

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XVII – N. 65 GENNAIO-MARZO 2008

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3 Le organizzazioni pubbliche tra autonomia aziendale e priorità politiche
Mario Del Vecchio

SAGGI

- 7 L'intangibile in sanità: cultura, clima organizzativo e performance
Beatrice Fiore
- 33 I Mmg e il governo della domanda: professione, rapporto con i pazienti e gatekeeping
Veronica Scardigli

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 57 Scrematura di mercato ed efficienza nell'assistenza ospedaliera. Proposta di un modello di analisi
Carlo De Luca, Antonio Cannistrà
- 71 I National Health Service del Regno Unito: verso il modello italiano?
Giovanni Fattore
- 85 I rischi nel processo trasfusionale: un'applicazione della tecnica FMECA
M.M. Gianino, I. Finiguerra, L. Maina, M. Galzerano, F. Aprà, O. Giachino, M. Milan, G. Montegrossso, A. Audisio, D. Fiorina, M. Di Prima, G. Miele, G. Renga
- 105 Reti in sanità: alcuni aspetti sulla base dell'esperienza Asur
Federica Mercuri
- 123 L'attività dell'Ambulatorio per stranieri temporaneamente presenti (STP) in un distretto sanitario delle Marche
M. Paolinelli, D. Fiacchini, R. Baci, E. Palma, G. Gentili
- 139 Il Project finance e gli impatti sul profilo di rischio generale dell'azienda sanitaria
Veronica Vecchi

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 155 Novità bibliografiche
- 159 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

Università Bocconi - Cergas
20133 Milano - Via Röntgen
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 € 75,00

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 organizzazioni pubbliche tra autonomia aziendale e priorità politiche

MARIO DEL VECCHIO

L'idea che in ogni tipologia di istituto – e quindi non solo in quelli il cui fine è la produzione di ricchezza, come le imprese – sia riscontrabile un'attività economica e che, quindi, anche nel caso degli istituti pubblici possa individuarsi una azienda è relativamente recente. Così come è relativamente recente e poco consolidata la nozione che, anche nel caso degli istituti pubblici, una delle responsabilità primarie del management è quella di tutelare una funzionalità duratura dell'azienda come condizione indispensabile perché questa possa essere strumento per il raggiungimento dei fini per i quali l'istituto esiste. Si tratta della diffusione del paradigma aziendale, di una concezione secondo la quale gli istituti possono avere finalità diverse, ma che i fenomeni economici organizzati che all'interno degli istituti hanno luogo, se opportunamente indagati, rivelano alcuni tratti comuni che possono poi essere utilizzati per governarne l'evoluzione.

Il riconoscimento e l'esercizio di una funzione autonoma del management sono obiettivi particolarmente difficili da raggiungere nel contesto delle organizzazioni pubbliche. A differenza di ciò che avviene nelle imprese, dove proprietà e management tendono a dislocarsi in posizioni differenti ma nell'ambito di un terreno comune rappresentato da finalità chiare, interessi convergenti e fonti di legittimazione omogenee, nel caso delle aziende pubbliche politica e management hanno sempre fatto, e continuano a fare, fatica nel riconoscere e costruire un terreno comune di dialogo. Si assiste così alla ciclica affermazione ora della priorità della politica, indipendentemente dai livelli di praticabilità operativa delle decisioni assunte, e ora di una autonomia della «tecnica» sganciata da un qualsiasi onere di ricerca del consenso e della legittimazione che da questo consegue.

Se si guarda alla storia del Ssn e delle aziende che lo compongono, è indubbio che, a partire dai primi anni '90, si siano create delle condizioni particolarmente favorevoli per il riconoscimento di un'autonoma funzione manageriale. Si è trattato di una vera e propria rottura rispetto alla situazione dei tre lustri precedenti nei quali del management si faticava a trovare traccia, soffocato com'era tra politica, amministrazione e «professionalismo». Infatti, nella concezione tradizionale della pubblica amministrazione – il modello di riferimento allora assunto per gli assetti di quelle che oggi chiamiamo aziende sanitarie pubbliche – il triangolo formato dalla specificazione dei fini e delle priorità (politica), l'interpretazione e il rispetto delle procedure definite dal quadro normativo (amministrazione), la concreta applicazione di saperi specifici nella produzione dei servizi (professione) esauriva l'orizzonte degli elementi necessari al funzionamento dell'«ente pubblico sanitario». A tale concezione corrispondeva una coerente configurazione delle strutture di governo che ruotavano attorno al Comitato di gestione, al Coordinatore amministrativo e al Coordinatore sanitario.

A partire dai primi anni '90, con alcuni prodromi già sul finire degli '80, una serie di elementi, in parte collegati, convergono nell'aprire spazi inattesi per il management. La cosiddetta aziendalizzazione aveva trovato una sua icona nel Direttore generale, manager per eccellenza, e nel potere monocratico che esso rappresentava. Ma gli spazi non si limitavano

alla sola trasformazione degli assetti di governo aziendale sul piano formale. La diffusione e l'adozione del lessico aziendale, da una parte, e l'indebolimento della legittimazione della politica come meccanismo di regolazione nelle società complesse, dall'altra, contribuivano ad aprire al management nuovi spazi per l'esercizio del potere e l'assunzione di responsabilità. Bisogna inoltre considerare come l'emergere della Regione in qualità di «azionista» – se non unico, almeno largamente prevalente – rendeva il contesto pubblico più simile a quello privato, con una «proprietà» definita e chiaramente identificabile, una proprietà, peraltro, spesso lontana o debole nell'esercizio del controllo. Da ultimo, l'introduzione dei «quasi mercati» e, in generale, di meccanismi impersonali nell'allocazione delle risorse rafforzava l'autonomia dell'azienda e di chi era chiamato a dirigerla, fornendo un terreno di verifica e legittimazione apparentemente sganciato dal consenso e dalle sue forme di espressione.

È necessario sottolineare come gli elementi appena menzionati abbiano rappresentato una concreta opportunità per una legittimazione della funzione manageriale anche perché, in qualche maniera, semplificavano la complessità dell'azienda pubblica. Ne indebolivano, infatti, i tratti caratteristici ed ineliminabili che rendono uniche aziende che sono pubbliche perché istituzionalmente orientate al perseguimento di fini collettivi, da realizzarsi attraverso il diretto soddisfacimento dei bisogni utilizzando risorse coattivamente prelevate. Da questo punto di vista, l'opportunità, nella percezione comune, della condizione dell'azienda pubblica, era rappresentata dall'avvicinamento al contesto privato e per di più con una «proprietà debole», perché in deficit di legittimazione e non sufficientemente attrezzata. In altri termini, veniva estendersi al contesto pubblico quella legittimazione e quel sistema di attese che caratterizzavano il management nel sistema delle imprese.

Al riparo di questo contesto si è probabilmente sprecata – e la parte maggiore delle responsabilità potrebbe essere addossata per una volta agli studiosi piuttosto che ai practitioner – una occasione di costruire una autonoma legittimazione e robuste pratiche di management realmente adeguate al contesto delle aziende sanitarie pubbliche. Troppe volte, infatti, insieme alla legittimazione sono stati acriticamente importati, non solo i modelli e i principi generali del management – validi, questi, per tutte le aziende – ma anche specifici modelli, soluzioni e strumenti.

Una insufficiente evoluzione della concettualizzazione sul ruolo e la funzione del management pubblico, insieme al mancato sviluppo di pratiche e strumenti sufficientemente specifici, non produce necessariamente mancanza di risultati. Da questo punto di vista, non è qui in questione il salto di qualità prodotto nel funzionamento delle organizzazioni sanitarie pubbliche a più di quindici anni dalla svolta aziendale. Questa rivista è uno degli osservatori possibili, ma l'entità dei progressi realizzati è leggibile anche, per chi conserva sufficiente memoria dei punti di partenza, nei rapporti che un numero crescente di autorevoli centri di ricerca produce sul funzionamento del Ssn e delle sue aziende. Le criticità che emergono traggono origine non tanto dagli inevitabili «rendimenti marginali decrescenti» che si accompagnano all'adozione di approcci generici, quanto dalla mancata ricostituzione e dal mancato rinnovo di un capitale di legittimazione, di visioni e concetti, cui attingere quando cambiano elementi significativi del contesto, quando mutano le sfide alle quali bisogna dare risposta.

Ed è proprio quello che accade a partire dai primi anni del duemila, quando paiono sempre più evidenti i segni di una inversione di tendenza ed emerge una disillusione sul paradigma aziendale. Ad un aziendalismo, spesso non pienamente sviluppato e talvolta mal praticato – se non, addirittura, ridotto a mera struttura lessicale attraverso la quale rappresentare le antiche pratiche burocratico-amministrative – viene imputato non solo di avere soffocato la voce dei legittimi e diversi portatori di interessi, di avere sostituito i mezzi ai fini, ma soprattutto di non avere conseguito i risultati attesi (senza peraltro indagare sulla realistica di tali attese o sulle modalità di apprezzamento di successi ed insuccessi).

Sul più concreto versante dell'ambiente esterno, al panorama semplificato di un capogruppo che orienta le aziende attraverso regole impersonali ed automatiche (quote procapite, mobilità, tariffe Drg) si sostituisce un ambiente sempre più densamente popolato di soggetti. Si tratta spesso di altre istituzioni pubbliche, che collaborano – e inevitabilmente competono – nel dare risposta a bisogni sempre più complessi. Per dirla con uno slogan, che ne cattura bene l'essenza, si tratta del passaggio da strutture di government (un bisogno, una azienda pubblica) a strutture di governance (reti di istituzioni e soggetti che in maniera non preordinata e preordinabile danno complessivamente risposta alle nuove forme e modalità con cui si esprimono i bisogni). È sufficiente pensare al tema delle cronicità o della non autosufficienza per realizzare come i confini tra istituzioni – confini che definivano nettamente i diversi campi di intervento pubblico – o i rapporti tra ciò di cui si dà carico la collettività e ciò ricade nella responsabilità degli individui tendono a sfumare. Altrettanto potrebbe essere argomentato esplorando le conseguenze di un effettivo passaggio da una concezione della salute in termini di health-care a una basata sul concetto del well-being.

Con l'estendersi del campo potenziale di intervento, anche il novero degli interessi che legittimamente si esprimono nei confronti dell'azienda (gli attori che hanno qualcosa da dire in merito al governo dell'azienda) si amplia: all'azionista Regione tendono ad affiancarsi, con diversi gradi di legittimazione, da una parte, gli enti locali – alleati indispensabili in partite decisive come quella già citata della cronicità – e, dall'altra, i professionisti – rispetto ai quali è difficile scindere il tema della clinical governance da quello della partecipazione dei clinici, e dei professionisti in genere, al governo delle aziende. L'alleanza con i professionisti e una loro esplicita assunzione di responsabilità non è infatti eludibile se il governo della domanda a fronte di pressioni crescenti non è una opzione, ma una necessità per l'azienda.

L'insieme di queste trasformazioni, ma se ne potrebbero citare altre, fa giustizia di quelle concezioni semplificatrici che riconducevano l'azienda e la legittimazione del management al paradigma dell'impresa. Riemerge con forza – insieme alla natura professionale e alle specificità degli strumenti di governo e gestione che tale natura impone – la dimensione pubblica e di rete nella quale queste aziende sono chiamate ad operare. Si tratta di affrontare adeguatamente sul piano delle concettualizzazioni e degli strumenti elementi quali: la presenza di una pluralità di interessi – spesso divaricati e, comunque, non omogenei – da contemperare e una pluralità di attori che li rappresentano; la difficoltà di misurare i risultati e i complessi meccanismi che concorrono al loro apprezzamento; uno spazio di azione che interseca piani diversi come quelli del consenso o del dialogo interistituzionale. Risulta, in altre parole, sempre meno convincente la concettualizzazione in termini di «aziende di servizi pubblici» ed emerge sempre più la necessità di tornare a pensare in termini di «aziende pubbliche di servizi».

A fronte del riapparire delle dimensioni di complessità legate alla natura pubblica e una rinnovata centralità della questione professionale, riprendono, non sorprendentemente, slancio concezioni anti-aziendali che vorrebbero, implicitamente o esplicitamente, tornare, seppure in forma rivisitata, al consolidato modello politica-amministrazione-professionalismo, ovvero ad una chiara e netta distinzione tra ambiti segnati dalla discrezionalità (i fini definiti dalla politica) e ambiti segnati dalla necessità (i mezzi neutrali, definiti dalle leggi o dalla scienza). In tali concezioni, posto che non può essere eliminato, lo stesso management viene poi ridotto alla neutrale applicazione di tecniche, poco distante da alcuni contenuti già oggi presenti in alcuni sistemi informativi automatizzati particolarmente avanzati.

La sfida non è principalmente quella di dimostrare l'inconsistenza teorica e l'irrealizzabilità pratica di tale concezione – a ciò basterebbe qualche lettura sulla fine delle condizioni che sorreggevano l'impianto weberiano che è alla base delle visioni tradizionali della pubblica amministrazione – quanto costruire teorie e pratiche che recuperino la dimensione pubblica dell'azienda e la sua natura professionale. Si tratta di rendere evidente il ruolo insostituibile dell'azienda, e del suo management, nell'essere strumento per il contemperamento degli interessi e il loro perseguimento, di non pensare che in ambito pubblico – considerata la

pluralità di attori ed interessi – possano essere nettamente separati i fini dai mezzi e considerare invece che l'azienda è, al tempo stesso, attore e strumento. Si tratta di pensare e costruire le condizioni per una autonomia responsabile dell'azienda che le consenta di agire per la realizzazione delle finalità in uno spazio che è inevitabilmente segnato dalla politica e dalle istituzioni.

Se non viene rafforzata l'azienda pubblica e sostenuta la sua autonomia responsabile, se non le viene consentito di perseguire le condizioni per la sua funzionalità duratura, se essa viene ridotta a strumento neutro eterodiretto, non solo non ci sarà più alcuno strumento, ma il perseguimento dei fini collettivi sarà affidato a soggetti e strumenti su cui la responsabilità della politica e il controllo della collettività rischiano di diventare mere petizioni di principio.

L'intangibile in sanità: cultura, clima organizzativo e performance

BEATRICE FIORE

Surveying on the culture/organizational climate – which is that one proposed here – wants to be a contribution for a finalized strategy to the change of the organization founded on a reformulation of the relations of the persons who work to its inside. The direct involvement of the operating ones can, in fact, to parity of other factors, to increase the probability that the change of the working truth is taken place effectively and produced turns out to you attended. Surveying has been involved three hospitals of Naples, a public, one private no profit and a private hospital. The scope, is that one to estimate the relation between culture/organizational climate and implementation of the TQM (Total Quality Management) and to examine the relation between the implementation of the quality and the own organization.

Keywords: culture, climate and organizational behaviour

Parole chiave: cultura, clima e comportamento organizzativo

Note sugli autori

Beatrice Fiore è docente a contratto di Sociologia dell'Organizzazione presso il Corso di Laurea Specialistica in Programmazione e Gestione delle Politiche e dei Servizi Sociali Facoltà di Lettere e Filosofia e nel Master di II livello in «Politiche e Sistemi Sociosanitari: Organizzazione, Management e Coordinamento», Facoltà di Sociologia - Università degli Studi di Napoli «Federico II»

1. Introduzione

Il dibattito sulla sanità in Italia è monopolizzato dal problema della spesa sanitaria fuori controllo e dai costi crescenti. La portata di questo dibattito è tale da arrivare a mettere in discussione in futuro le possibilità di sopravvivenza del nostro sistema di *welfare state*. A questi temi di indubbia criticità economica si accompagna una sempre maggiore insoddisfazione, da parte dei cittadini, per i servizi offerti e una critica sempre più diffusa alle disfunzioni e alle carenze del servizio sanitario.

Le soluzioni messe in atto fin qui dal management, basate su un controllo e una verifica dei soli dati di costo, pur necessarie, non esauriscono la problematica. Basterà una classica azione economica di risanamento rigorosa e severa per risolvere definitivamente i gravi problemi della Sanità?

L'indagine sulla cultura/clima organizzativo – qual è quella qui proposta – vuole essere un contributo per una strategia finalizzata al cambiamento dell'organizzazione fondata su una rimodulazione delle relazioni delle persone che lavorano al suo interno. Il coinvolgimento diretto degli operatori può, infatti, a parità di altri fattori, aumentare la probabilità che il cambiamento della realtà lavorativa si verifichi effettivamente e produca i risultati attesi.

