcome* (prodotti) come obiettivo cui tendere con l'accREDITAMENTO di eccellenza, orientato al Miglioramento continuo della qualità (sistema MCQ). Il modello prevede un processo graduale che parte dalle autorizzazioni, come primo gradino di un più ampio e complessivo processo di miglioramento continuo della qualità, si perfeziona con l'accREDITAMENTO istituzionale e si completa con l'accREDITAMENTO di eccellenza (esclusivamente volontario) basato su standard internazionali di qualità. Pertanto con il processo di autorizzazione e accREDITAMENTO delle strutture sanitarie, ci si pone come obiettivo lo sviluppo di servizi adeguati agli standard e omogeneamente diffusi nel territorio.

La qualità, naturalmente, per essere migliorata, necessita di strumenti e metodi di misurazione. L'Arss è impegnata su questo fronte valutando e sperimentando l'utilizzo di metodi e indicatori di misurazione di qualità professionale, organizzativa e di *customer satisfaction*.

L'Arss inoltre è impegnata nella promozione di sistemi di gestione di rischio clinico; l'attività di questi mesi si è incentrata nella definizione e condivisione di strumenti di

incident reporting per la rilevazione degli eventi avversi.

Non si può parlare di qualità senza studiare la dimensione dell'appropriatezza; l'appropriatezza è una specificazione della qualità, cui è strettamente connessa, e fonde il profilo clinico con quello organizzativo. In questa direzione lo studio delle liste di attesa ha portato in evidenza la contraddizione tra i paradossi della relazione tra domanda e offerta, perché si è evidenziato che nelle prestazioni dove vi sono i tempi di attesa più lunghi, spesso si trovano i tassi di inappropriatezza più alti.

La segmentazione della domanda secondo priorità cliniche e secondo criteri di appropriatezza preventivamente condivisi tra soggetti prescriventi ed erogatori, dovrebbe, nel medio periodo, consentire la crescita culturale e scientifica dei principali «agenti della domanda» (il cittadino, i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e i Medici specialisti ospedalieri e ambulatoriali interni) e il superamento dei determinanti impropri della domanda, con il conseguente miglioramento del servizio offerto. Dal punto di vista organizzativo, l'adozione di soluzioni di cooperazione applicativa, secondo gli standard di integrazione delle applicazioni di prenotazione sviluppati dal progetto di *e-government* IESS (conformi agli standard di cooperazione definiti dal CNIPA), co-finanziato dal Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie e gestito dalla Direzione regionale risorse socio-sanitarie - Servizio sistema informativo socio-sanitario e tecnologie informatiche, mira alla realizzazione di un servizio di prenotazione informatizzata interaziendale unico, con l'obiettivo di ridurre le liste di attesa, aumentare l'efficienza della gestione delle risorse aziendali, uniformare ed estendere le modalità di prenotazione per le prestazioni specialistiche.

Alla qualità dell'offerta è naturalmente legato tutto il sistema analizzato in precedenza di valutazione delle nuove tecnologie (*Health Technology Assessment*) e questo rappresenta certamente un anello di congiunzione fra due ambiti che solo per semplificazione di esposizione si sono tenuti distinti.

La definizione di procedure di accogliamento e orientamento è un altro strumento importante nella regolamentazione degli accessi al sistema sanitario, e raggiungibile

oltre che attraverso metodologie di Governo clinico, anche attraverso metodi elaborati all'interno di un sistema di gestione dell'umanizzazione, per il quale la centralità del cittadino utente è fondamentale. Il rapporto tra cittadino utente e strutture socio sanitarie dovrebbe essere ridefinito in relazione alla dimensione organizzativa con la rimodulazione del ruolo e delle funzioni degli Uffici per le relazioni con il pubblico e la formazione degli operatori, alla dimensione etica con la strutturazione ed il potenziamento dei Comitati per la bioetica aziendali, alla dimensione del Governo clinico con l'applicazione dei principi della medicina basata sulle prove di efficacia (EBM) e alla dimensione della Qualità, nel senso della convergenza dei diversi Sistemi di gestione verso metodologie e fondamenti comuni.

L'approccio suggerito è quello di analizzare le esigenze e le aspettative dei cittadini utenti e di fornire i servizi socio-sanitari più rispondenti a queste, mediante le risorse umane e materiali disponibili.

La percezione di un miglioramento continuo della qualità da parte del cittadino non può inoltre esimersi da un processo di *empowerment* del cittadino stesso; ciò è certamente perseguibile attraverso un sistema di produzione di indicatori che miri ad una completa trasparenza verso il cittadino della qualità che il servizio offre, dando uno strumento di supporto nelle fasi decisionali e di controllo.

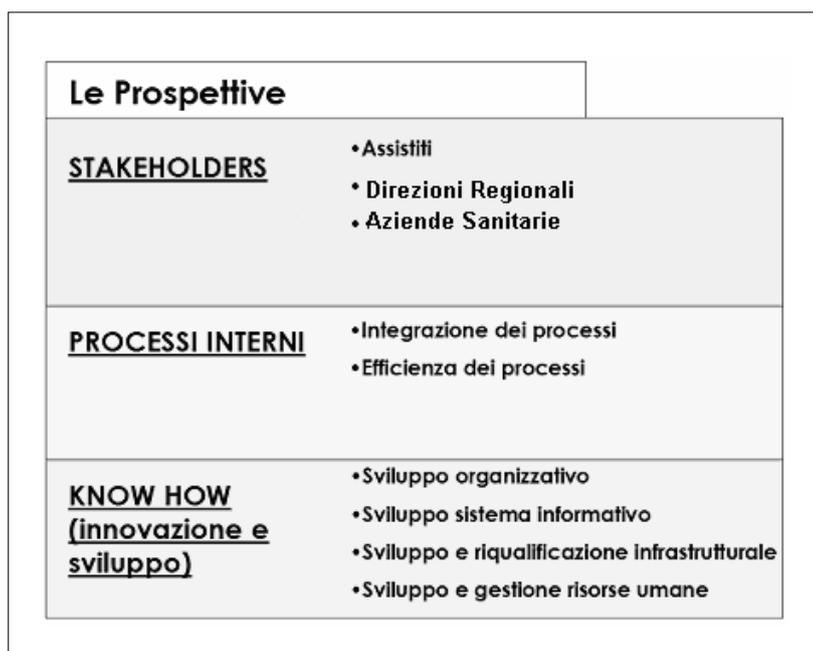
7. La mappa strategica

Nella costruzione della mappa strategica si è cercato di evitare l'errore che spesso accomuna gli enti pubblici; essi, infatti, tendono ad avere poderosi documenti strategici che anziché esplicitare le strategie si risolvono in interminabili liste di programmi ed iniziative, senza alla fine esporre quelli che sono gli obiettivi che l'organizzazione si propone di raggiungere. Inoltre, spesso, queste organizzazioni si concentrano sul tema dell'eccellenza operativa, tralasciando le altre dimensioni della qualità. Le iniziative, nell'impresa orientata alla strategia, seguono la definizione degli obiettivi, e proprio questo è l'ordine che è stato seguito: capire prima il «dove» vogliamo andare per poi definire il «come» vogliamo farlo.

Gli enti pubblici hanno anche un'altra specificità: infatti, mentre nel settore privato il cliente che paga è anche colui che riceve il servizio, nel settore pubblico si assiste ad uno sdoppiamento dei ruoli dato che da una parte c'è chi paga il servizio (finanziatori) e dall'altra c'è chi lo riceve (utenti). Per evitare di dover stabilire un ordine di priorità fra le due prospettive, gli stessi ideatori della BSC (Kaplan, Norton, 2001) hanno proposto di modificare l'architettura classica della mappa strategica per «elevare» la prospettiva del cliente allo stesso livello di quella economico-finanziaria. Questo autorevole suggerimento è stato fatto proprio dall'Arss (**figura 5**) che ha scelto di articolare la propria mappa strategica su 3 prospettive (in correlazione anche all'analisi SWOT precedentemente illustrata) quella degli *stakeholder* (i portatori di interessi), quella dei processi interni (necessari per soddisfare i portatori di interessi) e quella del *know-how* (necessario al sistema per raggiungere i suoi obiettivi).

Alla stesura della mappa strategica (la **figura 6** rappresenta l'area dell'equilibrio economico e la **figura 9** l'area della qualità) è seguita, per ciascuna prospettiva e area, l'esplicitazione delle diverse iniziative di progetto che l'Agenzia ha avviato o avvierà per influire sugli obiettivi (**figura 7** per l'equilibrio economico e **figura 10** per

Figura 5



la qualità) e che corrispondono quindi alle attività messe in campo per raggiungere gli obiettivi strategici. Particolarmente critica è stata la definizione e la valorizzazione degli indicatori, a causa dell'indisponibilità dei dati o dell'assenza di sistemi di rilevazione adeguati. Si ritiene tuttavia che, nella costruzione di una *strategy map* e nella conseguente definizione dei KPI per il monitoraggio degli obiettivi, l'utilizzo di informazioni già disponibili e presenti nei sistemi di rilevazione in uso, anche se di facile reperimento, non avrebbe garantito l'efficace monitoraggio delle strategie ma solo delle dinamiche esistenti; l'analisi invece non si è rivolta solo al «cosa già si fa» ma anche al «cosa si dovrebbe fare per»⁴. Alla quantità e qualità di indicatori necessari a sostenere la mappa strategica si aggiunge l'esigenza di una corretta definizione dei *trend* storici e previsionali. L'eventuale carenza di informazioni è stata sopperita con un tentativo di evidenziare il *trend* atteso attraverso la direzione delle frecce (**figura 8** per l'area dell'equilibrio economico e **figura 11** per l'area qualità). Come si evince dalle figure la mappa strategica è stata, per chiarezza espositiva e in collegamento con l'analisi SWOT, suddivisa nelle due macro aree di interesse dell'Agenzia, Equilibrio economico e Miglioramento continuo della qualità; ciò non toglie che le due sezioni, per avere una visione complessiva strategica del sistema, andrebbero idealmente sovrapposte.

Le mappe strategiche così individuate danno un'idea della complessità del sistema e di come le dinamiche presenti al suo interno siano intimamente legate. Per fare un banale esempio, partendo dalla sezione della mappa relativa all'equilibrio economico, è chiaro come logiche di HTA portino a ottimizzare la produttività e la distribuzione di tecnologie e il loro uso appropriato, il che contribuisce a migliorare l'equilibrio economico del sistema evitando investimenti inutili o sovradimensionati (oltre a migliorare la garanzia dell'accesso alle prestazioni, come visibile dalla sezione della mappa dedicata alla qualità); questo crea un circolo virtuoso perché migliora la liquidità, diminuiscono i tempi di pagamento dei fornitori (e quindi gli interessi passivi) e in definitiva si liberano risorse per ulteriori investimenti. Come dire

STRATEGIA 1: EQUILIBRIO ECONOMICO DI SISTEMA

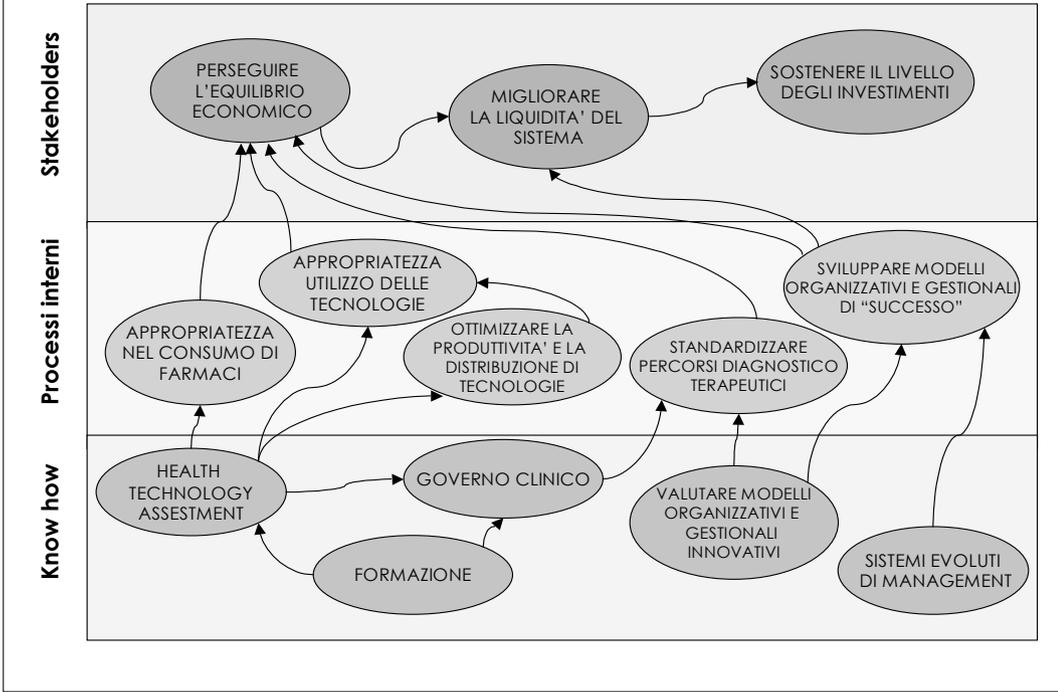


Figura 6
Strategia area equilibrio economico

STRATEGIA 1: EQUILIBRIO ECONOMICO DI SISTEMA

Le iniziative

Stakeholders	
Processi interni	<p>Programma per il governo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale</p> <p>Valutazione della produttività delle grandi apparecchiature</p> <p>SAC - PCA (Disegno dei percorsi diagnostici terapeutici)</p> <p>Sviluppo di un modello per il monitoraggio e l'analisi delle soluzioni organizzative per la gestione dei beni di consumo e servizi nell'ambito del Servizio Sanitario del Veneto</p>
Know how	<p>Health Technology Assessment</p> <p>Condivisione e sviluppo di metodi e strumenti di management in ambito sovraaziendale (Sistema informativo direzionale, BSC, ABC, bilancio sociale)</p> <p>Pacchetto formativo per i dirigenti sul "Governo clinico"</p> <p>Valutazione economico finanziaria a supporto degli investimenti aziendali</p> <p>Comparazione aziende sanitarie del Veneto</p>

Figura 7
Iniziative e progetti legati alla strategia area equilibrio economico

Figura 8
KPI strategia area
equilibrio economico

STRATEGIA 1: EQUILIBRIO ECONOMICO DI SISTEMA						
	KPI	2003	2004	2005	Target	Fonte Dati
Stakeholders	Incidenza della perdita sul totale del fondo ripartito	7,5 %			↓	Bilanci d'esercizio
	Indice di copertura delle immobilizzazioni (immobilizzazioni/Fondi di dotazione)	5,25			↑	Bilanci d'esercizio
	Indice di liquidità corrente (attivo circolante/passività correnti)	52%			↑	Bilanci d'esercizio
	Dilazione media giorni di pagamento	136			↓	Bilanci d'esercizio
Processi interni	Farmaceutica - costo livello per residente pesato	163			↓	Comparazione ARSS
	N. apparecchiature valore > 100.000 Euro	n.d.			↓	Da definire
	Vita media grandi apparecchiature	n.d.			↓	Da definire
	N. di procedure diagnostico terapeutiche standard	20			↑	ARSS: registro SAC PCA
Know how	n° valutazioni H.T.A. negli ultimi 12 mesi			n.d.	↑	ARSS
	Iniziative per lo sviluppo dei sistemi di governo clinico presso Aziende			1	↑	ARSS
	Valutazioni di modelli gestionali innovativi avviati			2	↑	ARSS
	N. progetti di management avviati			4	↑	ARSS

Figura 9
Strategia area qualità



STRATEGIA 2: MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA'

Le iniziative

Stakeholders	Indicatori di CUSTOMER SATISFACTION
Processi interni	<p>Progetto AHRQ: sperimentazione e validazione di indicatori di processo ed esito di qualità</p> <p>Sistemi di gestione del rischio clinico</p> <p>Processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale ed eccellenza</p> <p>Progetto per la presa in carico del paziente</p>
Know how	<p>Master EMS</p> <p>Quaderno Agenzia Regionale Sanitaria</p> <p>Progetto modello di distribuzione servizi nel territorio</p>

Figura 10
Iniziative e progetti legati alla strategia area qualità

STRATEGIA 2: MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA'

KPI	ultimi 12 mesi	Target	Fonte Dati
% prestazioni traccianti entro i target regionale	dato in corso di rilevazione	↑	Direzione Servizi Sanitari
n° prestazioni inserite nel CUP Provinciale	n.d. ⁽¹⁾	↑	Direzione Servizi Sanitari
N. di non conformità riscontrate nel processo di autorizzazione ⁽²⁾	n.d.	↑	ARSS
Avanzamento punteggio medio aziendale nel processo di accreditamento ⁽²⁾	81% (solo sociale)	↑	ARSS
% strutture accreditate/ autorizzate	n.d.	↑	ARSS
% strutture convenzionate/ accreditate	n.d.	↑	ARSS
% ricoveri potenzialmente inappropriati ⁽³⁾	3,8% nel 2003 4,3% nel 2004	↓	ARSS
N. segnalazioni di rischio clinico x 100 ricoveri	dato in corso di rilevazione	↓	ARSS
n° di indicatori regionali di customer satisfaction periodicamente monitorati	1	↑	ARSS
n° indicatori regionali di qualità organizzativa e tecnico professionali monitorati	30	↑	ARSS
punteggio medio, suddiviso per area, degli indicatori regionali nel sistema di umanizzazione periodicamente monitorati ⁽⁴⁾	n.d.	↑	ARSS
% ricoveri osservati per rischio clinico sul tot.	1,8%	↑	ARSS

- 1) Il primo step di rilevazione avverrà il 31 dicembre 2005
- 2) 4 ambiti di indicatori: assistenza ospedaliera, ambulatoriale, residenziale e semiresid., sociale e socio-sanitario
- 3) Per semplicità si riporta solo uno degli indicatori previsti dalla D.G.R.V 4.090 del 30 dicembre 2005
- 4) Gli indicatori si ripartono nelle 4 aree: accoglienza, orientamento, comunicazione e trasparenza

Figura 11
KPI strategia area qualità

che giusti investimenti creano a loro volta le condizioni per poterne effettuare di ulteriori.

8. Conclusioni

L'esplicitazione delle strategie dell'Arss attraverso lo strumento della *strategy map* è stata un'esperienza ad alto valore aggiunto; l'applicazione della metodologia della BSC a questa realtà infatti, oltre ad aver chiarito il ruolo dell'Agenzia rispetto ai molteplici attori coinvolti, ha indirettamente disegnato quella che è la complessiva *vision* regionale del sistema sanitario e le principali strategie che si intendono adottare per far fronte alle dinamiche ambientali evidenziate con l'analisi SWOT⁵. Le stesse Aziende sanitarie, nella predisposizione dei loro piani strategici, dovrebbero d'ora in avanti prendere visione dei nessi di causalità e delle relazioni che legano fra loro i diversi fattori di criticità del sistema, in modo che la scelta delle strategie non sia guidata da una razionalità «locale» ma da una coscienza di sistema complessivo. In un contesto in cui risultano numerosi e delocalizzati geograficamente gli attori del Sistema sanitario regionale, lo strumento della BSC applicato all'Arss permette anche di ripensare ai flussi informativi e di supporto per l'individuazione di percorsi di sviluppo condivisi.

Si è anche cercato di evitare alcuni dei rischi che sono stati attribuiti all'utilizzo di questo strumento; primo fra tutti quello di analizzare i fenomeni partendo solamente dai dati disponibili il che porta in definitiva ad un asservimento della BSC rispetto al sistema informativo-informatico (Frittoli, Mancini, 2004). Proprio per questo gli indicatori sono stati scelti indipendentemente dalla loro disponibilità nel sistema informativo. Inoltre l'analisi svolta non ha nessuna pretesa né di esaustività, né di immutabilità ma anzi sarebbe opportuna una sua periodica revisione per evitare il rischio, anche questo già evidenziato dalla letteratura (Amiconi, Meloni, 2002), di creare un sistema eccessivamente «coerente» e rigido dal punto di vista delle relazioni fra obiettivi, misure e strategie adatto a descrivere solo le strategie deliberate non riuscendo a cogliere, in ultima analisi, le «strategie emergenti» (Mintzberg, 1996).

Nel mondo sanitario il valore aggiunto più importante della BSC non è tanto quello di

mostrare che vi sono altre prospettive oltre a quella economico-finanziaria, dato che in questo ambito per sua natura vi è sempre stata attenzione all'aspetto qualitativo, ma è quello di coordinare il tutto in una visione unitaria, di sistema. La costruzione e l'aggiornamento della mappa strategica in particolare innescano circuiti di apprendimento strategico, perché stimola processi di valutazione critica delle ipotesi alla base delle scelte effettuate (Cuccurullo, Tommasetti, 2004).

Un altro aspetto della BSC, evidente soprattutto nel caso di enti pubblici, che merita di essere citato è la sua dimensione di *accountability*, che la accomuna in questo senso ad un altro strumento, il bilancio sociale (Frittoli, Tanese, 2004; Alesani, Marcuccio, Trinchero, 2005); nel preoccuparsi di inserire una prospettiva dedicata a tutti quelli che sono interessati ai risultati dell'ente, gli *stakeholder*, l'Arss dimostra di aver chiara la necessità per sé e per le Aziende sanitarie di «rendere conto» dei propri risultati. Proprio seguendo questa direzione l'Arss ha promosso per il 2007 una sperimentazione, attualmente in corso, di predisposizione del bilancio sociale da parte delle Aziende sanitarie. Nelle linee guida⁶ predisposte a questo scopo emerge la consapevolezza dei punti di contatto fra BSC e bilancio sociale; infatti, si afferma che «al bilancio sociale non si può e non si deve chiedere di sostituirsi agli altri strumenti di governo della performance. Però, è possibile progettarlo in modo che la sua struttura rispetti la logica della *balanced scorecard*». Infatti, le prospettive del bilancio sociale sui cui le Aziende sanitarie sono chiamate a rendere conto nella Regione Veneto assomigliano molto a quelle della BSC. Le linee guida del bilancio sociale si occupano anche della descrizione delle strategie e in esse si afferma addirittura che «potrebbe essere utile descrivere la strategia attraverso una *strategy map*, strumento proprio della *balanced scorecard*», prospettando in pratica una compenetrazione tra le due metodologie.

A conclusione di questo lavoro si può affermare che la BSC si è dimostrata uno strumento molto utile non solo per descrivere la strategia ma anche per valutarne la bontà in diversi e ipotetici scenari; la sua validità dipende molto anche dalla flessibilità con cui viene applicata (i tentativi nazionali e internazionali di standardizzazione della BSC

sono falliti miseramente) e dalla capacità del management di rivalutare la bontà delle relazioni di fondo che vengono esplicitate (relazioni fra obiettivi e indicatori non corrette possono ovviamente portare a decisioni poco razionali). Quindi, lo strumento non può certamente da solo garantire il successo di un'organizzazione ma può aiutare a porsi le «domande giuste». Per dirla con le parole dei suoi ideatori «la formulazione della strategia è un'arte e lo sarà sempre. La descrizione della strategia, invece, non dovrebbe essere tale. Se saremo in grado di descrivere la strategia in modo più ordinato, aumenteremo le possibilità di metterla in atto con successo.» (Kaplan, Norton, 2001).

Note

1. Senza alcuna pretesa di esaustività i contributi più significativi sulla BSC, sia in chiave generale che più specificamente applicati alle aziende sanitarie si possono trovare in Baraldi (2005), Vendramini (2004), Frittoli e Mancini (2004), Lazzini (2004), Cuccurullo e Tommasetti (2004).
2. Convegno a Pieve di Cento, 2 dicembre 2004.
3. Elaborazione Assr su dati indagine Multiscopo Istat «Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari» 1999, 2000.
4. È già stato fatto notare in letteratura (Frittoli, Mancini, 2004) come la tecnologia non debba guidare lo sviluppo della BSC ma piuttosto essere al suo servizio.
5. Tale analisi non ha ovviamente l'ambizione di entrare nel merito delle politiche sanitarie regionali, ma di fornire un supporto metodologico per l'applicazione di questo importante strumento di gestione strategica.
6. Scaricabili dal sito www.arssveneto.it.

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

- ALESANI D., MARCUCCIO M., TRINCHERO E. (2005), «Bilancio sociale e aziende sanitarie: stato dell'arte e prospettive di sviluppo», *Mecosan*, 55.
- AMICONI F., MELONI G. (2002), «L'integrazione dei sistemi di misure: potenzialità e vincoli del modello BSC», Forum, *Economia e Management*, 4, luglio agosto.
- CASSADA F., DEL GIUDICE C. (2005), «Avvio e sviluppo della BSC nell'Asl di Ivrea» presentato al 31 Congresso Nazionale A.N.M.D.O., Monastier di Treviso.
- BARALDI S., (2005), *Il BSC nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- Bozza Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2005.
- COLOZZI R. (2005), «Pubblico impiego: quali coperture per gli aumenti?», *Il Revisore*, luglio.
- CUCCURULLO C., TOMMASETTI A. (2004), «L'impiego delle mappe strategiche nella BSC: processo di costruzione ed effetti sistemici», *Mecosan*, 49.
- DE PASQUAL N. (2004), «Step by step, con unità pilota», *Sole 24 ore*, Sanità e Management, 3 marzo.
- ERNST, YOUNG (1998), *Measures that matter*, Boston.
- FERRARI D., MERLINI L. (2006), «Vincere la sfida della governance: l'introduzione della BSC all'Asl di Pavia», *Mecosan*, 59.
- FONDAZIONE SMITH KLINE (2005), *Rapporto Sanità 2005: invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*.
- FRITTOLE G., MANCINI M. (2004), «BSC e aziende sanitarie», *Mecosan*, 49.
- FRITTOLE G., TANESE A. (2004), «Dalla strategia all'azione e alla rendicontazione: la BSC e il bilancio sociale nelle aziende sanitarie», in V. Atella, A. Donia Sofio, F.S. Pennini, F. Spadonaro (a cura di), *Rapporto CEIS-Sanità 2004. Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza*, Ceis, Roma.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1993), «Putting the BSC to work», *Harvard Business Review*, n. 5.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1996a), «Linking the BSC to Strategy», *California Management Review*, n. 4.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1996b), «Using the BSC as Strategic Management System», *Harvard Business Review*, n. 4.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1996c), *Translating Strategy into Action*, HSB Press, USA.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (2001), *The strategy focused organization. How BSC companies thrive in the new business environment*, Harvard Business School Publ, Boston.
- KAPLAN R.S. (2004), «L'arte di far felice l'azionista», 24 ore Sanità e Management, 3 marzo.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (2004), *Strategy Maps: converting intangible assets into tangible outcomes*, Harvard Business School Press, Boston.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1992), «The BSC / Measures that Drive Performance», *Harvard Business Review*, n. 1.
- LAZZINI S. (2004), «L'evoluzione degli strumenti di implementazione strategica nei contesti sanitari», *Mecosan*, 52.
- MICHELINI S. (2004), «Strategie: l'esperienza leo», *Sole 24 ore*, Sanità e Management, 3 marzo.
- MINTZBERG H. (1996), *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, ISEDI, Torino editore.
- SPAZZAPAN D., PILATI G., MARIOTTO A. (2003), «L'introduzione della BSC nell'Azienda Sanitaria Isontina», *Mecosan*, 48.
- TRAMARIN *et al.* (2005), «Governo Clinico», Quaderni ARSS, n. 1.
- VENDRAMINI E. (2004), «La scheda a punteggio bilanciata (BSC)», in E. Vendramini, *Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche*, McGraw-Hill Editore, Milano.
- VIGNATI B. (2004), *BSC in sanità*, FrancoAngeli, Milano.

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.

Contrastare il dropout ambulatoriale: il sistema dell'Azienda ospedaliera di Pavia

ANDREA BATTISTOTTI, SILVANA QUAGLINI, ENRICO CUOCO

The objective of the innovation presented in this paper is to decrease the number of outpatients' dropouts, i.e. appointments that are unexpectedly not attended by the scheduled patients. The mechanism is based on SMSs used as a reminder for the appointment. The project was implemented after some promising estimates obtained by a preliminary cost-benefit analysis and needed limited investments for specific equipment and software to make the whole procedure automatic. The system has been implemented in August 2005. Dropout trend, stable at 7-8% during last years, is decreasing up to 4.2%, while the number of citizens providing their mobile number is constantly increasing. The conclusion is that the system is very cost-effective, the service is appreciated by citizens and probably it will contribute to shorten waiting lists.

Note sugli autori

Andrea Battistotti è assistente tecnico presso l'Azienda Ospedaliera di Pavia – Sistema informatico aziendale (SIA) – andrea_battistotti@ospedali.pavia.it
Silvana Quaglini è professore associato di Sistemi informativi sanitari e Sistemi decisionali in medicina presso l'Università di Pavia – Dipartimento di Informatica e Sistemistica – silvana.quaglini@unipv.it
Enrico Cuoco è dirigente responsabile del Sistema informatico aziendale (SIA) dell'Azienda Ospedaliera di Pavia – enrico_cuoco@ospedali.pavia.it

1. Introduzione

Per *dropout* si intende la mancata erogazione di una prestazione sanitaria precedentemente prenotata da parte di un cittadino; il fenomeno è diffuso in tutte le aziende sanitarie che erogano prestazioni precedute da una fase di prenotazione. Quindi un evento di *dropout* si manifesta quando una prestazione, regolarmente prenotata, non viene poi erogata nel luogo e nel tempo definito in sede di prenotazione. Le cause possono essere imputate:

– *principalmente al cittadino*, che non si presenta per dimenticanza, per malattia, per impegni dell'ultimo minuto, perché è riuscito ad ottenere la medesima prestazione in un minor tempo d'attesa presso altra azienda sanitaria, perché ha individuato una struttura erogatrice più vicina alla sua residenza, perché nel frattempo è migliorato il suo stato di salute, ecc.;

– *in termini assai minori, all'Azienda erogatrice* che, per problemi tecnici (improvviso guasto della strumentazione) o per improvvisa malattia/assenza del medico, non è in grado di evadere la richiesta.