Nella teoria organizzativa è accolta l'idea che le politiche e le consuetudini di un'organizzazione e i comportamenti che gli operatori avvertono come premianti, sostenuti e attesi, trasmettono dei messaggi importanti che influenzano il loro comportamento. L'ipotesi di partenza dell'indagine svolta, considera che un servizio di qualità consi-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Obiettivi
3. Metodologia
4. Risultati
5. Conclusioni

ste nel servire al meglio il cliente, da quando entra in contatto con l'ospedale fino al momento in cui viene dimesso. Un servizio con queste caratteristiche può essere prestato solo da operatori soddisfatti, fiduciosi, coesi e produttivi; operatori che si sentono considerati dall'organizzazione di appartenenza come risorse di valore e che possono così, a loro volta, considerare i clienti come risorsa di valore. In quest'ottica, il management aziendale deve porre un'attenzione maggiore alla gestione delle risorse umane affinché si riesca a stimolare la motivazione e il senso di appartenenza del personale per incrementare il valore dei servizi offerti.

2. Obiettivi

Lo scopo dell'indagine è quello di valutare la relazione tra cultura/clima organizzativo e implementazione del TQM (*Total Quality Management*) in tre ospedali di Napoli ed esaminare la relazione tra l'implementazione della qualità e la propria organizzazione. In particolare, l'obiettivo dell'indagine è quello di raccogliere le testimonianze degli operatori per favorire l'integrazione delle loro esigenze con quelle proprie dell'organizzazione, come pure indagare e mettere a confronto la soddisfazione del cliente interno, il modo di rapportarsi all'organizzazione, la gestione delle informazioni, i rapporti interpersonali, le relazioni tra operatori e azienda.

L'approccio *Total Quality Management* (TQM), esprime un concetto di cambiamento di primaria importanza, in quanto si presume che riesca a coniugare l'idea dell'impegno della qualità e della *customer satisfaction* con quello del miglioramento continuo dell'azione del management a tutti i livelli dell'organizzazione (Krczal, 2002). L'evoluzione più recente degli studi in tema di qualità delle prestazioni sanitarie evidenzia che, mentre l'approccio VRQ tende a sottovalutare l'importanza di una integrazione tra tutte le componenti del processo sanitario, l'approccio TQM, enfatizza l'integrazione globale e come tale può produrre i risultati attesi, ossia: la soddisfazione del cliente come obiettivo finale; la possibilità per gli operatori di migliorare la qualità della propria prestazione, attraverso l'intervento sull'intero processo di produzione del servizio anziché sulla correzione di singoli errori; la possibilità di

un continuo ed efficace ritorno di dati sulla valutazione delle prestazioni che consentano agli operatori di monitorare personalmente e responsabilmente la qualità della propria attività (Adinolfi, Ciasullo, 2000).

L'applicazione dei principi del TQM richiede che le persone riflettano in maniera diversa su ciò che esse fanno e sulle modalità attraverso cui i compiti vengono svolti. Secondo McLaughlin e Kaluzny (1994)¹, il cambiamento organizzativo prodotto dall'applicazione dei principi del *quality management* comporta modificazioni rilevanti sia su elementi strutturali, come i livelli di responsabilità, il ridisegno dei processi, il sistema degli incentivi, l'applicazione degli strumenti e delle tecniche di miglioramento della qualità, sia su elementi *soft*, come la cultura organizzativa, il clima, gli stili manageriali, la comunicazione. Avolio (1994) sottolinea il ruolo dei cambiamenti *soft*, definiti come una *scelta fondamentale*² nell'attuazione di progetti di *quality management*.

Gli esperti della qualità menzionano un insieme di temi che i *top manager* devono considerare per supportare ed implementare i processi di cambiamento in direzione della qualità. I manager devono infatti produrre le condizioni per il miglioramento continuo della qualità sia modificando strutture e procedure organizzative sia rendendo disponibili le risorse necessarie affinché gli operatori possano fornire servizi orientati alla qualità³.

Il *top management* è responsabile per la gestione complessiva del processo di cambiamento e, in particolare, per la motivazione e il coinvolgimento attivo dei collaboratori nel processo stesso. La motivazione e l'impegno degli operatori dipendono da diversi fattori. In primo luogo, dallo sviluppo di una *vision* e da una comunicazione coerente del messaggio nonché da una strategia in grado di realizzare la visione stessa. In secondo luogo, sforzi e suggerimenti su come migliorare la qualità dei servizi dovrebbero essere apertamente riconosciuti dal *top management* e considerati nel sistema delle ricompense⁴. L'attenzione posta su tali argomenti deriva dalla consapevolezza che le percezioni del personale in merito all'ambiente lavorativo hanno un impatto diretto sulla percezione che l'utente ha della qualità dei servizi offerti.

3. Metodologia

L'indagine ha coinvolto tre ospedali di Napoli, uno pubblico, uno privato *non profit* e un ospedale privato selezionati rispetto agli obiettivi della ricerca. Tale selezione può configurare un «campione *ad hoc*» riconducibile alla tipologia delle strutture ospedaliere della Regione⁵. La diversificazione della tipologia proprietaria è stata motivata dall'ipotesi che alla medesima sono presumibilmente correlati risultati diversi.

Per ogni ospedale sono state scelte tre unità operative/divisioni: ginecologia, chirurgia, cardiologia. Anche questa selezione è motivata dal fatto che l'«ambiente», come si evince dalla letteratura (Woodward, 1965), è un fattore determinante dei comportamenti organizzativi relativi alle unità operative nel loro complesso e agli operatori che ivi lavorano nei diversi ruoli.

Per ogni ospedale e unità organizzativa sono stati rilevati dati di struttura e di funzionamento da fonti regionali e da ricognizioni nei documenti amministrativi degli ospedali.

Per quanto riguarda, invece, i dati relativi alle dimensioni della cultura e del clima organizzativo, è stato utilizzato lo strumento dell'intervista rivolta agli operatori. A questo proposito, dall'universo degli operatori appartenenti alle unità organizzative degli ospedali selezionati è stato estratto un campione di 90 operatori attraverso un procedimento di selezione casuale equidistribuita tra strutture e reparti. Al campione, composto da medici e infermieri, è stato infine somministrato un questionario appositamente predisposto: il *Quality Improvement Implementation Survey*⁶.

Il questionario garantisce l'anonimato. In fase di intervista, è stato specificato ad ogni intervistato lo scopo dell'indagine per evitare qualsiasi forma di condizionamento e consentire ai partecipanti di rispondere in base alle loro convinzioni. Agli operatori è stato chiesto, inoltre, di indicare il sesso, l'età, la qualifica, l'unità operativa di appartenenza e da quanto tempo lavorano nell'ospedale di appartenenza.

3.1. Lo strumento di indagine

Il questionario «Quality Improvement Implementation Survey» (QIIS), è stato tra-

dotto in italiano e modificato relativamente ad alcune terminologie, in quanto occorreva adattarlo alla situazione del Ssn italiano. Il suddetto QIIS è stato originariamente sviluppato nel 2000 da Shortell *et al.*, ed è ritenuto in letteratura uno dei migliori strumenti fino ad oggi realizzati per la rilevazione della cultura organizzativa, non solo in ambito sanitario (Scott, Mannion, Davies, Marshall, 2003). Sia il «Competing Values Framework» (C.V.F.)⁷, che il Q.I.I.S. sono stati utilizzati in molte ricerche, in ambiti differenti e testati da più autori; in tal senso, la loro affidabilità pare essere molto alta. Questo strumento, inoltre, è stato sviluppato appositamente per le organizzazioni sanitarie e si è rivelato valido per gli studi in questo settore.

Nella concezione degli autori di questo strumento, il clima organizzativo occupa una posizione importante quale indicatore determinante della cultura di una organizzazione; esso, infatti, compare tra i quattro elementi organizzativi presenti in ogni cultura: clima di gruppo, stili di *leadership*, sistemi di appartenenza e obiettivi dell'organizzazione.

Uno strumento così costruito si adatta sia ai riferimenti teorici presenti in letteratura (Schein, 1984; Denison, 1996; Glisson, James, 2002; Fiore, 2007) – secondo cui la cultura risulta essere un fenomeno multilivello e, in quanto tale, va studiata nelle sue espressioni tangibili, negli artefatti, nelle credenze e nei valori consci, fino ad arrivare agli assunti fondamentali che spesso sono inconsciamente insiti nell'agire dei membri dell'organizzazione. Il clima, in questo panorama, si pone come espressione dei valori dominanti, percezione condivisa e coscienza dei membri dell'organizzazione riguardo non solo ai valori e alle credenze, ma anche alle aspettative di comportamento e ai ruoli, e quindi uno studio contemporaneo sulla cultura e il clima risulta essere auspicabile, se si considera il clima come un potente indicatore della cultura – sia ai riferimenti metodologici (Hofstede *et al.*, 1990; Scott, Mannion, Davies, Marshall, 2003) secondo i quali è possibile realizzare un'analisi quantitativa della cultura, svolta con le tecniche della ricerca-intervento sul clima.

Lo strumento di indagine è composto da 12 aree tematiche per un totale di 75 domande.

Le aree tematiche indagate riguardano: il carattere dell'ospedale; il management; la coesione; la scelta degli obiettivi; le remunerazioni; la *leadership*; le informazioni e le analisi; la pianificazione strategica della qualità; l'utilizzo delle risorse umane; la qualità del management; la qualità dei risultati; la soddisfazione del cliente.

La prima parte del questionario (aree tematiche da 1 a 5) fa riferimento a quattro tipi di cultura organizzativa: cultura di gruppo; cultura rivolta allo sviluppo; cultura gerarchica; cultura razionale.

Le dimensioni della cultura indagata, attingono al carattere dell'ospedale, al management, alla coesione, all'enfasi e agli obiettivi, infine alle modalità di distribuzione delle ricompense da parte dell'ospedale. Le domande proposte in questa sezione tendono a rilevare a quale tipo di ospedale la struttura di riferimento somiglia maggiormente. Ciascuno degli *item* contiene la descrizione di quattro differenti tipi di ospedale e all'intervistato è stato chiesto di distribuire 100 punti tra le quattro descrizioni, a seconda di quanto ognuna di esse risultava essere simile e caratterizzava il suo ospedale.

a) *Di tipo familiare*: percepito come un luogo di lavoro molto personale ed informale tanto da avere la sensazione di trovarsi in una grande famiglia, in cui le norme e i valori dell'organizzazione sono generalmente condivise da tutto il personale. Questo tipo di organizzazione tende a conferire alle persone un senso di appartenenza ed è fonte di identità. Pertanto, quando l'identità è una proprietà operante, condivisa con una relativa intensità, risulta costitutiva della stessa cultura organizzativa, che in questo caso si configura come *cultura di gruppo* poiché dà forma e forza al collettivo in quanto tale. Agisce sui processi di formazione dei significati perché aiuta a distinguere con chiarezza i criteri di orientamento. Il management è orientato allo sviluppo delle risorse umane, mentre la coesione è fondata sulla fiducia (*trust*). Quest'ultima favorisce i rapporti di collaborazione tra i soggetti coinvolti nella medesima organizzazione e definisce le appartenenze degli altri alla stessa fonte di identità. La fiducia rappresenta il filo che lega fra loro i membri di un collettivo. Questi tendono a condividere i significati, anche nel senso che si accoglie

come propria la percezione e la preferenza espressa da un altro nel quale si nutre fiducia (Bolognini, 2003).

b) *Di tipo imprenditoriale*: in questo caso l'ospedale è un posto molto dinamico, si lavora molto e ognuno si fa carico di eventuali rischi. In tal senso, l'orientamento del management è di fatto rivolto all'assunzione del rischio, ovvero alla capacità/necessità di operare e decidere in condizioni di incertezza.

Questo modello trova il suo massimo grado di coerenza in un ambiente globalmente flessibile, dove cioè esiste una dinamica non solo tecnologica, ma anche di mercato e di utenza, e dove, quindi, l'instabilità riguarda soprattutto le finalità del servizio.

L'autonomia clinica comporta un sistema di responsabilizzazione dei professionisti sull'utilizzazione delle risorse e, invece, una responsabilizzazione sull'allocazione delle risorse suddivisa tra i diversi livelli decisionali dell'azienda sanitaria o addirittura esterna all'azienda e propria del sistema istituzionale.

Quello che emerge è un modello aziendale dove convivono due spinte contrapposte:

- un'autonomia molto accentuata nelle modalità di utilizzazione delle risorse, conseguenza propria dell'aspetto di autonomia clinica di cui godono i medici e gli altri professionisti;
- un accentramento nelle modalità di allocazione e distribuzione delle risorse.

La *cultura organizzativa* che contraddistingue questo tipo di organizzazione è *orientata allo sviluppo*, al consolidamento delle innovazioni tecnologiche e delle competenze del personale (capitale intellettuale), obiettivi strategici connessi al miglioramento delle performance assistenziali ed al rafforzamento della propria posizione competitiva.

c) *Di tipo burocratico*: l'ospedale è un posto molto formale e strutturato, le procedure burocratiche governano ogni singola azione dei soggetti. La *cultura organizzativa* che si identifica, in questo caso, è di tipo *gerarchico*, dove i rapporti decisionali sono centrati sulla gerarchia e le responsabilità riguardano il rispetto di compiti e procedure.

Secondo questo modello, l'organizzazione è intesa come un insieme di unità funzionali integrate verticalmente. Essa si sviluppa e si consolida in un ambiente generalmente stabile, dove cioè non esiste una dinamica né nelle variabili tecnologiche, né in quelle di mercato, né in quelle sociali. Infine il governo dell'attività produttiva e i sistemi di controllo gerarchici spingono al controllo del processo di creazione del valore piuttosto che alla sua gestione. Il processo attraverso cui affrontare ogni situazione è predeterminato. Non esiste così lo spazio per significativi adattamenti o per risolvere nuovi problemi; la loro soluzione è inserita nelle procedure che assicurano la massima efficienza e il risultato. In questo contesto è importante chiedere a tutti il rispetto dei ruoli su cui si basa la coesione del gruppo e la gerarchia ha la funzione specifica di assicurare che nulla di nuovo venga a turbare il sistema.

d) *Orientato alla produzione*: in questo tipo di ospedale, ciò che preoccupa maggiormente è che il lavoro venga concluso; in questo senso, la coesione dell'ospedale, così come la distribuzione delle ricompense, è fondata sul raggiungimento di obiettivi. Di fatto, questo modello identifica una situazione culturale in cui i processi decisionali sono centrati sulle competenze e la responsabilità gestionale riguarda il conseguimento di obiettivi e risultati. Non è valorizzato il coinvolgimento personale, pertanto la *cultura organizzativa* che si identifica in questo tipo di organizzazione è di tipo *razionale*.

Nella seconda parte del questionario (aree tematiche da 6 a 12) viene chiesto di valutare il contributo dell'ospedale all'aumento della qualità dei servizi offerti. All'intervistato viene chiesto di rispondere a ciascuna domanda sulla base di una scala Likert che va da 1 (*sono fortemente in disaccordo*) a 5 (*sono fortemente d'accordo*).

L'obiettivo è capire come l'ospedale riesce ad adattare le diverse attività e funzioni che attengono alla cura dei pazienti. Il termine «qualità delle cure e dei servizi», di fatto, non si riferisce solo alle qualità tecniche delle cure offerte ai pazienti, ma anche alla capacità dell'ospedale di assecondare i bisogni dei pazienti.

L'area tematica che si concentra sulla *Leadership* indaga il modo in cui quest'ultima supporta e promuove la cultura del TQM. Si parte dal presupposto che la *leadership* rappresenti effettivamente un agente di cambiamento di successo in aziende che mirano a dare concreta attuazione ai principi del *quality management*. Gestire il cambiamento significa, quindi riuscire ad articolare una visione attraente e sfidante, a rappresentare un modello di ruolo ed essere un *coach* per lo sviluppo dei collaboratori.

L'area tematica relativa alle *Informazioni ed analisi* indaga la disponibilità, l'utilizzo, e la ricerca da parte dell'ospedale di dati e di informazioni sulla qualità delle cure e dei servizi offerti, nonché il coinvolgimento dei dipendenti nel determinare quali dati debbono essere raccolti con l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure e dei servizi forniti. Lo scopo di un sistema di raccolta dati, informazioni ed analisi è di mettere a fuoco i problemi, per costruire e comunicare gli obiettivi, per correlarli con le azioni e per adeguare queste ultime ai continui cambiamenti dell'ambiente interno ed esterno all'organizzazione. È infatti necessario, per avere chiara la missione dell'azienda, richiamare selezionare e mettere insieme quei dati che siano in grado di evocare, in modo più ovvio, una direzione ed una strategia plausibile. Diventa, perciò, importante, di fronte ai continui cambiamenti scientifici e tecnologici, che un sistema di raccolta dati e informazioni aiuti un'organizzazione a rispondere all'esigenza di *gestione della conoscenza*, una funzione per cui la conoscenza stessa possa venire categorizzata, selezionata, resa disponibile, reperita, utilizzata ed arricchita, nel modo più facile ed appropriato (Alfieri, 2000).

L'informazione assume per sua natura una valenza strategica in qualsiasi tipo di azienda e ancor più in quelle sanitarie, per le quali acquisisce, in virtù delle loro caratteristiche gestionali, un connotato dominante nelle scelte di governo. La critica più diffusa, che gli operatori muovono ai sistemi informativi, attiene alle carenze in termini di significatività, selettività e tempestività, in altre parole, della capacità delle informazioni stesse di rappresentare un reale supporto ai processi decisionali.

Il mezzo attraverso cui dichiarare la missione, le finalità e gli obiettivi che l'ospedale

deve raggiungere, è la pianificazione strategica della qualità e la programmazione annuale, conformi ai fini istituzionali e ai contratti vigenti. Argomento, quest'ultimo, oggetto di analisi dell'area tematica definita *Pianificazione strategica della qualità*. L'attenzione, in questo caso, si focalizza sulle scelte organizzative con l'obiettivo di rispondere ai crescenti fabbisogni di razionalizzazione dei costi e di efficacia organizzativa, comprendendo ed interpretando anche l'evoluzione del contesto di riferimento al fine di garantire nel tempo il successo dell'azienda nel perseguire i propri fini istituzionali.

L'area tematica relativa all'*Utilizzo delle risorse umane* indaga il rapporto tra gestione delle risorse umane e qualità dei servizi offerti. Pertanto gli elementi indagati sono:

- cultura aziendale orientata al miglioramento;
- *focus* sul coinvolgimento e sul lavoro di gruppo (cooperazione tra i reparti);
- formazione a tutti i livelli, continua e sistematica.

Il TQM è in fondo un approccio umanistico che valorizza l'uomo, la sua capacità e le sue responsabilità. Esso, pertanto, agisce sui valori e sulle scelte che caratterizzano le politiche del personale nelle aziende sanitarie, contribuendo così allo sviluppo del paradigma gestionale del «marketing interno» e del «lavoratore cliente». Si fa strada, in questo contesto, una comunicazione interna centrata sull'ascolto dal basso, sul coinvolgimento attivo del personale e sul lavoro di gruppo.

Questo approccio, inoltre, vede nella formazione continua la leva decisiva per il mantenimento e lo sviluppo della professionalità nell'organizzazione e nei singoli a tutti i livelli, specie in quelli più vicini al cliente come gli infermieri. Affinché l'eccellenza sia un obiettivo che implica un cambiamento della cultura dell'organizzazione, è necessario che il personale sanitario conosca e capisca gli strumenti della qualità e dell'eccellenza per poi applicarli.

L'area tematica *Qualità del Management*, attiene invece alla dimensione operativa propria del management il cui ruolo è «esterno» e «ufficiale», definibile di autorità (Bergamaschi, 2000). Ha rapporti con i fornitori,

svolge attività di *public relation* con l'esterno; è però di comune osservazione che, come per la *leadership*, anche per il management la qualità dei risultati è largamente influenzata dalla qualità delle relazioni. In altri termini, il modo di sentire e pensare delle persone, la visione di fondo che le lega reciprocamente e che le rapporta all'organizzazione, influenzano largamente il modo di agire e quindi i risultati operativi.

La qualità dei prodotti servizi/erogati dipende quindi dal funzionamento dei processi, ovvero dalla sequenza di attività svolte dalle singole unità organizzative, reparti e persone. La verifica delle attività svolte è oggetto di analisi dell'area tematica *Qualità dei risultati*. In sostanza, la valutazione dei risultati è un'attività di conferma sul fatto che i requisiti relativi ad una specifica utilizzazione o applicazione prevista siano stati soddisfatti.

Secondo la classica tripartizione di Donabedian (1990), gli assi della qualità sono indirizzati alla struttura (qualità organizzativa), al processo (qualità professionale) e all'esito (qualità percepita). Quando si parla di *struttura* (qualità organizzativa) si fa riferimento alle risorse disponibili, personale, attrezzature, edifici, etc., ed alle modalità organizzative delle stesse.

Il *processo*, invece, attiene al prodotto, alle prestazioni, alla loro tempestività e alla loro appropriatezza in merito alle decisioni di intervento, al livello di effettuazione e all'uso delle risorse. La dimensione della qualità di processo fa riferimento alla correttezza tecnica, al coordinamento ed integrazione delle stesse, nonché alla continuità dell'assistenza. Pertanto è l'asse che si riferisce al comportamento degli operatori.

La qualità totale implica una sequenza finalizzata ed interconnessa di attività con lo scopo di fornire un prodotto al cliente/utente. Sequenza che quasi sempre coinvolge più di una unità organizzativa e più di una figura professionale. I processi sono tanto più importanti quanto più, in base alle evidenze scientifiche ed al consenso di esperti, aumentano le probabilità che si verifichino esiti favorevoli.

L'*esito*, infine, è il cambiamento dello stato di salute per effetto dell'attività sanitaria, ma anche del grado di conoscenza della propria malattia, della modifica nel comporta-

mento e nello stile di vita del paziente, nonché della stessa soddisfazione del cliente.

In questo percorso l'organizzazione è sottoposta a un processo di apprendimento continuo, che, attraverso la valutazione dei risultati delle scelte organizzative effettuate in precedenza, consente di acquisire nuove informazioni che permettono di implementare interventi più adeguati.

Il soddisfacimento dell'utenza è oggetto di analisi dell'ultima area tematica, *Soddisfazione del cliente*, che indaga la valutazione da parte dell'ospedale dei bisogni attuali e futuri dei pazienti. La misurazione della qualità dei servizi risulta una funzione ormai fondamentale e strategica per le aziende sanitarie pubbliche, poiché consente di verificare il livello di efficienza ed efficacia di un servizio, così come percepita dagli utenti, in un'ottica di riprogettazione, ovvero di miglioramento delle performance.

Uno degli strumenti più utilizzati per la misurazione del grado di qualità percepita da parte dei destinatari di un servizio/prodotto, viene comunemente denominata indagine di *customer satisfaction* e l'ascolto dell'utenza assumono un senso compiuto solo se rappresentano lo spunto di riflessione per una valutazione della qualità dei servizi erogati e per una eventuale rimodulazione degli stessi. In effetti, nel momento in cui si attiva il confronto con i fruitori di un determinato servizio, occorre anche essere in grado di gestire il conflitto e di ascoltare, dando un riscontro alle richieste che vengono fatte.

Rilevare la *customer satisfaction* consente alle amministrazioni di uscire dalla propria autoreferenzialità, aiutandole a relazionarsi con i propri utenti, di conoscere e comprendere sempre meglio i bisogni dei destinatari ultimi delle proprie attività e di riprogettare, di conseguenza, sia le politiche pubbliche che il sistema di erogazione dei servizi. L'ascolto, pertanto, dovrebbe diventare una funzione permanente, pianificata e organizzata all'interno degli enti che forniscono servizi pubblici.

3.2. Tecniche ed analisi

Le tecniche di analisi utilizzate nella ricerca qui esposta sono quelle indicate qui di seguito.

Analisi delle medie

Avendo gli intervistati distribuito i 100 punti a loro disposizione tra le «scelte» offerte dalle domande (la scelta riguardava il livello di somiglianza del proprio ambito operativo ai diversi modelli proposti), ad ogni risposta e, cioè, ad ogni scelta corrispondeva un punteggio. Si è potuto pertanto calcolare il punteggio medio totale e i punteggi parziali per tipologia di ospedale, reparto e ruolo lavorativo di ogni risposta. Nelle tabelle – relativamente a ciascuna domanda – viene riportato il punteggio medio delle risposte. L'analisi è consistita nel valutare ed interpretare, in primo luogo, come e in che misura il punteggio totale si discostasse rispetto ai punti totali parziali risultanti in base alla disaggregazione delle variabili indipendenti (tipologia dell'ospedale, del reparto e ruolo lavorativo del personale) e, in secondo luogo, come e in che misura i punteggi medi disaggregati per le modalità delle variabili indipendenti variassero in relazione al punteggio totale per tipo di ospedale, reparto e ruolo operativo. Questo tipo di analisi permetteva di cogliere la prevalenza o meno del modello di ospedale rispetto alla tipologia teorica, e se tale modello variasse in funzione delle cosiddette variabili indipendenti.

Analisi fattoriale

Essendo il questionario costituito da settantacinque domande, per semplificare la notevole quantità di dati raccolta si è utilizzato un procedimento statistico, l'analisi fattoriale, che permette di raggruppare le domande in dimensioni meno numerose e più agevoli che rappresentano le aree indagate. Si è tentato, in altri termini, di esplorare la possibilità che «al di sotto» delle domande e per effetto delle risposte, esistesse una struttura latente, tale da individuare la presenza di dimensioni specifiche della cultura e del clima organizzativo.

Sotto il profilo statistico è stata effettuata un'analisi delle componenti principali e poi una rotazione dei fattori del tipo Varimax. Tale analisi è una procedura di elaborazione di dati multivariati che consiste nel trasformare le variabili originarie in nuove variabili sintetiche (fattori), fra di loro non correlate, che rendano conto di proporzioni decrescen-

ti della varianza dei dati stessi. Il peso delle variabili sui fattori emergenti (*loading*) contribuisce a «dare un nome» al fattore latente. La rotazione Varimax è stata poi applicata per trovare un insieme di fattori che presentino, almeno approssimativamente, una struttura più semplice di relazioni e quindi un processo di più facile interpretazione dei medesimi.

4. Risultati

Carattere dell'ospedale (tabella 1): l'ospedale come famiglia riceve il punteggio medio più elevato (36.3) rispetto agli altri modelli di ospedale. Questo implica che il campione nel suo complesso percepisce l'ospedale in cui opera prevalentemente come una famiglia. Segue in seconda istanza il modello dell'ospedale come luogo di produzione e in terza istanza il modello dell'ospedale come impresa.

Il modello burocratico riceve il punteggio medio più basso. Il dato nel suo complesso dimostra che i processi di aziendalizzazione delle strutture ospedaliere hanno avuto un esito effettivo sul cambiamento della cultura/clima organizzativo. Dai risultati emergerebbe infatti che il modello burocratico, quello che presumibilmente esisteva prima delle riforme sanitarie dello scorso decennio, è ormai inesistente nel «vissuto» e nella cul-

tura del personale. Rimane, invece, una duplicità di modelli: quello dell'ospedale come famiglia e quello dell'ospedale impresa-produzione. Tali modelli, peraltro non contraddittori, sembrano dipendere dalla presenza o meno di fattori ambientali. L'ospedale come famiglia è prevalente nel contesto pubblico e in ambienti operativi specifici (Chirurgia e Cardiologia). I punteggi del pubblico (53.3) e di Chirurgia e Cardiologia (41.7 e 44.3) sono infatti superiori al punteggio medio. Non sembra invece far differenza il ruolo lavorativo. Sia che si tratti di medici che di infermieri, il punteggio è vicino a quello totale. Tale risultato si specifica ulteriormente guardando ai punteggi degli altri modelli. L'ospedale come *impresa* prevale nel contesto pubblico a gestione privata (40.7) e poi nell'ospedale privato (34.0), mentre l'ospedale come *produzione* prevale anch'esso nell'ospedale pubblico a gestione privata (33.3) ma non nell'ospedale privato (29.7). L'ospedale come *burocrazia* prevale nel pubblico (14.3). Il che sta a significare che, sotto il profilo percettivo globale, l'ospedale come famiglia appare come una caratteristica fondante dell'ospedale pubblico, con un carattere minoritario ma presente del modello burocratico, mentre l'ospedale come impresa e produzione è una caratteristica del tipo di gestione – quella privata – anche se la proprietà è pubblica. In sostanza, a fare la

Tabella 1

Caratteristiche dell'ospedale secondo il tipo, l'ambiente operativo e il ruolo del personale

Fonte: Beatrice Fiore, Tesi di dottorato, Università di Napoli, Federico II

Variabili indipendenti		L'ospedale somiglia a:			
		famiglia	impresa	burocrazia	produzione
Tipo ospedale	Pubblico	53,3	4,7	14,3	27,7
	Pubblico a gestione privata	22,7	40,7	3,3	33,3
	Privato	33,0	34,0	3,3	29,7
Ambiente operativo	Ginecologia	23,0	24,7	17,3	35,0
	Chirurgia	41,7	29,0	3,7	25,7
	Cardiologia	44,3	25,7	0,0	30,0
Personale	Medici	38,4	28,0	6,8	26,8
	Paramedici	34,3	25,0	7,2	33,5
Totale		36,3	26,4	7,0	30,2

differenza è il tipo di gestione e, cioè, lo stile e le regole con le quali l'ospedale viene fatto funzionare, mentre permane nell'aspetto proprietario un residuo di familiarità, per così dire, trasmesso dal senso di «pubblicità» (cosa appartenente a tutti) dell'ospedale (Piperno, 1986). Quest'ultimo aspetto lo si ritrova in misura minore quando si analizzano i modelli degli ambienti operativi in funzione della diversità. Chirurgia e Cardiologia identificano al meglio l'ospedale come famiglia, Ginecologia vede l'ospedale come burocrazia (17.3) e come produzione (35.0). Non sembra, infine, fare differenza sostanziale il ruolo operativo del personale, in quanto i punteggi medi non si allontanano significativamente da quelli totali.

In termini generali, si possono ulteriormente commentare i suddetti risultati affermando che i tratti culturali degli ospedali oggetto dell'indagine operano come criteri di interpretazione delle regole. Le organizzazioni, sono, essenzialmente, sistemi di regole: le regole permettono di ordinare le azioni in base a programmi e, se rispettate, consentono di dar corso ai programmi, trasformando gli obiettivi in risultati. Margini di discrezionalità ci sono sempre, anche di fronte alle regole e alle procedure più rigide, ma risultano più ampi quando si deve far fronte a contingenze non prevedibili e si perseguono

no elevati livelli di performance, come nelle aziende sanitarie. Man mano che si passa da modelli burocratici ad organizzazioni meno formali, prende sempre più peso il comportamento delle persone: in particolare, diventa determinante un tipo di comportamento non semplicemente conforme alle regole, ma impegnato nella valutazione delle azioni più appropriate al raggiungimento degli obiettivi, per il miglior coordinamento con l'azione degli altri, sia pure entro margini più o meno ampi di discrezionalità.

Non sempre, però, le regole sono applicate correttamente, spesso non sono rispettate, a volte perché prevalgono comportamenti opportunistici. Per questo si attribuisce così grande importanza al controllo gerarchico, attività svolta dal management dell'ospedale (**tabella 2**) e percepita dal totale del campione come orientata prevalentemente al rispetto formale dei *ruoli* (variabile che riceve il punteggio medio più alto 44.9), segue in secondo luogo l'orientamento allo sviluppo delle risorse umane (24.6), in terzo l'orientamento agli incentivi (14.1). L'orientamento all'assunzione del rischio riceve il punteggio medio più basso (9.7).

Il dato mostra nel suo complesso che i vincoli di bilancio, normativamente introdotti, a cui sono sottoposte le strutture ospedaliere, possono avere indotto alcuni Direttori ge-

Variabili indipendenti		Il management è orientato a:			
		sviluppo risorse umane	assunzione del rischio	rigidità dei ruoli	incentivi
Tipo ospedale	Pubblico	25,3	10,0	37,3	14,0
	Pubblico a gestione privata	17,3	10,3	59,0	6,7
	Privato	31,2	8,8	38,3	21,7
Ambiente operativo	Ginecologia	26,0	10,0	52,3	5,0
	Chirurgia	27,7	12,0	29,3	24,3
	Cardiologia	20,2	7,2	53,0	13,0
Personale	Medici	35,1	11,5	35,5	8,9
	Paramedici	14,6	8,0	53,9	19,1
Totale		24,6	9,7	44,9	14,1

Tabella 2

Management dell'ospedale secondo il tipo, l'ambiente operativo e il ruolo del personale

Fonte: Beatrice Fiore, Tesi di dottorato, Università di Napoli, Federico II

nerali a fare «pressioni», ovvero ad adottare stili di direzione gerarchica, nelle loro aziende per rispettare tale vincolo (Borgonovi, 2004)⁸.