Il fenomeno costituisce un serio problema per le strutture erogatrici poiché ogni singola occorrenza di *dropout* genera:

– *un danno economico*, derivante dall'impossibilità di valorizzare¹ una prestazione che, pur non essendo eseguita, mantiene inalterati i suoi costi fissi (Moore, 2001);

– *un danno «sociale»*, derivante dal conseguente allungamento dei tempi di attesa per i cittadini. Infatti, ogni prestazione non

SOMMARIO

1. Introduzione
2. I *dropout* nell'Ao di Pavia prima dell'introduzione del sistema
3. Valutazione economica preliminare
4. La soluzione proposta
5. Risultati
6. Conclusioni e sviluppi futuri

erogata potrebbe servire ad evadere l'esigenza di un altro cittadino in attesa per il medesimo bisogno.

Per arginare il fenomeno sono state introdotte, da alcune aziende, una o più azioni «correttive» che hanno però disatteso le aspettative e che citiamo, in estrema sintesi:

– *l'overbooking* - risulta difficilmente applicabile al mondo organizzativo sanitario poiché impedisce la saturazione delle occorrenze di *dropout* (ad esempio su un'agenda dove si erogano 8 prestazioni al giorno e dove si evidenzia un *dropout* del 7%, corrispondente a 0,56 prestazioni perse ogni giorno, è difficile organizzare un modello che non crei disagi ad operatori e cittadini);

– *la telefonata al cittadino* - caratterizzata da alti costi telefonici (spesso solo contatti al cellulare), ed altrettanto alti costi gestionali legati alle ingenti risorse umane che devono essere impiegate; presenta inoltre problemi di privacy quando al telefono risponde un soggetto diverso da quello prenotato;

– *il pagamento del ticket alla prenotazione* - iniquo poiché colpisce solo i cittadini non esenti che effettuano la prenotazione presso lo sportello e inapplicabile nei confronti dei soggetti che prenotano per via telefonica; inoltre è estremamente onerosa la fase di restituzione del ticket nel caso di corretta disdetta da parte dell'assistito, che verrebbe costretto ad un'ulteriore coda d'attesa per ottenere il rimborso;

– *l'azione sanzionatoria* - l'emissione di una mora nei confronti dei soggetti che non si sono presentati e che non hanno pagato il ticket, comporta difficili azioni di recupero crediti con sfavorevole rapporto costo-beneficio; inoltre la mora, anche quando riscossa, di norma non copre i costi tariffari della prestazione non erogata.

A livello internazionale, esiste una vasta letteratura sul fenomeno. In Dockery (2001) si stima che esso costi al *National Health-care System* inglese circa 266 milioni di sterline l'anno. Moore *et al.* (2001), in un'indagine presso un dipartimento statunitense di medicina preventiva, quantificano la perdita economica fra il 3 e il 14% del ricavato totale dell'azienda. Pal *et al.* (1998) mediante un'indagine tramite questionario su 2.555

pazienti ambulatoriali (938 questionari compilati e resi) analizzano le possibili cause, individuando tra le principali la dimenticanza dovuta a malattia, il miglioramento dello stato di salute, problemi di trasporto.

Già dagli anni '80 (Grover, 1983), fino ad arrivare agli anni più recenti (Reti, 2003) si sono studiati sistemi di *reminder*, basati su diverse modalità di comunicazione con i cittadini: modalità sincrone (telefono fisso o cellulare) oppure asincrone (posta tradizionale, *e-mail* ed SMS). L'avviso tramite telefonata diretta e la comunicazione via posta ordinaria si sono dimostrati entrambi efficaci ma, come già accennato, molto costosi, sia in termini economici sia in termini organizzativi. La *e-mail* e l'SMS, entrambi asincroni, hanno caratteristiche di comunicazione simili, ma senza dubbio l'SMS è più immediatamente fruibile, più capillare e soprattutto in grado di raggiungere tutti gli «strati sociali», anche quelli con basso livello di scolarizzazione.

I dati italiani riportano l'esistenza di 17 milioni di indirizzi *e-mail* contro 60 milioni di telefoni cellulari (in media più di uno per cittadino). Il maggiore livello di diffusione, unito al fatto che il *dropout* raggiunge il suo massimo per i soggetti in età lavorativa (quasi sicuramente dotati di cellulare personale), ha spinto l'Azienda ospedaliera (Ao) di Pavia a sostenere l'SMS quale migliore strumento di comunicazione.

La soluzione proposta si basa quindi sull'utilizzo di SMS quale strumento di *remind* capace di raggiungere, velocemente e con bassi costi, i soggetti prenotati in attesa di erogazione. Tali soggetti si possono distinguere in tre categorie:

a) *il cittadino che si sarebbe sicuramente presentato all'appuntamento*: in questo caso l'SMS, anche se gradito, risulta inutile ai fini del progetto poiché non interviene numericamente sul fenomeno del *dropout*;

b) *il cittadino che ha eseguito la prestazione altrove o non necessita più della prestazione*: il messaggio tende a responsabilizzare il destinatario che, in maniera estremamente agevolata, contattando il *call center* direttamente dal cellulare, grazie al numero verde indicato nell'SMS, rilascia il posto precedentemente allocato annullando il suo appuntamento;

c) *il cittadino che si sarebbe sicuramente dimenticato*: in questo caso chi riceve l'SMS, che viene inviato con tre giorni lavorativi di anticipo, ha la possibilità di riorganizzare la propria agenda per potersi così presentare all'appuntamento oppure, se impossibilitato, può contattare il *call center* per annullare o spostare l'appuntamento stesso.

Il sistema realizzato tenta di abbattere il fenomeno del *dropout* aumentando il numero di cittadini che si presentano (caso c) e che annullano/spostano gli appuntamenti (caso b). Questi ultimi generano un'immediata disponibilità per i soggetti che prenoteranno subito dopo e che si vedranno offrire una proposta di prestazione con tempo d'attesa minore o uguale di tre giorni.

A differenza di altre soluzioni, in sperimentazione presso altre realtà nazionali, il servizio dell'Ao di Pavia è stato reso da subito operativo per tutto il catalogo Cup (Centro unico di prenotazione) prenotabile e viene reso gratuitamente a qualsiasi cittadino che abbia fornito il numero di cellulare. Il sistema, il cui *software* è stato sviluppato dal Sistema informatico aziendale (Sia) dell'Ao stessa, è operativo dall'agosto 2005. In questo articolo viene quindi descritta la soluzione realizzata, denominata *SmsCup* e vengono illustrati i risultati conseguiti nel periodo agosto 2005-dicembre 2006.

Come indicatore principale di risultato viene considerata la percentuale di *dropout* sul totale delle prenotazioni: un *trend* decrescente a seguito dell'implementazione del servizio potrà indicare un risultato positivo. Il sistema dovrebbe avere anche un'influenza positiva sulle liste d'attesa. Un altro indicatore sarà quindi il numero di prestazioni erogate con tempo d'attesa breve. In questo caso un *trend* crescente indicherà l'efficacia del servizio. Anche il gradimento dei cittadini è una variabile importante che sarà considerata come indicatore di successo.

2. I *dropout* nella Ao di Pavia prima dell'introduzione del sistema

L'Ao di Pavia, giuridicamente costituita nel febbraio 2002 a seguito della scorpora-

zione delle attività ospedaliere dall'allora Asl unificata, presenta:

- 8 ospedali (circa 1.100 posti letto);
- 11 strutture ambulatoriali extra ospedaliere;
- circa 3.000 dipendenti;
- oltre 500.000 cittadini residenti sull'intero territorio provinciale;
- 174 milioni di € come valore della produzione nel 2005, di cui circa 22,5 milioni costituito da attività erogata in regime ambulatoriale (esclusi laboratori e pronto soccorso);
- oltre 383.000 prenotazioni ambulatoriali effettuate dal Cup nel corso del 2006 (sono escluse le accettazioni dirette che non richiedono una prenotazione).

L'Azienda è in grado di erogare una qualunque prestazione presente nel nomenclatore tariffario.

L'attività ambulatoriale è supportata da un sistema informativo di gestione del Cup avviato nel 2000, operante su un'unica base-dati condivisa e composto da circa 250 postazioni di lavoro distribuite sull'intero territorio provinciale. Ogni cittadino può effettuare la prenotazione:

- telefonicamente, contattando il *call center* regionale al numero verde 800.448.800, operativo su 72 ore settimanali (dalle 8:00 alle 20:00 dal lunedì al sabato);
- recandosi personalmente presso uno dei circa 50 sportelli di *front office* distribuiti sul territorio;
- in alcuni specifici casi prendendo accordi telefonici direttamente con il personale di ambulatorio.

Da un'attenta analisi del patrimonio informativo storico², condotta sul periodo gennaio 2000-giugno 2005, è emerso che una percentuale oscillante tra il 7% e l'8% delle prenotazioni non è stata erogata. Il dato è in linea (addirittura leggermente inferiore) con quanto indicato nella deliberazione della Giunta regionale lombarda (n. VIII/3111 del 1-8-2006) che evidenzia come, di norma, una percentuale variabile tra il 9 e il 10% di utenti prenotati presso i Cup delle varie Aziende ospedaliere lombarde non si presenta agli appuntamenti prefissati.

2.1. Caratteristiche del fenomeno *dropout*

Per comprendere il comportamento del fenomeno, mai studiato prima nell'Ao di Pavia, si è deciso di analizzare il patrimonio informativo, relativo al periodo gennaio 2000 - giugno 2005 (antecedente l'introduzione del sistema), secondo diversi punti di vista, verificando la distribuzione temporale del *dropout* e cercando di comprenderne eventuali dipendenze dal tempo di attesa e dall'età del cittadino.

La **figura 1** mostra l'andamento del fenomeno in funzione del mese dell'anno, del giorno della settimana e dell'ora del giorno. Sono riportati i valori medi ottenuti cumu-

lando i dati dei suddetti anni. In **figura 1a** si nota come il *dropout* raggiunga i valori massimi nei mesi estivi e nel mese di dicembre, caratterizzati da intensi periodi di ferie e si collochi al minimo nel mese di settembre. Dalla **figura 1b** si evince che nella giornata di sabato, segmento temporale spesso attivato per specifici progetti di recupero delle liste d'attesa, il fenomeno si manifesta in percentuale doppia rispetto alla media settimanale. Dimostrare le cause di tale comportamento è difficile; si può però ipotizzare, oltre al (normale) calo dell'attenzione che si riscontra durante il fine settimana, che gli utenti non «siano abituati» ad aspettarsi servizi in tali archi temporali, lontani dagli ordinari orari

Figura 1a

Andamento della percentuale di *dropout* prima dell'attivazione di *SmsCup* nei vari mesi dell'anno (valori medi sugli anni 2000-2005)

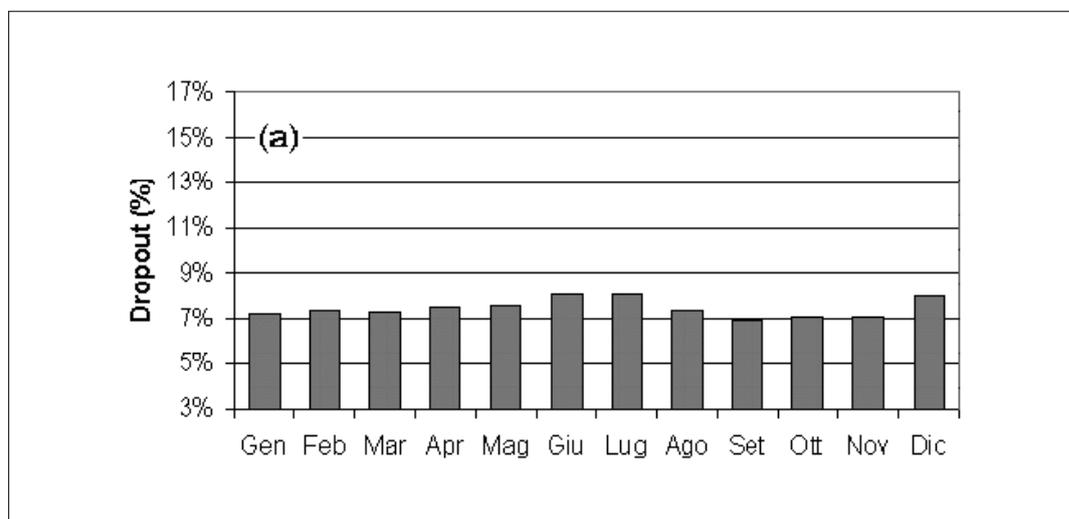
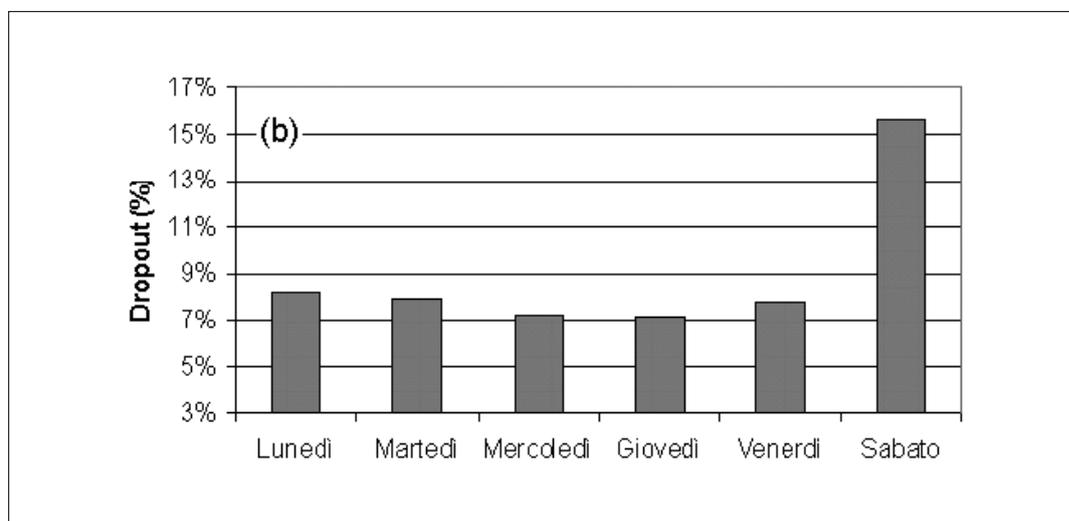


Figura 1b

Andamento della percentuale di *dropout* prima dell'attivazione di *SmsCup* nei giorni della settimana (valori medi sugli anni 2000-2005)



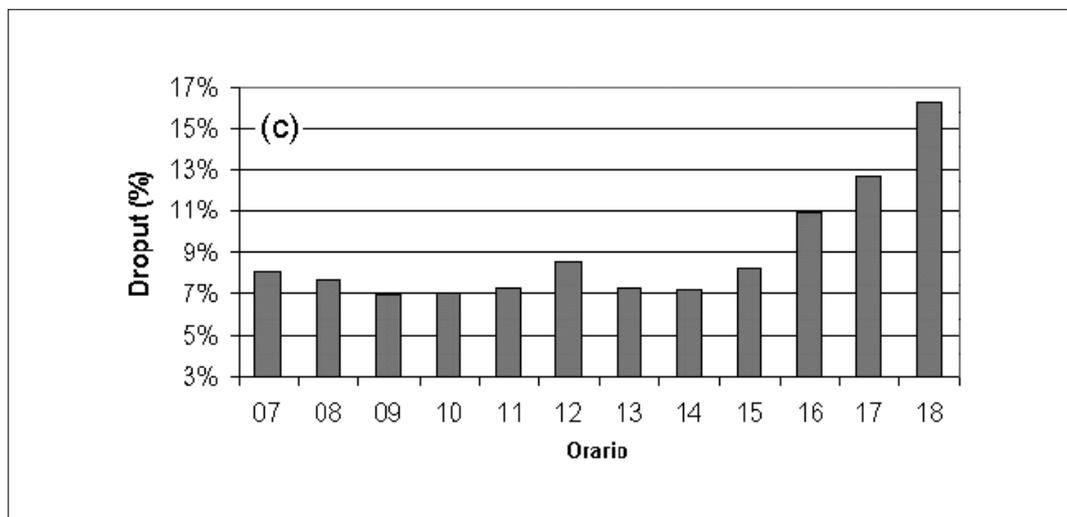


Figura 1c
Andamento della percentuale di *dropout* prima dell'attivazione di *SmsCup* negli orari della giornata (valori medi sugli anni 2000-2005)

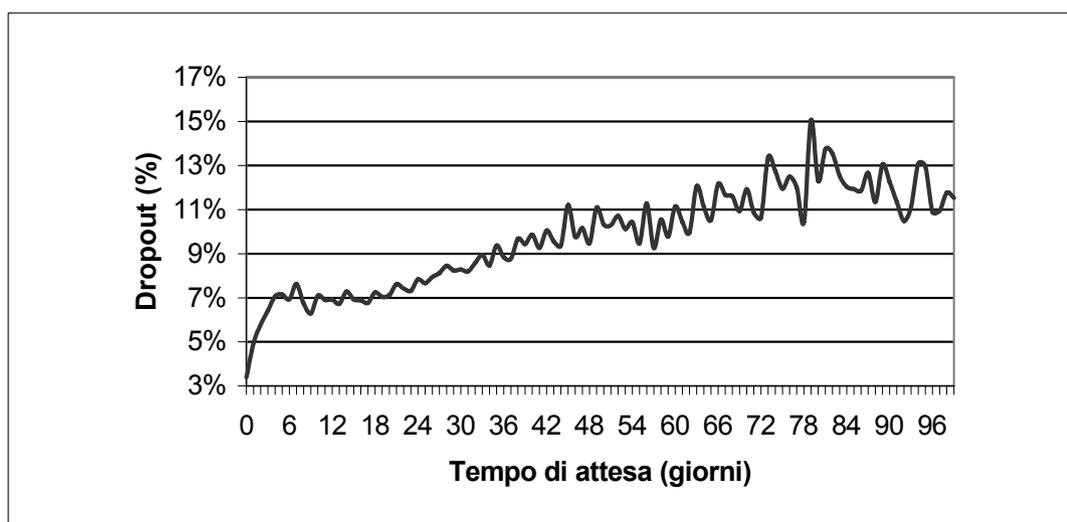


Figura 2
Il *dropout* in funzione del tempo d'attesa per l'erogazione della prestazione

di lavoro. In **figura 1c** si mostra l'andamento del fenomeno nell'arco della giornata (dalle ore 7 alle ore 18); il comportamento è in linea con quello del grafico precedente: si notano crescite del fenomeno nell'intorno della pausa pranzo ed un'esacerbazione (più del doppio) in tarda serata, altro segmento temporale spesso attivato per specifici progetti di rientro delle liste di attesa.

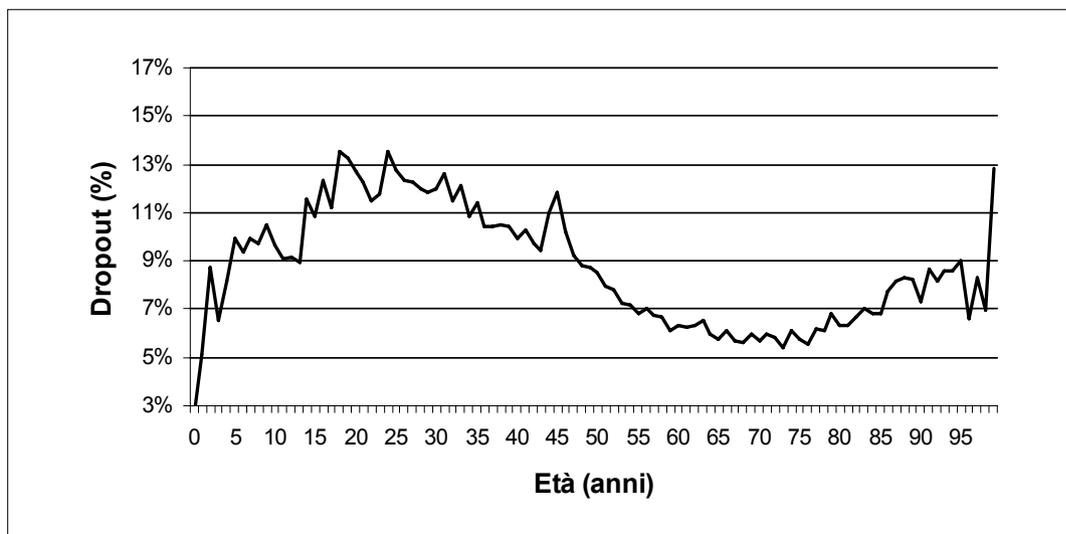
Nel grafico della **figura 2** si mostra l'andamento del fenomeno rispetto al tempo d'attesa e si nota una correlazione diretta con una saturazione a circa due mesi. Dal grafico si nota però anche un altro importan-

te (ed inatteso) caso: la presenza di *dropout*, pari al 3%, anche con tempo di attesa pari a zero, ovvero quando la prestazione è prenotata ed erogata nella medesima giornata. Si ritiene quindi di fissare al 3% il valore «fisiologico» del *dropout*, ovvero quella quota che sicuramente non può essere imputata alla dimenticanza. Il dato è peraltro in linea con quanto riportato in letteratura in riferimento ad altri settori, come i trasporti aerei e ferroviari.

Nel grafico della **figura 3** si mostra l'andamento del fenomeno rispetto all'età del soggetto per cui è stata prenotata la presta-

Figura 3

Dipendenza del *dropout* dall'età del soggetto per il quale la prestazione è prenotata



zione. Come si può notare, i *dropout* non sono uniformemente distribuiti ma:

- sono bassi in età pediatrica, grazie forse all'elevata attenzione che i genitori hanno per la salute dei propri figli;

- sono elevati in età lavorativa, a causa forse dagli impegni (anche improvvisi) che il lavoro crea;

- si abbassano in età «da pensione», grazie probabilmente alla maggiore cura che si dedica alla salute ed al maggior tempo libero che si ha a disposizione;

- crescono nuovamente all'avanzare dell'età, a causa forse dei problemi di memoria o delle complicanze repentine degli stati patologici.

3. Valutazione economica preliminare

La **tabella 1** mostra uno stralcio delle prenotazioni/erogazioni per il «giorno campione del 2005», ovvero il giorno per cui la Regione Lombardia ha richiesto tale analisi (precisamente il 20 luglio 2005). L'analisi del giorno campione è particolarmente onerosa, in quanto comprende non solo le operazioni effettuate tramite Cup, ma anche quelle delle agende non informatizzate. Per questo motivo solitamente viene richiesto un solo giorno all'anno. La **tabella 2** mostra invece un'analisi meno accurata, ma più estesa nel tempo (un'intera settimana), effettuata considerando le sole agende Cup. Il valore

monetario riportato nelle tabelle è quello del tariffario regionale dell'epoca (utilizzato come *proxy* del costo reale), mentre la perdita è calcolata semplicemente moltiplicando tale valore per il numero di *dropout*. Analogamente, estendendo il calcolo a tutti i giorni dell'anno, sono state calcolate le perdite, in termini economici, per il periodo 2001-2004 ammontanti rispettivamente a € 780.000, € 684.000, € 748.000, € 764.000. Il numero medio di *dropout* quotidiani è risultato pari a 150, e la perdita media giornaliera pari a circa € 3.000: la perdita media per singolo *dropout* è quindi di circa € 20: questo è il riferimento economico che sarà usato per l'analisi costo-beneficio.

Considerando al 3% il livello di *dropout* fisiologico e considerando che nel 2004 il *dropout* si è assestato, per l'Ao di Pavia, mediamente intorno al 7,3%, si comprende come ci siano margini per poter incrementare fino a più di 4 punti percentuali i volumi d'attività, lasciando ovviamente inalterati i costi fissi.

3.1. Analisi costo-beneficio

Prima dello sviluppo del sistema è stata condotta una breve analisi costo-beneficio (si veda Tarricone, 2004, per i principi generali delle analisi di valutazione economica in sanità). L'analisi è stata condotta dal punto di vista dell'Ao di Pavia. È stato considerato trascurabile il costo sostenuto per

Codice ministeriale	Descrizione prestazione	Prenotati	Confermati	Dropout (non erogate)	Dropout (%)	Tariffa singola prestazione (€)	Perdita economica (€)
87.24	Radiografia della colonna lombosacrale	17	15	2	11.76	17.04	34.08
87.37.1	Mammografia bilaterale	21	19	2	9.52	43.90	87.80
87.44.1	Radiografia del torace di routine	37	32	5	13.51	17.04	85.20
88.26	Radiografia di pelvi e anca	16	15	1	6.25	17.56	17.56
88.27	Radiografia del femore, ginocchio e gamba	14	12	2	14.29	23.29	46.58
88.73.1	Ecografia della mammella - bil.	10	8	2	20.00	39.20	78.40
88.73.5	Eco(Color)doppler dei tronchi sovraaortici	9	8	1	11.11	43.90	43.90
88.74.1	Ecografia dell'addome superiore	11	8	3	27.27	51.13	153.39
88.77.2	Eco(Color)dopplergrafia degli arti	8	5	3	37.50	43.90	131.70
88.78	Ecografia ostetrica	18	15	3	16.67	43.90	131.70
89.13	Visita neurologica	37	35	2	5.41	16.53	33.06
89.26	Visita ginecologica	16	14	2	12.50	16.53	33.06
89.37.1	Spirometria semplice	9	8	1	11.11	23.24	23.24
89.52	Elettrocardiogramma	103	101	2	1.94	11.36	22.72
89.7	Visita generale	113	99	14	12.39	16.53	231.42
93.11.4	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice	21	20	1	4.76	7.23	7.23
95.02	Esame complessivo dell'occhio	70	68	2	2.86	16.53	33.06

l'acquisizione del *gateway* SMS, ovvero la piattaforma tecnologica a cui è stata affidata la fase di spedizione fisica dei messaggi attraverso una specifica SIM dedicata. Infatti, tale oggetto, presso l'Azienda, grazie alla semplice interfaccia *web* di cui è dotato, viene utilizzato come vero e proprio strumento di comunicazione asincrono «alternativo» alle tradizionali telefonate (fisse e mobili) ed alle *e-mail* e viene fornito a qualsiasi dipendente che ne faccia richiesta. Inoltre, viene condiviso anche dalla Asl di Pavia. Il suo costo di acquisto, già basso (circa € 6.000), andrebbe quindi distribuito su un gran numero di servizi. L'altro costo fisso, iniziale, del sistema riguarda il

software per l'interazione con il *gateway*. Esso è stato sviluppato da A. Battistotti, co-autore di questo articolo, che ha dedicato circa 1.000 ore di lavoro nell'analisi della problematica del *dropout* e nello sviluppo del *software* che è stato, dopo il suo avvio in esercizio, costantemente perfezionato ed affinato. Considerando pari a € 25 il costo orario di un assistente tecnico/programmatore, possiamo valorizzare il *software* sviluppato con la cifra di € 25.000. Anche questo costo però non è stato considerato nell'analisi costo-beneficio poiché il lavoro è rientrato all'interno della tesi di laurea dell'autore e pertanto non è risultato come onere per l'Azienda.

Tabella 1
Rilevazione dei *dropout*
in un giorno campione
(20 luglio 2005)

Tabella 2

Rilevazione dei *dropout* in una settimana campione (18-25 luglio 2005)

Codice ministeriale	Descrizione	Num.	Perdita economica (€)
87.24	Radiografia della colonna lombosacrale	7	119.28
87.37.1	Mammografia bilaterale	8	351.20
87.44.1	Radiografia del torace di routine, Nas	6	102.24
88.26	Radiografia di pelvi e anca	8	140.48
88.27	Radiografia del femore, ginocchio e gamba	10	232.90
88.73.1	Ecografia della mammella	4	156.80
88.73.5	Eco(Color)doppler dei tronchi sovraaortici	3	131.70
88.74.1	Ecografia dell' addome superiore	4	204.52
88.77.2	Eco(Color)dopplergrafia degli arti inf., sup. o distrett.	4	175.60
88.78	Ecografia ostetrica	3	131.70
89.13	Visita neurologica	10	165.30
89.26	Visita ginecologica	15	247.95
89.37.1	Spirometria semplice	1	23.24
89.52	Elettrocardiogramma	17	193.12
89.7	Visita generale	138	2,281.14
95.02	Esame complessivo dell'occhio	17	281.01
		255	4,938.18

I costi di esercizio dell'impianto sono invece legati esclusivamente al numero di SMS trasmessi, oggi caratterizzati da un onere di € 0,06444 per ogni singolo messaggio inviato (convenzione Consip - gestore Wind), dal costo di manutenzione del *gateway* GSM, pari a € 1.560/anno (IVA compresa) e dal costo di manutenzione del *software*, pari a circa € 1000/anno. Pertanto, con un modestissimo *budget* di circa € 9.000/anno è possibile coprire le spese di manutenzione e spendere quasi 100.000 SMS/anno. Ricordando che la perdita media per *dropout* è di € 20, il sistema, a regime, pareggia costi e benefici con il recupero di soli 450 eventi di *dropout* all'anno, risultato che è apparso, fin dall'inizio, assai facilmente raggiungibile.

3.2. Analisi di *break-even*

L'analisi costo-beneficio descritta nel paragrafo precedente si riferisce al funzionamento del servizio «a regime» ed è stata condotta dal punto di vista della specifica Azienda. Ma nel caso di una generica azienda che volesse investire nello sviluppo del *software* e nell'acquisto del *gateway*, in quanto tempo i costi fissi iniziali vengono ammortizzati? Per rispondere a questa domanda, è stata effettuata un'analisi di *break-even*, che ha considerato scenari differenti caratterizzati da diversi valori di efficacia del servizio. Questa può essere definita nel modo seguente:

- sia D, con numerosità d , l'insieme dei cittadini che, in assenza del servizio, sarebbero stati causa di *dropout*;
- sia S, con numerosità s , il sottoinsieme di D raggiunto da sms;
- sia C, con numerosità c , il sottoinsieme di S che chiama il *call center* per disdire l'appuntamento.