Il management orientato alla rigidità dei ruoli prevale nell'ospedale pubblico a gestione privata (59.0) e nell'unità operativa di Cardiologia (53.0) e di Ginecologia (52,3), i punteggi sono infatti superiori a quello medio.

Da questo punto di vista, l'unità operativa di base, dove di fatto è esercitata l'autorità sia organizzativa che clinica, si configura come ampia ed estesa e può vedere la presenza anche di differenti sottospecializzazioni di base. All'interno dell'unità operativa vengono così a crearsi molteplici relazioni di ordine gerarchico e funzionale, molteplici meccanismi di integrazione, che sono però direttamente gestiti e controllati da chi ha la piena responsabilità organizzativa e clinica sulle attività svolte nell'unità operativa stessa (Lega, 2003).

Si configura, in tal modo, un modello aziendale che, sotto il profilo dei processi decisionali, è un modello tendenzialmente e strutturalmente conflittuale, in cui le responsabilità di gestione sono tese, con grandi difficoltà, a far convergere tutte le azioni operative, che godono di ampia autonomia, su obiettivi e risultati condivisi. Tale conflittualità e alcune conseguenze negative possono essere meglio specificate con riferimento, come è stato già accennato, alle politiche di contenimento della spesa (o comunque di ricerca di maggiore efficienza delle risorse finanziarie destinate alla sanità). Le esperienze di controllo della spesa sul sistema allocativo hanno perciò messo in luce la necessità di agire congiuntamente sui due livelli di responsabilizzazione: allocazione e impiego delle risorse, le quali sono congiunte dal punto di vista dei risultati da ottenere, ma sono differenziate per quanto riguarda la responsabilizzazione, suddivisa tra variabili controllabili dai professionisti e variabili direttamente controllabili dal management aziendale (Zangrandi, 2000).

Una differenza sostanziale emerge relativamente al ruolo operativo del personale. Di fatto, mentre il punteggio attribuito dai medici alla *rigidità dei ruoli* è 35.5, inferiore a quello medio, quello degli infermieri è nettamente superiore (53.9), dato conferma-

to anche se si osserva il punteggio relativo allo *sviluppo delle risorse umane* (35.1 per i medici, quindi superiore alla media, e 14.6 per gli infermieri, inferiore rispetto alla stessa media).

L'ipotesi è che spesso ad occupare il ruolo di manager è un professionista che appartiene alla stessa categoria professionale dei medici, eletto da questi ultimi e sostenuto finché è disposto a sostenere e a tutelare l'autonomia clinica degli stessi medici (Mintzberg, 1985). La presenza dell'autonomia clinica spinge, quindi, verso logiche di intervento organizzativo maggiormente focalizzate alla definizione di spazi di autonomia, di intervento e alla ricerca di forti livelli di auto-responsabilizzazione da parte degli stessi professionisti, che divengono così l'essenziale punto di riferimento di tutta l'azienda sanitaria (Zangrandi, 2000). Nell'ottica della valorizzazione delle professionalità, appare altrettanto necessaria la valorizzazione della professione infermieristica, per la quale si impone la nascita di una nuova cultura della professione, così che il ruolo dell'infermiere sia ricondotto, nella percezione sia della classe medica che dell'utenza, all'autentico fondamento epistemologico del *nursing* (Guerzoni, Marino, Maccaferri, Cintori, 2005).

Da ciò deriva che, in un'azienda sanitaria la cultura specifica, i valori che si generano, il senso di appartenenza alla stessa, non sono omogenei. Infatti, ogni singola parte e/o professionalità assume propri valori e comportamenti professionali legati alla propria categoria, che spesso, dunque, sono influenzati dall'identità dei professionisti con associazioni o gruppi professionali esterni all'organizzazione sanitaria. Ciò comporta inevitabilmente problemi di coordinamento e di controllo tipici delle burocrazie professionali. In questo tipo di organizzazione il coordinamento è centrato sulla standardizzazione delle conoscenze e delle competenze. Tuttavia, quando il comportamento richiesto, o la decisione da prendere, si incastra in un complesso di azioni, non sempre la sola competenza, come insieme di conoscenze e abilità, è sufficiente. Occorrono, pertanto, criteri comuni di interpretazione delle regole (Bolognini, 2003).

L'analisi dell'area tematica *Coesione dell'ospedale* (**tabella 3**) mostra che è la fiducia (*trust*) tra le persone ad essere percepita

Variabili indipendenti		La coesione dell'ospedale è fondata su:			
		fiducia	innovazione	ruoli	obiettivi
Tipo ospedale	Pubblico	31,7	15,3	18,7	24,3
	Pubblico a gestione privata	31,3	21,7	11,0	29,3
	Privato	41,0	24,3	10,3	24,3
Ambiente operativo	Ginecologia	23,3	16,0	21,0	36,3
	Chirurgia	35,0	32,3	13,3	12,7
	Cardiologia	45,7	13,0	5,7	29,0
Personale	Medici	40,9	17,7	12,0	18,0
	Paramedici	28,7	23,0	14,6	33,7
Totale		34,7	20,4	13,3	26,0

Tabella 3

Coesione dell'ospedale secondo il tipo, l'ambiente operativo e il ruolo del personale

Fonte: Beatrice Fiore, Tesi di dottorato, Università di Napoli, Federico II

ta, dal totale del campione, come la proprietà organizzativa su cui si fonda prevalentemente la coesione nell'ospedale (riceve, di fatto, il punteggio medio più alto, 34.7), seguita dalla condivisione degli obiettivi (a cui è stato attribuito un punteggio medio di 26.0) e dalle strategie orientate all'innovazione (20.4). Alle procedure formali è stato attribuito, dal totale del campione, un punteggio medio più basso (13.3).

L'ipotesi è che le procedure siano sullo sfondo e lascino spazio a meccanismi di adeguamento reciproco e a criteri più generali di coordinamento ed integrazione, quali la fiducia, la lealtà, il senso di *empowerment* (ovvero quanto le persone si sentono valorizzate).

Affinché vi sia coesione in un'organizzazione, anche in presenza di personale con gradi elevati di competenza, è fondamentale che si costruisca un buon livello di integrazione collettiva capace di sostenere la disponibilità di tutti ad impegnarsi e a sviluppare un'energia collettiva il cui risultato sia al di sopra della somma dei singoli sforzi individuali.

Dal punto di vista della specificità dell'ambiente operativo, la coesione fondata sulla fiducia prevale nella divisione di Cardiologia (45.7, punteggio superiore alla media), seguito dalla divisione di Chirurgia (35.0) e Ginecologia (23.3). Per quanto ri-

guarda il tipo di ospedale, è quello Privato a percepire la coesione prevalentemente fondata sulla fiducia (41.0), ma anche nell'ospedale pubblico (31.7) e in quello pubblico a gestione privata si nota che il punteggio attribuito a questa variabile è più alto (31,3) in relazione ai punteggi attribuiti alle altre variabili.

Se il management delle aziende sanitarie riesce a *capitalizzare* la soddisfazione e la fedeltà del proprio personale, raggiunge con più facilità livelli elevati di qualità del servizio e livelli di costo più bassi⁹. Come si è già accennato, risulta ampiamente dimostrato in letteratura che, creando fiducia e favorendo la partecipazione e il coinvolgimento, aumenta il livello di soddisfazione lavorativa del cliente interno, sia esso il medico o l'infermiere, e ciò di conseguenza fa aumentare il livello di soddisfazione dei clienti esterni, gli utenti. Se questo è vero, allora le performance, dell'ambiente operativo in particolare e dell'azienda sanitaria nel suo complesso, saranno connesse in modo relativamente debole a configurazioni imposte da regole istituzionali o conseguenti a scelte manageriali e dipenderanno in modo assai più stretto dalla *posizione* delle unità in reti multiple emergenti da relazioni, scambi e dipendenze indotte dai processi giornalieri di risoluzione di problemi individuali (Cicchetti, Lomi, 2000).

Nell'area tematica *Mission dell'ospedale* (tabella 4) emerge che il totale del campione percepisce la *mission operativa* dell'ospedale come orientata prevalentemente alla *competitività* (31.0 è il punteggio medio più alto attribuito), segue in seconda istanza l'*acquisizione di nuove risorse* (25.6), in terza istanza la *coesione* (23.8). La *stabilità* riceve invece il punteggio medio più basso (13.8).

Il dato nel suo complesso dimostra che, come per le altre aree tematiche, il processo di aziendalizzazione, le nuove tecnologie, i processi di innovazione, hanno cambiato profondamente l'organizzazione, le modalità e le relazioni di lavoro delle strutture ospedaliere indagate. Una delle modalità più utilizzate dalle moderne aziende di successo per conseguire un aumento del valore e del vantaggio competitivo consiste, di fatto, nel porre l'innovazione e il cambiamento come premesse, le quali si sviluppano soprattutto attraverso l'apprendimento organizzativo. Nuove tecnologie e nuove tecniche richiedono infatti competenze umane per la loro selezione e per il loro impiego proficuo. In un'accezione più ampia del concetto, si può affermare che l'innovazione tecnologica rappresenta senza dubbio una componente fondamentale della missione e delle finalità istituzionali delle strutture ospedaliere. Il riferimento però non è solo al *know how*

delle persone, esso attiene anche al sistema organizzativo, al sistema di relazioni interne che definiscono la cultura aziendale, al sistema delle relazioni esterne che definiscono i contorni dell'immagine e della reputazione dell'azienda sanitaria (Lega, 2003).

La *mission operativa* dell'ospedale orientata alla *competitività* prevale nell'ospedale privato e nel pubblico a gestione privata e in ambienti operativi specifici (ginecologia e cardiologia). I punteggi del privato (33.0), del pubblico a gestione privata (32.7) e di Ginecologia e Cardiologia (31.7 e 36.3) sono infatti superiori al punteggio medio. Tale risultato si specifica ulteriormente guardando ai punteggi delle altre variabili. La *mission operativa* orientata all'*acquisizione di nuove risorse* prevale nel contesto pubblico a gestione privata (35.0) e nell'unità operativa di Chirurgia (39,3), mentre l'orientamento alla *coesione* prevale in quello privato (34.7) e in quello pubblico (27.0), entrambi i punteggi sono superiori alla media, ma non nell'ospedale pubblico a gestione privata (9.7). L'orientamento alla *stabilità*, invece, prevale nel pubblico (20.7). Ciò vuol dire che, sotto il profilo percettivo globale, l'ospedale orientato alla *competitività* è una caratteristica comune a tutti, mentre l'orientamento alla *stabilità* è presente con un punteggio superiore alla media solo nell'ospedale pub-

Tabella 4

Mission dell'ospedale secondo il tipo, l'ambiente operativo e il ruolo del personale

Fonte: Beatrice Fiore, Tesi di dottorato, Università di Napoli, Federico II

Variabili indipendenti		La <i>mission operativa</i> dell'ospedale è orientata a:			
		coesione	acquisizione nuove risorse	stabilità	competitività
Tipo ospedale	Publico	27,0	17,3	20,7	27,3
	Publico a gestione privata	9,7	35,0	12,7	32,7
	Privato	34,7	24,3	8,0	33,0
Ambiente operativo	Ginecologia	27,0	25,0	12,0	31,7
	Chirurgia	15,0	39,3	17,3	25,0
	Cardiologia	29,3	12,3	12,0	36,3
Personale	Medici	25,0	22,0	9,8	33,4
	Paramedici	22,6	28,9	17,6	28,7
Totale		23,8	25,6	13,8	31,0

blico, caratteristica che conferma la presenza in quest'ultimo ancora del modello burocratico (v. tabella 1). Non sembra, infine, fare differenza sostanziale il ruolo operativo del personale, in quanto i punteggi medi non si allontanano significativamente da quelli totali.

Se si ipotizza che le politiche retributive definiscono il modo più diretto con cui si configura il rapporto fra l'organizzazione e i suoi dipendenti, l'analisi dell'area *Ricompense dell'ospedale* mostra una forte situazione di criticità (tabella 5). La distribuzione delle ricompense è percepita, dal totale del campione intervistato, come prevalentemente fondata sul *rango* (43.4), seguita dai *criteri imparziali* (23.1), mentre le iniziative individuali ricevono il punteggio medio più basso (9.7).

La questione riguarda qui le percezioni, il modo in cui le persone vivono le esperienze di lavoro e i rapporti con l'organizzazione, nonché il loro sentirsi sufficientemente valorizzate, sia dalle politiche di gestione delle risorse umane, sia dalle pratiche manageriali. Queste tematiche sono riconducibili al concetto di *empowerment*. Ad essere in gioco è la questione del potere nelle organizzazioni e il rapporto di scambio, tipico delle relazioni di potere. Quando il livello di *empowerment* è basso, come in questo caso, le

persone tendono a pensare di essere in credito verso la loro azienda, ed è possibile che questa percezione si trasformi in una specie di premessa decisionale, che le spinge a limitare il loro impegno lavorativo. L'equilibrio di potere è regolato dal peso attribuito alle risorse scambiate nelle relazioni fra i soggetti: chi subisce il potere accetta le disposizioni di chi lo esercita solo se ritiene di ottenere in cambio risorse adeguate a bilanciare quelle che gli vengono richieste. Esse sono ritenute adeguate se considerate accettabili, data la relazione asimmetrica che il potere comporta (Bolognini, 2003).

Per quanto riguarda le differenze tra ogni tipo di ospedale, è quello pubblico a gestione privata che percepisce la distribuzione delle ricompense come fondata prevalentemente sulle posizioni gerarchiche (61.0), seguito da quello pubblico (40,3). Per quello privato, la percezione della distribuzione delle ricompense si divide tra i *criteri imparziali* (37) e il *raggiungimento degli obiettivi* (32.7). Una differenza significativa è riscontrabile se si fa riferimento al ruolo operativo del personale. Gli infermieri avvertono più dei medici il peso del livello gerarchico nella distribuzione delle ricompense (il punteggio attribuito alla variabile *rango* è 48.3, superiore a quello medio, a differenza del punteggio di 38.4 attribuito dai medici); lo stesso vale anche

Variabili indipendenti		La distribuzione delle ricompense è fondata su:			
		criteri imparziali	iniziative individuali	rango	raggiungimento obiettivi
Tipo ospedale	Pubblico	20,0	24,3	40,3	8,7
	Pubblico a gestione privata	12,3	3,3	61,0	20,0
	Privato	37,0	1,3	29,0	32,7
Ambiente operativo	Ginecologia	21,7	8,0	48,7	21,7
	Chirurgia	21,7	3,3	40,0	25,0
	Cardiologia	26,0	17,7	41,7	14,7
Personale	Medici	20,5	8,2	38,4	28,4
	Paramedici	25,7	11,1	48,3	12,8
Totale		23,1	9,7	43,4	20,4

Tabella 5

Ricompense dell'ospedale secondo il tipo, l'ambiente operativo e il ruolo del personale

Fonte: Beatrice Fiore, Tesi di dottorato, Università di Napoli, Federico II

per il raggiungimento degli *obiettivi* (28,4, per quanto riguarda i medici, e 12,8, per gli infermieri). Questo dato mostra ancora una volta il senso di *disempowered* percepito dalla professione infermieristica.

Dai risultati dell'analisi fattoriale (tabella 6, dove sono rappresentati i fattori di impatto sul clima) si evince che le variabili che hanno pesato di più nell'identificazione del fattore n.1 sono relative alla percezione dell'ospedale come famiglia (che ha un peso di 0,733) e alla coesione fondata sulla fiducia (0,863). Questo fattore, che concentra le informazioni contenute originariamente in un numero più elevato di variabili, può essere

definito *Variabile relazionale*: è una variabile latente, ma che è resa manifesta dal peso delle due variabili osservate (famiglia e fiducia). Si può ipotizzare, allora, che ciò che incide di più sulla percezione dei dipendenti dei tre ospedali indagati circa il loro luogo di lavoro sono le relazioni, le alleanze, i valori condivisi e i rapporti di fidelizzazione.

Le variabili, che hanno pesato di più nell'identificazione del fattore n. 2, riguardano la percezione dell'ospedale come *impresa* (0,774), la coesione fondata sull'*innovazione* (0,765) e la *mission* operativa orientata all'*acquisizione di nuove risorse* (0,781). Questo fattore si potrebbe definire *livello di*

Tabella 6

Analisi fattoriale: matrice dei componenti dei fattori rispetto alle variabili sul clima organizzativo

Fonte: Beatrice Fiore, Tesi di dottorato, Università di Napoli, Federico II

Variabili di clima organizzativo		Fattori							
		1	2	3	4	5	6	7	8
L'ospedale somiglia a:	famiglia	- 0,733	-0,268	0,119	- 0,258	0,013	- 0,050	0,215	- 0,181
	impresa	0,031	0,774	- 0,083	0,136	0,028	0,108	- 0,228	- 0,083
	burocrazia	0,122	- 0,141	0,007	0,749	0,004	0,092	0,108	- 0,151
	produzione	0,673	- 0,348	- 0,053	- 0,227	- 0,041	- 0,091	- 0,072	0,338
Il management è orientato a:	sviluppo risorse umane	- 0,181	0,220	0,687	- 0,404	0,045	0,281	0,056	- 0,261
	assunzione del rischio	- 0,115	0,111	0,124	0,842	- 0,003	0,074	- 0,002	0,114
	rigidità dei ruoli	0,120	- 0,106	- 0,702	- 0,139	- 0,033	- 0,257	- 0,139	- 0,379
	incentivi	0,129	- 0,107	0,065	- 0,026	0,010	0,034	0,045	0,867
La coesione dell'ospedale è fondata su:	fiducia	- 0,863	- 0,164	0,074	0,045	- 0,088	0,019	- 0,035	0,049
	innovazione	0,119	0,765	0,057	- 0,079	0,176	0,054	0,005	0,033
	ruoli	0,396	- 0,225	0,005	0,225	0,026	0,727	0,097	0,012
	obiettivi	0,490	- 0,288	- 0,074	- 0,072	- 0,091	- 0,681	- 0,024	- 0,070
La <i>mission</i> operativa dell'ospedale è orientata a:	coesione	- 0,577	- 0,233	- 0,018	- 0,101	0,446	- 0,135	- 0,372	0,200
	acquisizione nuove risorse	0,005	0,781	0,182	- 0,141	- 0,164	- 0,163	0,153	- 0,105
	stabilità	- 0,046	- 0,102	- 0,088	0,376	0,250	0,080	0,656	- 0,213
	competitività	0,502	- 0,411	0,003	- 0,012	- 0,379	0,219	- 0,274	0,060
La distribuzione delle ricompense è fondata su:	criteri imparziali	0,006	0,087	0,094	0,001	0,916	0,126	- 0,015	- 0,036
	iniziative individuali	- 0,088	- 0,019	0,194	- 0,066	- 0,215	0,039	0,675	0,364
	rango	0,063	- 0,014	- 0,724	- 0,157	- 0,475	0,159	- 0,170	- 0,112
	raggiungimento obiettivi	0,046	- 0,097	0,656	0,193	- 0,228	- 0,357	- 0,376	- 0,066
Percentuale di varianza spiegata dai fattori		17,2	12,4	11,4	9,6	7,3	7,2	5,7	5,5
Percentuale cumulata di varianza spiegata dai fattori		17,2	29,5	40,9	50,5	57,8	65,1	70,8	76,3
Nota: metodo di estrazione dei fattori mediante analisi in componenti principali (autovalori maggiori di 1). Metodo rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser.									

aziendalizzazione. L'ipotesi, è che questa variabile individuata attenga alla percezione dei dipendenti circa l'implementazione del processo di aziendalizzazione del loro ospedale.

Molto sinteticamente, la necessità di adeguarsi alla normativa vigente (a partire dal D.L.vo 502/92 fino al D.L.vo 56/2000), spinge le aziende ospedaliere ad adottare una gestione manageriale orientata ad ottimizzare le limitate risorse esistenti con prestazioni e servizi efficaci ed appropriati. Pertanto, a livello nazionale, ma soprattutto regionale, si sta cercando di promuovere lo sviluppo di strumenti che consentano, anche nel breve periodo, di garantire il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni erogate, dell'appropriatezza degli interventi assistenziali e, quindi, il contenimento dei costi e la razionalizzazione delle risorse disponibili (Dirindin, 2002; Del Vecchio, 2003).

L'applicazione dei principi e degli strumenti aziendalistici, però, non deve contrastare o ridurre lo spazio delle relazioni che collegano le motivazioni e la professionalità dei medici, degli infermieri e degli altri operatori ai loro comportamenti effettivi, relazioni definibili come *clinical governance* (E. Borgonovi, 2004). La criticità di questa tematica è rappresentata dal terzo fattore individuato, che potremmo definire *Relazioni gerarchiche*, le variabili che di fatto più hanno pesato, nella sua identificazione, attingono alla percezione, da parte del campione, di una gestione manageriale orientata prevalentemente alla *rigidità dei ruoli* (0,702) e alla distribuzione delle ricompense fondata sul *rango* (0,724).

Se si osserva il quarto fattore, esso sintetizza due variabili di per sé confliggenti: da un lato la percezione dell'ospedale come *burocrazia* (0,749), dall'altro la percezione di una gestione manageriale orientata all'*asunzione del rischio* (0,842). Gli altri fattori vengono identificati da variabili che confermano questa apparente «contraddizione»: la variabile che ha pesato di più sul fattore n. 5 attiene alla percezione della distribuzione delle ricompense fondata su *criteri imparziali* (0,916); per il fattore n. 6, è invece la variabile che attiene alla percezione della coesione dell'ospedale fondata prevalentemente sul rispetto dei *ruoli* (0,727); infine,

per l'identificazione del fattore n. 8, ha avuto un peso maggiore la variabile relativa alla percezione del management orientato agli *incentivi* (0,867).

Il problema chiama in causa le modalità attraverso le quali, secondo la percezione del personale, le aziende ospedaliere indagate fanno uso della variabile organizzativa come leva di cambiamento e, più in generale, la consapevolezza con cui esse utilizzano i margini di manovra resi disponibili dall'autonomia organizzativa decretata dalle riforme del Ssn.

Se dal punto di vista delle tecniche e degli strumenti di gestione, infatti, si percepisce la tendenza a colmare il deficit di nuove conoscenze e competenze manageriali, si percepisce anche la difficoltà a garantire una reale trasformazione delle culture, delle logiche di azione, delle modalità di apprendimento consolidate. Si pone, allora, la questione di come garantire il successo dei cambiamenti in corso nelle aziende sanitarie, in altri termini, come far sì che l'innovazione organizzativa entri a far parte del patrimonio di conoscenze, competenze e cultura dell'organizzazione incidendo sulle pratiche e sui comportamenti del quotidiano. Esiste un circuito dell'informazione compreso tra le politiche regionali e la capacità di adattamento locale, in cui le componenti culturali, organizzative e professionali svolgono un ruolo determinante (Adinolfi, Ciasullo, 2000).

Determinanti risultano anche gli stili di *leadership* che devono adeguarsi, in quanto non è possibile immaginare una direzione di un'azienda sanitaria orientata alla creazione del valore che non adotti, di conseguenza, anche uno stile di *leadership* incline alla valorizzazione, al coinvolgimento e allo sviluppo delle risorse umane.

Cercare di introdurre dei cambiamenti all'interno delle aziende sanitarie – e delle strutture ospedaliere in particolare – è molto complesso, in quanto si tratta di contesti organizzativi ad elevato grado di frammentarietà, pluralità ed eterogeneità, autonomia professionale degli operatori, con vincoli strutturali, cognitivi e organizzativi di difficile codificazione. Questo comporta che, molto spesso, le direzioni aziendali assumono un atteggiamento autoritativo per cercare di imporre ciò che sembra essere logico

e vantaggioso e che può consentire sia una maggiore qualità delle prestazioni che un risparmio per l'azienda (Tanese, 2003). Ma ciò che è evidente da un punto di vista razionale, teorico o tecnico non lo è necessariamente dal punto di vista organizzativo. La traduzione, infatti, di un principio o anche di una decisione all'interno di uno specifico contesto è mediata dalle caratteristiche strutturali del contesto stesso. L'implementazione di un nuovo modello organizzativo nelle aziende sanitarie, come il TQM per questa indagine, deve essere vista come la costruzione di un modello di cooperazione in grado di favorire un processo di apprendimento organizzativo e culturale.

In tal senso, determinante è stato guardare alla percezione che gli intervistati hanno del tipo di *leadership* e di quanto si sentano coinvolti nel processo di implementazione del TQM. Dall'analisi dei dati sul grado di accordo espresso dagli intervistati sul profilo della *leadership* (tabella 7) è emerso che il totale del campione esprime un giudizio neutro (2) relativamente a tutte le variabili indagate, ovvero afferma che le descrizioni non corrispondono appieno alla percezione che hanno della realtà organizzativa del loro ospedale.

Se si fa riferimento al tipo di ospedale, si nota che la *leadership* si limita a dare indirizzi per la qualità nel contesto privato (3) e agisce con convinzione per la qualità nel contesto privato (3) e nell'Unità operativa di ginecologia (3). La *leadership* non è abile nel gestire il cambiamento per la qualità nell'ospedale pubblico (1), e non genera fiducia per la qualità nel pubblico a gestione privata (1) e per l'Unità operativa di chirurgia (1).

Nell'area tematica *Usa dell'informazione e analisi dell'ospedale* (tabella 8), il totale della media del campione assume una posizione neutra rispetto alle descrizioni oggetto d'analisi (2). Nello specifico, è l'ospedale privato che dispone di dati sulla qualità e si impegna per migliorare l'uso dei dati, così come l'Unità operativa di cardiologia, nella quale si cerca anche di migliorare l'accuratezza dei dati. Il campione di fatto esprime accordo in relazione a queste variabili.

I dipendenti non si sentono coinvolti nel processo di identificazione dei dati da raccogliere nell'ospedale pubblico a gestione privata e nell'ambiente operativo di chirurgia. In relazione alle differenze di ruolo, sono i medici a non sentirsi coinvolti nella scelta dei dati più degli infermieri, che esprimono un giudizio neutro.

Tabella 7

Grado di accordo sul profilo della *leadership* dell'ospedale secondo il tipo, l'ambiente operativo e il ruolo del personale

Fonte: Beatrice Fiore, Tesi di dottorato, Università di Napoli, Federico II

Variabili indipendenti		Tipo di <i>leadership</i>							
		Si limita a dare indirizzi per la qualità	Partecipa per la qualità	Ha una <i>vision</i> sulla qualità	È abile nel gestire il cambiamento per la qualità	Agisce con convinzione per la qualità	Coinvolge il personale per la qualità	Genera fiducia per la qualità	Raccoglie informazioni dai clienti per la qualità
Tipo ospedale	Pubblico	2	2	2	1	2	2	2	2
	Pubblico a gestione privata	2	2	2	2	2	2	1	2
	Privato	3	2	2	2	3	2	2	2
Ambiente operativo	Ginecologia	2	2	2	2	3	2	2	2
	Chirurgia	2	2	2	2	2	2	1	2
	Cardiologia	2	2	2	2	2	2	2	2
Personale	Medici	2	2	2	2	2	2	2	2
	Paramedici	2	2	2	2	2	2	2	2
Totale		2	2	2	2	2	2	2	2

Legenda: 1 = disaccordo; 2 = neutro; 3 = accordo. I valori sono stati costruiti tramite valori soglia sul valor medio della scala di Likert: inferiore a 2,5 = disaccordo; tra 2,5 e 3,5 = neutro; superiore a 3,5 = accordo.

Variabili indipendenti		Uso dell'informazione e analisi dell'ospedale						
		Dispone di dati sulla qualità	Utilizza dati per la qualità	È impegnato per migliorare l'uso dei dati	Cerca di migliorare l'accuratezza dei dati	Cerca di migliorare la tempestività dell'informazione	Coinvolge i dipendenti nell'identificazione dei dati	Confronta i suoi dati con quelli di altri ospedali
Tipo ospedale	Pubblico	2	2	2	2	2	2	2
	Pubblico a gestione privata	2	2	2	2	2	1	2
	Privato	3	2	3	2	2	2	2
Ambiente operativo	Ginecologia	2	2	2	2	2	2	2
	Chirurgia	2	2	2	2	2	1	2
	Cardiologia	2	2	3	3	2	2	2
Personale	Medici	2	2	2	2	2	1	2
	Paramedici	2	2	2	2	2	2	2
Totale		2	2	2	2	2	2	2

Legenda: 1 = disaccordo; 2 = neutro; 3 = accordo. I valori sono stati costruiti tramite valori soglia sul valor medio della scala di Likert: inferiore a 2,5 = disaccordo; tra 2,5 e 3,5 = neutro; superiore a 3,5 = accordo.

Nell'area tematica *Pianificazione strategica della qualità* (tabella 9), il campione nel suo complesso afferma di non avere tempo per pianificare la qualità (1), indipendentemente dal tipo di contesto, dall'ambiente operativo e dal ruolo svolto.

In generale, i dipendenti non si sentono coinvolti nello sviluppo di piani per il miglioramento della qualità e ritengono di non avere un ruolo nella definizione delle priorità per il miglioramento della qualità del proprio servizio. Nel contesto privato e nell'Unità operativa di ginecologia, relativamente a queste descrizioni, il campione esprime in media un giudizio neutro (2), dato che si riscontra anche per gli infermieri.

Nell'ospedale pubblico a gestione privata il campione afferma che *ogni gruppo di lavoro persegue obiettivi di qualità*; e nel privato che *i dirigenti intermedi sono determinanti nello stabilire le priorità per la qualità e gli utenti sono fondamentali nella definizione delle priorità*. Per le altre descrizioni, indipendentemente dal contesto e dall'ambiente operativo, i giudizi espressi sono neutri. Una differenza invece attiene al ruolo svolto dal personale: i medici non si sentono coinvolti nella pianificazione strategica della qualità e

ritengono di non avere un ruolo nella definizione delle priorità. I risultati parziali sono di fatto in linea con quelli totali. Gli infermieri, invece, esprimono un giudizio neutro per entrambe le descrizioni.

Dai dati fin qui analizzati, emerge come il senso della politica, del sistema informativo e della pianificazione strategica sfuggano al campione nel suo complesso, anche se in relazione alle tipologie ospedaliere indagate – indipendentemente dai ruoli professionali e dall'ambiente operativo – si nota nel contesto privato un maggior coinvolgimento.

Anche i risultati relativi all'*Utilizzo delle risorse umane* esprimono una situazione di criticità (tabella 10). I dati emersi in quest'area evidenziano un giudizio negativo, in generale, sull'utilizzo delle risorse umane, di fatto il totale del campione esprime disaccordo relativamente ai seguenti aspetti: attività di aggiornamento professionale; meccanismi premianti; cooperazione tra i diversi reparti; autonomia nell'intervenire sui problemi legati alla qualità del servizio; gestione e supporto del rischio; suggerimenti su come migliorare la qualità dei servizi. In particolare, emerge che i meccanismi premianti ricevono un giudizio

Tabella 8

Grado di accordo sul livello e l'uso dell'informazione nell'ospedale secondo il tipo, l'ambiente operativo e il ruolo del personale

Fonte: Beatrice Fiore, Tesi di dottorato, Università di Napoli, Federico II

Variabili indipendenti		Pianificazione della qualità						
		I dipendenti hanno tempo per pianificare la qualità	Ogni gruppo di lavoro persegue obiettivi di qualità	Gli obiettivi di qualità sono noti a tutti	I dipendenti sono coinvolti nello sviluppo della qualità	I dirigenti intermedi sono determinanti nello stabilire le priorità	Gli utenti sono importanti nel definire le priorità	Tutti i dipendenti hanno un ruolo nel definire le priorità
Tipo ospedale	Pubblico	1	2	2	1	2	2	1
	Pubblico a gestione privata	1	3	2	1	2	2	1
	Privato	1	2	2	2	3	3	2
Ambiente operativo	Ginecologia	1	2	2	2	3	2	1
	Chirurgia	1	2	2	1	2	2	1
	Cardiologia	1	2	2	1	2	2	1
Personale	Medici	1	2	2	1	2	2	1
	Paramedici	1	2	2	2	2	2	2
Totale		1	2	2	1	2	2	1

Legenda: 1 = disaccordo; 2 = neutro; 3 = accordo. I valori sono stati costruiti tramite valori soglia sul valor medio della scala di Likert: inferiore a 2,5 = disaccordo; tra 2,5 e 3,5 = neutro; superiore a 3,5 = accordo.