L'efficacia del servizio è data da c/s .

L'analisi è stata condotta per valori di efficacia variabili da 1/5 a 2/3.

I risultati sono mostrati sinteticamente in figura 4, dove per «recupero» si intende la perdita economica evitata limitando i *dropout*, e dove si nota che per il valore più ottimistico di efficacia, corrispondente ad evitare il 66% dei potenziali *dropout*, il punto di pareggio è raggiunto nel corso del primo anno di attivazione del servizio, dopo aver spedito meno di 30.000 SMS. Nel caso peggiore che è stato considerato, che ipotizza che solo il 20% dei potenziali *dropout* venga evitato,

il pareggio si ottiene comunque nel corso del secondo anno, con una quantità di SMS spediti poco superiore a 100.000.

4. La soluzione proposta

Le modalità di spostamento o annullamento che vengono oggi offerte dalla Ao di Pavia sono le stesse con le quali il cittadino può effettuare la prenotazione (*call center* regionale, sportelli di *front office*, accordi telefonici diretti con il personale di ambulatorio). Per ridurre il fenomeno del *dropout* è essenziale migliorare la comunicazione fra cittadini ed Azienda sensibilizzando, responsabilizzando, semplificando e personalizzando il rapporto tra i due soggetti, cercando di agevolare i cittadini prenotati, qualora impossibilitati, a disdire o spostare, con sufficiente preavviso, la prenotazione: la soluzione proposta va esattamente in questa direzione.

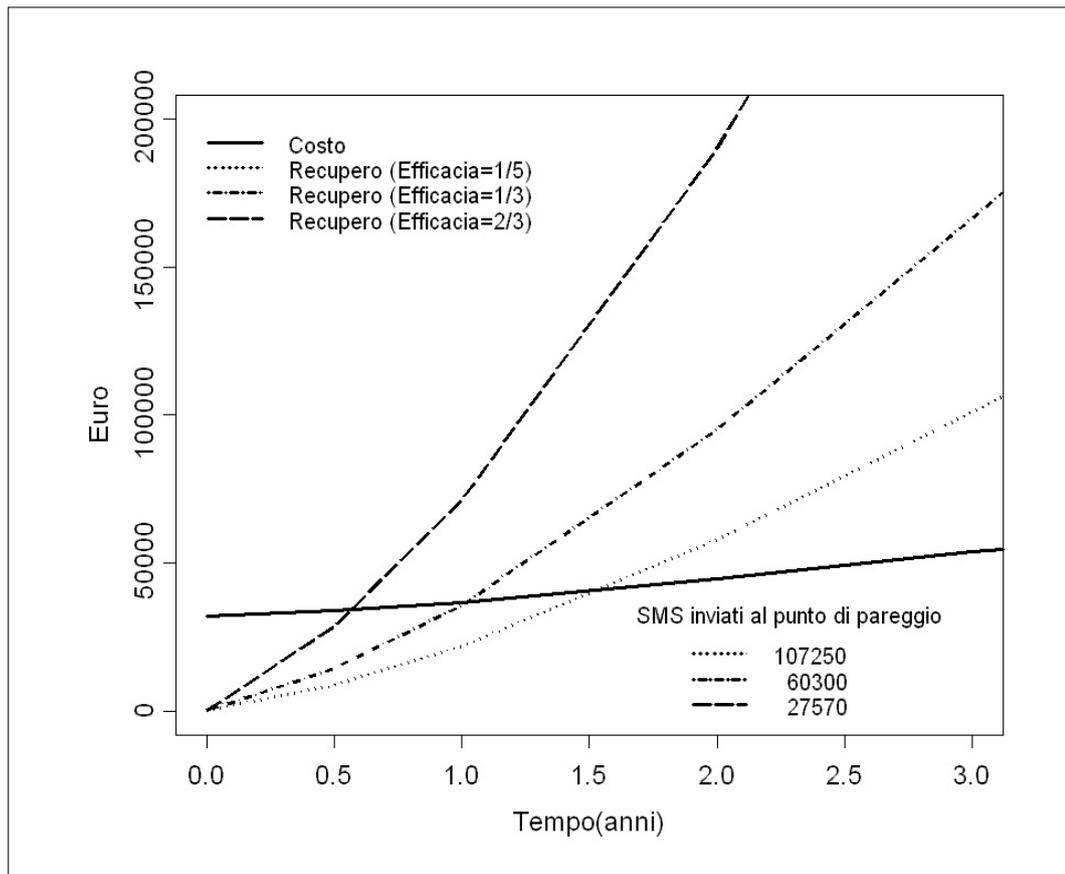


Figura 4
Analisi di *break-even*:
punti di pareggio
per diversi valori
di efficacia del servizio

4.1. Aspetti organizzativi

Nell'agosto 2005, dopo l'applicazione di un articolato algoritmo che ha consentito l'individuazione e la «normalizzazione»³ dei numeri di cellulare già presenti all'interno della base dati del Cup, è stato possibile avviare il sistema. Purtroppo la percentuale di cittadini, potenziali fruitori del sistema, era pari solo all'11,9% (66.000 su 554.000), troppo bassa per attendersi risultati evidenti. Parallelamente all'azione tecnica si sono, quindi, intraprese alcune azioni contestuali di carattere organizzativo, consistite in: pubblicazioni di articoli riguardanti l'attivazione del servizio sulla stampa locale; coinvolgimento del personale di *call center* e di *front office* per illustrare il nuovo servizio; esposizione di informative nei pressi degli sportelli; segnalazione sul sito aziendale (www.ospedali.pavia.it). Come risultato, i cittadini che hanno lasciato, al momento della prenotazione, il proprio recapito di cellulare sono passati dall'11,9% dell'agosto 2005 al 27,1% del dicembre 2006 (percentuali calcolate sulla numerosità totale delle prenotazioni effettuate). La **figura 5** mostra la crescita costante del servizio, conseguenza diretta dell'aumento dei numeri di cellulare dispo-

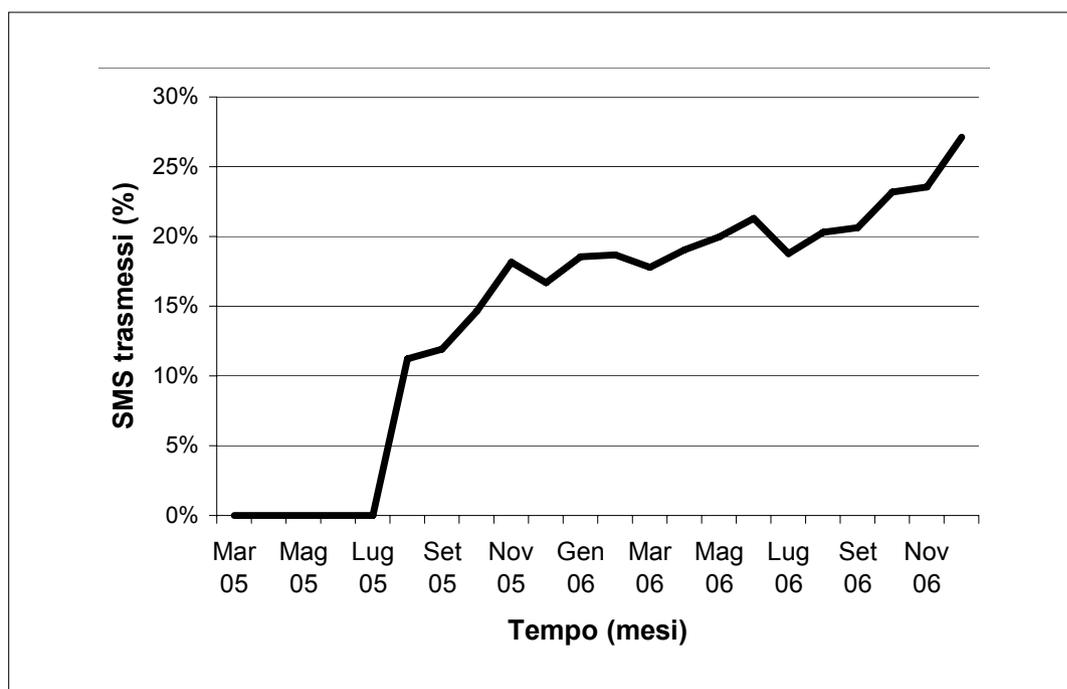
nibili che, grazie anche al passaparola fra i cittadini, non ha ancora raggiunto un livello di saturazione.

In termini assoluti, si è passati dagli 840 SMS del primo mese ai 7.203 SMS di dicembre 2006, raggiungendo un massimo di 8.503 nell'ottobre 2005 (pari al 23,2% delle prenotazioni totali). Complessivamente il sistema ha trasmesso, nell'intero 2006, 79.414 SMS e per il 2007, verificato il *trend* di crescita ed il volume già consolidato, si ipotizza il superamento dei 100.000 messaggi.

Un ulteriore aspetto che è stato affrontato è quello legale. Nel comunicare il proprio recapito telefonico il cittadino autorizza intrinsecamente l'Azienda ad utilizzarlo in caso di necessità di contatto; inoltre, non potendo avere certezza che il messaggio arrivi al soggetto prenotato in modalità esclusiva (il cellulare potrebbe essere nelle mani di un altro soggetto), al fine di garantire anche i necessari livelli di privacy, è stato definito il seguente testo standard, che è volutamente privo di ogni riferimento all'identità, alla prestazione, alla sede di erogazione: «L'Azienda Ospedaliera di Pavia ricorda l'appuntamento del GG/MM. Se invece intende annullarlo chiami il num. gratuito 800448800. Grazie per la colla-

Figura 5

Diffusione del servizio *SmsCup* dal momento dell'attivazione: percentuali di SMS trasmessi rispetto al totale delle prenotazioni effettuate



borazione». La lunghezza del messaggio è pari a 157 caratteri e può essere pertanto contenuto in un unico SMS (160 caratteri è il massimo), caratteristica che rende l'SMS leggibile a tutti, anche a chi è poco pratico con gli apparecchi cellulari.

Si è dimostrato estremamente strategico anche il momento di spedizione dell'SMS e, dopo alcune prove varianti da uno a cinque giorni, si è deciso di inviarlo tre giorni (lavorativi) antecedenti la data di esecuzione della prestazione. Una spedizione del messaggio troppo vicina alla data di esecuzione rende infatti impossibile la riorganizzazione della giornata ed anche l'eventuale posto rilasciato risulta difficilmente riallocabile in un intervallo così ravvicinato; d'altronde anche un avviso troppo lontano dall'appuntamento rischia che questo venga di nuovo dimenticato. Di norma i messaggi (circa 400 al giorno) vengono spediti a metà mattina, dopo le ore 10, per evitare che gli SMS raggiungano i cittadini in orari sconvenienti, come la «pausa pranzo» o l'«orario di riposo».

Precisiamo infine che, per il momento, gli SMS vengono trasmessi solo se il tempo di attesa di una prenotazione supera i sette giorni di calendario, lasso di tempo entro il quale è stato ritenuto difficile dimenticare l'appuntamento. Ovviamente questa regola non è fissa e può essere variata, parametricamente, dall'amministratore del sistema (non si escludono per il futuro variazioni su questo parametro per poterne studiare l'influenza sul *dropout*).

4.2. Aspetti tecnici

Il *gateway* SMS utilizzato, che rappresenta la componente del progetto delegata alla sola fase di spedizione fisica del messaggio, è denominato *SMSjob*⁴. I dati relativi alle prenotazioni vengono estratti dal Cup aziendale ed opportunamente preparati ed inviati al *gateway* tramite il *software* sviluppato all'interno del Sia.

Il sistema realizzato è da intendersi come un «accessorio» non invasivo rispetto alla base dati del Cup da cui attinge, peraltro in sola lettura, il (limitato) *set* di informazioni indispensabili alla composizione del messaggio e cioè la data di prenotazione, la data di programmata erogazione

ed il numero di cellulare. La sua particolare modularità ed il completo disaccoppiamento dal sistema Cup sorgente, ne consente un rapido ed agevole riuso in qualsiasi altra realtà dotata di un generico sistema di gestione del Cup.

È necessario altresì precisare che i requisiti che hanno determinato il successo della soluzione sono stati:

- presenza di un sistema di gestione del Cup fortemente centralizzato;
- presenza di un *call center* capace di gestire elevati volumi di attività per via telefonica (26 operatori, circa 12.000 operazioni/mese) e capace quindi di accogliere le telefonate che, indotte dalla ricezione degli SMS, generano un elevato numero di contatti in pochi minuti;
- capacità del *call center* di accettare telefonate anche da rete mobile poiché è normale attendersi che, alla ricezione dell'SMS, chi intende annullare/spostare il suo appuntamento, lo faccia dallo stesso cellulare sul quale ha ricevuto il messaggio.

5. Risultati

In questa sessione sono illustrati i risultati ottenuti nei primi 17 mesi di esercizio (agosto 2005-dicembre 2006).

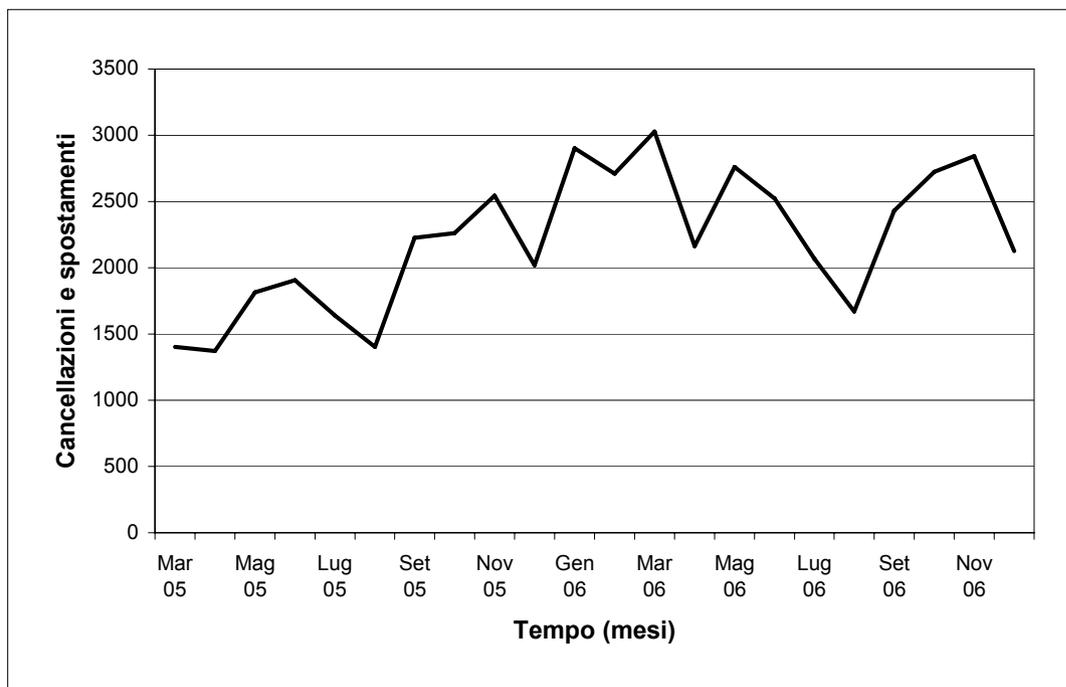
5.1. Effetto sui *dropout*

Per comprendere se gli effetti derivanti dall'introduzione del sistema sono risultati in linea con le aspettative, è stata innanzitutto analizzato il numero di spostamenti o annullamenti di prenotazione pervenuti al *call center* nel corso del tempo (ricordiamo che quando il cittadino annulla o sposta l'appuntamento in tempo utile, elimina il *dropout* che si sarebbe verificato a causa della mancata visita). Il grafico della **figura 6**, sebbene affetto dall'andamento altalenante legato alla stagionalità, evidenzia un sostanziale *trend* di crescita a partire dall'agosto 2005, mese di attivazione del sistema.

Ogni annullamento/spostamento raccolto dal *call center* genera, come abbiamo spiegato in precedenza, il rilascio di un posto sulle specifiche agende del Cup, che potrà

Figura 6

Numero di cancellazioni e di spostamenti delle prenotazioni: si nota l'aumento a partire dall'agosto 2005, mese di implementazione del servizio



quindi evadere, con un tempo d'attesa molto breve, la richiesta del successivo cittadino con lo stesso bisogno, agendo così positivamente anche sui tempi d'attesa. Pertanto, poiché il messaggio di *remind* è trasmesso con tre giorni lavorativi d'anticipo, ci si può aspettare che, aumentando gli annullamenti, aumentino le prestazioni erogate entro una settimana dalla prenotazione (sette giorni di calendario). La **figura 7** mostra, infatti, un'evidente crescita delle prestazioni con tale tempo d'attesa, espresse in percentuale su tutte le prestazioni erogate. In corrispondenza del dicembre 2006, si assiste ad un comportamento anomalo che può essere forse attribuito alle festività infrasettimanali che hanno determinato un naturale allungamento dei tempi d'attesa.

Il grafico nella **figura 8** mostra il risultato più significativo, ovvero l'andamento della percentuale dei *dropout* dal 2002 al 2006, da cui si evince chiaramente che:

- negli anni precedenti l'attivazione del sistema *SmsCup* (2002-2004), la percentuale si attestava mediamente tra il 7 e il 9%;
- nel 2005 subisce una prima riduzione a partire dal mese di marzo, data di attivazione del *call center* regionale (che ha reso più

agevole l'interazione con l'Azienda) ed una seconda riduzione a partire dal mese di agosto, data di attivazione del sistema *SmsCup*, che ha portato la curva, già dal mese di ottobre, a stabilizzarsi 1,5 punti sotto la media degli anni precedenti;

- nel 2006, con l'estensione del servizio ad un numero di cittadini sempre crescente, subisce un'ulteriore sensibile contrazione collocandosi, nel mese di ottobre, al suo minimo storico (4,2%), migliorando di quasi 2 punti il già positivo risultato dell'ottobre 2005 e di oltre 3 punti quello degli anni precedenti.

Analizzando il grafico nei mesi da agosto a dicembre degli anni 2005 e 2006, si nota un importante recupero rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, evidente segnale che il sistema non ha ancora raggiunto il suo «minimo» e che ci sono, quindi, ancora margini di contrazione del fenomeno che, come previsto, dovrebbe continuare la sua discesa fino al fisiologico 3%.

La **figura 9** mostra infine la diretta relazione che esiste tra numerosità di SMS trasmessi e livello di *dropout* conseguito; le due curve rappresentano l'andamento storico percentuale del *dropout* e l'anda-

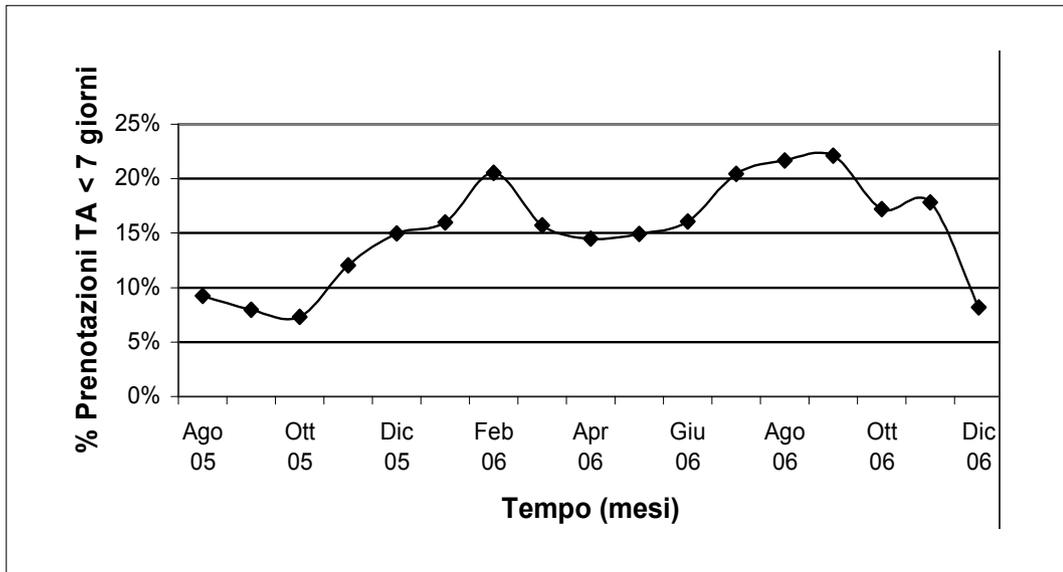


Figura 7
Percentuale di prenotazioni caratterizzate da un tempo d'attesa inferiore ad una settimana

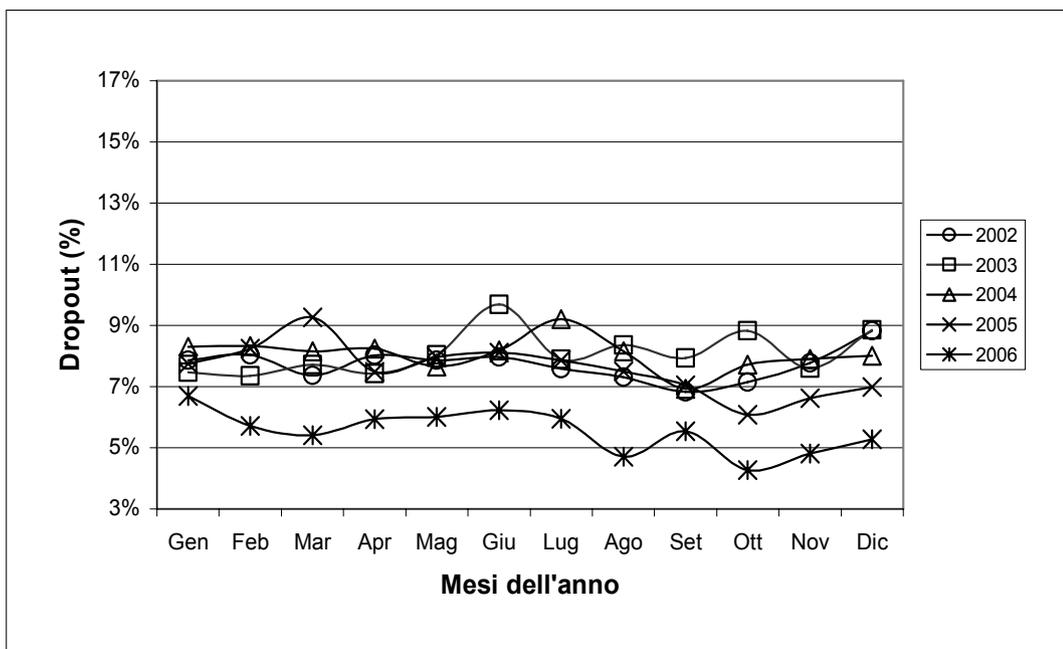


Figura 8
Andamento del dropout negli ultimi 5 anni (attivazione SmsCup avvenuta in agosto 2005)

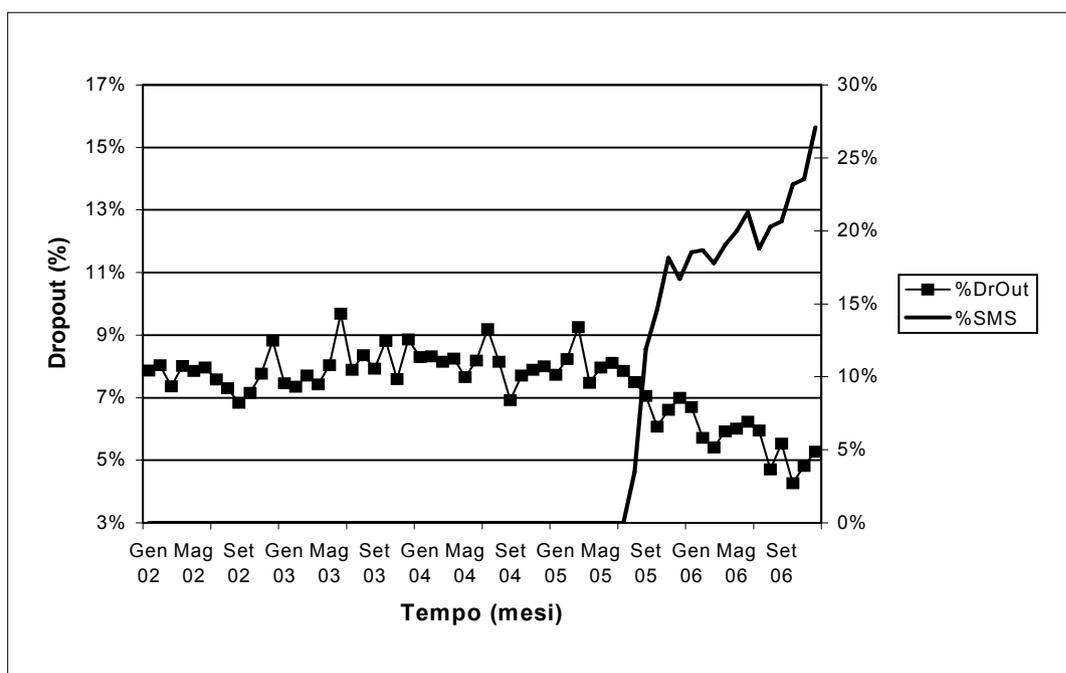
mento crescente della percentuale di SMS trasmessi. È facile notare come, dopo l'avvio del sistema di spedizione degli SMS, il dropout cominci la sua rapida discesa e raggiunga, mese dopo mese, quote sempre più basse.

Per valutare ulteriormente l'efficacia del sistema, sono state confrontate le percentuali di dropout nei due gruppi di cittadini che

hanno/non hanno ricevuto il messaggio di *remind*. Per quest'analisi è stata scelta la prestazione di mammografia di un ambulatorio pneumotisiologico, particolarmente significativa in quanto coinvolge persone in una fascia d'età adulta e viene effettuata anche al sabato. La **tabella 3** mostra i risultati: nel gruppo che riceve l'SMS si rilevano circa 1.5 punti percentuali in meno.

Figura 9

Relazione fra l'andamento del *dropout* e il numero di SMS inviati. Sull'asse principale (di sinistra) è rappresentata la scala per il *dropout*, sull'asse secondario (di destra) è invece rappresentata la scala relativa alla percentuale di SMS inviati, calcolata rispetto al totale delle prenotazioni effettuate



5.2. Gradimento del servizio

A seguito della spedizione di un messaggio non è necessaria, né è prevista, una risposta da parte del cittadino; tuttavia a fronte di 99.328 SMS trasmessi, nel periodo agosto 2005-dicembre 2006, sono stati ricevuti circa 500 messaggi di risposta che possono essere classificati, sostanzialmente, in quattro diverse tipologie:

- ringraziamento/apprezzamento: circa 300 messaggi contenenti le parole «grazie», «ringrazio», «gentili», «gentilezza», «ottimo servizio»;
- conferma: oltre 100 messaggi contenenti le parole «confermo», «ok», «va bene»;
- segnalazione di errore: oltre 40 messaggi contenenti le parole «sbagliato» o «errore»;
- annullamento: 9 messaggi contenenti la parola «annullo».

Tabella 3

Differenza di *dropout* fra i cittadini che hanno ricevuto e quelli che non hanno ricevuto l'SMS. La prestazione analizzata è la mammografia in un ambulatorio pneumotisiologico

	Prestazioni erogate	Dropout (non erogate)	Dropout (%)
No sms	1263	77	5.75%
Sms	211	10	4.52%

I messaggi appartenenti alle tipologie a) e b) sono un indicatore della buona percezione che i cittadini hanno dell'utilità del servizio che, spesso, pare addirittura sorprenderli positivamente, come si nota analizzando messaggi (reali) come quelli di seguito fedelmente riportati: «Grazie. Che ottimo servizio che fornite», «Vi ringrazio per la vostra serietà professionale. Non mancherò alla visita. Cordiali saluti», «Molte grazie per il promemoria. Buona serata», «Confermo appuntamento – Grazie».

I messaggi appartenenti invece alla tipologia c) sono spesso generati da persone anziane che forniscono al Cup il numero di cellulare di un parente (nipote, figlio, genero, ecc.), senza però avvisare il familiare stesso; in questi casi si risponde con un ulteriore SMS del tipo: «l'avviso SMS che ha ricevuto riguarda il Sig. Xxx. Yyy. (che ha lasciato il Suo numero di cell.) per un controllo odontoiatrico a Voghera. Az. Osp. Pavia». Di norma, con questo tipo di risposta, viene risolto l'equivoco.

Il ritorno in termini di immagine non era stato previsto in sede progettuale ed ha rappresentato un ulteriore aspetto positivo del servizio.

6. Conclusioni e sviluppi futuri

L'esperienza realizzata ha dimostrato che:

- colpendo il *dropout*, è tecnicamente possibile aggredire un'importante (intrinseca) sacca di inefficienza nascosta all'interno del «mondo ambulatoriale», che spesso non è né nota né quantificata all'interno delle aziende;

- per la struttura erogante, il recupero del *dropout* non genera, a regime, nessun ulteriore rilevante costo fisso, poiché agisce sulla sola leva dell'efficienza, cercando di eliminare le «mancate prestazioni» e generando un conseguente sensibile incremento del valore della produzione in condizioni di isorisorse;

- il recupero del *dropout* agisce positivamente sui tempi di attesa che vengono così limitati grazie al fatto che ogni prenotazione «rilasciata» offre maggiore offerta ad un successivo contatto;

- il sistema ha dimostrato anche un importante miglioramento dell'immagine percepita dal cittadino, che vede l'SMS come uno strumento di comunicazione personalizzato;

- il sistema proposto non è invasivo nei confronti del Cup, non richiede particolari riorganizzazioni aziendali e si autofinanzia dopo pochi mesi dal suo avvio.