Tabella 9

Grado di accordo sulla pianificazione della qualità nell'ospedale secondo il tipo, l'ambiente operativo e il ruolo del personale

Fonte: Beatrice Fiore, Tesi di dottorato, Università di Napoli, Federico II

negativo, indipendentemente dal contesto, dalla specificità dell'ambiente operativo e dal ruolo svolto.

Neutro è il giudizio espresso in relazione alle attività di formazione. Se si guarda al tipo di contesto, è in quello privato che i dipendenti affermano di aggiornarsi sulle opportunità di miglioramento della qualità dei servizi offerti; per l'ospedale pubblico e quello a gestione privata il giudizio è neutro o in linea con il risultato totale. Dal punto di vista del personale, sono i medici che più degli infermieri affermano di svolgere attività di formazione.

L'analisi relativa al grado di accordo sulla qualità del lavoro del management (tabella 11) evidenzia che il totale del campione esprime un giudizio neutro relativamente a tutte le variabili descritte. La differenza è nel tipo di gestione: nell'ospedale pubblico a gestione privata e in quello privato il management dell'ospedale riceve giudizi positivi relativamente al controllo dei fattori di *input* per la qualità e ai servizi testati prima di essere istituiti.

Per le stesse variabili esprimono un giudizio positivo l'Unità operativa di ginecologia e quella di cardiologia.

Nel pubblico, invece, l'attività del management dell'ospedale riceve giudizi negativi in relazione ai seguenti aspetti: collaborazione con i fornitori; controllo dei servizi prima di istituirli; infine, sollecitazione dei dipendenti a misurare la qualità. Quest'ultima variabile riceve un giudizio negativo anche nel pubblico a gestione privata e nell'Unità operativa di chirurgia.

Non sembra fare differenza, invece, il ruolo del personale: sia i medici che gli infermieri esprimono un giudizio neutro relativamente a tutte le variabili indagate.

L'ipotesi è che anche questi risultati influenzino la motivazione del personale e che ciò vada a sommarsi ai giudizi espressi nelle aree precedenti.

Nell'area tematica *Qualità dei risultati* (tabella 12) il campione nel suo complesso esprime un giudizio neutro in relazione a tutte le variabili indagate.

In relazione al tipo di ospedale si osserva, anche per quest'area tematica, che nel contesto privato e in quello pubblico ma a gestione privata la qualità dei risultati riceve un giudizio positivo – dunque il campione si ritiene d'accordo con quanto viene affermato nelle descrizioni – relativamente alle seguenti va-

Tabella 10

Grado di accordo prevalente sull'utilizzo delle risorse umane per la qualità dell'ospedale secondo il tipo, l'ambiente operativo e il ruolo del personale

Fonte: Beatrice Fiore, Tesi di dottorato, Università di Napoli, Federico II

Variabili indipendenti		Utilizzo delle risorse umane							
		I dipendenti sono aggiornati sulle opportunità	I dipendenti sono informati sui metodi usati per la qualità	I dipendenti svolgono attività di formazione per la qualità	I dipendenti sono premiati se sono raggiunti obiettivi di qualità	La cooperazione tra servizi è incoraggiata	I dipendenti hanno autonomia nell'intervenire sui problemi di qualità	I dipendenti sono appoggiati se assumono rischi per il miglioramento della qualità	L'ospedale acquisisce dai dipendenti suggerimenti per il management della qualità
Tipo ospedale	Pubblico	1	1	2	1	2	1	1	1
	Pubblico a gestione privata	1	1	2	1	1	1	2	1
	Privato	3	2	2	1	1	2	2	2
Ambiente operativo	Ginecologia	2	2	2	1	1	2	2	1
	Chirurgia	2	1	2	1	2	1	1	1
	Cardiologia	2	1	2	1	1	2	1	2
Personale	Medici	2	1	3	1	2	2	2	2
	Paramedici	2	1	2	1	1	1	1	1
Totale		2	1	2	1	1	1	1	1

Legenda: 1 = disaccordo; 2 = neutro; 3 = accordo. I valori sono stati costruiti tramite valori soglia sul valor medio della scala di Likert: inferiore a 2,5 = disaccordo; tra 2,5 e 3,5 = neutro; superiore a 3,5 = accordo.

riabili: miglioramento dei servizi medici e non medici di supporto nell'ospedale privato, e miglioramenti nella soddisfazione dei pazienti nell'ospedale pubblico a gestione privata. Per l'ospedale pubblico, invece, è emerso che la variabile relativa ai miglioramenti nei costi riceve un giudizio negativo, lo stesso disaccordo è espresso anche nell'Unità operativa di chirurgia. Per le altre Unità operative, si osserva che Ginecologia esprime un giudizio positivo in relazione agli effettivi miglioramenti nella qualità mostrati dall'ospedale e, in particolar modo, nei servizi medici di supporto; Cardiologia esprime un giudizio positivo, anche rispetto ai servizi non medici di supporto e alla soddisfazione dei pazienti. Non emergono differenze nel personale, in quanto sia i medici che gli infermieri assumono un giudizio neutro relativamente a tutte le descrizioni e in linea con i risultati totali.

Infine, dai risultati relativi all'ultima area tematica *Soddisfazione del cliente* (tabella 13) si evince che – secondo la percezione del totale del campione – l'ospedale non valuta la soddisfazione del cliente interno, i dipendenti.

Il giudizio negativo espresso è tale per i due ospedali pubblici – anche per quello a gestione privata – per le tre Unità operative coinvolte nell'indagine e per il personale sia medico che infermieristico. Solo nel contesto privato, il campione preferisce non esporsi, esprime, di fatto, un giudizio neutro.

Nello specifico, l'ospedale a gestione privata, esprime un giudizio positivo in relazione alla risoluzione delle lamentele degli utenti, e l'Unità operativa di ginecologia afferma che l'ospedale usa i dati forniti dai pazienti per migliorare la qualità dei servizi; mentre l'Unità operativa di chirurgia esprime un giudizio negativo relativamente alla

Tabella 11

Grado di accordo prevalente sulla qualità del lavoro del management dell'ospedale secondo il tipo, l'ambiente operativo e il ruolo del personale

Fonte: Beatrice Fiore, Tesi di dottorato, Università di Napoli, Federico II

Variabili indipendenti		Qualità del management				
		L'ospedale controlla i fattori di input per la qualità	Lo staff coordina le proprie attività	L'ospedale lavora a contatto con i fornitori	I servizi sono testati prima di essere istituiti	L'ospedale incoraggia i dipendenti a misurare la qualità
Tipo ospedale	Publico	2	2	1	1	1
	Publico a gestione privata	3	2	2	2	1
	Privato	3	2	2	3	2
Ambiente operativo	Ginecologia	3	2	2	2	2
	Chirurgia	2	2	2	2	1
	Cardiologia	2	2	2	3	2
Personale	Medici	2	2	2	2	2
	Paramedici	2	2	2	2	2
Totale		2	2	2	2	2

Tabella 12

Grado di accordo prevalente sulla qualità dei risultati dell'ospedale secondo il tipo, l'ambiente operativo e il ruolo del personale

Fonte: Beatrice Fiore, Tesi di dottorato, Università di Napoli, Federico II

Legenda: 1 = disaccordo; 2 = neutro; 3 = accordo. I valori sono stati costruiti tramite valori soglia sul valor medio della scala di Likert: inferiore a 2,5 = disaccordo; tra 2,5 e 3,5 = neutro; superiore a 3,5 = accordo.

Variabili indipendenti		Qualità dei risultati					
		L'ospedale documenta i risultati	L'ospedale ha mostrato effettivi miglioramenti	L'ospedale ha mostrato miglioramenti dei servizi medici di supporto	L'ospedale ha mostrato miglioramenti dei servizi non medici di supporto	L'ospedale ha mostrato miglioramenti nella soddisfazione dei pazienti	L'ospedale ha mostrato miglioramenti nei costi
Tipo ospedale	Publico	2	2	2	2	2	1
	Publico a gestione privata	2	2	2	2	3	2
	Privato	2	2	3	3	2	2
Ambiente operativo	Ginecologia	2	3	3	2	2	2
	Chirurgia	2	2	2	2	2	1
	Cardiologia	2	3	3	3	3	2
Personale	Medici	2	2	2	2	2	2
	Paramedici	2	2	2	2	2	2
Totale		2	2	2	2	2	2

Legenda: 1 = disaccordo; 2 = neutro; 3 = accordo. I valori sono stati costruiti tramite valori soglia sul valor medio della scala di Likert: inferiore a 2,5 = disaccordo; tra 2,5 e 3,5 = neutro; superiore a 3,5 = accordo.

Variabili indipendenti		Soddisfazione del cliente							
		L'ospedale valuta i bisogni attuali dei clienti	L'ospedale valuta i futuri bisogni dei clienti	L'ospedale risolve le lamentele	L'ospedale usa i dati forniti dai pazienti per la qualità	I dati forniti dai pazienti vengono comunicati allo staff	L'ospedale valuta la soddisfazione dei medici	L'ospedale valuta i dati nell'organizzare nuovi servizi	L'ospedale valuta la soddisfazione dei dipendenti
Tipo ospedale	Pubblico	2	2	2	2	2	1	2	1
	Pubblico a gestione privata	2	2	3	2	2	2	2	1
	Privato	2	2	2	2	2	2	2	2
Ambiente operativo	Ginecologia	2	2	2	3	2	2	2	1
	Chirurgia	2	2	2	2	1	2	2	1
	Cardiologia	2	2	2	2	2	2	2	1
Personale	Medici	2	2	2	2	2	1	2	1
	Paramedici	2	2	2	2	2	2	2	1
Totale		2	2	2	2	2	2	2	1

Legenda: 1 = disaccordo; 2 = neutro; 3 = accordo. I valori sono stati costruiti tramite valori soglia sul valor medio della scala di Likert: inferiore a 2,5 = disaccordo; tra 2,5 e 3,5 = neutro; superiore a 3,5 = accordo.

manca di comunicazione dei dati forniti dai pazienti.

Dai risultati dell'analisi fattoriale, relativa alla matrice dei componenti dei fattori rispetto alle variabili sul profilo organizzativo (**tabella 14**) emerge che le variabili, che hanno pesato di più nell'identificazione del fattore n. 1, si concentrano maggiormente nell'area *Soddisfazione del cliente* (sia interno – i dipendenti, che esterno – gli utenti) in linea con i principi del *Total Quality Management*, che prevede la soddisfazione del cliente come obiettivo finale, ma non senza il coinvolgimento del personale.

Le variabili che invece hanno pesato di più nell'identificazione del fattore n. 2 si concentrano tutte nell'area *Sistema informativo e analisi dei dati dell'ospedale*. Il dato dimostra il ruolo che, nella percezione del campione, svolgono le *informazioni* sul governo delle aziende ospedaliere, e quanto invece questa funzione risulti critica per le strutture indagate, in quanto, come si è visto, il totale del campione sembrerebbe dimostrare un disinteresse di fondo per questa funzione, esprimendo un giudizio neutro relativamente alle affermazioni descritte (cfr. tabella 8). Bisogna rilevare però che è anche vero che

emerge un giudizio negativo per quanto attiene al mancato coinvolgimento dei dipendenti nell'identificazione dei dati, soprattutto da parte dei medici.

Un sistema informativo e di analisi dei dati rappresenta per il management la possibilità di disporre di conoscenze cui fare riferimento per le proprie decisioni, che non rientra però nel suo specifico ambito di competenza. Il manager è chiamato a predisporre sistemi idonei a rilevare dati e informazioni sulla efficacia degli interventi nei diversi settori, ma sono i professionisti ad indicargli quali misure sono significative per garantire la qualità e l'affidabilità dei dati.

Come si è già accennato, l'organizzazione di un sistema di informazioni e di analisi dei dati permette di rendere accessibile la *conoscenza* a tutti quelli che rivestono ruoli critici nelle aziende sanitarie, consentendo di gestirla, a vantaggio della soluzione di problemi reali, a partire dalla fase di produzione – importazione della conoscenza fino alla valutazione delle conseguenze della sua utilizzazione e alla creazione di nuova conoscenza (Alfieri, 2000).

La possibilità di disporre di informazioni per il controllo economico di una struttura

Tabella 13

Grado di accordo prevalente sulla soddisfazione dei clienti dell'ospedale secondo il tipo, l'ambiente operativo e il ruolo del personale
Fonte: Beatrice Fiore, Tesi di dottorato, Università di Napoli, Federico II

Tabella 14

Analisi fattoriale: matrice dei componenti dei fattori rispetto alle variabili sul profilo organizzativo

Fonte: Beatrice Fiore, Tesi di dottorato, Università di Napoli, Federico II

Variabili sul profilo organizzativo		Fattori			
		1	2	3	4
La leadership:	indirizza la qualità	20,1%	39,9%	7,4%	79,1%
	partecipa per la qualità	- 10,5%	18,7%	5,7%	- 2,6%
	ha una <i>vision</i> sulla qualità	- 19,5%	12,3%	- 9,5%	17,0%
	è abile nel gestire il cambiamento per la qualità	- 12,9%	23,9%	68,5%	27,8%
	agisce con convinzione per la qualità	10,7%	53,9%	32,6%	25,3%
	coinvolge il personale per la qualità	27,9%	15,0%	87,0%	20,0%
	genera fiducia per la qualità	- 32,2%	- 7,3%	12,2%	- 4,8%
	raccoglie informazioni dai clienti per la qualità	28,7%	13,9%	- 14,7%	- 6,9%
L'ospedale:	dispone di dati sulla qualità	0,5%	80,9%	35,4%	- 3,6%
	utilizza dati per la qualità	11,6%	60,5%	- 13,2%	31,6%
	è impegnata per migliorare l'uso dei dati	7,7%	90,2%	24,1%	10,5%
	cerca di migliorare l'accuratezza dei dati	7,7%	90,2%	24,1%	10,5%
	cerca di migliorare la tempestività dell'informazione	- 1,4%	86,8%	14,3%	- 0,6%
	coinvolge i dipendenti nell'identificazione dei dati	28,8%	25,5%	64,1%	- 15,2%
	confronta i suoi dati con altri ospedali	0,3%	42,1%	16,2%	4,5%
Pianificazione della qualità	I dipendenti hanno tempo per pianificare la qualità	- 11,7%	- 40,1%	- 43,2%	- 23,9%
	Ogni gruppo di lavoro persegue obiettivi di qualità	8,9%	16,9%	2,6%	8,8%
	Gli obiettivi di qualità sono noti a tutti	52,1%	1,2%	4,7%	- 16,9%
	I dipendenti sono coinvolti nello sviluppo della qualità	46,1%	- 48,9%	12,5%	0,0%
	I dirigenti intermedi sono determinanti nello stabilire le priorità	9,9%	22,7%	10,5%	67,0%
	Gli utenti sono importanti nel definire le priorità	30,0%	28,1%	- 6,0%	59,4%
	Tutti i dipendenti hanno un ruolo nel definire le priorità	53,2%	63,4%	15,6%	- 10,9%
Utilizzo delle risorse umane	I dipendenti sono aggiornati sulle opportunità	2,6%	22,2%	8,0%	27,0%
	I dipendenti sono informati sui metodi per la qualità	9,3%	- 32,0%	8,8%	80,6%
	I dipendenti svolgono attività di formazione	11,3%	10,9%	42,4%	54,4%
	I dipendenti sono premiati	4,6%	- 45,2%	36,6%	- 7,0%
	La cooperazione tra servizi è incoraggiata	32,9%	35,8%	- 1,2%	8,4%
	I dipendenti hanno autonomia nell'intervenire sui problemi di qualità	8,9%	5,1%	17,4%	3,6%
	I dipendenti sono appoggiati se assumono rischi	86,2%	3,6%	14,6%	26,1%
	L'ospedale acquisisce dai dipendenti suggerimenti per il management	- 5,0%	4,3%	52,6%	21,4%
Qualità del management	L'ospedale controlla i fattori di <i>input</i> per la qualità	40,8%	50,6%	60,4%	29,7%
	Lo staff coordina le proprie attività	23,4%	22,4%	72,6%	51,5%
	L'ospedale lavora a contatto con i fornitori	14,2%	28,3%	83,9%	- 8,7%
	I servizi sono testati prima di essere istituiti	84,4%	21,4%	26,6%	18,8%
	L'ospedale incoraggia i dipendenti a misurare la qualità	29,7%	- 32,4%	26,1%	69,6%
Qualità dei risultati	L'ospedale documenta i risultati	51,5%	19,1%	4,5%	55,1%
	L'ospedale ha mostrato effettivi miglioramenti	71,2%	25,6%	36,4%	29,8%
	L'ospedale ha mostrato miglioramenti dei servizi medici di supporto	30,3%	20,1%	49,8%	67,1%
	L'ospedale ha mostrato miglioramenti dei servizi non medici di supporto	32,4%	29,7%	21,7%	27,0%
	L'ospedale ha mostrato miglioramenti nella soddisfazione dei pazienti	58,5%	- 8,0%	24,4%	- 7,1%
	L'ospedale ha mostrato miglioramenti nei costi	49,1%	33,6%	- 30,6%	13,0%
Soddisfazione del cliente	L'ospedale valuta i bisogni dei clienti	74,5%	- 12,4%	5,2%	- 8,4%
	L'ospedale valuta i futuri bisogni dei clienti	85,6%	5,0%	23,5%	1,1%
	L'ospedale risolve le lamentele	26,2%	13,4%	- 24,6%	- 7,6%
	L'ospedale usa i dati forniti dai pazienti per la qualità	80,7%	26,0%	26,3%	40,3%
	I dati forniti dai pazienti vengono comunicati allo staff	47,2%	15,7%	25,8%	18,0%
	L'ospedale valuta la soddisfazione dei medici	87,4%	- 16,3%	- 13,3%	- 2,2%
	L'ospedale valuta i dati nell'organizzare nuovi servizi	95,4%	- 3,3%	10,5%	6,2%
	L'ospedale valuta la soddisfazione dei dipendenti	82,9%	12,2%	- 13,1%	35,6%
Percentuale di varianza spiegata dai fattori		32,6	13,1	10,0	9,7
Percentuale cumulata di varianza spiegata dai fattori		32,6	45,7	55,7	65,4