Queste sono le principali motivazioni che rendono prontamente riusabile la soluzione realizzata.

È importante ricordare che i risultati, ottenuti in tempi molto contenuti, sono stati fortemente agevolati da una gestione diretta dell'intero progetto, condotto dalla fase di analisi alla fase di attivazione, da personale del Sistema informatico aziendale che, pur in limitata disponibilità temporale, ha potuto agire ed intervenire in totale autonomia.

Anche se non esistono statistiche condivise sul fenomeno del *dropout*, vista la citata deliberazione della Giunta regionale lombar-

da, è probabile che il livello raggiunto dall'Ao di Pavia, rappresenti oggi un minimo a livello nazionale.

I possibili sviluppi futuri del sistema potranno essere i seguenti:

- continuare con il processo di erogazione del servizio, incrementando la percentuale dei cittadini dotati del numero di cellulare (si stima il superamento dei 100.000 SMS per il 2007);

- offrire la possibilità ai cittadini di annullare la prenotazione anche rispondendo all'SMS con un messaggio del tipo «ANNULLO num», dove num rappresenta il numero della prenotazione;

- gestione SMS multilingua (francese, spagnolo, portoghese) con l'intento di coinvolgere, più di quanto è stato oggi possibile, anche cittadini extracomunitari che, probabilmente, non sempre comprendono il contenuto del messaggio;

- estensione del servizio SMS anche ad altri ambiti aziendali dove è possibile un rapporto «personalizzato».

Il costo estremamente contenuto, l'ottimo rapporto costo-beneficio, la semplicità di implementazione e la rapidità di attivazione, rendono il sistema realizzato presso l'Ao di Pavia facilmente (e velocemente) replicabile presso altre realtà nazionali.

Note

1. Per valorizzazione si intende il rimborso erogato dalla Regione all'Azienda ospedaliera a fronte dell'esecuzione della prestazione.
2. Due degli autori di questo articolo (A. Battistotti ed E. Cuoco), operando al Sia, hanno pieno accesso alla base dati, che è stata analizzata per effettuare tutte le statistiche di interesse esposte in questo articolo.
3. La normalizzazione consiste nel riportare ad un formato omogeneo i numeri di cellulare presenti nel Cup che, essendo stati inseriti come testo libero, si presentavano in vari formati.
4. SMSjob è un prodotto Kernelsoft, Milano, www.kernelsoft.it

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

- DOCKERY F., RAJKUMAR C., CHAPMAN C., BULPITT C., NICHOLL C. (2001), «The effect of reminder calls in reducing non-attendance rates at care of the elderly clinics» *Postgrad. Med. J.*, 77, pp. 37-39.
- GROVER S., GAGNON G., FLEGEL K.M., HOEY J.R. (1983), «Improving appointment-keeping by patients new to a hospital medical clinic with telephone or mailed reminders», *Can. Med. Assoc. J.*, Nov. 15, 129(10), pp. 1101-3.
- MOORE C.G., WILSON-WITHERSPOON P., PROBST J.C. (2001), «Time and money: effects of no-shows at a family practice residency clinic», *Fam. Med.*, 33, pp. 522-527.
- PAL B., TABERNER D.A., READMAN L.P., JONES P. (1998), «Why do outpatients fail to keep their clinic appointments? Results from a survey and recommended remedial actions», *Int. J. Clin. Pract.*, Sep., 52(6), pp. 436-7.
- RETI S. (2003), «Improving outpatient department efficiency: a randomized controlled trial comparing hospital and general-practice telephone reminders», *N.Z. Med. J.*, Jun. 6, 116(1175).
- TARRICONE R. (2004), *Valutazioni economiche e management in sanità - Applicazioni ai programmi e tecnologie sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.

Monitoraggio delle assenze e carichi di lavoro nell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

ELENA COSTA, CARLO DE PIETRO, ANNAMARIA QUATRINI

Absenteeism is a paramount issue in the Italian public debate run on newspapers and other mass media, but few – if any – contribution has been made in the healthcare management literature. The article describes an example of control system developed by an Italian public hospital trust. The system is aimed both to control absenteeism and to support the budgeting process. The article also discusses the many types of absences, showing the difficulties of providing a simple taxonomy of absences in highly-professionalized work environments. In other words, the phenomenon is much more complex than public debate would suggest. On the other side, very much remains to be done in developing adequate metrics and control systems in the Italian healthcare organizations.

Note sugli autori

Elena Costa è responsabile del Servizio controllo di gestione, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
Carlo De Pietro è responsabile Area di ricerca Gestione risorse umane, CER GAS Bocconi
Annamaria Quatrini lavora presso il Servizio controllo di gestione, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Attribuzione

Nonostante i contenuti siano stati discussi e concordati tra gli autori, i §§ 1, 2 e 4 sono da attribuire a Carlo De Pietro, il § 3 è da attribuire a Elena Costa e Annamaria Quatrini

1. Oggetto e obiettivi

L'articolo illustra e discute alcuni indicatori utilizzati dall'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia sulle presenze e le assenze dei dipendenti. Quante ore lavorano le persone? Qual è il ricorso allo straordinario? Quante ore sono assenti? Quali sono i motivi delle assenze? Quali indicazioni posso trarre circa l'adeguatezza degli organici delle unità operative?

La letteratura economica sulle assenze vanta una lunga storia (Frankel, 1921; Goodman, Atkin, 1984; Hackett, Bycio, Guion, 1989; Steel, 2003) ma pochi contributi italiani, concentrati invece sugli aspetti di natura giuridica, stipendiale e previdenziale.

Come si vedrà, si tratta di un'analisi che richiede non poche scelte definitorie e di classificazione, che rendano più chiara la trattazione di fenomeni sfaccettati e permettano quindi risposte gestionali adeguate. Inoltre, si tratta di analisi che dipendono in modo significativo dalle caratteristiche dei sistemi informativi a disposizione delle aziende e della loro concreta fruibilità.

Più in particolare, il paragrafo 2 parte offrendo una ricognizione circa il dibattito pubblico e professionale attorno al problema, evidenziando anche alcune difficoltà specifiche del settore sanitario. Il paragrafo 3 illustra l'analisi condotta nell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, le premesse che l'hanno originata, gli strumenti gestionali adottati, i risultati e l'utilizzo che se ne intende fare. Infine, il paragrafo 4 propone alcune riflessioni più generali circa l'utilità e le prospettive di tale tipo di analisi per le aziende sanitarie italiane, nonché alcune promettenti linee di azione per il management e per la ricerca scientifica.

SOMMARIO

1. Oggetto e obiettivi
2. Un dibattito vivace ma basato su conoscenze limitate
3. Il caso dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
4. Discussione e prospettive

2. Un dibattito vivace ma basato su conoscenze limitate

La centralità del personale per la funzionalità delle aziende sanitarie è risultato acquisito sia in letteratura, sia nel sentire comune di operatori, utenti e cittadini. Per la loro natura, la qualità dei servizi sanitari si basa in parte rilevante sulla motivazione e sulle competenze individuali dei professionisti e degli operatori che concorrono ai processi clinico-assistenziali, nonché sul modo in cui gli individui collaborano tra loro, partecipando al mantenimento di una cultura e di un clima organizzativo adeguati, con relazioni che si rinforzano reciprocamente¹. La stessa micro-organizzazione aziendale deve mantenere spazi di manovra e di flessibilità che riescano ad accompagnare l'intrinseca variabilità collegata all'autonomia professionale. I processi di produzione prevedono alti gradi d'intensità di lavoro professionale e ciò tra le altre cose si traduce in un'alta incidenza dei costi del personale sul totale dei costi di gestione, confermando il ruolo centrale del personale come area d'intervento per il management (De Pietro, 2005).

Nonostante tale centralità e la disponibilità di analisi e proposte presenti nella letteratura, le esperienze aziendali in tema di gestione del personale nel sistema sanitario sono per lo più rimaste confinate nell'ambito della corretta gestione giuridica e amministrativa dei rapporti d'impiego, mentre le politiche più gestionali del personale, lì dove esistono, sono il risultato di un confronto sindacale spesso faticoso, portato avanti con numerosi interlocutori e mediato o integrato da logiche che spesso rispondono anche ad esigenze di consenso politico esterno.

Le debolezze dei sistemi gestionali e informativi sono particolarmente evidenti nel caso delle assenze. Se, infatti, il dibattito pubblico denuncia a cadenza regolare alti tassi di assenteismo nelle aziende pubbliche, esso si basa più su singoli casi (anche di giurisprudenza) che su analisi e dati sistematici (in tal senso si veda Ichino, 2006, e il dibattito che si è svolto sulla stampa nazionale). Nonostante la centralità delle risorse umane per la funzionalità delle aziende sanitarie e l'ampio dibattito pubblico attorno al tema delle assenze, le evidenze sono dunque assai limitate². Non esistono, infatti, rassegne

o analisi prodotte in modo sistematico da fonti istituzionali e che abbiano come unità di rilevazione le singole aziende sanitarie. Anche le iniziative delle Regioni, che potrebbero mettere a confronto le performance delle aziende facenti parte dei propri Ssr, sono quasi sempre assenti e, lì dove sviluppate, spesso deboli.

D'altro canto i costi delle assenze sul lavoro sono evidenti e rilevanti. Quelli economici si riferiscono al costo di rimpiazzo dei dipendenti (reclutare, selezionare, inserire, formare e retribuire i sostituti) e alla ridotta produttività (evidente nel caso di mancato rimpiazzo). Inoltre i problemi di disponibilità e di qualità degli eventuali rimpiazzi possono comportare una minore sicurezza dei servizi resi dalle aziende sanitarie.

2.1. Le difficoltà di un'analisi sistematica

Le ragioni della situazione sopra descritta sembrano riconducibili a quattro tipi di difficoltà.

Innanzitutto ci sono difficoltà di inquadramento teorico, legate soprattutto allo schema da utilizzare nel procedere con tale tipo di analisi. Cosa considerare assenza? Quali assenze considerare fisiologiche e quali invece considerare come un problema di organizzazione aziendale e di gestione del personale (Costa, 1997)? È evidente che, ad esempio, un'assenza per malattia è, al contempo, esercizio di un diritto fondamentale a tutela dei lavoratori ma, se mal gestita, può essere anche sintomo di clima organizzativo deteriorato, o più semplicemente il frutto di un comportamento opportunistico del singolo lavoratore.

Il secondo tipo di difficoltà riguarda le culture dominanti nelle aziende sanitarie e cioè quella burocratica e quella professionale clinica. Tale difficoltà si collega strettamente a quella citata nel punto precedente, rendendo più difficile per le aziende definire lo schema teorico per tale analisi. Sia la cultura burocratica, sia la cultura clinica concentrano energie e attenzione all'esame e alla risoluzione di problemi singoli e hanno più difficoltà a fare diagnosi di sistema, basate sull'analisi di dati aggregati. Il controllo di legalità e di correttezza formale del procedimento amministrativo, centrale nella cultura burocratica, guarda al singolo caso, alla sin-

gola procedura. Allo stesso modo, l'autonomia professionale e l'attenzione al processo diagnostico-terapeutico, centrale nella cultura clinica, guarda al singolo paziente. In entrambi i casi, tale attenzione al particolare finisce certamente per tutelare il singolo – e cioè il lavoratore – ma probabilmente dedicando minore attenzione alle compatibilità organizzative più complessive. Ad esempio, quando considerate singolarmente, le assenze per malattia potrebbero risultare assolutamente comprensibili e legittime (anche perché adeguatamente certificate), ma le stesse assenze potrebbero risultare meno comprensibili e sospette quando confrontate coi dati rilevati in altre aziende simili per settore di attività e composizione dell'organico. Per usare una metafora che è possibile trarre dal mondo sanitario, per un'adeguata analisi delle assenze servono sia un approccio di tipo clinico, sia – e forse più – un approccio di tipo epidemiologico.

La terza difficoltà possibile è di tipo tecnico e gestionale. Fare analisi sistematiche sulle assenze significa ritenerle una variabile critica e degna di attenzione, avere ricevuto un mandato esplicito da parte della direzione aziendale, avere a disposizione le basi dati rilevanti, saperle utilizzare nelle estrazioni e nelle elaborazioni, saperle leggere e, non meno importante, saperle comunicare. Spesso tutto ciò è reso più difficile da sistemi informativi relativi alle presenze spesso poco tempestivi e fruibili con difficoltà da parte dei dipartimenti, del controllo di gestione, della direzione infermieristica, ecc.

Infine, ma non meno importante, è la prudenza che le aziende e le persone che vi lavorano hanno nel fornire i dati relativi alle assenze dei propri dipendenti. Una prudenza che si spiega principalmente col voler evitare di fornire dati che rischiano di essere oggetto di facili strumentalizzazioni o che potrebbero mettere in discussione lo *status quo* interno, le pratiche organizzative, gli accordi più o meno taciti frutto di relazioni di lungo periodo tra azienda, dipendenti e organizzazioni sindacali, le ricadute sul consenso politico esterno degli amministratori, ecc.

2.2. Le possibili risposte

Rispondere a tali difficoltà non è certamente facile. Oggi però le possibilità e la

necessità di farlo sembrano maggiori rispetto anche solo a pochi anni fa.

Rispetto all'inquadramento teorico, le dimensioni che sembra utile tenere in conto per l'analisi e l'eventuale azione aziendale sono le seguenti:

– *il grado di volontarietà/obbligatorietà delle assenze*: il caso tipico è quello legato alla gravidanza e alla maternità, con un periodo di assenza previsto come obbligatorio per la donna che partorisce e la possibilità di estendere facoltativamente tale assenza;

– *i rischi di comportamenti opportunistici collegati a ciascun tipo di assenza*: il ricovero ospedaliero dovuto a una malattia genetica non conosciuta dal dipendente lascia, ad esempio, pochi spazi a comportamenti opportunistici; sempre come esempio, la convalescenza a casa per un'emicrania o l'assenza per gravidanza a rischio potrebbero più facilmente essere invece il frutto di comportamenti opportunistici del dipendente;

– *i costi per l'azienda, che possono essere monetari, gestionali e di clima organizzativo*: le assenze non pagate non comportano costi monetari diretti ma potrebbero comportarne di indiretti, ad esempio l'attivazione della reperibilità da parte di un collega. Inoltre, se non programmate le assenze non pagate comportano comunque costi gestionali (riorganizzazione dei turni, riallocazione delle attività, ecc.). Infine, un alto tasso di assenze in genere deteriora il clima organizzativo, soprattutto quando si tratta di assenze percepite come opportunistiche da parte di quei lavoratori che continuano ad essere presenti.

Per rispondere alla seconda difficoltà sopra rilevata – e cioè l'orientamento al particolare tipico sia nella cultura burocratica, sia nella cultura clinica – occorre dare più spazio ad analisi capaci di comparare contesti aziendali diversi, facendo prevalere l'evidenza dei numeri rispetto alla spiegazione della singola fattispecie. Questa possibilità è evidentemente tanto maggiore quanto più fruibili risultano le informazioni, il che rimanda alla terza difficoltà, di tipo tecnico e gestionale. Oggi i sistemi informatici rendono facili analisi su grandi *database*, capaci di intercettare ed evidenziare anomalie e punti critici. Si tratta allora di promuovere la fruibilità di tali

informazioni ai diversi livelli dell'azienda, così che dipartimenti, unità operative, ecc. possano interrogare direttamente i *database* e procedere ad analisi ulteriori rispetto a quelle fornite periodicamente sotto forma di *report standard* da parte dei servizi di supporto centrali.

Infine, il livello del dibattito pubblico sul tema nel nostro Paese è tale che informazioni ben strutturate sul fenomeno delle assenze non potrebbero che contribuire a una maggiore responsabilità e veridicità del confronto, oggi basato per lo più su testimonianze di casi-limite, percezioni individuali, posizioni ideologiche o interessi di parte. Nonostante i problemi di cui si è detto, resta cioè lo spazio per sviluppare indicatori adeguati e quindi procedere con analisi delle assenze strutturate all'interno delle aziende sanitarie, specialmente in quelle pubbliche, che appartengono a una rete istituzionale più omogenea e quindi possono certamente trovare utilità in analisi interaziendali svolte a livello regionale o sovra-regionale.

3. Il caso dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

3.1. Alcuni dati di base sull'Azienda

L'azienda ospedaliera «Arcispedale Santa Maria Nuova» organizza le sue attività clinico-assistenziali nei seguenti dipartimenti: chirurgia generale e specialistica, medicina interna e specialità mediche, cardio-toracovascolare e area critica, onco-ematologico e malattie infettive, neuro-motorio, ostetrico ginecologico e pediatrico, medicina di laboratorio, diagnostica per immagini, emergenza-urgenza.

I posti-letto sono 892, di cui 775 per ricoveri ordinari e 117 per ricoveri in *day hospital*.

Il personale dipendente (a tempo determinato e indeterminato) a fine 2005 ammontava a 2.531 unità così ripartite: 1.804 del ruolo sanitario, 8 del ruolo professionale, 511 del ruolo tecnico, 208 del ruolo amministrativo.

3.2. L'emergere del fabbisogno del monitoraggio/analisi

Il progetto «Sistema informativo sul personale - Indicatori di gestione» nasce nel

2005, dietro sollecitazione della Direzione aziendale che chiede al servizio Controllo di gestione di sviluppare un sistema informativo strutturato e attendibile in grado di alimentare un sistema di reportistica e di indicatori a supporto della direzione per la gestione del personale.

L'obiettivo informativo è quello di sintetizzare l'attività lavorativa effettuata in termini di presenze e distribuzione dell'attività nelle varie aree, al fine di evidenziare le caratteristiche, la struttura e le eventuali sofferenze delle varie unità operative nello svolgere le proprie attività.

Il percorso è stato così avviato attraverso la collaborazione con il Servizio di informatica, il Servizio gestione del personale, la Direzione infermieristica, tecnica ed ostetrica e la Direzione operativa aziendale. Le fasi del progetto si sono articolate in:

- individuazione della fonte-dati e analisi funzionale del *database* a partire dalle informazioni disponibili all'interno del programma di gestione dei cartellini;
- individuazione indicatori e predisposizione della reportistica;
- estrazione e predisposizione dei dati;
- controllo qualità del dato;
- automazione periodica dell'estrazione dati, degli indicatori e della reportistica.

Gli obiettivi attesi sono riconducibili ai seguenti:

- evidenziazione di aree di sofferenza in cui intervenire per un'equilibrata organizzazione dell'attività lavorativa;
- disponibilità di sintetiche e tempestive informazioni a supporto della direzione gestione del personale per una maggiore efficacia e efficienza nell'organizzazione.

3.3. Metodologia e tipologia di analisi

L'analisi ha l'obiettivo di rappresentare e quantificare le risorse umane all'interno dell'azienda entro un determinato periodo di tempo, distinguendo e qualificando le presenze e le assenze del personale in organico.

Ciò può essere esplicitato a differenti livelli di dettaglio sia in termini di figure professionali (ruolo e qualifica), sia per centro di costo di appartenenza. I dati sono estratti dal

database del programma di rilevazione presenze che rileva a mezzo *badge* le timbrature in entrata e in uscita del personale. Per ogni matricola, in funzione del modello di orario, e per ogni giornata lavorativa è rilevato:

- un orario in entrata o in uscita che determina un orario «fatto», pari alle ore rilevate da cartellino;
- un orario «dovuto», cioè da effettuarsi in base alle indicazioni contrattuali e organizzative.

Il saldo tra fatto e dovuto determina un'eccedenza a credito o a debito di ore. Le ore a credito possono essere retribuite come ore straordinarie oppure utilizzate in compensazione del saldo maturato o comunque tenute momentaneamente a disposizione.

L'assenza «fisica» del dipendente dall'attività specifica di reparto/servizio deve essere giustificata da una causale di assenza che può avere due differenti trattamenti contabili:

– *causali di assenza contabilizzate «a giorni»*, che non fanno parte dell'orario dovuto e riconducibili principalmente a ferie, malattie, gravidanza o congedi e aspettative (**tabella 1**). Questa tipologia di assenza identifica assenze continue vere e proprie, che escludono il dipendente dallo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa;

– *causali di assenza contabilizzate «a ore»*, che sono assimilate alle ore fatte, rientrano nel dovuto e si sommano alle ore timbrate. Esse sono riconducibili alle attività di formazione e aggiornamento, alle missioni o alle riunioni di reparto, ai permessi (l. 104/1992⁴, 150 ore per studio, permessi sindacali, ecc.; **tabella 2**). Questa tipologia di assenza identifica assenze temporanee dal reparto prevalentemente per motivi personali (permessi) o legate ad attività non prettamente assistenziali; rientrando nell'orario fatto, possono generare false interpretazioni dello straordinario, spesso utilizzato come *proxy* di carichi di lavoro troppo elevati per la dotazione organica.

3.4. Analisi delle assenze

Le causali di assenza sono state raggruppate in gruppi omogenei in funzione della natura della presenza/assenza che si vuole

considerare ai fini dell'analisi e del trattamento contabile a cui sono soggette (causali a giorni, che non rientrano nel fatto/dovuto, e causali a ore, che invece fanno parte del fatto/dovuto). I raggruppamenti che riuniscono in macroclassi le tipologie di assenza sono i seguenti:

– *ferie*: la causale è misurata in giorni; vi rientrano le ferie e i congedi straordinari per rischio radiologico;

– *malattia*: la causale è misurata in giorni; vi rientrano tutti i casi di assenza per malattia o infortunio, quali il congedo straordinario per malattia, l'aspettativa per malattia, il ricovero ospedaliero, la conservazione del posto per malattia, l'infortunio sul lavoro, i giorni di infortunio;

– *gravidanza*: la causale è misurata in giorni; individua tutte le assenze legate al percorso della gravidanza normale dalle leggi 53/2000 e 1204/1971, l'astensione obbligatoria, l'astensione facoltativa, i congedi per malattia del figlio, i congedi per adozioni, l'aspettativa per accadimento, i permessi previsti dalla L. 1204/1971;

– *permessi vari e astensioni*: la causale è misurata in giorni oppure in ore; il personale è assente per causali eterogenee, legate alla L. 104/1992, ai permessi studi, alla partecipazione a concorsi, alle licenze matrimoniali, ai permessi per lutto, alla partecipazione a scioperi, ecc.;

– *sospensione aspettativa*: la causale è misurata in giorni; il personale è assente per un lungo periodo determinato; esso quindi non è più operativo ma rimane ugualmente in organico per vari motivi quali il comando, l'aspettativa per trasferimento ad altro ente, l'aspettativa per motivi di famiglia, motivi sindacali, il servizio civile, ecc.;

– *formazione e aggiornamento*: la causale è misurata in ore; il personale è assente nella sua ordinaria routine in quanto impegnato in attività straordinarie di natura formativa e a tal fine beneficia di permessi per convegni, aggiornamenti esterni, formazione interna ed esterna;

– *missioni, riunioni, attività di servizio*: la causale è misurata in ore; il personale è assente nella sua ordinaria routine in quanto impegnato in attività straordinarie di natura organizzativa, che comprendono causali di missione esterna o riunioni di reparto;

Tabella 1

Causali di assenza contabilizzate a giorni

Ferie	Congedo ordinario rischio radiologico
	Ferie ordinarie
Malattie	Ricovero ospedaliero
	Infortunio sul lavoro Malattia senza limite decurtazione Malattia per causa di servizio Conservazione del posto per malattia Donazione midollo osseo
Permessi	Permesso per donazione sangue
	Permesso per matrimonio Permessi L. 104/1992 disabili Permesso elettorale Permesso per commissione concorso Sciopero Congedo straord. senza assegni per motivi personali e familiari ex D.M. 278/2000 Permesso per concorso o esame Permesso per lutto
Gravidanza	Astensione facoltativa 30% L. 104/1992 art. 33 bambini minori di 3 anni
	Astensione facoltativa senza assegni padre/madre ex L. 53/2000 Astensione facoltativa (senza assegni) L. 1204/1971, 1° e 2° comma Astensione obbligatoria (100%) L. 1204/1971 Astensione facoltativa (30%) L. 1204/1971, art. 7 Interd. Antic. 100 – L. 1204/1971 Congedo straordinario malattia figlio Permesso L. 1204/1071, 1° e 2° comma Aspettativa senza assegni per accudire figli minori di 6 anni Congedo senza assegni per adozioni internazionali Malattia figlio senza assegni L. 53/2000 – 5 giorni
Sospensioni/aspettative	Comando
	Aspettativa sindacale Sospensione impiego motivi cautelativi Aspettativa senza assegni per mandato politico art. 81 D.L.vo 267/2000 Aspettativa senza assegni D.L.vo 229/1999 dir. gen. Aspettativa senza assegni per motivi di famiglia Aspettativa senza assegni per trasferimento altro ente

Tabella 2

Causali di assenza contabilizzate a ore

Formazione	
Missioni/riunioni di reparto	
Permessi	Sindacali Per carica pubblica Pubblica necessità tribunale o elezioni Per studio 150 ore diploma L. 624/1994 sicurezza sul lavoro L. 104/1992 a ore Per motivi personale Sciopero a ore Assemblea sindacale Trattativa sindacale Per studio 150 ore università

L'analisi delle assenze è stata sviluppata costruendo indicatori che rapportino le diverse tipologie di assenza alle ore di attività svolta in reparto o comunque effettuata all'interno dell'azienda.

La presenza rilevata attraverso la timbratura genera, per ogni dipendente, un monte ore denominato «*Orario fatto riconosciuto*»; la tipologia contrattuale di appartenenza genera invece un monte ore da dedicare denominato «*Orario dovuto riconosciuto*».

L'attività effettivamente svolta in reparto è rappresentata dall'indicatore «*Ore fatte specifiche in reparto*» ed è calcolata a partire dall'orario fatto e riconosciuto a cartellino,

Ore fatte in servizio (incluse nell'analisi)	Ore di assenza dal reparto (incluse nell'analisi)	Ferie (escluse dall'analisi)
Fatte specifiche in reparto/servizio Formazione Missioni e attività di servizio	Malattia Gravidanza Permessi Aspettativa	Ferie ordinarie Congedi rischio radiologico

Tabella 3
Tipologie di ore considerate

al netto delle causali di assenza contabilizzate a ore e riconosciute nell'orario di presenza. Tale indicatore può rappresentare una proxy della forza lavoro a disposizione per la copertura dei turni.

Se riportiamo le «Ore fatte specifiche in reparto» all'orario fatto riconosciuto, otteniamo invece l'indicatore «% ore fatte specifiche in reparto su ore fatte riconosciute» che evidenzia percentualmente quante ore sono riconducibili ai carichi di lavoro in reparto sul totale delle ore timbrate.

Come osservato nel paragrafo 2, la natura delle assenze può essere assai diversa. L'Azienda di Reggio Emilia, con riferimento alle sette classi sopra individuate, distingue la prima e le ultime due:

- le ferie non sono considerate in tale analisi, in quanto si tratta di assenze che costituiscono un diritto/dovere per il dipendente e sono programmabili;

- le attività di formazione e aggiornamento, così come le missioni, le riunioni, le attività di servizio, sono distinte poiché costituiscono assenze al contempo fisiologiche rispetto alla quotidianità aziendale e non durevoli.

Nella reportistica aziendale le assenze che ricadono in quest'ultima classe vengono sommate alle «Ore fatte specifiche di reparto/servizio», dando luogo al totale delle «Ore fatte in servizio» (tabella 3), in quanto rappresentano il contributo complessivo del dipendente alle attività, assistenziali e non, dell'azienda sanitaria.

Le altre quattro categorie di assenze (Malattie, Gravidanza, Permessi e Aspettative) sono invece sintetizzate nell'indicatore «Assenze dal reparto», anche sulla reportistica, che è strutturata per contratto applicato, ruolo professionale e centro di costo (cioè unità operativa) cui i dipendenti sono assegnati.

L'indicatore «Assenze complessive» si riferisce infine alla somma delle «Assenze dal reparto» più le «Assenze per attività di formazione/aggiornamento e missioni/riunioni di reparto» (tabella 4), ed evidenzia il volume di ore eventualmente da reintegrare in reparto con il cosiddetto organico integrativo.

Ore formazione
Ore missione e attività di servizio
Ore malattia
Ore gravidanza
Ore permessi
Ore aspettativa

Tabella 4
Assenze complessive

Rapportando le ore di «Assenza dal reparto» con il totale delle «Ore fatte in servizio» si determina l'indicatore «% di ore in assenza (dal reparto) su ore in servizio», che esprime quante ore di assenze dal reparto sono accumulate ogni 100 ore in servizio (intendendo sia la presenza in turno del reparto, sia la partecipazione ad eventi formativi o missioni/riunioni di reparto). In questo modo nella progettazione di avvio di una nuova attività che richieda l'assunzione di un determinato numero di operatori, è opportuno calcolare, sullo storico, la percentuale di assenze sul totale delle ore in reparto di tutta una équipe, per considerare le eventuali integrazioni necessarie. Oppure l'indicatore può trovare significatività nel confronto tra strutture analoghe, o per capire anomalie di comportamento particolari di determinate figure professionali.

Il valore informativo dell'indicatore precedente può essere affinato rapportando le ore di «Assenza complessive» (che includono anche la mancata presenza in reparto per attività formative o di riunione) alle «Ore specifiche in reparto», evidenziando con ciò

quante ore di assenza complessiva fa un dipendente ogni 100 ore di attività «in turno».

A fini esemplificativi e per meglio rappresentare il significato degli indicatori proposti, la **tabella 5** ipotizza la situazione, per un determinato periodo temporale, di un dipendente del comparto con un debito orario contrattuale di 36 ore a settimana, che ha maturato 44 ore di straordinario, ha visto il riconoscimento, nell'orario di lavoro, di 180 ore per attività di formazione, missioni, permessi e sia stato inoltre a casa per ulteriori 540 ore.

I valori simulati mostrano che pur essendo un'eccedenza del debito orario pari a 44 ore, non si evidenzia un aumento dei carichi di lavoro in quanto non tutte le ore riconosciute nell'orario fatto indicano una presenza nei turni di reparto.

Infatti, l'indicatore «% di ore fatte specifiche in reparto (presenza in turno) su ore fatte riconosciute» risulta essere pari solo all'83,18% (indice = g/b %), evidenziando con ciò che il 16,82% della disponibilità oraria è assorbita da altre attività (formazione, missioni, riunioni di reparto) o da assenze riconosciute nell'orario di lavoro (permes-

si). In termini numerici assoluti, rispetto alle 1.070 ore riconosciute, il dipendente ha goduto di 180 ore di assenza; pertanto lo straordinario maturato di 44 ore non corrisponde a maggiori carichi di lavoro ma è stato generato da attività non specifiche del reparto (120 ore formazione, 50 ore missioni/riunioni di reparto e 10 ore di permessi).

Nell'esempio precedente si considera inoltre un periodo di assenze (a giorni) del dipendente per ulteriori 540 ore così composte:

- 48 giorni di malattia corrispondenti a 288 ore;
- 12 giorni di permesso per matrimonio corrispondenti a 72 ore;
- 9 giorni per permesso per commissioni concorso corrispondenti a 54 ore;
- 3 giorni per permesso per lutto corrispondenti a 18 ore;
- 18 giorni per congedo straordinario per malattia del figlio e aspettativa sindacale corrispondenti a 108 ore.

Questi giorni/ore vengono esclusi dal calcolo delle ore fatte/dovute a cartellino, ma

Tabella 5
Esempio numerico

			Ore periodo
Ore riconosciute a cartellino	Orario dovuto riconosciuto	a	1.026
	Orario fatto riconosciuto	b	1.070
	Eccedenza debito orario (-> straordinario)		44
Di cui assenze (ore) riconosciute nell'orario fatto	Formazione	<i>c1</i>	120
	Missione/riunioni di reparto	<i>c2</i>	50
	Permessi (es. L. 104, permesso 150 ore per studio, permesso sindacale)	<i>c3</i>	10
	Totale	c	180
	Totale ore FATTE in servizio	e: (b-c3)	1.060
	Totale ore FATTE specifiche in reparto	g: (b-c)	890
	% ore FATTE specifiche in reparto su ore FATTE riconosciute	(g/b)%	83,18%
Assenze giornaliera escluse dal debito orario (espresse in ore)	Malattia	<i>d1</i>	288
	Altri permessi (es. matrimonio, commissioni concorso, lutto)	<i>d2</i>	144
	Congedi (es. aspettativa per motivi di famiglia, aspettativa sindacale)	<i>d3</i>	108
	Totale	d	540
	Totale ore di ASSENZA complessive	f: (c+d)	720
	Totale ore di ASSENZA dal reparto	p: (c3+d)	550
	% ore ASSENZA (dal reparto) su ore in servizio	(p/e)%	51,87%
	% ore ASSENZA (complessive) su ore specifiche in reparto	(f/g)%	80,86%

di fatto rappresentano una mancata presenza del dipendente presso la struttura.

Quindi prendendo a riferimento le «Assenze complessive» fatte dal dipendente nel periodo considerato, al netto delle ferie, ed utilizzando l'indicatore «% ore assenza (dal reparto) su ore in servizio» (indice p/e %) risulta la sua mancata presenza per 51,87 ore ogni 100 in servizio oppure utilizzando l'indicatore «% ore assenza (dal reparto) su ore specifiche in reparto» (indice f/g %) si evidenziano 80,86 ore ogni 100 ore specifiche dedicate al turno in reparto.

3.5. Attività specifica in reparto e analisi dei «carichi di lavoro»

Mentre la metodologia precedente focalizza l'attenzione sulle ore di attività fatte specificatamente in reparto, rapportandole al totale delle ore fatte ed evidenziando così quanta parte dell'attività riconosciuta è svolta in «turno», nella seguente analisi si è individuato un indicatore che rapporta le ore fatte in reparto alle ore potenziali contrattualmente e denominato «% ore specifiche in reparto sul potenziale dovuto»:

– se il rapporto è = 100%, le ore effettivamente lavorate in reparto corrispondono pienamente al debito contrattuale dovuto, pertanto il dipendente, a parte le ferie, non è mai stato assente per malattie e permessi vari e neanche per attività non direttamente assistenziali come formazione e riunioni di reparto. Quindi la struttura ha potuto contare sulla piena disponibilità del dipendente, il quale, a sua volta, non ha dovuto prestare attività aggiuntiva oltre il debito contrattuale;

– se il rapporto è < 100%, le ore effettivamente lavorate specificamente in reparto sono inferiori al dovuto e quindi l'eventuale sofferenza in termini di personale è attribuibile alle assenze (sia per formazione che malattie e permessi) ma la dotazione organica di base della struttura sembra adeguata, nel

senso che il dipendente ha lavorato meno in reparto della sua potenzialità oraria contrattuale; la struttura non sembra sovraccaricare di attività aggiuntiva finalizzata ai turni di reparto;

– se il rapporto è > 100%, le ore effettivamente lavorate in reparto sono superiori al dovuto e quindi può evidenziarsi una sofferenza reale nella dotazione organica, in quanto l'attività prettamente di reparto necessita di un volume di ore superiori a quelle contrattuali e determina pertanto gli straordinari.

Anche in questo caso, a titolo esemplificativo riprendiamo la simulazione del caso precedente, integrando la tabella con ulteriori indicatori (**tabella 6**).

Il «Totale ore potenziali contrattuali» (indice $m = a + d$), rappresenta il numero di ore massimo che un dipendente è tenuto a dare (al netto delle ferie, che rappresentano un diritto-dovere sia per l'azienda che per il dipendente). Se rapportiamo il «Totale ore fatte specifiche in reparto» alle «Ore potenziali contrattuali», otteniamo l'indicatore «% ore specifiche in reparto sul potenziale contrattuale» (indice g/m %) che indica quante ore sono fatte specificatamente in reparto ogni 100 ore potenziali.

Riprendendo l'esempio si osserva che tale indice per il dipendente è pari al 56,86%, cioè meno di 57 ore fatte in turno ogni 100 ore potenziali contrattualmente.

Ciò significa che se non ci fossero state tutte le assenze riconosciute contrattualmente, e cioè sia quelle riconosciute nell'orario fatto, pari a 180 ore (indice c), sia quelle escluse dal debito orario, pari a 540 ore (indice d), il dipendente avrebbe lavorato meno del debito orario (890 ore fatte in reparto rispetto a 1.566 ore potenziali da dedicare). Quindi la dotazione organica non è in sofferenza «strutturale».

Se consideriamo oltre alle ore specifiche in reparto anche le ore per attività di servizio (missioni, riunioni di reparto, formazio-

Totale ore potenziali contrattuali	m: (a+d)	1.566
% ore fatte specifiche in reparto sul potenziale contrattuale	(g/m)%	56,86%
% ore fatte in servizio sul potenziale contrattuale	[(b- c3)]/m%	67,71%

Tabella 6
Esempio numerico

ne, ecc.), ottenendo così le «*Ore di attività in fatte servizio*» (indice e), e le rapportiamo sempre alle «*Ore potenziali contrattuali*», possiamo calcolare l'indicatore «*% ore in servizio sul potenziale contrattuale*» che risulta, nell'esempio, pari al 67,71%, cioè meno di 68 ore trascorse in turno o in altre attività di servizio ogni 100 ore potenziali. Se tali risultati fossero confermati anche dagli ipotetici colleghi del dipendente considerato nell'esempio, l'indicatore confermerebbe, almeno in prima ipotesi, l'adeguatezza dell'organico assegnato o addirittura la sovrabbondanza. Se l'indicatore «*% ore di attività specifiche in reparto sul potenziale contrattuale*» fosse invece stato superiore a 100, sarebbe emerso che il dipendente, pur avendo fatto alcune assenze, avrebbe prestato la propria attività in reparto per un numero di ore superiore al debito contrattuale, pertanto i carichi di lavoro nella struttura di appartenenza avrebbero implicato il ricorso allo straordinario. Il significato dell'indicatore si limiterebbe a segnalare una possibile sofferenza. Ovviamente essa potrebbe essere generata da un'effettiva carenza di organico oppure da un'organizzazione inefficiente dei turni o delle attività⁵.

3.6. La reportistica

La situazione attuale, all'interno dell'azienda ospedaliera di Reggio Emilia, vede l'utilizzo consolidato di tale cruscotto di indicatori dal 2006 a livello della Direzione aziendale, a cui essi sono trasmessi trimestralmente dal Servizio controllo di gestione.

La reportistica standard prevede l'analisi delle seguenti variabili, per il periodo considerato, suddivisa per tipologia di contratto, ruolo e centro di costo:

- ferie maturate e godute;
- ore fatte e straordinari;
- tipologia di assenza;
- attività specifica in reparto/servizio;
- ore di formazione.

L'elaborazione prevede sempre il confronto tra l'anno corrente e l'anno precedente.

3.7. Alcuni dati relativi al primo semestre 2006

Le assenze

A livello aziendale l'andamento delle assenze riconosciute nel primo semestre 2006 evidenzia che ogni 100 ore di attività specifica in reparto, i dipendenti accumulano 12,5 ore di assenza riconosciuta.

Come si evince dalla **tabella 7**, nel primo semestre 2005 a livello aziendale sono state riconosciute mediamente 13,7 ore di assenza ogni 100 ore di attività specifica in reparto. Di queste 5,3 sono dovute a malattia, 3,3 a gravidanza, 2,5 a formazione e aggiornamento e 2 a permessi vari. Nel primo semestre 2006 le ore di assenza riconosciute sono 12,5 ogni 100 ore di attività specifiche in reparto, con un pari decremento – rispetto ai consuntivi 2005 – in tutte le categorie di assenze riconosciute.

Considerando il numero medio di ore di assenze complessive per ciascun dipendente, inteso come unità pesata sul base del rapporto di equivalenza uomo-periodo e corretto con le frazioni di *part-time*, si registrano circa 105,8 ore nel primo semestre 2005, che scendono a 97,1 ore nel primo semestre 2006 (fatto di circa 26 settimane).

L'analisi è maggiormente esplicativa a livello di tipologia di ruolo professionale, come mostrato alla **tabella 8**.

L'attività specifica in reparto

L'analisi a livello aziendale della «*% ore specifiche in reparto sul potenziale contrattuale*» come indicatore di possibili sofferenze nei carichi di lavoro, mostra che nell'anno 2005 il 94% del debito orario contrattuale (escluse le ferie) è assorbito dalle attività specifiche in reparto (**tabella 9**). Se consideriamo anche altre attività di servizio, come missioni, riunioni di reparto e formazione tale percentuale sale al 97%. Tali dati sono sostanzialmente confermati anche nel primo semestre 2006. Questo significa che se non ci fossero assenze a giorni, che abbassano il debito orario contrattuale, l'attività «lavorativa» sarebbe adeguatamente coperta dall'organico esistente. Sono soltanto valori superiori al 100% che darebbero infatti evidenza di possibili difficoltà «strutturali» nelle dota-

	1° semestre		Media ore assenza per unità pesata		% assenze su ore specifiche in reparto	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Totale ore malattia	98.080	90.291	41,2	37,4	5,3%	4,8%
Totale ore gravidanza	59.958	60.659	25,2	25,1	3,3%	3,2%
Totale ore permessi	36.452	33.116	15,3	13,7	2,0%	1,8%
Totale ore attività di servizio	10.780	9.369	4,5	3,9	0,6%	0,5%
Totale ore formazione	46.483	40.654	19,5	16,9	2,5%	2,2%
Totale altro	12	3	0,0	0,0	0,0%	0,0%
<i>Totale ore specifiche in reparto</i>	<i>1.834.078</i>	<i>1.876.964</i>				
<i>Totale ore fatte in servizio</i>	<i>1.891.079</i>	<i>1.926.704</i>				
		Totale	105,8	97,1	13,7%	12,5%

Tabella 7
Assenze riconosciute nel primo semestre 2005 per ruolo di appartenenza, Ao Reggio Emilia

	Comparto			Dirigenza		Media aziendale
	Sanitario	Tecnico	Amm.vo	Medica	Sanitaria	
					Non medica	
Ore assenze complessive riconosciute (media per dipendente)	109,2	93,6	72,8	7,3	98,9	97,1
% ore assenze complessive riconosciute su ore specifiche in reparto	14,8	12,5	9,2	7,8	11,8	12,5
Di cui per:						
- malattia	4,8	8,3	4,8	1,3	3,4	4,8
- gravidanza	5,1	1,4	1,4	1,3	2,2	3,3
- permessi	2,1	2,0	1,6	0,7	0,9	1,8
- attività di servizio	0,6	0,1	0,3	0,6	1,7	0,5
- formazione	2,2	0,6	1,0	3,9	3,7	2,5
- altro	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Tabella 8
Assenze riconosciute nel primo semestre 2006 per ruolo di appartenenza, Ao Reggio Emilia

zioni organiche o nella loro organizzazione e gestione.

Anche in questo caso la situazione è notevolmente diversa per tipologia di ruolo. Soffermandoci sui valori 2005 (sostanzialmente confermati nel primo semestre 2006) le principali evidenze sono le seguenti:

- complessivamente per il personale del comparto gli indici restano sotto al 100%, non mostrando quindi evidenti carenze «strutturali» nella dotazione organica. Piuttosto, le eventuali sofferenze sono riconducibili a prolungate assenze del personale. Per il personale amministrativo il primo indicatore, ovvero la «% ore specifiche in reparto

sul potenziale contrattuale» è pari al 94,3%, mentre il secondo indicatore, ossia la «% ore in servizio sul potenziale contrattuale», corrisponde al 96%. Per il ruolo sanitario non medico il primo indicatore è pari al 89,9%, mentre il secondo raggiunge il 93%. Infine, per il ruolo tecnico il primo indicatore è pari al 92,1%, mentre il secondo si assesta al 92,8%;

- le valutazioni cambiano analizzando gli indicatori relativamente alla dirigenza. Per il ruolo medico, l'indicatore «% ore specifiche in reparto sul potenziale contrattuale» è pari al 107,8%, mentre la «% ore in servizio sul potenziale contrattuale» corrisponde al 113%. Ciò evidenzia che l'attività specifi-

Tabella 9

Verifica delle dotazioni organiche nel 2005 e nel primo semestre 2006, Ao Reggio Emilia

Contratto	Ruolo	% ore specifiche in reparto su potenziale contrattuale		% ore in servizio su potenziale contrattuale	
		2005	2006	2005	2006
Comparto	Amministrativo	94,30%	95,90%	96,00%	97,20%
	Sanitario non medico	89,90%	90,80%	93,00%	93,30%
	Tecnico non sanitario	92,10%	92,20%	92,80%	92,90%
Dirigenza non medica	Amministrativo	106,70%	99,40%	111,70%	104,20%
	Professionale	113,90%	110,20%	116,70%	113,00%
	Sanitario non medico	98,00%	98,40%	104,20%	103,70%
	Tecnico non sanitario	102,70%	105,70%	111,70%	109,30%
Dirigenza medica	Medico	107,80%	109,00%	113,00%	113,80%
Totale		93,90%	94,80%	96,90%	97,30%

ca in reparto richiede un impegno complessivo superiore al debito orario contrattuale. Le eventuali situazioni di criticità non sono conseguenza delle assenze ma sono già insite nelle attività ordinarie del reparto o nell'organizzazione del lavoro. Importanti differenze si rilevano, inoltre, osservando i dati per tipologia di disciplina: pur mantenendosi generalmente superiori al 100%, le discipline chirurgiche raggiungono valori del primo indicatore che oscillano tra il 115% ed il 145%, mentre le specialità cliniche si mantengono mediamente entro il 110%. Infine, per il ruolo dirigenziale sanitario non medico il primo indicatore risulta pari a 98% e il secondo al 104,2%: si tratta dunque di una situazione che, seppure in grado minore rispetto a quanto avviene per i medici, mostra un potenziale di sofferenza di organico o organizzativa.

4. Discussione e prospettive

1. I potenziali utilizzatori di tale tipo di analisi nelle aziende ospedaliere pubbliche sono tre⁶:

– *la direzione aziendale* (compresa la direzione infermieristica), responsabile dell'organizzazione e della gestione complessiva. I dati sui livelli e la composizione delle assenze offrono un indicatore e uno strumento potente di check-up organizzativo a uso della direzione aziendale;

– *l'ufficio del personale*, responsabile della corretta amministrazione delle risorse umane ma anche del supporto alle politiche di sviluppo professionale e organizzativo. L'ufficio del personale, oltre a gestire i sistemi di presenza-assenza, deve poi gestirne le ricadute in termini di voci stipendiali, voci accessorie (comprese quelle definite dalla contrattazione integrativa aziendale, che spesso aggancia la corresponsione di una quota della retribuzione di «produttività» alla presenza in servizio), indicazioni previdenziali;

– *i dipartimenti e le unità operative*, responsabili del funzionamento delle articolazioni organizzative e, probabilmente, di buona parte della gestione operativa del personale. La gestione del personale nelle organizzazioni altamente professionali deve prevedere ampi gradi di delega gestionale e la ricerca di un clima di diffusa fiducia organizzativa. A tal fine l'analisi delle assenze costituisce uno strumento di monitoraggio e di gestione assai utile.

È chiaro che tanto più l'utilizzo delle analisi sulle assenze da parte dei tre attori suddetti sarà coerente e sinergico, tanto maggiori potranno essere le ricadute sulla funzionalità aziendale in termini di organizzazione e gestione delle attività, di clima organizzativo e forse anche di risultati economici (seppur in misura limitata come effetti diretti).

Una condizione che deve essere attentamente rispettata è quella di un uso prudente e responsabile dei dati, basato su una lettura attenta della loro natura e della loro rilevanza concreta. A tale proposito, l'indicazione più ovvia è quella di basare il più possibile l'analisi e le eventuali azioni che ne possono conseguire sui confronti intertemporali cioè su serie storiche e interaziendali.

Allo stesso modo, è però necessario che l'eventuale evidenza di situazioni critiche – ad esempio nel tener conto di oggettive sofferenze nella dotazione organica, oppure nel sanzionare in modo fermo eventuali comportamenti opportunistici – comporti una coerente risposta da parte dell'azienda, anche in termini di comunicazione interna, soprattutto quando il non agire potrebbe comportare un deterioramento del clima organizzativo.

2. I dati mostrati nel caso descritto al paragrafo precedente confermano differenze rilevanti nelle medie dei tassi di assenza del personale, quando confrontate per ruolo di appartenenza a livello aziendale. Evidentemente tali differenze risultano maggiori quando il confronto sia fatto tra dipartimenti o, ancora di più, tra unità operative. Si tratta, quindi, di confronti e analisi rilevanti per i responsabili delle articolazioni organizzative aziendali, che possono utilizzarli per gestire il personale e mantenere un buon clima organizzativo. Particolarmente adatti in tal senso risultano i confronti tra dipartimenti, grandi abbastanza da rendere statisticamente significative le comparazioni⁷.

D'altro canto, è evidente che nelle attività ospedaliere l'organizzazione del lavoro debba in qualche modo tener conto della naturale tendenza degli operatori a ridurre, col passare degli anni, la propria disponibilità a svolgere turni notturni e festivi o comunque a vedere migliorati contenuti e condizioni organizzative del proprio lavoro⁸. Le aziende sanitarie e le loro unità organizzative sono chiamate quindi a gestire i «cicli di vita professionale» dei propri dipendenti, capaci di offrire a tutti opportunità di modificare o qualificare ruoli e attività svolte e, al contempo, capaci di gestire casi individuali di particolare sofferenza, *burn-out*, ecc. Gestione tanto più critica e urgente a seguito delle recenti riforme del mercato del lavoro, che prevedono un sensibile allungamento della vita lavorativa, come

conseguenza della progressiva abolizione delle pensioni di anzianità e dell'aumento dell'età pensionabile.

Un'altra possibile azione aziendale consiste nello sviluppo di misure a sostegno delle famiglie o comunque del bilanciamento vita-lavoro dei dipendenti, così da eliminare altre fonti di potenziale stress e quindi di assenze. Misure quali l'attivazione di nidi aziendali, di convenzioni per il disbrigo di alcune pratiche amministrative, di servizi di lavanderia, ecc. possono certamente risultare utili, come confermato da numerose esperienze recenti.

3. Un miglioramento della rilevazione potrebbe basarsi sulla fondamentale distinzione tra due tipi di metriche per le assenze: da un lato il numero di giornate perse, dall'altro la frequenza degli episodi di assenza (Steel, 2003: 244-5). La letteratura infatti tende ad associare le «assenze volontarie» a quelle di breve durata (eventualmente ripetute) e quindi tende a usare indicatori basati sulla frequenza delle assenze. Al contrario, le assenze di lunga durata – e quindi gli indicatori basati sul numero di giornate perse – sono più frequentemente ritenute «assenze involontarie».

Inoltre, un affinamento della rilevazione potrebbe guardare alla distribuzione delle assenze (varianza, ecc.), nonché alla loro cadenza temporale nel corso delle settimane e dell'anno.

4. La funzionalità delle aziende sanitarie potrebbe certamente trarre benefici da un confronto interaziendale sistematico. A tal fine sembra urgente sviluppare indicatori che siano condivisi e quindi adottati dalle diverse aziende del sistema. Paradossalmente, in gran parte sembra ancora valido quanto Frankel osservava nel lontano 1921 (p. 488): «Finora, solo un numero relativamente piccolo di organizzazioni ha provato a rilevare dati sugli assenti. Quando tali dati sono rilevati, è usuale trarne le cosiddette *percentuali di assenteismo*. Anche il più veloce esame di tale indicatore mostrerà che ancora non siamo arrivati ad un metodo univoco di definizione e rilevazione. Per tale ragione, questi dati non portano a una facile comparazione delle assenze tra le diverse organizzazioni» (T.d.A)⁹.

I confronti interaziendali permettono tra le altre cose di apprezzare gli effetti delle culture aziendali specifiche, che hanno un impatto rilevante sui livelli di assenze medi (Rentsch, Steel, 2003).

In tal senso, l'esperienza aziendale discussa nel presente articolo può e vuole essere una proposta operativa per sviluppare una rete professionale che abbia l'obiettivo di costruire una base dati comune e di discutere e individuare possibili politiche del personale e azioni di management.

Una volta definita e alimentata una base dati comune, sarebbe infatti possibile effettuare analisi multivariate capaci di migliorare la nostra conoscenza circa il fenomeno delle assenze nel sistema sanitario italiano e delle sue determinanti organizzative.

5. I dati sulle assenze possono essere utilemente comunicati ai singoli collaboratori. Come notano Gaudine e Saks (2001: 16), «la combinazione di informazioni sulle proprie performance e di uno standard di riferimento ha un forte impatto motivazionale sulla performance che segue. [...] Così, perché ciò avvenga nel caso delle assenze, gli individui hanno bisogno di informazioni accurate circa le proprie assenze e uno standard di riferimento, elementi che possono mancare entrambi. Diversi studi hanno mostrato che i dipendenti non hanno percezioni accurate circa le proprie assenze o quelle del proprio gruppo di lavoro. Tali studi hanno trovato una *distorsione a proprio favore*, secondo la quale gli individui sottostimano le proprie assenze e sovrastimano quelle dei colleghi» (T.d.A). In particolare, lo studio citato trova che i *feedback* individuali sulle assenze riducono, nel caso dei dipendenti con tassi sopra la media, sia il numero di episodi di assenza, sia il numero totale di giornate perse (tali *feedback* non sembrano invece efficaci nel ridurre i tassi degli assenteisti estremi). Tuttavia, tali risultati possono essere limitati da più fattori, tra i quali (Guadine, Saks, 2001: 23-4):

- grado di discrezionalità di cui gli individui dispongono nel ridurre le proprie assenze;
- condizioni di stress sul lavoro che determinano per gran parte le assenze¹⁰;

– le difficoltà che i dipendenti possono trovare nel modificare i propri comportamenti – per mancanza di risorse o capacità – nonostante ne abbiano la motivazione.

6. Infine, la trattazione ha mostrato come l'analisi delle assenze vada oltre il concetto – negativo – di assenteismo, che domina invece il dibattito pubblico. Come è stato fatto notare di recente con riferimento ai Comuni capoluogo di provincia, non è detto che alti tassi di assenza siano necessariamente indicatori di clima organizzativo deteriorato o di comportamenti opportunistici. Al contrario, essi potrebbero essere collegati alla maggiore quota di donne sugli organici complessivi, all'abitudine di donare il sangue, oppure più semplicemente all'esistenza di un sistema di rilevazione presenze/assenze che funziona. È proprio l'urgenza di qualificare il dibattito che rende necessario replicare e via via diffondere le analisi qui discusse all'insieme delle aziende del sistema sanitario italiano.

Note

1. Ad esempio Schein (1992) sottolinea l'importanza della cultura organizzativa come condizione che favorisce e crea il coordinamento delle attività e delle persone che lavorano all'interno dell'azienda.
2. Facendo una ricerca sulle oltre 550 riviste italiane di scienze sociali, economia, diritto e storia censite dall'Associazione ESSPER (www.biblio.liuc.it/essper), a giugno 2007 alla chiave di ricerca «assen*» corrispondono 227 titoli, ma i 40 circa che riguardano il fenomeno delle assenze sul lavoro sono quasi esclusivamente riferiti alla disciplina giuridica e alla giurisprudenza associata. Tra le eccezioni di carattere più gestionale si segnala Tofanini *et al.* (2001), che peraltro riguarda proprio un'azienda sanitaria pubblica.
3. In realtà la relazione tra condizioni di lavoro e assenze è ancora più complicata. Come osserva Ose (2004: 162), un ambiente di lavoro ben organizzato e salutare permette anche alle persone con salute peggiore di lavorare. Ma l'inclusione di tali lavoratori «deboli» potrebbe paradossalmente far aumentare il tasso medio di assenze.
4. La «Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate» prevede condizioni e modalità per il riconoscimento di permessi retribuiti a genitori, familiari o affidatari delle persone gravemente disabili.
5. Sul tema dei carichi di lavoro e delle difficoltà di una loro identificazione in campo sanitario, cfr. De Pietro, Tereanu (2005).
6. Oltre a quelli citati nel testo, altri fruitori delle analisi sulle assenze sono i servizi di programmazione e controllo, che devono tenerne conto sia per le determinazioni di contabilità analitica, sia per il budget

- del personale (cfr. ad esempio Martinelli, 2003: 73-80, 174-5, 194-6, 216).
7. In ogni caso confronti rilevanti possono essere fatti lavorando statisticamente le rilevazioni, ad esempio eliminando eventuali valori *outlier*.
 8. La letteratura di economia del lavoro ha chiaramente mostrato come l'organizzazione del lavoro su turni si accompagni ad assenze elevate (cfr. ad esempio Drago, Wooden, 1992).
 9. In inglese il termine «assenteismo» non ha la connotazione negativa che invece usualmente ha in italiano. In tal senso, l'inglese «absenteeism» corrisponde piuttosto al fenomeno generale delle «assenze» in italiano.
 10. Con riguardo a professioni ospedaliere quali l'infermieristica, gli autori sottolineano come «prendersi alcuni giorni di riposo come risposta allo stress è visto da alcuni come una pratica usuale», arrivando a sostenere che «le assenze hanno una funzione di "manutenzione" per gli infermieri. È stato trovato che assenze occasionali aiutano a mantenere condizioni fisiche e psichiche gestibili. [...] Gli operatori sanitari possono considerare le proprie assenze come un benefit facente parte del proprio contratto d'impiego e un diritto acquisito, in particolare da quando i recenti tagli di budget hanno aumentato i carichi di lavoro e i livelli di stress» (Caudine, Saks, 2001: 24; T.d.A).

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

- COSTA G. (1997), *Economia e direzione delle risorse umane*, Seconda edizione, UTET, Torino.
- DE PIETRO C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, McGraw-Hill, Milano.
- DE PIETRO C., TEREANU C. (2005), «Carichi di lavoro e fabbisogno di personale nelle aziende del SSN: criticità e prospettive», *Mecosan*, 55, pp. 65-85.
- DRAGO R., WOODEN M. (1992), «The determinants of labor absence: economic factors and work group norms across countries», *Industrial and Labor Relation Review*, 45, pp. 764-778.
- FRANKEL E. (1921), «Labor Absenteeism», *The Journal of Political Economy*, 29(6), pp. 487-499.
- GAUDINE A.P., SAKS A.M. (2001), «Effects of an absenteeism feedback intervention on employee absence behaviour», *Journal of Organizational Behaviour*, 22, pp. 15-29.
- GOODMAN P.S., ATKIN R.S. (eds) (1984), *Absenteeism*, Jossey-Bass, San Francisco.
- HACKETT R.D., BYCIO P., GUION R.M. (1989), «Absenteeism among hospital nurses: an idiographic-longitudinal analysis», *The Academy of Management Journal*, 32(2), pp. 424-453.
- ICHINO P. (2006), *I nullafacenti*, Mondadori, Milano.
- MARTINELLI M. (2003), *Programmazione e controllo del costo del personale nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano.
- OSE S.O. (2004), «Working conditions, compensation and absenteeism», *Journal of Health Economics*, 24: pagg. 161-188.
- RENTSCH J., STEEL R.P. (2003), «What does unit-level absence mean? Issues for future unit-level absence research», *Human Resource Management Review*, 13(2), pp. 185-202.
- SCHEIN E.H. (1992), *Organizational Culture and Leadership*, 2nd edition, Jossey-Bass, San Francisco.
- STEEL R.P. (2003), «Methodological and operational issues in the construction of absence variables», *Human Resources Management Review*, 13(2), pp. 243-51.
- TOFANINI P. ET AL. (2001), «Assenze, inidoneità e invalidità: alcune evidenze da una azienda ospedaliera», *Mecosan*, 40, pp. 69-74.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

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

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

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

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan

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

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

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Lunghezza articoli

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

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

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

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

Pubblicazioni con più autori

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

Saggi in pubblicazioni

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

Articoli in riviste

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

Rapporti/Atti

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

Non pubblicati

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

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

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

La congruità delle tariffe Drg: un caso aperto

CLAUDIA NANNEI

The DRG financing system needs periodic revision, in terms of disease classification and fares, to keep up with the evolution of medical science. From the case of three inpatients considered clinically identical by the surgeon and treated by the same team in the Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, this article analyses the DRG for stomach, oesophagus and duodenum surgery in order to demonstrate that (i) the classification system is not able to adequately describe patients facing the same surgery, but starting from different health conditions, (ii) the payment fares need to be periodically updated to keep up with the evolution of medical technology, and (iii) the DRG system does not contribute to public health cost savings.