Nota: metodo di estrazione dei fattori mediante analisi in componenti principali (primi 4 autovalori). Metodo rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser.autovalori maggiori di 1.

ospedaliera è ormai un'esigenza concreta, poiché l'introduzione di sistemi di finanziamento correlati ai volumi di attività, sancita dai decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93, ha vivacizzato il dibattito relativo alla definizione dei prodotti, e alla misurazione e al confronto dei risultati raggiunti dalle aziende sanitarie, contribuendo a rendere sempre più esplicite le diverse posizioni degli attori del settore (organi politico-istituzionali, dirigenti delle aziende, medici), ognuno dei quali animato da logiche di interessi spesso contrastanti fra loro e volti al perseguimento di finalità differenti.

«... in via ordinaria del metodo di verifica e revisione della quantità e della qualità delle prestazioni e del loro costo, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori pubblici e privati ed il Ssn.»¹⁰

Tale provvedimento è sancito anche dai principi del TQM, che fa riferimento, tra l'altro, alla possibilità per gli operatori di migliorare la qualità della propria prestazione attraverso un intervento sull'intero processo di produzione, anziché sulla correzione dei singoli errori, e alla possibilità di un continuo ed efficace ritorno di dati sulla valutazione delle prestazioni che consentano agli operatori di monitorare personalmente e responsabilmente la qualità della propria attività (Adinolfi, Ciasullo, 2000).

Le variabili che invece hanno pesato di più per l'identificazione del fattore n. 3 attingono, innanzitutto, alla capacità della *leadership* di coinvolgere i dipendenti nella pianificazione della qualità (la variabile in questione ha avuto un peso pari all'87,0%); le altre due variabili si concentrano nell'area *Qualità del management* ed in particolare attingono alla capacità del management di coordinare le proprie attività (72,6%) e di lavorare a contatto con i fornitori (83,9%). Potremmo definire il fattore n. 3 *Pianificazione e controllo della qualità*.

Sul fattore n. 4 invece le variabili che hanno pesato di più riguardano la capacità di *indirizzo della Leadership* (79,1%) verso servizi di qualità; e le attività di *informazione sui metodi per la qualità* (80,6%).

I risultati emersi (cfr. tabella 7 e tabella 10) portano a supporre malcontento negli operatori, dei quali sembra non vengano considerate le competenze, capacità e conoscenze.

In generale, il giudizio espresso descrive un sistema poco orientato e attento alla gestione delle risorse umane e al gruppo come risorsa in un'atmosfera costruttiva e di supporto. Il personale ipotizza che l'amministrazione non sia preoccupata di informare i singoli relativamente alla politica aziendale e si dichiara non al corrente della pianificazione strategica della stessa. La mancata chiarezza porta alla percezione dell'amministrazione come orientata quasi esclusivamente ad una logica di gestione, di verifica e di controllo (cfr. tabella 2), evidenziando una divisione tra la dirigenza e il personale.

5. Conclusioni

La sopravvivenza delle aziende sanitarie è sempre più legata alla qualità delle prestazioni rese. Risulta, pertanto, evidente come la qualità sia un obiettivo al quale le aziende sanitarie non possono rinunciare, dal momento che ad essa sono interessati in generale tutti gli *stakeholder* aziendali e, in particolare, i destinatari delle singole prestazioni. Esistono, allora, angolazioni e dimensioni della qualità molto diverse che devono soddisfare i differenti interessi e le diverse aspettative di tutti gli attori coinvolti.

Quando i manager introducono cambiamenti nelle organizzazioni devono considerare possibili rischi di fallimento. Un fattore critico per il successo a lungo termine dei processi di cambiamento è il livello di adesione al cambiamento da parte degli operatori (Rao, 1996). Per quanto concerne la *leadership*, l'adesione dipende in modo significativo dal livello di fiducia (*trust*) che il leader riesce a costruire. Dall'analisi dei dati è emerso che la fiducia rappresenta – per la maggioranza del campione – la base della coesione nell'ospedale (cfr. tabella 3). Simons (1999) sostiene che l'integrità nei comportamenti, intesa come il grado di coerenza percepita tra i valori verbalmente dichiarati e quelli concretamente praticati, è alla base della fiducia.

L'ambiente nel quale le istituzioni sanitarie si trovano ad operare sta imponendo loro cambiamenti radicali. I recenti sviluppi ren-

dono sempre più pressante per gli ospedali la necessità di passare dall'amministrazione – il modello di gestione ordinario in assenza di rischi finanziari ed economici – alla gestione manageriale. La difficile sfida nell'ospedale di trasformare l'amministrazione in gestione richiede l'emergere di leader capaci. Selznick teorizzava la *leadership* istituzionale per indicare l'attività di guida esercitata da uno o più soggetti entro un sistema organizzativo, in quanto distinta dalla *leadership* tecnica e amministrativa. La *leadership* istituzionale ha la funzione di guidare e orientare il consolidarsi delle relazioni sociali, che si formano e si consolidano in modo spontaneo non sempre coerente con gli obiettivi organizzativi. Essa consiste nella costruzione di valori e di punti di riferimento comuni intorno ai quali si forma una squadra coesa ed è il risultato di scelte critiche, non di routine, che accompagnano la trasformazione dell'organizzazione in istituzione. Nell'istituzione le persone si riconoscono e si rendono disponibili a sviluppare energia, mettendola in grado di competere per la sopravvivenza e lo sviluppo.

Fra le competenze di un leader spicca la capacità di comunicare, dall'analisi dei dati emerge, invece, una situazione di criticità nell'area della *comunicazione interna*.

Una condizione necessaria, affinché si realizzino politiche di cambiamento nella gestione ospedaliera orientate alla qualità, consiste nella chiara ed esplicita definizione degli obiettivi verso i quali orientare i comportamenti di tutti i membri dell'organizzazione. Tali obiettivi dovrebbero essere definiti in modo da esplicitare l'orientamento strategico dell'ospedale e rappresentare l'insieme di valori e di principi che ne definiscono l'identità e l'appartenenza e che giustificano la sua stessa ragion d'essere (Cesaroni, 2000). La comunicazione, pertanto, dovrebbe essere utilizzata allo scopo di creare in tutti i soggetti operanti all'interno dell'ospedale un generale consenso nei confronti degli orientamenti strategici perseguiti, ed indurre tutto il personale ad adottare comportamenti coerenti con questi ultimi, affinché si senta personalmente motivato ad impegnarsi e a dedicare tutte le proprie potenzialità professionali al raggiungimento dei fini perseguiti dall'organizzazione.

Infine, dall'analisi dei risultati emerge una differenza tra il tipo di gestione privata e quella pubblica. In sostanza, le dimensioni della fiducia e della coesione, il grado di accordo espresso sul profilo della *leadership*, sull'uso delle informazioni, sulla pianificazione della qualità, sulla qualità del management e sulla qualità dei risultati, ricevono un giudizio positivo nei due ospedali a gestione privata. Questi risultati riflettono, ancora una volta, l'impatto di fattori ambientali sulle percezioni collegate alla *leadership*. Gli ospedali pubblici hanno operato per lungo tempo in un ambiente molto più stabile rispetto a quello degli ospedali privati, le pressioni per il cambiamento sono state molto meno importanti e, di conseguenza, vi è stato un bisogno molto minore di leader di questo tipo (Simons, 1999; Krczal, 2002).

La finalità ultima è dunque quella di puntare alla creazione e al consolidamento di una *cultura unificante*, ossia un fenomeno che non è strettamente identificabile con il concetto di condivisione culturale, ma che più limitatamente contempla, in ciascun individuo, il configurarsi di una mappa mentale, dove gli orientamenti espressi dal vertice dell'organizzazione – in quanto compresi, osservati, sperimentati, e, soprattutto, percepiti come espressione di un lavoro comune – trovano uno spazio ed una compenetrazione sempre più estesi nel sistema valoriale della subcultura di appartenenza, non attraverso meccanismi di adeguamento passivo, bensì tramite un convincimento interiore, dettato dall'esperienza.

In un piano di *organizational learning* (Argyris, Schon, 1996), lo sviluppo di un ambito culturale unificante – e dunque di apprendimento dei valori auspicati – può tuttavia dare i suoi frutti solo attraverso un forte collegamento con un percorso coerente di gestione della conoscenza che punti a realizzare quel livello di condivisione cognitiva necessaria alla realizzazione operativa.

Un'articolazione efficace del percorso in oggetto deve attivare tutti i relativi sottoprocessi fondamentali, vale a dire:

- l'acquisizione delle conoscenze;
- la distribuzione delle medesime conoscenze;
- la loro interpretazione condivisa;

– la ritenzione dell'apprendimento o *memoria organizzativa* (Huber, 1991).

Il piano che veicola l'apprendimento, pertanto, deve rappresentare l'occasione per creare uno scenario organizzativo nuovo, in grado di far vivere alle persone un'esperienza di autentico cambiamento, ma anche per attivare tale scenario, rivisitandolo ed aggiornandolo in un processo continuo. In esso i valori, gli schemi relazionali, le convinzioni, i comportamenti operativi non in sintonia con l'orientamento auspicato dovranno essere gradualmente disappresi e riposti sullo sfondo, mentre dovranno essere enfatizzati nuovi obiettivi e modalità operative e di rapporto, alla cui progettazione – e questo è ancora una volta il punto centrale della questione – dovrà partecipare in modo attivo il personale dell'organizzazione.

Note

1. Cit. in Krczal (2002).
2. «... fundamental shift from one level to another in understanding, beliefs, values, morals, and perspective» (Avolio, 1994, p. 122).

3. Alcuni autori (Rago, 1994; Alford, 2002; Niccolini, 2004), hanno evidenziato, per gli enti pubblici, le difficoltà, nell'applicazione dei principi del TQM, derivanti dall'impossibilità di ricevere una piena remunerazione in termini finanziari degli eventuali miglioramenti qualitativi apportati al proprio *output*. Le difficoltà, sono ancora più evidenti per quegli enti che hanno come utente la collettività. Di fatto, alcune organizzazioni pubbliche, espandendo la qualità del servizio offerto ad una fascia di utenti, pur in modo compatibile con le esigenze degli altri, determinano in molti casi automaticamente una diminuzione delle risorse disponibili per l'erogazione del servizio ad altre fasce di utenza, proprio a causa della non piena remunerazione finanziaria associata a tale incremento della qualità. Ciò genera un conflitto o tra la qualità del servizio offerto a diverse fasce di clienti, o tra la qualità del servizio e quantità dello stesso, parametri che influenzano il livello di funzionalità organizzativa raggiunto dall'ente pubblico (Niccolini, 2004).
4. Cfr. Zink (1998), cit. in Krczal (2002).
5. Cfr. Anessi Pessina, Cantù (2003).
6. Il questionario è stato somministrato da Beatrice Fiore.
7. Cfr. Cameron, Freeman (1991).
8. Il riferimento attiene alla norma della Legge finanziaria per il 2003 che considerava il mancato ottenimento del pareggio di bilancio come causa di per sé della possibile revoca dei Direttori generali.
9. Cfr. Guerzoni, Marino, Maccaferri, Cintori (2005).
10. Cfr. art. 10 del decreto legislativo 502/92.

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

- ADINOLFI P., CIASULLO M.V. (2000), «Il miglioramento della qualità nelle aziende sanitarie: analisi di alcune sperimentazioni», *Mecosan*, 34, pp. 73-85.
- ALFIERI R. (2000), *Dirigere i servizi socio-sanitari*, Franco Angeli, Milano.
- ALFORD J. (2002), «Defining the client in the public sector: A social exchange perspective», *Public Administration Review*, vol. 62, 3.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (a cura di) (2003), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia - Rapporto OASI*, Egea, Milano.
- ARGYRIS C., SCHÖN D.A. (1996), *Organizational Learning II. Theory Method and Practice*, Addison Wesley Publishing Company Inc., New York.
- AVOLIO B.J. (1994), «The Alliance of Total Quality and the Full Range of Leadership», in B.M. Bass, *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*, Sage, Thousand Oaks.
- BERGAMASCHI M. (2000), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, Management e Sanità, Mc Graw-Hill, Milano.
- BOLOGNINI B. (2003), *Il Governo delle risorse umane*, Carocci, Roma.
- BORGONOV E. (2004), «Aziendalizzazione e governo clinico», *Mecosan*, 49, pp. 2-5.
- CESARONI F.M. (2000), «La comunicazione interna come strumento di governo della complessità ospedaliera», *Mecosan*, 34, pp. 57-72.
- CICCHETTI A., LOMI A. (2000), «Strutturazione organizzativa e performance nel settore ospedaliero», *Sviluppo & Organizzazione*, 180.
- DEL VECCHIO M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», *Mecosan*, 46, pp. 9-24.
- DENISON D.R. (1996), «What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars», *Academy of Management Review*, Vol. 21, 3.
- DIRINDIN N. (2001), *Governare il federalismo*, Il Pensiero scientifico, Roma.
- DONABEDIAN A. (1990), *La Qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*, NIS.
- FIORE B. (2007), «Cultura e clima organizzativo: teorie a confronto e necessità di sintesi», *Sociologia e ricerca sociale*, 82, pp. 85-105.