Note sull'autore

Claudia Nannei è Direttore dell'UO Controllo di Gestione presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, cnannei@yahoo.com

Ringraziamenti

Si ringraziano, per la grande disponibilità e la fattiva collaborazione, il prof. Luca Del Bene, la sig.ra Mila Luperini, il dott. Mauro Rossi e la sig.ra Catia Tassone

1. Introduzione. Il sistema di finanziamento a prestazione: le tariffe Drg

1.1. Il sistema Drg e la sua introduzione in Italia

La riforma del Sistema sanitario nazionale introdotta con i D.L. vi 502/1992 e 517/1993 ha previsto, tra l'altro, che l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte dei soggetti produttori pubblici e privati accreditati fosse regolata sulla base di tariffe predeterminate.

Dal 1° gennaio 1995, infatti, si è provveduto all'introduzione del pagamento a tariffa per le prestazioni di assistenza ospedaliera basato sul sistema Drg (*diagnosis related group*) o Rod (raggruppamenti omogenei di diagnosi).

I Drg, nella definizione del Ministero della salute, rappresentano una classificazione dei pazienti ospedalieri che presentano caratteristiche cliniche analoghe e richiedono volumi omogenei di risorse ospedaliere per il loro trattamento.

I Drg nascono negli anni '70 negli USA (Università di Yale) e sono lì introdotti nel 1983 per regolare i rapporti economici degli ospedali con i pazienti iscritti al *Medicare*.

Questo sistema è costruito sulla base delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, che sono analizzate da un *software*, detto *DRG Grouper*, che, per assegnare un Drg valuta la *diagnosi principale di dimissione*, ossia la condizione morbosa principale, codificata secondo la classificazione internazionale delle malattie proposta dall'Organizzazione mondiale della sanità nella versione con modificazioni cliniche (ICD-9-CM), la presenza o meno di un *codice di intervento chirurgico*, l'*età del paziente*, le *patologie secondarie*, che rappresentano sia le complicanze del ricovero che le comorbilità, e che comunque possono far

SOMMARIO

1. Introduzione. Il sistema di finanziamento a prestazione: le tariffe Drg
2. L'analisi di congruità delle tariffe Drg
3. Conclusione

allungare la durata della degenza e il conseguente assorbimento di risorse assistenziali da parte del paziente e, per ultimo, lo *stato del paziente alla dimissione*.

L'idea alla base dei Drg è che ogni paziente dimesso con un certo Drg ha assorbito mediamente la stessa quantità di risorse durante il suo processo di diagnosi e cura, includendo nel costo delle risorse tutti i costi relativi ai servizi alberghieri, agli esami di laboratorio e radiologia, alle giornate di degenza, alle giornate di eventuale ricovero in terapia intensiva, all'assistenza infermieristica ecc.

L'introduzione del sistema Drg in Italia è avvenuta per quantificare l'entità dei finanziamenti ospedalieri sulla base della varietà dei casi di ricovero trattati (*case mix*).

In Italia il valore massimo di un punto di peso Drg è stato fissato a livello nazionale con un Decreto Ministeriale della fine del 1994, ma le autorità competenti per determinarlo sono le Regioni. Negli anni successivi, infatti, si è assistito ad un proliferare di tariffe regionali che hanno interpretato il sistema Drg in modo elastico ed hanno variato le tariffe sulla base delle strutture di erogazione del ricovero, dell'età e del sesso dei pazienti trattati, dell'impiego o meno di ausili medico-chirurgici (protesi, *pace-maker*, ecc.) e comunque sulla base dei propri costi di produzione.

Per regolare gli scambi tra Regioni relativi alla mobilità sanitaria, si è adottata quindi a livello nazionale una Tariffa unica convenzionale (Tuc) per ogni Drg.

L'introduzione di una tariffa predeterminata ha dato una spinta all'efficienza nell'erogazione delle prestazioni di ricovero, in quanto le aziende hanno dovuto contenere i costi di erogazione entro i limiti definiti dalle tariffe adottate, spostando l'attenzione del management delle neo-costituite aziende ospedaliere (alle quali, come alle aziende territoriali, è stata data personalità giuridica, patrimoniale ed economica e quindi autonomia gestionale) sul rapporto tra ricoveri prodotti, e quindi ricavi conseguiti, e costi della produzione. Inoltre, data la libertà di scelta del paziente circa la struttura a cui rivolgersi per soddisfare il suo bisogno di salute, l'introduzione del sistema di pagamento a tariffa avrebbe dovuto spingere verso un aumento della qualità dei servizi offerti, con-

dizione necessaria per continuare ad attrarre l'utenza.

L'obiettivo del legislatore quando ha introdotto elementi di mercato nel sistema sanitario nazionale, dando autonomia normativa ed amministrativa in materia alle Regioni, costituendo gli enti erogatori e territoriali in aziende, quindi sotto il vincolo dell'equilibrio di bilancio, e introducendo il finanziamento a prestazione per le aziende ospedaliere, era di aumentare il livello qualitativo del sistema ma, soprattutto, trovare un mezzo per contenere l'incremento della spesa sanitaria. (Marinò, 2002).

1.2. Misure per il contenimento della spesa sanitaria regionale: il modello adottato in Regione Toscana

Gli effetti ad oggi visibili della riforma sanitaria del '92-'93 sono di un incremento continuo della spesa sanitaria, dovuto soprattutto a comportamenti opportunistici delle aziende produttrici che hanno finito per erogare prestazioni di ricovero non necessarie o inappropriate e hanno adottato comportamenti professionalmente dubbi magari dimettendo i pazienti anche non perfettamente stabili clinicamente.

Questo ha reso necessaria la costruzione di strumenti di controllo a tutti i livelli della «scala gerarchica» degli attori del sistema sanitario.

Tali controlli si rivolgono sia alle modalità di erogazione di una prestazione, ad esempio stabiliscono a livello di singolo Drg il rapporto tra ricovero ordinario e ricovero diurno (ad es. il Drg 311 «interventi per via transuretrale senza CC» di tipo chirurgico deve essere erogato per il 36% in ricovero ordinario e per il restante 64% in *day surgery*), sia alle caratteristiche del percorso di ricovero con l'esito per il paziente (quanto è durata la degenza, che tipo di dimissione ha avuto il paziente, c'è stato un successivo rientro in ospedale per lo stesso MDC?).

Inoltre, il contenimento della spesa sanitaria ha sviluppato a livello regionale una serie di pratiche che vanno dall'imposizione di tetti finanziari di compensazioni per le strutture eroganti alla definizione a priori della quantità di prestazioni erogabili.

In Regione Toscana ad esempio – dove il modello di riferimento ha come caratteristica principale l'accento sulla programma-

zione di Area Vasta, cioè la costruzione di programmi di attività concertati a livello di raggruppamenti geografici ritenuti significativi, formati da aziende sanitarie locali e una Azienda ospedaliera che rappresenta il riferimento per le attività considerate di secondo e terzo livello – dall'anno 2005 sono stati «congelati» gli scambi economici all'interno delle aree vaste ai livelli dell'anno precedente aggiungendo un 2%.

L'azienda di produzione dell'area vasta ha visto quindi bloccare il valore dei suoi ricavi all'interno dell'area vasta di riferimento al valore dell'anno precedente, indipendentemente dal volume e dalla tipologia di prestazioni erogate. Considerando che all'interno dell'area vasta si consolida tra il 60 e l'80% del valore della produzione, la struttura di finanziamento dell'azienda ospedaliera si è avvicinata a quella dell'azienda territoriale, con la definizione a priori della maggior parte delle risorse finanziarie a disposizione.

Inoltre, dall'anno 2006, il blocco delle compensazioni tra aziende è stato esteso a tutta la Regione, «valicando» quindi anche il livello territoriale di riferimento per la programmazione sanitaria.

È stato questo un chiaro messaggio da parte del governo regionale alla riduzione degli sprechi dovuti al duplicarsi di funzioni e servizi all'interno delle singole aree vaste ed allo sviluppo della programmazione sanitaria in area vasta, che ancora non ha raggiunto livelli ottimali, anche se ha aperto una crisi finanziaria per quelle aziende dove esisteva l'equilibrio di bilancio e soprattutto dove sono in atto ristrutturazioni degli ambienti che prenderanno del tempo e consentiranno solo in futuro di adeguare gli spazi alle nuove esigenze di erogazione delle prestazioni (ampliamento degli spazi ambulatoriali, riduzione delle degenze ordinarie, diffusione dei poli-ambulatori sul territorio ecc.).

2. L'analisi di congruità delle tariffe Drg

2.1. Il caso: analisi comparativa tra costi di produzione e tariffe dei Drg 154 e 155

Nella pratica, tuttavia, le tariffe Drg non rivestono per gli operatori della sanità un parametro di riferimento utile per impostare la programmazione delle proprie attività, ma vengono viste come una classificazione bu-

rocratica dei ricoveri, che non riesce a tenere in considerazione la complessità della casistica trattata, definendo in modo asettico, e a volte poco chiaro, un percorso diagnostico-terapeutico che è sicuramente condizionato dal paziente stesso, dal suo modo di vivere la patologia, dal supporto esterno ma soprattutto da condizioni cliniche generali che non possono essere compiutamente rappresentate per necessità di sintesi.

La critica più frequente a tale sistema di classificazione da parte di chi opera a contatto con i pazienti è che queste classificazioni, e le tariffe associate, sono obsolete e non tengono conto sia dell'evoluzione delle tecniche medico-chirurgiche che dell'aumentare della sopravvivenza di pazienti critici sempre più impegnativi dal punto di vista assistenziale.

Si rende quindi sempre più pressante la necessità di revisione delle tariffe per meglio rappresentare il reale assorbimento delle risorse ma soprattutto una revisione del sistema Drg in quanto l'evoluzione della classificazione delle malattie (grande incremento delle patologie conosciute e delle procedure chirurgiche) non ha trovato rispondenza in un necessario incremento dei Drg di riferimento.

Un significativo caso di incapacità del sistema di classificazione delle malattie (ICD-9-CM) e della tariffazione a Drg di far fronte tempestivamente all'evoluzione delle pratiche cliniche è rappresentata da ciò che accade per i Drg 154-155 - Interventi su esofago, stomaco e duodeno su adulti rispettivamente con complicanze e senza complicanze, dove insieme ad interventi considerati di media-bassa difficoltà, quali la plastica antireflusso e la resezione gastrica, confluiscono interventi di alta ed altissima specialità per il trattamento di tumori esofagei o di ingestione di caustici. In questa tipologia di pazienti la resezione esofagea è accompagnata dalla sua ricostruzione e, nella prima tipologia di interventi, questo avviene su pazienti che già hanno subito trattamenti chemio o radioterapici e in entrambi i casi presentano disfagia.

La particolarità dell'intervento consiste nel creare da 2 a 3 vie di accesso – toracica, addominale ed eventualmente cervicale – che consentono la resezione dell'esofago e la sua ricostruzione prelevando un organo interno (stomaco o intestino) e posizionandolo all'altezza del torace o del collo. Tutto

questo utilizzando tecniche mini invasive e quindi strumenti endoscopici *ad hoc*.

A seconda della durata dell'intervento chirurgico, i pazienti passano almeno 2-3 giorni in terapia intensiva o sub-intensiva. Inoltre, per almeno 20 giorni viene loro somministrata una terapia nutritiva entrale o via catetere venoso centrale.

Prendiamo quindi questa tipologia di Drg per analizzare nel dettaglio i costi di produzione e verificare la congruità delle tariffe DRG che in regione Toscana sono pari a € 12.340 per il Drg 154 e € 5.402 per il Drg 155 ed a livello nazionale (tariffe uniche concordate - Tuc) sono pari rispettivamente a € 10.944 e € 5.268.

2.2. Metodologia di analisi dei costi applicata al caso analizzato

Si procede all'analisi dei costi dei Drg suddetti, tenendo conto sia dell'esigenza di modifica del *DRG Grouper* al fine di prendere in considerazione i cambiamenti intervenuti nelle modalità tecniche di esecuzione degli interventi, che i nuovi maggiori costi

che queste comportano e quindi l'esigenza di modificare la tariffa applicata.

Si prendono in considerazione 3 pazienti ritenuti significativi e rappresentativi dal punto di vista clinico (considerati clinicamente simili dal chirurgo in termini di impegno assistenziale sostanzialmente uguale nonostante diagnosi principale diversa e rappresentativi delle nuove modalità di approccio alla patologia oncologica – distruttiva-ricostruttiva, nonché significativi per evidenziare i «nuovi cronici» – patologie prima mortali, ora invalidanti) e tutti trattati dalla stessa équipe chirurgica presso l'unità operativa (Uo) di Chirurgia generale IV dell'Azienda ospedaliero universitaria pisana (Aoup) nell'anno 2006 (presso questa struttura sono stati dimessi in questo anno 135 pazienti con Drg 154 o 155, è la struttura dell'azienda dove si eseguono il 60% di questi interventi).

Le **tabelle 1, 2 e 3** riassumono le caratteristiche principali dei 3 ricoveri presi in considerazione: la tipologia di patologia (diagnosi) che fa scaturire la necessità del ricovero; il tipo di intervento che viene eseguito;

Tabella 1

Caratteristiche primo caso analizzato

Paziente n. 1	21971		
Diagnosi: Procedura:	ETP esofago toracico post chemio-terapia esofagectomia totale per via toracotomica, laparoscopica e cervicotomica (3 vie di accesso) esofagogastroplastica cervicale per via retrosternale		
Data ricovero:	26-mar		
Data intervento:	29-mar	Durata intervento:	8 ore
Ricovero in terapia intensiva:	29-mar	03-apr	6 gg
Data dimissione:	10-apr	Durata totale di degenza:	16 gg

Tabella 2

Caratteristiche secondo caso analizzato

Paziente n. 2	30633		
Diagnosi: Procedura:	stenosi esofagea da caustici esofago-colonoplastica, gastrostomia, piloroplastica, digiunostomia, esofagostomia cervicale		
Data ricovero:	11-mag		
Data intervento:	15-mag	Durata intervento:	5 ore 25 min
Ricovero in SI:	15-mag	21-mag	7 gg
Data dimissione:	05-giu	Durata totale di degenza:	26 gg

Paziente n. 3	67717		
Diagnosi: Procedura:	adenocarcinoma su Barret esofagotomia subtotale, esofagogastroplastica per via laparoscopica e toracotomia (2 vie di accesso)		
Data ricovero:	06-nov		
Data intervento:	09-nov	Durata intervento:	5 ore 30 min
Ricovero in SI:	09-nov	14-nov	6 gg
Data dimissione:	21-nov	Durata totale di degenza:	16 gg

Tabella 3
Caratteristiche terzo caso
analizzato

la data del ricovero e quella dell'intervento, la cui differenza ci indica i giorni di degenza presso il reparto di ricovero ordinario per la preparazione all'intervento; la durata dell'intervento chirurgico, che ci segnala l'impegno della sala operatoria e degli operatori; le date di ingresso ed uscita dai reparti di terapia intensiva e/o sub-intensiva, necessari per calcolare il numero delle giornate di degenza presso questi; la data di dimissione, per determinare i giorni che i pazienti sono rimasti nel reparto di degenza ordinaria prima di essere dimessi.

Nell'Aoup è presente un sistema di contabilità analitica per centro di costo (Cdc) e nel piano dei centri attualmente attivo la Uo Chirurgia generale IV è così rappresentata nella struttura ad albero:

Uo Chirurgia generale IV (Centro di responsabilità):

- degenza ordinaria (Cdc);
- degenza sub-intensiva (Cdc);
- *day hospital* (Cdc);
- sala operatoria (Cdc);
- ambulatori (Cdc);
- Centro di costo comune di Uo (Cdc).

La metodologia di analisi dei costi dei tre pazienti individuati è stata un misto tra

analisi dei costi di processo e analisi dei costi per centro di costo. Infatti, il processo di ricovero è stato scomposto nelle seguenti fasi: preparazione all'intervento; intervento chirurgico; decorso post-operatorio; *follow-up* post dimissione, ed ogni fase è stata analizzata con i due metodi secondo lo schema della **tabella 4**.

Per preparazione all'intervento si intende il tempo dall'ingresso del paziente in ospedale al momento dell'intervento, durante il quale il paziente si trova ricoverato nel reparto di degenza ordinaria e viene rivalutata nel complessivo la sua operabilità (sulla base degli esami pre-ricovero e la sua situazione clinica contingente).

Nella valutazione dei costi della fase di preparazione all'intervento e del decorso post-operatorio in degenza ordinaria, in degenza sub-intensiva o in terapia intensiva si è tenuto conto del costo medio a giornata di degenza del reparto chirurgico in cui è ricoverato il paziente (in questi casi l'Uo di Chirurgia generale IV e la Uo di Terapia intensiva IV che supporta la prima per questo tipo di pazienti), costruito dai costi totali rilevati per centro di costo (c.d.c.) dalla contabilità analitica e prendendo in considerazione le elaborazioni fatte al fine dell'invio dei dati per l'Osservatorio costi

Fase	Metodo di analisi costo
Preparazione all'intervento	Analisi per Cdc per determinare il costo medio a giornata di degenza del reparto di degenza ordinaria
Intervento chirurgico	Costi dei fattori produttivi impiegati nella fase dell'intervento
Decorso post-operatorio	Analisi per Cdc per determinare il costo medio a giornata di degenza del reparto di terapia intensiva e sub intensiva
<i>Follow-up</i> post dimissione	Costo dei fattori produttivi impiegati nelle visite di controllo

Tabella 4
Fasi del processo
e metodologia di analisi
dei costi

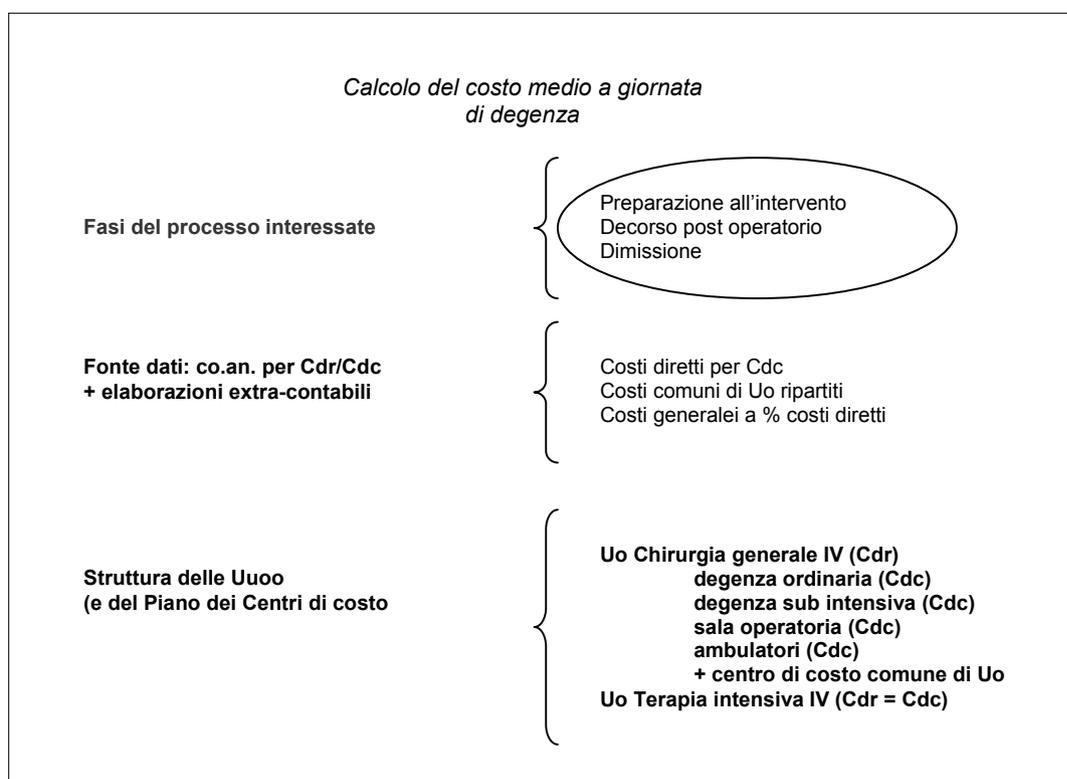
della Regione Toscana (come da schema nella **tabella 5**).

Tali elaborazioni prendono in considerazione le seguenti categorie di costi: costo del personale dirigente sanitario e del comparto sanitario (importo dello stipendio di competenza del periodo corrisposto al singolo dipendente e degli oneri riflessi a carico dell'azienda) separato per Cdc sulla base del tempo dedicato alla degenza ordinaria, al *day hospital*, alla degenza sub-intensiva, all'ambulatorio ed alla sala operatoria; costo figurativo del personale universitario ripartito per Cdc come l'altro personale sanitario e valorizzato al costo medio annuo (competenze più oneri a carico dell'azienda) per figura professionale; costo dei materiali di consumo sanitari e non consegnati ai vari Cdc sulla base delle richieste pervenute presso tutti i magazzini aziendali (valorizzati al prezzo medio di periodo per ogni prodotto); costo delle prestazioni di diagnostica e di consulenza ricevute da altre unità operative aziendali (ad esempio, esami di laboratorio e di diagnostica per immagini) valorizzate a tariffa del Nomenclatore tariffario della Re-

gione Toscana (NTR); costo dei servizi alberghieri appaltati (quali: pasti per pazienti degenti, pulizie, vestitura posto letto e tavolo operatorio) richiesti per ogni Cdc dalle Caposala e valorizzate secondo i prezzi stabiliti nei contratti di fornitura (prezzo del pasto, prezzo a metro quadro delle pulizie classificate per categoria di rischio ecc.); costo per attrezzature a noleggio valorizzate al costo contrattuale; quota annua di ammortamento e manutenzione di tutti gli arredi, attrezzature e strutture dei Cdc della Uo come da registro beni inventariati; costo per tutte le utenze rilevate dai contatori di padiglione e ripartite per centro di costo sulla base dei metri quadri dei locali occupati; riparto dei costi del Cdc comune della Uo Chirurgia generale IV (costituiti sostanzialmente dai costi totali della segreteria di Uo, dal costo del direttore e del caposala della Uo, e dai costi degli ambienti comuni quali alette e sale riunioni) la cui base di riparto è data dal numero dei centri di costo della Uo escluso il centro di costo da ribaltare (in questo caso 5: reparto degenza ordinaria, reparto *day hospital*, degenza sub-intensiva, ambulatori e sala operatoria); quo-

Tabella 5

Schema di sintesi della metodologia usata per il calcolo del costo medio a giornata di degenza



ta dei costi generali e di struttura che discendono dai costi dei Cdc relativi alla struttura amministrativa e tecnica dell'Azienda (dalla Direzione generale ai dipartimenti amministrativi, allo staff) ripartiti sulla base dei costi diretti dei Cdc di produzione. Lo schema riepilogativo di quanto sopra è contenuto nella **tabella 6**.

Le giornate di degenza che vengono prese in considerazione sono quelle dei pazienti transitati dal reparto di degenza ordinaria (ammessi dall'esterno o per trasferimento da altro reparto aziendale e dimessi all'esterno o ad altro reparto aziendale).

Un riepilogo dei dati per il calcolo del costo medio a giornata di degenza è contenuto nella **tabella 7**.

2.3. L'intervento chirurgico

Si è proceduto ad un'analisi dettagliata dei costi dell'intervento chirurgico, in quanto il

discriminante rispetto ad altri ricoveri con stesso Drg di dimissione è proprio nell'impegno di sala operatoria e nell'utilizzo di materiali altamente innovativi.

Tale analisi ha preso in considerazione: il *personale* impegnato nell'intervento (3 chirurghi, 1 anestesista con il supporto di un tecnico di anestesia, 1 ferrista ed 1 operatore di sala, riepilogati nella **tabella 8**) e valorizzato al costo medio orario per figura professionale derivante dal costo medio annuo diviso per il numero delle ore lavorate; il *materiale utilizzato per l'anestesia*, considerata particolarmente impegnativa poiché la durata dell'intervento è molto lunga e le condizioni cliniche generali di questi pazienti sono critiche e valorizzato al prezzo medio di periodo (si veda **tabella 9** per dettaglio); il *materiale monouso* quali telini, siringhe, garze ed altri beni di consumo (**tabella 10**); lo *strumentario chirurgico mo-*

Calcolo del costo medio a giornata di degenza

Criteria per l'attribuzione e il riparto dei costi

- **Personale sanitario** (osp. e univ.): ore di tempo dedicato a degenza ordinaria, sala operatoria, degenza sub-intensiva, ambulatori
- **Beni di consumo**: scarichi (consegne) dai magazzini ai Cdc sulla base di polizze di richiesta
- **Acquisto prestazioni dall'interno**: registrazioni su DB dei laboratori e delle radiodiagnostiche valorizzate a NTR
- **Servizi alberghieri appaltati**: mensa e lavanolo=> richieste delle CS valorizzate a costo pasto da contratto; pulizie => stanze assegnate a Cdc, valorizzate per costo al mq per area a rischio; ecc.
- **Attrezzature a noleggio**: costo contrattuale per Cdc
- **Ammortamento e manutenzione attrezzature**: da procedura inventario assegnazione per Cdc dei beni immobili e registro manutenzioni per Cdc
- **Utenze**: da contatore per padiglione, ripartite in base ai mq di Cdc
- **Costi comuni di Uo**: costo Direttore, Caposala, segreteria, cancelleria, ecc., ripartiti sulla base del numero dei Cdc di Uo
- **Costi generali e di struttura**: costo strutture direzionale e di supporto aziendale, % rispetto ai costi diretti dei Cdc di produzione

Tabella 6
Criteri per attribuzione
e riparto dei costi

Tabella 7

Costo medio a giornata di degenza per tipologia di reparto

Da Contabilità analitica Aoup e Osservatorio costi Regione Toscana			
	Tipologia di reparto		
	Degenza ordinaria	Degenza sub-intensiva	Terapia intensiva
<i>Tipologia di costo</i>			
Personale sanitario dirigente	676.182	96.597	311.792
Personale comparto sanitario	740.996	105.857	562.391
Personale universitario (costo figurativo)			41.764
Personale non dipendente (consulenze)			29.427
Beni di consumo sanitari	150.989	21.570	711.653
Beni di consumo non sanitari	35.752	5.107	56.969
Ammortamenti	135.604	19.372	151.173
Manutenzioni (canoni e post-danno)	59.359	8.480	73.735
Godimento beni di terzi	3.946	564	12.562
Servizi alberghieri appaltati	148.168	21.167	143.897
Utenze			71.009
Ribaltamento costi comuni di Uo	46.975	6.711	65.065
Acquisto prestazioni dall'interno	190.094	27.156	235.260
TOTALI COSTI	2.188.065	312.581	2.466.695
Totale compreso quota costi generali	2.480.172	354.310	2.795.999
Giornate di degenza	5.004	556	2.100
Costo medio a gg degenza (euro)	496	637	1.331

Tabella 8

Personale coinvolto nell'intervento chirurgico

INTERVENTO CHIRURGICO								
Personale coinvolto								
Figura professionale	Q.tà	Costo orario	Ore int. paz. 1	Costo int. paz. 1	Ore int. paz. 2	Costo int. paz. 2	Ore int. paz. 3	Costo int. paz. 3
Chirurgo	3	45	7	315	5	225	5	225
Anestesista	1	61	8	488	5,5	336	5,5	336
Ferrista	1	25,5	7	179	5	128	5	128
Operatore di sala	1	22	8	176	5,5	121	5,5	121
Infermiere anestesista	1	25,5	8	204	5,5	140	5,5	140
Totale costo personale ad intervento				€ 1.362		€ 949		€ 949
Ore intervento	Durata in ore dell'intervento chirurgico							
Costo intervento	Costo dell'intervento chirurgico a paziente							

Descrizione prodotto	Quantità	Costo unitario	Costo a intervento
<i>Accesso arterioso</i>			
Kit arteria	1	15,3	15,3
Set catet. Art. radiale	1	11,5	11,5
<i>Accesso venoso</i>			
Agocannule 18G delta ven 1	2	0,25	0,5
<i>Intubazione orotracheale</i>			
Tubo tracheale con cuffia n. 7,5 rüsh	1	0,99	0,99
<i>Farmaci</i>			
Diprivan 1% 300 mg	3	11,06	33,18
Fentanest 500 mg	5	0,31	1,55
Nimbex 40 mg	4	6,12	24,48
Morfina 70 mg	7	0,21	1,47
Intrastigmina 2,5 mg	5	0,13	0,65
Atropina	2	0,1	0,2
Luan pomata	1	3,29	3,29
Sevorane Abbott 250 ml	1	133,13	133,13
Certofix trio V 720 Braun	1	22,9	22,9
Lidocaina 200 mg	1	1,3	1,3
Ago retto n. 1 ethicon	1	0,6	0,6
Rubinetti n. 3 aries	3	0,26	0,78
Telini sterili	2	4,0	8,0
<i>Set per PCA</i>			
Gemstar pump set	1	8,54	8,54
Sondino naso gastrico	1	56,4	56,4
SNG salem 18 Tyco	1	1,61	1,61
<i>Consumo liquidi</i>			
Ringer lattato 1000 ml	5	0,67	3,35
Voluven 500 ml	2	7,77	15,54
Soluzione fisiologica 100 ml	1	0,63	0,63
Soluzione fisiologica 250 ml	1	0,73	0,73
<i>Materiale vario</i>			
Circuito respiratorio (adulti) DAR	1	5,29	5,29
Catetere mount Deas	1	0,94	0,94
Filtro HME Pall circ. respiratori	1	2,05	2,05
Siringhe da 5/10/20 ml	15	0,1	1,5
Siringhe emogasanalisi smiths	4	0,82	3,28
Maschera facciale large ambu	1	2,55	2,55
Cannula di Guedel 2 daf	1	0,43	0,43
Deflussori midial 010168E2	3	2,5	7,5
Rubinetti aries	3	1,2	3,6
Prolunga con rubinetto aries	3	0,57	1,71
Sacca raccolta per S.N.G.	1	0,8	0,8
Garze	20	1,1	22
Clorexan	1	3,4	3,4
Cerotti n. 1	15	0,4	6
Tegaderm piccolo n. 2 - 5,1 x 7,6 bioclusive	1	4,9	4,9
Tegaderm grande n. 1 - 10,2 x 12,7 bioclusive	1	6,4	6,4
Tubo per aspirazione Medi Vac	1	0,75	0,75
Sonda aspirazione n. 14	5	0,14	0,7
Totale costo materiale per anestesia		€ 420,42	

Tabella 9
Materiale per anestesia di tutti e 3 i pazienti

nouso necessario all'intervento, utilizzato per la costruzione delle vie di accesso, che essendo costituite da piccoli fori, richiedono soprattutto l'utilizzo di sonde (**tabella 11**); i *ferri chirurgici*, che sono indispensabili per gli interventi sull'esofago (*container* di ferri sterilizzabili elencati nella **tabella 12**); le *attrezzature di sala operatoria* che fanno parte della dotazione strutturale e che servono per questi interventi (si veda la **tabella 13** per il loro elenco e il calcolo della quota di incidenza oraria del loro costo, ottenuta considerando il costo storico di acquisto, gli anni di ammortamento – 5 oppure 8 – e le ore di utilizzo annue della sala operatoria, che in questo caso sono 40 a settimana per 40 settimane di apertura, pari dunque a 1.600; inoltre, si precisa che per il paziente 2, non essendo utilizzata la colonna laparoscopica, la quota di costo orario a intervento è pari a € 23,11 anziché 25,34); la *sanificazione* della sala operatoria, che può essere eseguita da personale di sala se è tra 2 interventi, qualora la durata degli stessi consenta di programmarne più d'uno a seduta, e alla chiusura della sala dopo l'ultimo intervento, per renderla pronta al nuovo utilizzo il giorno successivo, ed eseguito da personale di una ditta esterna (si veda la **tabella 14**).

L'elenco dei materiali monouso impiegati è molto lungo, la **tabella 11** ne rappresenta una sintesi (con la relativa valorizzazione) per i pazienti n. 1 e 3, mentre per l'intervento del paziente n. 2 alcuni materiali non sono stati utilizzati e quindi il loro costo totale è inferiore e precisamente pari a € 1.405,87.

La **tabella 11** riassume lo strumentario chirurgico monouso utilizzato nei 3 interventi in combinazioni diverse. Per il paziente 1 la spesa è pari a € 6.631,75, per il paziente 2 è di € 4.411,04 mentre per il paziente 3 si attesta a € 7.004,81.

Nella **tabella 12** vi è l'elenco dei ferri che devono essere presenti per questo tipo di interventi sull'esofago e che seguono la logica di imputazione del costo come il resto delle attrezzature di sala operatoria (non però a quota oraria ma a numero degli interventi sull'esofago), a cui si aggiunge il costo della loro sterilizzazione, che presso l'Azienda ospedaliero Universitaria Pisana viene fatta presso la centrale di sterilizzazione ad ossido di etilene dell'Azienda stessa. Tale centrale ha un costo medio a ciclo di sterilizzazione

(calcolato sulla base degli stessi dati provenienti dalla contabilità analitica e delle stesse considerazioni e delle stesse categorie di costo utilizzate per il costo medio a giornata di degenza in varie tipologie di reparti) pari a € 337,36.

Per *follow up* post dimissione si intende il controllo del decorso post operatorio da parte del medico, che generalmente avviene con una o due visite ambulatoriali, a cui partecipano un medico ed un infermiere professionale e della durata media di 30 minuti (**tabella 15**).

2.4. Sintesi dei costi di processo

I risultati di questa analisi, raggruppati per i tre pazienti nelle **tabelle 16, 17 e 18**, mettono in evidenza come all'interno della definizione generica «interventi su esofago, stomaco e duodeno» ci siano in realtà interventi che risolvono problemi di salute a pazienti che fino a pochi anni fa non sarebbero sopravvissuti alla patologia sviluppata e che avrebbero avuto una qualità della vita molto scadente, ma con costi decisamente superiori a quelli che sono stati fissati come tariffe di rimborso.

Questo è dovuto sostanzialmente al fatto che la tecnologia ha dei costi ingenti che crescono tra l'altro a tassi che superano di gran lunga l'inflazione (si stima che per l'innovazione tecnologica i costi dei beni di consumo sanitari crescano del 7% ogni anno).

La **tabella 19** riepiloga i costi pieni dei processi di cura dei 3 pazienti e confronta questi con la tariffa di rimborso del Drg. Ovviamente, se fossero stati adottati metodi di calcolo di costi diversi o se i criteri di imputazione dei costi ai Cdc fossero stati diversi, il costo totale del trattamento di questi 3 pazienti sarebbe stato maggiore o minore rispetto a quello evidenziato e si sarebbero potute fare considerazioni leggermente diverse circa le differenze tra costo e tariffe.

Inoltre, in questa analisi si è dato per certo che il processo di cura di questi tre pazienti e l'organizzazione dei reparti da cui gli stessi transitano non presentano inefficienze, ma ovviamente sarebbe necessaria una diversa analisi di questi 2 aspetti per garantire la non presenza di margini di miglioramento.

Da questa analisi emerge come i costi del processo di cura siano rappresentati per una quota tra il 38 ed il 58 % da costi legati al-

Descrizione prodotto	Quantità	Costo unitario	Costo a intervento
Cappellini	9	0,02	0,18
Mascherine	9	0,04	0,36
Spazzolini chirurgici alla clorexidina	5	0,49	2,45
Camici monouso standard	10	3,24	32,4
Guanti chir. sterili depolverati paia	15	0,36	5,40
Sacca di raccolta monouso per aspiratore	3	0,80	2,40
Tube a bolle per raccordo aspiratore	4 metri	0,01	0,048
Piastra 3M per elettrobisturi	2	0,60	1,20
Catetere uretrale di Foley	1	0,43	0,43
Nefluan pomata	1 conf	2,44	2,44
Sacca per raccolta urina	2	7,77	15,54
Sacca NaCl da 500cc	3	356,40	1069,20
1 spremisacca		64,14	64,14
Bende elastiche(flex max)	2	3,11	6,22
Cotone di germania	1 conf	2,40	2,40
[Gambali pneumatici]	1	60,00	60,00
Guanti vinile paia	20	0,02	0,40
Sondino nasogastico di Salem ch16	1	1,61	1,61
Kit laparoscopico in TNT	1	8,84	8,84
Kit universale TNT	1	7,60	7,60
Telo adesivo sterile 75 x 100	1	3,16	3,16
Telo testa sterile in TNT	1	4,10	4,10
Compresse ondulate sterili in TNT	2 conf	0,06	0,12
Telo di mayo	2	3,24	6,48
Disinfettante per cute Braunol 7,5%	1	4,56	4,56
Siringhe sterili 10cc	3	0,09	0,27
Siringhe sterili 20cc	2	0,12	0,24
Schizzettoni 60cc	2	6,17	12,34
Guanti cotone paio	1	1,06	1,06
Loop silicone	2	0,86	1,72
Dalacin c 600	4 fiale	0,53	2,12
Tubi per aspiratore sterili Nex10	2	0,75	1,50
Yankauer CH22	4	0,53	2,12
Yankauer CH12	4	0,52	2,08
NaCl da 10cc	2 fiale	0,11	0,22
Garze sterili 10 x 10 16 strati rx	100	0,10	10,00
Garze laparotomiche sterili 50 x 50	10	0,86	8,60
Spugnette	2	1,70	3,40
Garze sterili 5 x 7 12 strati	10	1,30	13,00
Tamponi sterili 10 mm	1 conf	0,10	0,10
Tamponi sterili 20 mm	1 conf	0,06	0,06
Tamponi sterili 30mm	1 conf	0,06	0,06
Contenitore per drenaggio toracico vetro 3000cc	1	6,16	6,16
Tube ricambio drenaggio toracico monouso	1	4,63	4,63
Drenaggio toracico sterile tipo Argyle	2	12,27	24,54
Raccordo a Y 1/4 x 1/4 x 1/4	1	1,52	1,52
Tube insufflatore di CO2	1	0,62	0,62
Tabotamp fibrillare	1	97,16	97,16
Fiala olio vasellina sterile	1	4,62	4,62
Easy flow 12 x 30	2	1,28	2,56
Colon dress	1	1,08	1,084
Tappo per termos sterile monouso	1	0,80	0,80
Soffix med 5 x 7	4	0,03	0,12
Lama per bisturi n. 11	4	0,04	0,16
Lama per bisturi n. 20	4	0,05	0,20
Boccaglio MAJ/168	1	1,50	1,50
Provette	5	0,12	0,60
Contenitori per pezzi	2	0,21	0,42
Cerotto di seta 5 x 5	1	0,68	0,68
100 ml H2O2	1	0,60	0,60
Totale costo materiale monouso per intervento		€ 1.508,54	

Tabella 10
Materiali monouso
per intervento chirurgico

MATERIALI

PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

Tabella 11

Strumentario chirurgico monouso

Descrizione prodotto	Quantità	Costo unitario	Costo a intervento
Kit strumentario chirurgico lap. 1			
Ottica storz 10 mm 30°	1	72,00	72
Cavo a fibre ottiche cod 495NCS		26,54	26,54
Ago di veress 120	1	17,97	17,97
Trocars 12mm	2	110,06	220,12
Trocars 12mm	1	106,00	106
Trocars 5mm	2	104,11	208,22
Endo paddle	1	260,26	260,26
Endo clinch	1	147,06	147,06
Endo gia	1	547,36	547,36
Ricarica endo gia	1	190,38	190,38
Manipolo per bisturi ad ultrasuoni 5 mm	1	590,00	590
Manipoli sterili per elettrobisturi	2	1,89	3,78
Punta lunga sterile per elettrobisturi	1	2,40	2,4
Copritelecamera sterile	1	0,84	0,84
Sacca portastrumenti	2	0,48	0,96
Dexon 2/0 n. conf	2	48,48	96,96
Dexon 2/0	6	3,37	20,22
Dexon 3/0	4	3,65	14,6
Dexon 0	2	3,60	7,2
Dexon 2	2	3,86	7,72
Dexon 0	6	39,60	237,6
Ethibond 1	1	23,81	23,81
Dexon 2	6	64,60	387,6
Dexon 0	1	38,16	38,16
Vicryl rapid 2/0	3	82,39	247,17
Ethibond 4	1	12,16	12,16
Dexon 2/0	12	43,15	517,8
Dexon 3/0	6	43,09	258,54
Seta 2/0	2	13,75	27,5
Prolene 3/0	2	114,50	229
Prolene 4/0	1	127,81	127,81
prolene 2/0	1	61,66	61,66
Prolene 0	1	41,09	41,09
Maxon 4/0	2	83,12	166,24
Maxon 3/0	3	68,94	206,82
Ethilon 2/0	8	19,00	152
Ethilon 3/0	4	18,73	74,92
Aghi grandi da muscolo	3	0,68	2,04
LT 300	5	1,17	5,85
LT 200	4	1,17	4,68
Ligaclip MCS 20	3	111,86	335,58
Ricarica per suturatrice TA 90	1	117,75	117,75
Suturatrice CDH 29	1	618,20	618,2
Suturatrice 1 CEEA 28	1	570,24	570,24
Totale costo strumentario monouso			7.004,81

Tabella 12

Container ferri chirurgici sterilizzabili

Nome ferro	N.	Nome ferro	N.
Bisturi manico 3	1	Enterostati retti	1
Bisturi manico 3l	1	Enterostati curvi	1
Bisturi manico 4	1	Pinze ad anelli curve	1
Bisturi manico 7	1	Pinze ad anello rette	1
Forbici Mayo	2	Pinze Duval grandi	1
Forbici Metzenbaum	1	Pinze Duval piccole	1
Forbici Metzenbaum	1	Pinze Satinsky da esofago	1
Forbici Metzenbaum	1	Pinze Satinsky da esofago	1
Forbici Metzenbaum	1	Pinze De Bakey da retto	1
Forbici tipo Satinsky Torek	1	Pinze Allis	3
Pinze da coagulo media	1	Angiostati vascolari retti	1
Pinze da coagulo lunga	1	Angiostati vascolari curvi	1
Pinze chirurgiche	3	Pinze Bernhard (Codiville)	2
Pinze De Bakey	2	Pinze Bulldog	1
Pinze De Bakey	2	Scodelle rotonde grandi 147 x 66	1
Pinze De Bakey	2	Scodelle rotonde piccole 80 x 40	2
Pinze chirurgiche denti topo	3	Finocchietto	1
Pinze chirurgiche	1		
Pinza chirurgica	1	<i>Ferri laparoscopici</i>	
Portaghi medi	2	Ago aspiratore per Idrope	1
Portaghi delicati medi	2	Cannula per liquido antibiotico	1
Portaghi delicati lunghi	2	Cannula riduttore	2
Portaghi robusti lunghi	2	Dissettore	2
Passafili piccoli	1	Dissettore a punta corta	1
Passafili medi	1	Forbice	2
Bengolea passafili	3	Forbice cistico	1
Divaricatori autostatici	1	Manici portaghi	2
Divaricatori laparatomici Doyen 115 x 45 Mm	2	Misuratore	1
Divaricatori laparatomici Doyen 115 x 60 Mm	2	Papera corta	1
Divaricatori laparatomici Doyen	1	Papera lunga	2
Divaricatori laparatomici Doyen	1	Pinza da biopsia	1
Divaricatori rotondi Middeldorpf grandi	1	Pinza estrazione colecisti	1
Divaricatori rotondi Middeldorpf medi	1	Pinza presa calcoli	1
Divaricatori rotondi Middeldorpf piccoli	1	Pinza presa colecisti	1
Coppie divaricatori Farabeuf malleabili lunghi cm 22 con branche di cm 7 da un lato e cm 5 dall'altro larghe 1,5		Portaghi	1
Coppie divaricatori «Nastrini»	2	Trocar 10 Mm	2
Divaricatore Di Rochard completo di:	1	Trocar 5 Mm	2
Carrucole mobili	2	Tubo per Pco2	1
Braccia fissaggio Later	2	Trocar 12 Mm	2
Barra erasvers. esag.	1	Guaine di rivestimento	10
Supporto per divaricatori	1	Manici con cremagliera	10
Divaricatore 47 x 105 Mm	1	Manici senza cremagliera	10
Divaricatore 50 x 120 Mm	1	Enterostato 10 Mm	1
Pinze Kocher piccoli	4		
Pinze Mosquito	4	Costo storico	€ 74.596,22
Pinze Kocher	4	Ammortamento annuo	€ 24.865,41
Pinze Cryle piccole	6	Numero interventi su esofago all'anno	135
Pinze Cryle medi	6	Quota costo a intervento	€ 184,19
Pinze Cryle lunghi	6	Costo della sterilizzazione del container	€ 337,36
Pinze Cryle grossi lunghi	2		
Pinze Cryle satinatè medie	6		
Pinze Bengolea	6	Totale costo ferri chirurgici ad intervento	€ 521,55

MATERIALI

PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

Tabella 13

Costo orario attrezzature di sala operatoria

	Costo storico	Ammortamento annuo	Ore/anno utilizzo SO	Quota costo orario
<i>Colonna laparoscopica</i>				
Monitor digitale LCD mod LMD 181 MD	3.492,00	436,50	1600	0,27
Fonte luce Xenon NOVA 300 STORZ mod. 20134020	5.733,86	716,73	1600	0,45
Insufflatore CO2 STORZ 26430520	7.461,24	932,66	1600	0,58
Centralina e telecamera dig. SCB image1 mod. 222/000/20	3.451,62	690,32	1600	0,43
Registrazione videodigitale DVCAM	3.919,19	783,84	1600	0,49
<i>Colonna endoscopica</i>				
Monitor Olympus OEV 203	3.570,38	446,30	1600	0,28
Generatore di luce Olympus Excera CLV 160	10.838,53	1.354,82	1600	0,85
Centralina Excera CV 160	24.378,00	3.047,25	1600	1,90
Registrazione video Sony DV CAM	7.888,34	1.577,67	1600	0,99
GastroscoPIO Olympus GIF 160	27.501,77	5.500,35	1600	3,44
Dilatatore TTS 20 Olympus	12.325,00	1.540,63	1600	0,96
Insufflatore per TTS Boston Scientific 5060/05	4.356,00	544,50	1600	0,34
K-Y Gell	2.137,00	267,13	1600	0,17
<i>Dotazione di sala operatoria</i>				
Letto operatorio MAQUET mod ALFA max	56.193,26	7.024,16	1600	4,39
Lampada scialitica Martin 1000 con manipolo sterile	20.014,03	2.501,75	1600	1,56
Apparecchio per aspirazione ATMOS RECORD 55	3.587,64	448,46	1600	0,28
Elettrobisturi ERBE ICC 350	10.914,61	2.182,92	1600	1,36
Bisturi ad ultrasuoni HARMONIC 300	14.567,00	2.913,40	1600	1,82
Respiratore Datex OHMEBA aestiva/5	44948,73	5.618,59	1600	3,51
Carrelli portastrumenti n. 3	2.010,00	2.010,00	1600	1,26
Totale costo orario strumenti e arredi di sala				€ 25,34

Tabella 14

Sanificazione sala operatoria

<i>Sanificazione sala operatoria (tra interventi)</i>					
svolta da personale di SO					
<i>personale coinvolto</i>					
	fig. prof.le	q.tà	tempo in ore	costo orario	costo a intervento
	OSS	1	0,5	20	€ 10,00
<i>materiali</i>					
	disinfettante/detergente				€ 2,00
Totale costo sanificazione a intervento					€ 12,00
<i>Sanificazione sala operatoria (a fine giornata)</i>					
svolta da ditta esterna					
		q.tà	durata in ore	costo orario	costo a sanificazione
<i>servizio appaltato</i>		1	2	25	€ 50,00
da ripartire in base del numero degli interventi eseguiti nella seduta (considerando 8 ore la durata della seduta operatoria)					

Numero visite di controllo	2				
personale coinvolto		q.tà	tempo in ore	costo orario	costo a <i>follow up</i>
	Medico	1	0,5	45	€ 22,5
	I.P.	1	0,5	25,5	€ 12,8
Totale costo personale a controllo					€ 35,3
Totale compreso quota costi indiretti e generali				15%	€ 40,5
Totale costi <i>follow up</i>					€ 81,0

Tabella 15
Follow up post dimissione

Tabella 16
Riepilogo costi di processo
paziente 1

DRG 154 - interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC paziente n. 1					
Preparazione all'intervento <i>degenza pre-operatoria ordinaria</i>	dal 26/03 al 28/03	nr gg. 3	costo medio giornaliero € 496	totale costo degenza pre-oper. € 1.488	costo totale intervento € 10.697
Intervento chirurgico <i>Personale coinvolto</i> <i>Materiale per anestesia</i> <i>Materiale monouso per intervento</i> <i>Strumentario chirurgico monouso</i> <i>Ferri</i>	n. ore utilizzo S.O.		costo orario	€ 1.362 € 420 € 1.509 € 6.632 € 522 totale costo	
<i>Attrezzature di sala operatoria</i> <i>Sanificazione sala operatoria (tra interventi)</i> <i>Sanificazione sala operatoria (a fine giornata)</i> Decorso post operatorio	8		€ 25,34	€ 203 € 50	
<i>Degenza post-operatoria in Terapia intensiva</i> <i>Degenza post-operatoria in Terapia sub intensiva</i> <i>Degenza post-operatoria in degenza ordinaria</i>	dal 29/03 al 3/04	4,5	€ 1.331	€ 5.990	costo totale degenza
	dal 3/04 al 10/04	7	€ 496	€ 3.472	
Follow up post dimissione	visite di controllo			costo	€ 10.950
	2			€ 81	
Totale costo di processo	€ 21.728				
tariffa Drg di dimissione	€ 12.340				
differenza tra tariffe e costi di processo	- 76%				

Tabella 17

Follow up post dimissione

DRG 155 - interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC					
paziente n. 2					
Preparazione all'intervento					
<i>degenza pre-operatoria ordinaria</i>	dal 11/05 al 14/05	nr gg. 4	costo medio giornaliero € 496	totale costo degenza pre-oper. € 1.484	costo totale intervento
Intervento chirurgico					€ 7.873
<i>Personale coinvolto</i>				€ 949	
<i>Materiale per anestesia</i>				€ 420	
<i>Materiale monouso per intervento</i>				€ 1.406	
<i>Strumentario chirurgico monouso</i>				€ 4.411	
<i>Ferri</i>				€ 522	
	n. ore utilizzo S.O.		costo orario	totale costo	
<i>Attrezzature di sala operatoria</i>	5,5		€ 23,11	€ 127	
<i>Sanificazione sala operatoria (tra interventi)</i>				€ 12	
<i>Sanificazione sala operatoria (a fine giornata)</i>				€ 25	
Decorso post operatorio		nr gg.	costo medio giornaliero	totale costo degenza post-oper.	
<i>Degenza post-operatoria in Terapia intensiva</i>	dal 15/05 al 21/05	6	€ 637	€ 3.822	
<i>Degenza post-operatoria in Terapia sub intensiva</i>					
<i>Degenza post-operatoria in degenza ordinaria</i>	dal 21/05 al 5/06	14	€ 496	€ 6.944	costo totale degenza
Follow up post dimissione	visite di controllo			costo	€ 12.750
	2			€ 81	
Totale costo di processo	€ 20.704				
tariffa Drg di dimissione	€ 5.402				
differenza tra tariffe e costi di processo	- 283%				

l'intervento chirurgico, al cui interno spiccano per l'80-85% i materiali di consumo, e per una quota tra il 17 ed il 28% dalla permanenza in reparti ad elevata intensità di assistenza (terapia intensiva e sub-intensiva), percorso assolutamente necessario viste le condizioni generali di salute dei pazienti che si sottopongono a questi interventi ed alla complessità degli interventi stessi. Inoltre, si vede come oltre l'85% della tariffa del Drg

sia assorbita dal solo costo dell'intervento chirurgico.

Appare comunque chiaro che il costo del processo è assolutamente più alto della tariffa di rimborso del Drg e che per ogni ricovero di questo tipo l'azienda erogante ha una perdita tra i 5 mila e i 9 mila euro.

La necessità di motivare gli adeguamenti tariffari ai reali maggiori costi di produzione potrebbe essere legata in questo caso

Tabella 18
Riepilogo costi di processo paziente 3

DRG 154 - interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC paziente n. 3					
Preparazione all'intervento <i>degenza pre-operatoria ordinaria</i>	dal 6/11 al 7/11	nr gg. 2	costo medio giornaliero € 496	totale costo degenza pre-oper. € 992	costo totale intervento € 10.582
Intervento chirurgico <i>Personale coinvolto</i> <i>Materiale per anestesia</i> <i>Materiale monouso per intervento</i> <i>Strumentario chirurgico monouso</i> <i>Ferri</i>	n. ore utilizzo S.O.		costo orario	€ 949 € 420 € 1.509 € 7.005 € 522	
<i>Attrezzature di sala operatoria</i> <i>Sanificazione sala operatoria (tra interventi)</i> <i>Sanificazione sala operatoria (a fine giornata)</i>	5,5		€ 25,34	€ 139 € 12 € 25	
Decorso post operatorio		nr gg.	costo medio giornaliero	totale costo degenza post-oper.	
<i>Degenza post-operatoria in Terapia intensiva</i> <i>Degenza post-operatoria in Terapia sub intensiva</i> <i>Degenza post-operatoria in degenza ordinaria</i>	dal 9/11 al 14/11 dal 14/11 al 21/11	5 7	€ 637 € 496	€ 3.185 € 3.472	costo totale degenza € 7.649
Follow up post dimissione	visite di controllo			costo	
	2			€ 81	
Totale costo di processo	€ 18.312				
tariffa Drg di dimissione	€ 12.340				
differenza tra tariffe e costi di processo	- 48%				

alla presenza di codici ICD-9-CM che rappresentano la numerosità e complessità di questi interventi, modificando quindi il sistema *Groupes* per far sì che possa «sentire» la somma di più interventi nell'ambito dello stesso ricovero. In Toscana, tra l'altro, è stato scelto di avvalersi dall'anno 2006 di una versione del *Groupes* diversa rispetto a quella presente a livello nazionale, che pre-

vede l'individuazione di 530 Drg invece dei 492 del tariffario nazionale, dove i 38 Drg aggiuntivi altro non sono che specificazioni ulteriori di Drg già presenti.

3. Conclusioni

L'introduzione del sistema di finanziamento a prestazione ha sicuramente voluto

Tabella 19

Riepilogo rapporto tra costi di processo e tariffa Drg

	Paziente 1	Paziente 2	Paziente 3
Costo totale di processo	€ 21.728	€ 20.704	€ 18.312
Costo dell'intervento	10.697	7.873	10.582
<i>Incidenza intervento su processo</i>	49%	38%	58%
Di cui costo materiali	8.561	6.339	9.036
<i>Incidenza materiali su intervento</i>	80%	81%	85%
Costo della degenza	10.950	12.750	7.649
<i>Incidenza degenza su processo</i>	50%	62%	42%
Costo della degenza post intervento	5.990	3.822	3.185
<i>Incidenza degenza post-intervento su processo</i>	28%	18%	17%
Tariffa Drg	€ 12.340	€ 5.402	€ 12.340
<i>Incidenza intervento su tariffa</i>	87%	146%	86%
<i>Incidenza degenza post-intervento su tariffa</i>	49%	71%	26%
Differenza tariffa costo processo	- € 9.388	- € 5.302	- € 5.972

dare una spinta all'efficienza nell'organizzazione del processo produttivo delle aziende sanitarie, ma si è scontrato con esigenze di manutenzione del sistema stesso che hanno tempi diversi rispetto ai tempi delle procedure burocratiche che consentono di modificare struttura e tariffe del sistema stesso.

Si consideri infatti che in Toscana dal 2000 ad oggi si sono registrati un tasso di crescita del fondo sanitario di circa il 65%, una crescita del costo del personale del 29% circa ed una crescita del costo dei beni di consumo sanitari di quasi il 95%. A fronte di tutto questo, gli effetti cumulati degli incrementi delle tariffe di rimborso delle prestazioni sanitarie raggiungono a malapena il 10%.

Il Sistema sanitario toscano ispira gran parte delle sue politiche ad una logica di rete (e quindi di concertazione) per assicurare, oltre che un'adeguata cura dell'offerta di servizi, anche un significativo governo della domanda ed una appropriata qualificazione della stessa.

Questi rapporti non competitivi si sviluppano soprattutto nelle singole aree vaste all'interno delle quali si esaurisce la quasi totalità della mobilità sanitaria regionale. Dato che il fondo sanitario su cui gravano i finanziamenti sia dei produttori delle prestazioni che delle aziende sanitarie locali è lo stesso, la revisione tariffaria porterebbe più che altro ad una redistribuzione delle risorse all'interno della Regione, magari causando

la comparsa di disavanzi di bilancio proprio nelle aziende che pagano per queste prestazioni.

La politica di concertazione messa in atto dalla Regione Toscana, che ha spostato il *focus* della programmazione a livello di area vasta, farebbe più pensare all'opportunità di costruire bilanci consolidati delle aziende che insistono sulla stessa area vasta, dove a quel punto avrebbe senso parlare di volume complessivo di compensazioni e dove si potrebbe realmente pensare di esaurire il percorso assistenziale del paziente coinvolgendo il miglior operatore per ogni fase della patologia (diagnosi di primo livello, post operatorio e cronicità sul territorio, diagnosi di secondo livello e acuzie nelle aziende ospedaliere).

L'obiettivo di contenimento della spesa in realtà passa attraverso la costruzione di percorsi appropriati e la non proliferazione delle prestazioni sanitarie per la ricerca dell'aumento dei ricavi e dell'equilibrio economico della singola azienda di produzione.

La logica di rete dei servizi sanitari toscani ha proprio questo come obiettivo principale, ma a tutt'oggi l'atteggiamento delle aziende territoriali nei confronti delle aziende ospedaliere è di competizione per il trattamento dei propri assistiti. Il fatto che le aziende sanitarie locali siano «gli enti pagatori» delle prestazioni ha storicamente creato la percezione negli amministratori di queste che le aziende produttrici sottraggano risorse ai

loro bilanci, moltiplicando impropriamente le prestazioni erogate, attirando pazienti per prestazioni non necessarie, trasferendo sul territorio pazienti ancora in fase di acuzie e fornendo trattamenti in regimi non appropriati alle patologie (ricoveri ordinari a fronte di semplici trattamenti ambulatoriali). Inoltre, la pressione degli amministratori locali (sindaci dei comuni dove insiste l'azienda sanitaria) ad avere servizi ad alta tecnologia e ad alta visibilità, spinge a volte i manager delle aziende sanitarie a investire in strumentazione che sarebbe più adatta se inserita in strutture di secondo e terzo livello, dove l'esperienza e la formazione degli operatori sono più indicati al loro utilizzo (risonanze magnetiche a grande potenza, Pet, ecc.), assorbendo preziose risorse finanziarie che probabilmente non daranno ritorni positivi degli investimenti iniziali perché le tecnologie saranno sotto-utilizzate.

L'atteggiamento invece degli amministratori delle aziende produttrici è frutto della convinzione che le aziende territoriali non

sviluppano sufficientemente servizi di primo livello che dovrebbero fare da filtro all'accesso dei pazienti alle strutture ospedaliere (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ambulatori e consultori territoriali) e che quindi si ritrovino a mettere i piedi servizi e dare risposte per prestazioni che non sono di loro competenza ma che i cittadini, con la pressione sulle liste di attesa e la risonanza che ne viene dato sulla stampa, pretendono di avere.

Questi atteggiamenti divergenti tra gli amministratori delle aziende sanitarie pubbliche hanno parzialmente vanificato la formulazione di programmi di politica sanitaria di area vasta coerenti e tendenti a sviluppare forti sinergie tra i diversi ruoli e le diverse funzioni delle aziende sanitarie, rendendo impossibile l'impostazione da parte della Regione di una politica tariffaria congrua rispetto alle risorse assorbite non da una prestazione ma da un percorso sanitario dove intervengano più aziende.

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

- BRUSA L. (1995), *Contabilità dei costi. Contabilità per centri di costo e activity based costing*, Giuffrè, Milano.
- CINQUINI L. (1997), *Strumenti per l'analisi dei costi*, Giappichelli, Torino.
- DEL BENE L. (2000), *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano.
- FATTORE G., TORBICA A. (2006), «Inpatient reimbursement system in Italy: How do tariffs relate to costs?», *Health Care Management Science*, 3, pp. 251-258.
- MARINÒ L. (2002), «Gli effetti del finanziamento a prestazione», in L. ANSELMINI, M. SAITA (a cura di), *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie*, collana de Il Sole 24 Ore, Milano, pp. 25-32.
- MINISTERO DELLA SALUTE, sito web www.ministerosalute.it.
- UO CONTROLLO DI GESTIONE, AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA PISANA, *dati tratti da contabilità analitica e accettazione amministrativa ricoveri*.

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

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.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Francesco Maria Battisti, Maurizio Esposito

MEDICI E NUOVE TECNOLOGIE. LA MEDICINA GENERALE DI FRONTE AL CAMBIAMENTO TECNICO E ORGANIZZATIVO DELLA SANITÀ

FRANCO ANGELI, MILANO, 2007, COLLANA «SALUTE E SOCIETÀ - RICERCA E SPENDIBILITÀ», PP. 240, € 19,00

Il ruolo del medico nel contesto di una innovazione generale del Sistema sanitario nazionale è cruciale, e l'introduzione della carta sanitaria elettronica rappresenta un passaggio importante nei processi di razionalizzazione economica e nei mutamenti in corso nell'ambito della sanità. Il volume analizza l'impatto dello sviluppo delle tecnologie nella medicina di base italiana, a partire dalla posta elettronica e da Internet, fino ad arrivare alle smart card sanitarie e all'uso della cartella clinica elettronica. L'accoglienza da parte della medicina non ospedaliera è prudente, essendo questa centrata sul rapporto di fiducia tra medico e paziente. Eppure, il medico di medicina generale ha oggi potenti strumenti gestionali e diagnostici a propria disposizione che solo parzialmente utilizza nei tempi e nei modi appropriati. Le conclusioni cui giungono gli autori confermano l'importanza dello sviluppo delle nuove tecnologie non solo per la medicina ospedaliera, ma anche per quella generale, in un modello integrato territoriale di reti di servizio che alcune regioni italiane stanno già realizzando con grande efficacia per la prevenzione e la cura.

INDICE PRESENTAZIONE, COSTANTINO CIPOLLA – INTRODUZIONE – 1. LE SMART CARD SANITARIE – 2. I MODELLI DI SMART CARD E LE LORO POSSIBILITÀ OPERATIVE – 3. LA PARTNERSHIP INDUSTRIALE ED ISTITUZIONALE NECESSARIA PER LA REALIZZAZIONE DI UNA TESSERA SANITARIA INTELLIGENTE – 4. CONSEGUENZE ORGANIZZATIVE DELLA IMPLEMENTAZIONE PRATICA DEL SISTEMA DI SMART CARD – 5. ESPERIENZE FAMILIARI NELLA DIFFUSIONE E NELL'UTILIZZO DI SMART CARD – 6. L'USO DELLE SMART CARD POLIFUNZIONALI IN AMBIENTI UNIVERSITARI – 7. L'USO DELLA SMART CARD COME FORMA DI CONTABILITÀ DELLA SPESA SANITARIA – 8. L'INSERIMENTO DEI DATI PERSONALI NELLA SMART CARD – 9. SMART CARD E RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO – 10. CONDIZIONI PER L'ACCOGLIENZA DELLA SMART CARD DA PARTE DEGLI ORDINI PROFESSIONALI – 11. L'INTEGRAZIONE DELLA SMART CARD ALL'INTERNO DI INIZIATIVE PREESISTENTI DELLE REGIONI E DEI COMUNI ITALIANI – 12. USO DI SANITY CARDS SPECIALIZZATE PER DETERMINATE PATOLOGIE GRAVI E PER PROBLEMI SOCIO-SANITARI – 13. ALCUNE PROSPETTIVE OFFERTE DAL PROGRESSO TECNOLOGICO – 14. LINEE DI STRATEGIA PER LA DIFFUSIONE DELLE SMART CARD SANITARIE – 15. RACCOMANDAZIONI DI POLICY E DI CARATTERE TECNICO – 16. IL MEDICO E LE NUOVE TECNOLOGIE. LO STATO DELLA RICERCA INTERNAZIONALE – 17. LA RICERCA SUI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE LAZIO – 18. CONCLUSIONI – APPENDICE METODOLOGICA. TABELLE E GRAFICI RELATIVI ALLA RICERCA SU MEDICI DI MEDICINA GENERALE E NUOVE TECNOLOGIE NELLA REGIONE LAZIO – APPENDICE LEGISLATIVA. CONVENZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE. ESTRATTO RELATIVO A MEDICI E NUOVE TECNOLOGIE

Guido Giarelli, Paolo Roberti di Sarsina, Bruno Silvestrini (a cura di)

LE MEDICINE NON CONVENZIONALI IN ITALIA. STORIA, PROBLEMI E PROSPETTIVE D'INTEGRAZIONE

FRANCO ANGELI, MILANO, 2007, COLLANA «SANITÀ», PP. 416, € 25,00

Frutto dell'incontro tra la sociologia della salute e la componente più aperta della medicina italiana che ricerca da tempo nell'unione con le Medicine non convenzionali (MNC)

lo stimolo e l'occasione per un suo ripensamento profondo nella direzione di una nuova medicina centrata sulla persona, questo lavoro si articola in due parti. La prima mette a fuoco quelle che si possono definire le «questioni aperte» sulla strada della realizzazione di una medicina integrata: la domanda di MNC da parte dei cittadini, i suoi profili di prevalenza e le modalità di utilizzo; l'offerta pubblica e privata di MNC in Italia e le sue caratteristiche organizzative e professionali; il ruolo del sistema politico, a livello statale e regionale, e degli ordini professionali nei processi di regolamentazione e autoregolamentazione delle MNC; il problema della ricerca scientifica e dei metodi e degli strumenti per valutare l'efficacia delle MNC; i percorsi formativi di base a livello di didattica universitaria; il problema dei valori e dei principi morali sia delle MNC, sia delle concezioni del mondo ad esse sottese. Nella seconda parte, alcuni dei più qualificati esponenti delle diverse MNC operanti in Italia presentano un quadro della loro disciplina partendo da una sua ricostruzione storica per descrivere poi i principali strumenti formativi, professionali e di ricerca scientifica che ogni MNC si è data, concludendo con una riflessione sulle principali problematiche che l'integrazione delle MNC comporta nel contesto del Servizio sanitario nazionale. Emerge un quadro ricco e variegato, che riflette la tendenza verso un pluralismo sanitario reale, anche se incompiuto e non ancora pienamente legittimato, ricco di forti potenzialità.

INDICE PREFACE. PRESENT AND FUTURE PERSPECTIVES OF CAM: A CHALLENGE TO BIOMEDICINE, EDWIN L. COOPER – INTRODUZIONE. VERSO UNA «MEDICINA INTEGRATA»? LO STATO DELL'ARTE E UN'IPOTESI DI LAVORO, GUIDO GIARELLI – PARTE I. LE QUESTIONI APERTE. 1.1. LA DOMANDA DI MNC IN ITALIA: PROFILI DI PREVALENZA E MODALITÀ DI UTILIZZO, GUIDO GIARELLI – 1.2. L'OFFERTA DI MNC TRA SSN E MERCATO E LE SUE FORME ORGANIZZATIVE E DI COORDINAMENTO, PAOLO ROBERTI DI SARSINA – 1.3. REGOLAMENTAZIONE STATALE, POLITICHE REGIONALI E RUOLO DEGLI ORDINI PROFESSIONALI, ELIO ROSSI, MARIELLA DI STEFANO – 1.4. LA RICERCA IN MEDICINA NON CONVENZIONALE: VERSO UN NUOVO MODELLO DI EVIDENZA, ANDREA VALERI – 1.5. MODELLI DI INTEGRAZIONE A LIVELLO DI DIDATTICA UNIVERSITARIA, ALFREDO VANNACCI, CARLO MARIA GIOVANARDI, PIERANGELO GEPPETTI, ALESSANDRO MUGELLI, GIAN FRANCO GENSINI – 1.6. UNA RIFLESSIONE NON CONVENZIONALE IN CHIAVE BIOETICA, BRUNO SILVESTRINI – PARTE II. LE DISCIPLINE – 2.1. MEDICINA TRADIZIONALE CINESE, CARLO MARIA GIOVANARDI, RENATO CREPALDI, FRANCESCO LONGO – 2.3. FITOTERAPIA, FABIO FIRENZUOLI – 2.4. MEDICINA ANTROPOSOFICA, GIANCARLO BUCCHERI – AYURVEDA: LA MEDICINA TRADIZIONALE INDIANA, ANTONIO MORANDI, GUIDO SARTORI, CARMEN TOSTO – 2.5. MEDICINA OMEOPATICA, GIUSEPPINA BOVINA, RENZO GALASSI, ANTONELLA RONCHI – 2.6. OMOTOSSICOLOGIA, IVO BIANCHI – 2.7. OSTEOPATIA, EDUARDO ROSSI – 2.8. CHIROPRACTICA, IGNAAS MEERSSEMAN – 2.9. SHIATSU, FABIO ZAGATO – 2.10. POSTFAZIONE. L'INTEGRAZIONE POSSIBILE?, AMEDEO BIANCO

Gaia Marsico

LA SPERIMENTAZIONE UMANA. DIRITTI VIOLATI/DIRITTI CONDIVISI

FRANCO ANGELI, MILANO, 2007, COLLANA «SCIENZE UMANE E SANITÀ», PP. 272, € 23,00

Il volume propone, attraverso una sistematica documentazione e un'analitica presentazione e discussione degli aspetti tecnici, regolatori e metodologici, una ricognizione critica complessiva della ricerca clinica, con le complesse questioni etiche che oggi solleva. Pur con un approccio esplicitamente didattico, si rivolge a scenari che riguardano complessivamente il rapporto tra sanità e società. Particolare attenzione viene data all'intreccio tra salute e diritti individuali e sociali; all'importanza e all'ambivalenza del consenso informato; al crescente ruolo che in questo campo sono chiamati a svolgere i Comitati etici; alla sperimentazione come espressione responsabile della pratica assistenziale. Può la sperimentazione non essere un rischio, ma un'opportunità? Un'esperienza-scuola di diritti condivisi per chiunque, a vario titolo, vi si trovi coinvolto? La sperimentazione si rivela un «osservatorio» sulle possibilità e le contraddizioni della medicina. Il libro si rivolge a studenti universitari; a componenti di comitati etici che, al di là degli strumenti per la comprensione-valutazione dei protocolli sperimentali, avvertano l'esigenza di una prospettiva globale; a tutti gli altri attori coinvolti: pazienti, reali o potenziali, familiari, gruppi di advocacy che intendano esplorare un mondo che sempre più spesso incrocia il quotidiano della nostra vita.

INDICE PREMESSA – PARTE I – 1. DIRITTI E SALUTE – 1.1. LA SALUTE È UN DIRITTO – 1.2. IL RICONOSCIMENTO INTERNAZIONALE DEL DIRITTO ALLA SALUTE – 1.3. UNA TAPPA SIMBOLICA: SALUTE PER TUTTI ENTRO L'ANNO 2000 – 1.4. BISOGNI DI SALUTE E LEGGI DI MERCATO – 1.5. I FARMACI: UN'AREA MODELLO – 1.6. IL MOVIMENTO DEI POPOLI PER LA SALUTE – 2. PARTECIPAZIONE: RIFERIMENTI/INTERPRETAZIONI – 2.1 PARTECIPAZIONE: I RIFERIMENTI – 2.2. UN PERCORSO INTORNO AL TERMINE PARTECIPAZIONE – 2.3. INFORMAZIONE, LINGUAGGIO, SCELTA: CONDIZIONI NECESSARIE PER OGNI TIPO DI PARTECIPAZIONE – 2.4. CONOSCERE/MISURARE ASPETTATIVE E PUNTI DI VISTA – 2.5. PAZIENTI ESPERTI/COMPETENTI – 2.6. RICERCA PARTECIPATA – 2.7. ASCOLTARE PER PROMUOVERE PARTECIPAZIONE – 2.8. BUONE PRATICHE – PARTE II – 3. IL RAPPORTO TRA MEDICINA E RICERCA – 3.1. IL RUOLO DELLA MEDICINA: TRA MITO, POTERE, INCERTEZZA/IMPOTENZA – 3.2. IL RAPPORTO TRA MEDICINA E RICERCA – 3.3. LA SPERIMENTAZIONE CLINICA DEI FARMACI COME SCENARIO MODELLO – 4. IL «CASO» DELLA SPERIMENTAZIONE CLINICA – 4.1. DAL PRIMO RCT ALLA EVIDENCE BASED MEDICINE: IL BISOGNO RENDERE «OGGETTIVA» LA MEDICINA – 4.2. DALLA «PROVOCAZIONE» ALLA LITURGIA DELLA EVIDENCE BASED MEDICINE – 4.3. LA SPERIMENTAZIONE – 4.4. QUANDO SI PUÒ/DEVE INTERROMPERE UNA SPERIMENTAZIONE – 4.5. ALCUNI PROBLEMI CONTROVERSI/APERTI 4.6. LA SPERIMENTAZIONE TRA TECNICHE-PROCEDURE E DIRITTO: LETTURA «ESSENZIALE» ATTRAVERSO DOCUMENTI DI RIFERIMENTO – 4.7. IL PROBLEMA DEGLI SPONSOR – 4.8. DOVE SI CONDUCONO LE SPERIMENTAZIONI? – 4.9. STUDI OSSERVAZIONALI – 5. LA PARTECIPAZIONE ALLA SPERIMENTAZIONE CLINICA: INFORMAZIONE E COINVOLGIMENTO – 5.1. L'INFORMAZIONE CHE CREA PARTECIPAZIONE – 5.2. LE INFORMAZIONI SU BENEFICI, RISCHI E SICUREZZA – 5.3. INFORMAZIONE E SCELTA = CONSENSO INFORMATO? – 5.4. LE MOLTE AMBIGUITÀ DEL CONSENSO INFORMATO: RITO O DIRITTO? – 5.5. IL CONSENSO INFORMATO COME AREA DI RICERCA: CHE COSA EMERGE DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE – 5.6. DA QUANTI «PUNTI DI VISTA» SI PUÒ OSSERVARE IL (PROCESSO DEL) CONSENSO INFORMATO? – 6. COMITATI ETICI: TRA «CONTROLLO» E PARTECIPAZIONE – 6.1. DA QUANDO E PERCHÉ – 6.2. IN ITALIA – 6.3. LO SVILUPPO DELLA RETE DEI C.E. IN ITALIA: L'ORGANIZZAZIONE, IL MANDATO – 6.4. SIGNIFICATO E CONSEGUENZE DELLE EVOLUZIONI NORMATIVE ITALIANE – 6.5. LA REALTÀ DEI C.E.: I PROBLEMI APERTI, LE CRITICITÀ – 6.6. CHI RAPPRESENTA LA CITTADINANZA NEI COMITATI ETICI? – 7. PERCORSI DI PARTECIPAZIONE E TRASPARENZA – 7.1. ESPERIENZE DI COINVOLGIMENTO NELLA RICERCA CLINICA – 7.2. PARTECIPAZIONE E ASPETTATIVE – 7.3. RESTITUZIONE DEI RISULTATI AI/ALLE PARTECIPANTI – 7.4. I REGISTRI DELLE SPERIMENTAZIONI – 7.5. UN'ESPERIENZA DI PARTECIPAZIONE NELL'AMBITO DEI C – PARTE III – 8. AREE CRITICHE/POPOLAZIONI «SPECIALI» – 8.1. LE DONNE – 8.2. LA PEDIATRIA – 8.3. QUANDO È IN DISCUSSIONE LA CAPACITÀ – 8.4. EMERGENZA/URGENZA/TERAPIA INTENSIVA – 8.5. IL CASO DELLE PERSONE CON BASSA ASPETTATIVA DI VITA – 8.6. MALATTIE RARE/FARMACI ORFANI – 8.7. BREVI NOTE (NON) CONCLUSIVE – 9. UNO SGUARDO GLOBALE – 9.1. QUALE PROGRESSO, QUALE RICERCA? – 9.2. NEGLECTED DISEASES – 9.3. CONFLITTI DI INTERESSI, DISEASES MONGERING – 9.4. RICERCA E SPERIMENTAZIONE NELL'AMBITO DELLA GENETICA – 9.5. CONTINUITÀ/DISCONTINUITÀ TRA SPERIMENTAZIONI E SVILUPPO DEI FARMACI NEL NORD E NEL SUD DEL MONDO – 9.6. PROSPETTIVE PRESENTI E FUTURE – 10. RILEVANZA: UNA PAROLA DA CONDIVIDERE – 11. MATERIALI PER PERCORSI DI RICERCA, GAIA MARSICO, GIORGIA GELFI, CHIARA SCANAGATTA – 11.1. BIBLIOGRAFIA – 11.2. SALUTE, DIRITTI, DISUGUAGLIANZE – 11.3. LE CRITICITÀ DELLA MEDICINA – 11.4. UN PERCORSO INTORNO ALLA PARTECIPAZIONE – 11.5. IL CONSENSO COME AREA DI RICERCA – 11.6. SPERIMENTAZIONE CLINICA – 11.7. COMITATI ETICI – 11.8. AREE CRITICHE/POPOLAZIONI SPECIALI – 11.9. L'ONCOLOGIA COME CASO EMBLEMATICO – 11.10. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO CITATI NEL TESTO – 11.11. SITOGRAFIA – 12. TESTI INTEGRALI DI DOCUMENTI MODELLO

Giuseppe Perrella, Riccardo Leggeri (a cura di)

LA CACCIA E LA LOTTA AGLI SPRECHI IN SANITÀ. METODI E STRUMENTI OPERATIVI PER LE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE

FRANCO ANGELI, MILANO, 2007, COLLANA «AZIENDA MODERNA», PP. 176, € 18,00

Il volume pone la strategia della caccia e la lotta agli sprechi in sanità come prioritaria rispetto alle politiche di razionamento delle risorse e della spesa. In una fase economica stagnante o a lenta crescita, il contenimento dei costi diventa una leva per il miglioramento fondamentale e deve basarsi sulla eliminazione o riduzione degli sprechi. Si tratta di «fare efficienza» per «fare qualità», secondo un concetto chiave che attraversa tutto il volume: «meno sprechi = più qualità», dove la qualità è assunta nella sua dimensione primaria: il guadagno di salute per il cittadino utente. In particolare, si dimostra che eliminare o ridurre gli sprechi significa anche migliorare la sicurezza del paziente, quando vengono ridotti i rischi di errori, quella non qualità che genera danni al paziente. A partire dalla priorità cliente, visto come paziente, cittadino, finanziatore, la NOMOS propone la metodologia e gli strumenti operativi 3S: il Servizio sanitario snello, attraverso un percorso in immersione totale nei processi delle strutture sanitarie, dalle strutture ospedaliere ai percorsi diagno-

stici terapeutici e assistenziali sul territorio. Viene fornita un'ampia casistica, nell'ottica dei miglioramenti incrementali e rapidi. Il Servizio sanitario snello, definito nei principi e nei concetti chiave, viene messo in pratica fornendo per le strutture sanitarie pubbliche e private strumenti operativi ed esperienze applicative: la palestra del pensiero snello, le 9 categorie degli sprechi, strumenti snelli quali i diagrammi causa effetto, i Master Process, i percorsi assistenziali del cittadino utente, i tool grafici per la rappresentazione delle Mappe dei Master Process attuali e dei Master Process migliorati, il ciclo PDCA e i cicli CPDC.

INDICE PREMessa – 1. LA CACCIA E LA LOTTA AGLI SPRECHI – 1.1. IL RAZIONAMENTO DELLE RISORSE E LA LOTTA AGLI SPRECHI – 1.2. IL SERVIZIO SANITARIO SNELLO – 1.3. PRESUPPOSTI E CONCETTI DEL SERVIZIO SANITARIO SNELLO – 2. LA CLASSIFICAZIONE DEGLI SPRECHI – 2.1. LE 7 CATEGORIE DEGLI SPRECHI DI OHNO APPLICANTE ALLE STRUTTURE SANITARIE – 2.2. SPRECHI PER INAPPROPRIATEZZA – 2.3. SPRECHI DI CONOSCENZA E PER MANCATA INNOVAZIONE – 2.4. L'UTILITÀ DELLE 9 CATEGORIE DEGLI SPRECHI – 3. IL SERVIZIO SANITARIO SNELLO E I MIGLIORAMENTI INCREMENTALI – 3.1. I PRINCIPI OPERATIVI – 3.2. LE FASI E GLI STRUMENTI SNELLI – APPENDICE 1. INTERVENTI IN UN DIPARTIMENTO DI NEUROCHIRURGIA – APPENDICE 2. JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATION, JCAHCO – APPENDICE 3. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

J.F. LEVESQUE, S. HADDAD, D. NURAYANA, P. FOURNIER
Affording what's free and paying for choice: comparing the cost of public and private hospitalization in urban Kerala
International Journal of Health Planning and Management, Volume 22, Nr. 2, April-June 2007, pp. 159-174

K.R. BREKKE, L. SORGARD
Public versus private health care in a national health service
Health Economics, Volume 16, Number 6, 2007, pp. 579-601

A. HEITMUELLER
The chicken or the egg? Endogeneity in labour market participation of informal careers in England
Journal of Health Economics, Volume 26, Number 3, 2007, pp. 536-559

C. HAM
The right kind of competition?
Journal of Health Services Research and Policy, Volume 12, Number 1, January 2007, pp. 54-55

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

F.A.S. BOKHARI, Y. GAY, P. GOTTRÉT
Government health expenditures and health outcomes
Health Economics, Volume 16, Number 3, March 2007, pp. 257-273

J. COSTA-FONT, J. PONS-NOVELL
Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system
Health Economics, Volume 16, Number 3, March 2007, pp. 291-306

B. MCPAKE, K. HANSON, C. ADAM
Two-tier charging strategies in public hospitals: implications for intra-hospitals resource allocation and equity of access to hospital services
Journal of Health Economics, Volume 26, Number 3, 2007, pp. 447-462

ECONOMIA DEL FARMACO

E. SEOANE-VAZQUEZ, R. RODRIGUEZ-MONGUIO
Negotiating antiretroviral drug prices: the experience of the Andean countries
Health Policy and Planning, Volume 22, Number 2, March 2007, pp. 63-72

S. GREB, D. NIEBUHR, U. MAY, J. WASEM
Reform of prescription drug reimbursement and pricing in the German social Health Insurance Market: a comparison of three scenarios
PharmacoEconomics, Volume 25, Number 6, 2007, pp. 443-454

M.J. POSTMA, A. NOVAK, H. SCHEJBELER, M. GYLDMARK, M.L.L. VAN GENUGTEN, J.C. WILSCHUT
Cost effectiveness of Oseltamivir treatment for patients with influenza-like illness who are increased risk for serious complications of influenza: illustration for The Netherlands
PharmacoEconomics, Volume 25, Number 6, 2007, pp. 497-509

M.C. GEMMILL, J. COSTA-FOND, A. MCGUIRE
In search of a corrected prescription drug elasticity estimate: a meta-regression approach
Health Economics, Volume 16, Number 6, 2007, pp. 627-643

E.L. GRINOLS, J. HENDERSON
Replace Pharmaceutical Patents now
PharmacoEconomics, Volume 25, Number 5, 2007, pp. 355-363

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

S.D. LEE, Y.L. CHIU, Y.H. LIN
The effects of Taiwan's national health insurance on access and health status of the elderly
Health Economics, Volume 16, Number 3, March 2007, pp. 223-242

C. PATON
«He who rides a tiger can never dismount»: six myths about NHS «reform» in England
International Journal of Health Planning and Management, Volume 22, Number 2, April-June 2007, pp. 97-111

S. KURUVILLA, N. MAYS, G. WALT
Describing the impact of health services and policy research
Journal of Health Services Research and Policy, Volume 12, Supplement 1, April 2007, pp. 23-31

R. COOKSON, M. DUSHEIKO, G. HARDMAN
Socioeconomic inequality in small area use of elective total hip replacement in the English National Health Service in 1991 and 2001
Journal of Health Services Research and Policy, Volume 12, Supplement 1, April 2007, pp. 10-17

M. BURY
Self-care and the English National Health Services
Journal of Health Services Research and Policy, Volume 12, Number 2, April 2007, pp. 65-66

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

T.J. BOSSERT, D.M. BOWSER, J.K. AMENYAH
Is decentralization good for logistics systems? Evidence on essential medicine logistics in Ghana and Guatemala
 Health Policy and Planning, Volume 22, Number 2, March 2007, pp. 73-82

A. GREEN, C. COLLINS, A. STEFANINI, P. FERRINHO, G. CHAPMAN, B. HAGOS, Y. ADAMS, M. OMAR
The role of strategic health planning processes in the development of health care reform policies: a comparative study of Eritrea, Mozambique and Zimbabwe
 The International Journal of Health Planning and Management, Volume 22, Number 2, March 2007, pp. 113-131

E. HARKNESS, P. BOWER, L. GASK, B. SIBBALD
Retention and future job intentions of graduate primary care mental health workers. A newly developed role in England
 Journal of Health Services Research and Policy, Volume 12, Supplement 1, April 2007, pp. 18-22

D. BAMFORD, C. HALL
A Case study into labour turnover within NHS trust
 Health Services Management Research, Volume 20, Number 1, February 2007, pp. 9-21

L. KUNTZ, A. VERA
Modular organization and hospital performance
 Health Services Management Research, Volume 20, Number 1, February 2007, pp. 48-58

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

N. ROBERTS, K. MEADE, M. PARTRIDGE
The effects of telephone reminders on attendance in respiratory outpatient clinics
 Journal of Health Services Research and Policy, Volume 12, Number 2, April 2007, pp. 69-72

D.O. DE LA FUENTE, J.F.B. PINO, V.F. BLANCO, A.R. ALVAREZ
Does better access to primary care reduce utilization of hospital accident, emergency departments? A time series analysis
 European Journal of Public Health, Volume 17, Number 2, April 2007, pp. 186-192

S. BYFORD, M. LEESE, M. KNAPP, H. SEIVEWRIGHT, S. CAMERON, V. JONES, K. DAVIDSON, P. TYRER
Comparison of alternative methods of collection of service use data for the economic evaluation of health care interventions
 Health Economics, Volume 16, Number 5, May 2007, pp. 531-536

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

I. WILLIAMS, S. BRYAN, S. MCLVER
How should cost-effectiveness analysis be used in health technology coverage decisions? Evidence from the National Institute of Health and Clinical Excellence approach
 Journal of Health Services Research and Policy, Volume 12, Number 2, April 2007, pp. 73-79

E. WILSON, J. SUSSEX, C. MACLEOD, R. FORDHAM
Prioritizing health technologies in a Primary Care trust
 Journal of Health Services Research and Policy, Volume 12, Number 2, April 2007, pp. 80-85

J. ABELSON, M. GIACOMINI, P. LEHOUX, F.P. GAUVIN
Bringing «the public» into health technology assessment and coverage policy decisions: from principles to practice
 Health Policy, Volume 82, Issue 1, June 2007, pp. 37-50

N. MENACHEMI, N. HIKMET, A. BHATTACHERJEE, A. CHUKMAITOV, R. BROOKS
The effects of payer mix on the adoption of information technologies by hospitals
 Health Care Management Review, Volume 32, Number 2, April June 2007, pp. 102-110

VALUTAZIONI ECONOMICHE

H. GRAVELLE, W. BROUWER, L. NIESSEN, M. POSTMA, F. RUTTEN
Discounting in economic evaluations: stepping forward towards optimal decision rules
 Health Economics, Volume 16, Number 3, March 2007, pp. 307-317

S. WALTER, A. GAFNI, S. BIRCH
Estimation, power and sample size calculation for stochastic cost and effectiveness analysis
 PharmacoEconomics, Volume 25, Number 6, 2007, pp. 455-466

Y. TEERAWATTANANON, S. RUSSEL, M. MUGFORD
A systematic review of economic evaluation literature in Thailand: are the data good enough to be used by policy makers?
 PharmacoEconomics, Volume 25, Number 6, 2007, pp. 467-479

J.J. BARENDREGT
Economics and public health: an arranged marriage
 European Journal of Public Health, Volume 17, Number 2, April 2007, p. 124