- GLISSON C., JAMES L.R. (2002), «The cross-level effects of culture and climate in human service teams», *Journal of Organizational Behaviour*, 23, pp. 767-794.
- GUERZONI A., MARINO C., MACCAFERRI, CINTORI C. (2005), «L'intangibile in bilancio. La misurazione del Capitale Intangibile in sanità», *il Sole 24Ore Sanità*, 34.
- HOFSTEDE G. *et al.* (1990), «Measuring Organizational Culture: A Qualitative and Quantitative Study across Twenty Cases», *Administrative Science Quarterly*, Vol. 35, pp. 286-316.
- HUBER G.P. (1991), «Organizational Learning: the Contributing Processes and the Literatures», *Organization Science*, Vol. 2, 1, trad. it. in *Problemi di gestione*, Vol. XIX 4, Formez.
- KRCZAL E. (2002), «Leadership collettiva e processi di cambiamento nelle aziende sanitarie», *Mecosan*, 41, pp. 135-146.
- LEGA F. (2003), «Orientare all'innovazione l'ospedale. Aspetti strategici, organizzativi e gestionali», *Mecosan*, 47, pp. 23-38.
- MCLAUGHLIN C.P., KALUZNY A.D. (1994), *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementation, and Applications*, Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg, MD.
- MINTZBERG H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, il Mulino, Bologna.
- NICCOLINI F. (2004), «Il Total Quality «Danger». Riflessioni sui pericoli nello sviluppo di politiche della Qualità Totale nella pubblica amministrazione», *Azienda Pubblica*, 2, pp. 225-248.
- PIPERNO A. (1986), *La politica sanitaria in Italia tra continuità e cambiamento*, Milano, Franco Angeli.
- RAGO W. (1994), «Adapting Total Quality Management to government: another point of view», *Public Administration Review*, vol. 54.
- RAO A. (1996), *Total quality management: a cross functional perspective*, Wiley, New York.
- SCHEIN E. (1984), «Coming to a new awareness of organizational culture», *Sloan Management Review*, XXV, 4; tr. it., *Verso una nuova consapevolezza della cultura organizzativa*, in Gagliardi, 1995.
- SCOTT T., MANNION R., DAVIES H., MARSHALL M. (2003), «The quantitative measurement of organizational culture in health care: review of available instruments», *Health Service Research*, Vol. 38, Issue 3, pp. 9-23.
- SHORTELL S.M. *et al.* (2000), «Assessing the impact of total quality management and organizational culture on multiple outcomes of care for coronary artery bypass graft surgery patients», *Med Care*, Vol. 38, 2, pp. 207-217.
- SIMONS T.L. (1999), «Behavioural integrity as a critical ingredient for transformational leadership», *Journal of Organisational Change Management*, vol. 12, 2.
- TANESE A. (2003), «I processi di innovazione in sanità tra politiche regionali, strategie aziendali e comportamenti professionali», *Mecosan*, 47, pp. 39-56.
- WOODWARD J. (1965) *Industrial Organization: Behaviour and Control*, Oxford University Press, Oxford 1965 (tr. it., *Comportamento e controllo nell'organizzazione industriale*, Rosenberg e Sellier, 1983, Torino).
- ZANGRANDI A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche*, Giuffrè, Milano.
- ZINK K.J. (1998), *Total Quality Management as a holistic management concept: the European model for business excellence*, Springer, Berlin.

I Mmg e il governo della domanda: professione, rapporto con i pazienti e gatekeeping

VERONICA SCARDIGLI

This research discusses the «aziende sanitarie» choices aimed at implementing a managing demand approach. The study focused on the general practitioners' perception of their own role, including the activities carried out, the relationship with their patients, as well as the managing demand approach tools, for example the district budget. This survey involved 185 general practitioners between 2006 and 2007.

Keywords: managing demand, general practitioners, primary care

Parole chiave: governo della domanda, medici di medicina generale, cure primarie

Note sugli autori

Veronica Scardigli è Dottore di ricerca e cultrice della materia in Economia delle Aziende pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma, Facoltà di Economia, Dipartimento di Economia

Ringraziamenti

Speciali ringraziamenti vanno alla dott.ssa Manuela Ceccarelli, Direttore del Dipartimento di Cure Primarie dell'Asl di Mantova, alla dott.ssa Emanuela Vetturilli, sig.ra Ivana Trofèi e dott. Lorenzo Tartarotti, ai responsabili di Distretto e al dott. Antonio Brambilla

1. Il Medico di medicina generale e il governo della domanda

Al centro del dibattito sul governo della domanda è posto il tema del ruolo del Medico di medicina generale, come operatore sanitario maggiormente coinvolto in questo approccio (Pencheon, 1998; Rogers, Entwistle, Pencheon, 1998; Gillam, Pencheon, 1998; Coulter, 1998; Edwards, Hensher, 1998; Longo, Vendramini, 1998; Atun, 2004; Cislighi, 2004; Longo, 2004; Tedeschi, Tozzi, 2004; Muraro, Rebba, 2004; Brenna, Rosito, 2005).

Questo discende da almeno quattro fattori: 1) definizione di governo della domanda; 2) particolare ruolo assunto dal medico nel processo di trasformazione del bisogno in domanda di prestazioni sanitarie, come conseguenza dell'asimmetria informativa; 3) funzione di *gate* di accesso attribuita al Mmg verso le prestazioni erogate dal Ssn; 4) utilizzo della leva economica per influenzare il comportamento prescrittivo del medico.

Il governo della domanda ha insito nella propria definizione la strategicità del ruolo assunto dagli operatori responsabili dell'interpretazione della domanda sanitaria; infatti, secondo la definizione fornita nell'ambito del dibattito sul *National Health Service*, tale approccio consiste nell'identificare dove, come, perché e da chi origina la domanda di prestazioni sanitarie e nel decidere come questa deve essere trattata (ridotta, modificata o accresciuta) in modo che si possa sviluppare un sistema sanitario efficiente, appropriato ed equo (Pencheon, 1998).

Il Mmg, come conseguenza dall'asimmetria informativa esistente tra il medico stesso ed il paziente, si inserisce nel processo de-

SOMMARIO

1. Il Medico di medicina generale e il governo della domanda
2. Il disegno della ricerca
3. Il contesto aziendale di riferimento ed i contenuti del *budget* di distretto
4. I principali risultati della ricerca
5. Alcune riflessioni conclusive

cisionale del paziente, comportandosi come agente dello stesso, ovvero, mettendogli a disposizione la propria competenza professionale per tradurre il suo stato di bisogno in domanda di prestazioni sanitarie. La necessità dell'intervento del medico nel processo di determinazione della domanda, deriva dal fatto che il paziente non è in grado di avere informazioni precise e complete sul proprio stato di salute, sulla disponibilità di cure alternative e sull'efficacia delle stesse (Brena, 2001; Dirindin, Vineis, 2004).

Gli studi di economia sanitaria mettono in evidenza come il rapporto di agenzia tra il medico e il paziente in realtà non possa essere definito perfetto in quanto il medico-agente è portatore di propri interessi; quindi, la scelta migliore per il paziente potrebbe essere mediata dall'utilità del medico. In altre parole, si potrebbe dire che il medico indirizza il paziente verso la scelta che egli ritiene migliore (Levaggi, Capri, 2003). Alcuni autori stanno introducendo il tema dell'induzione della domanda, sull'offerta. Domenighetti (2006) riporta i risultati di un'indagine empirica condotta in Svizzera nell'anno 2002, che dimostra che i pazienti, in una percentuale di circa il 34% dei casi, avanzano ai propri medici curanti richieste di prestazioni supplementari esplicitamente indotte dagli assistiti, e assecondate, nel 75% dei casi, dai medici. Questo nuovo profilo di paziente, definito competente, è caratterizzato da un atteggiamento fortemente critico rispetto all'asimmetria del rapporto medico-paziente (Galovart, 1994; Domenighetti, 1999; Belle-ri, 2004; Levaggi, Lamberto, 2005; Maturo, Agnoletto, 2006).

Nel sistema sanitario italiano il Mmg è il primo *gate* di accesso alle prestazioni sanitarie attraverso il suo comportamento prescrittivo. Il Mmg autorizza infatti l'accesso alle prestazioni sanitarie finanziate dal sistema sanitario nazionale; si pensi, ad esempio, alle prescrizioni dei farmaci, alle richieste di visite specialistiche ed in alcuni casi anche ai ricoveri. Come conseguenza di questo, al medico viene richiesto di svolgere una funzione di filtro, *gatekeeping*, che abbia come riferimento il principio dell'appropriatezza, rispetto alle domande rivolte dai pazienti (Longo, 2004). Alcune ricerche empiriche rilevano come per alcune prestazioni il suo ruolo nel governare l'accesso sia decisamente

marginale e, parallelamente, come a costui si rivolgano assistiti con particolari caratteristiche (Mapelli, 1994; Salvini, Solipaca, 1997 e 1999; Censis, 1998; Fiorentini, Ugolini, Virgilio, 1999; Atella, Brindisi, Rosati, 2003; Dirindin, 2004).

Per coinvolgere i medici nel raggiungimento di obiettivi aziendali, anche in conseguenza del fatto che costoro sono professionisti esterni all'azienda sanitaria, vengono implementati strumenti di programmazione e controllo. Lo strumento del *budget* di distretto deve essere interpretato come strumento in grado di incidere sul comportamento, in particolare prescrittivo, dei medici orientandolo al fine del raggiungimento degli obiettivi aziendali (Vendramini, 2000, 2001 e 2004; Brunello, 2001; Cavalieri, 2005; Cavallo, 2001).

2. Il disegno della ricerca

L'obiettivo della presente ricerca è quello di approfondire la percezione del Mmg del proprio ruolo e degli strumenti di governo della domanda. Poiché il fenomeno analizzato è la percezione soggettiva del medico, l'unità di analisi rispetto alla quale è stato condotto lo studio è il singolo medico. La ricerca è stata, quindi, condotta attraverso la somministrazione di questionari ai medici operanti presso una Azienda sanitaria locale che ha implementato il *budget* di distretto: l'Asl della provincia di Mantova. La ricerca si presenta pertanto come una *survey*, ovvero come una rilevazione diretta.

Gli aspetti indagati sono riconducibili alle seguenti macro aree: 1) percezione che il medico ha del proprio ruolo; 2) percezione degli strumenti di governo della domanda.

La prima macroarea ha la finalità di focalizzare il comportamento del medico, soprattutto prescrittivo, al fine di comprendere se, e in che modo, costui interpreta il ruolo di *gatekeeper*, attraverso l'approfondimento dei seguenti aspetti:

- la gestione del tempo e la percezione del livello di adeguatezza rispetto all'attività svolta;
- le richieste che i pazienti rivolgono al medico e il conseguente comportamento prescrittivo del medico;

– i fattori che influenzano le richieste dei pazienti.

La seconda macroarea ha l'obiettivo di approfondire come gli strumenti di governo della domanda (percorso diagnostico terapeutico assistenziale, sistema di *reporting*, incontri di *peer review*, ecc.), contenuti nel *budget* di distretto, siano percepiti dal medico e in che modo riescano ad incidere sul suo comportamento. Gli aspetti indagati in quest'area riguardano:

– la percezione del livello di utilità di alcuni strumenti rientranti nel *budget* di distretto;

– la percezione del cambiamento comportamentale conseguente all'introduzione del *budget* di distretto.

La ricerca si è avvalsa di diversi strumenti e metodi di indagine. In particolare si è fatto uso di documentazione aziendale, interviste rivolte agli operatori, questionari somministrati ai Mmg, confronti con gli operatori al fine dell'interpretazione dei fenomeni emersi dall'elaborazione dei dati.

2.1. La metodologia della ricerca

Il campione della ricerca è costituito dai 185 Mmg che hanno risposto al questionario e che rappresentano numericamente il 66% dei Mmg dell'Asl di Mantova e il 71% dei medici ai quali il questionario è stato somministrato (tasso di risposta). Il questionario, come verrà di seguito descritto, è stato somministrato nell'ambito di incontri di *peer review* organizzati a livello sub-distrettuale nell'ambito del progetto di *budget* di distretto. Il campione non ha quindi la pretesa di essere rappresentativo dell'universo dei Mmg ma solo di fornire indicazioni sulla percezione dei medici rispetto ai fenomeni indagati. Di seguito sono sintetizzate le fasi metodologiche seguenti.

1. Fase conoscitiva propedeutica. In questa fase, è stata condotta un'analisi della documentazione aziendale finalizzata a comprendere a fondo i contenuti del *budget* di distretto e le modalità in cui esso è stato implementato, alla luce delle peculiarità del contesto aziendale. Successivamente sono

state condotte alcune interviste, rivolte agli attori principali del processo, con l'obiettivo di approfondire i contenuti emersi dall'analisi della documentazione aziendale (giugno-luglio 2006).

2. Costruzione del questionario. La fase successiva, una volta definite e condivise le finalità della ricerca, è stata quella di identificare le aree oggetto di indagine e gli *item* contenuti nel questionario. La costruzione della prima bozza del questionario è stata realizzata in modo partecipativo nell'ambito di un gruppo di lavoro organizzato a livello di Dipartimento di cure primarie¹ (agosto-settembre 2006).

3. Approvazione del progetto di ricerca nell'ambito del comitato aziendale (settembre 2006).

4. Condivisione degli obiettivi della ricerca con i referenti distrettuali. In seguito alla scelta di somministrare i questionari nell'ambito degli incontri di *peer review* (incontri di centro di responsabilità - Cdr) organizzati a livello distrettuale, di cui si approfondirà di seguito, si è scelto di condividere con i referenti distrettuali gli obiettivi della ricerca e di confrontarsi sugli specifici *item* del questionario (settembre 2006).

5. Somministrazione dei questionari nell'ambito degli incontri dei *peer review* (centro di responsabilità) organizzati a livello sub-distrettuale. I questionari sono stati spiegati e distribuiti dal referente distrettuale nell'ambito degli incontri di *peer review*, e raccolti alla fine degli incontri stessi (settembre-novembre 2006).

6. Archiviazione dei questionari su supporto informatico e successiva *elaborazione dei dati*. È stata costruita una maschera con il programma Microsoft Access per facilitare l'inserimento dei dati e permettere un controllo di qualità degli stessi. Successivamente i dati sono stati elaborati con lo stesso programma ed analizzati (novembre-dicembre 2006).

7. Interpretazione dei risultati in relazione al disegno di ricerca ed agli obiettivi aziendali. In questa fase, al fine di una corretta interpretazione dei fenomeni rilevati dall'elaborazione dei questionari, c'è stato un forte coinvolgimento del Dipartimento di cure primarie nella persona della dott.ssa Emanuela Vettorelli (dicembre 2006-febbraio 2007).

8. *Presentazione dei dati* al dott. Antonio Brambilla al fine di una supervisione scientifica (febbraio 2007).

La scelta di utilizzare una situazione formale, coordinata da parte dei referenti distrettuali, per somministrare i questionari ai medici, ha rappresentato un limite ed una opportunità. Un limite nella misura in cui i medici nella compilazione del questionario, per quanto anonimo, potrebbero essere stati condizionati dalla presenza di un operatore Asl e potrebbero quindi non essersi sentiti totalmente liberi nel rispondere. Al tempo stesso, la gestione del questionario a livello «istituzionale» ha garantito un'elevata percentuale di ritorno degli stessi. Infatti, il tasso di risposta totale è stato dell'84%, pari a 220 questionari.

2.2. I contenuti del questionario

Come più volte affermato, lo strumento utilizzato è il questionario. Tale strumento è stato elaborato nel rispetto dei criteri indicati nella letteratura che ne garantiscono l'efficacia². Il questionario è stato suddiviso in quattro parti, di seguito descritte.

– Caratteristiche anagrafiche del medico. In questa parte, definita preliminare, sono richieste al medico informazioni anagrafiche legate alla sfera della sua esperienza professionale quali: distretto di appartenenza, forma associativa, anni di esercizio della professione medica, numero degli assistiti in carico, ed infine se ha sottoscritto il *budget* e in riferimento a quali anni. Questa parte del questionario risponde a due finalità: definire il profilo dei medici che costituiscono il campione e individuare alcune variabili ritenute determinanti al fine di studiarne gli effetti sulla percezione dei medici.

– Percezione del medico sulla gestione del proprio tempo, in riferimento all'attività svolta. In questa parte si è chiesto al medico di stimare e quindi quantificare il tempo che dedica a diverse voci di attività riportate in elenco³, chiedendo anche una valutazione sul livello di adeguatezza della gestione del tempo. Questa analisi è richiesta sia per la totalità di pazienti, che nello specifico, per i pazienti cronici.

– Valutazione delle richieste degli assistiti e del proprio comportamento. In questa parte è chiesto al medico di attribuire una frequenza (mai, qualche volta, spesso, sempre) alle richieste rivolte dagli assistiti⁴ e di definire il livello di accordo. Inoltre è richiesto di indicare il proprio comportamento in riferimento alle richieste per le quali egli non si trova d'accordo ed una valutazione sulle fonti informative che influenzano tali richieste⁵. L'obiettivo è di approfondire la percezione che il medico ha di sé, del proprio ruolo e della funzione di *gatekeeper* che è chiamato a svolgere.

– Percezione degli strumenti di governo della domanda. Questa parte fa riferimento specifico alla percezione che i medici hanno degli strumenti di governo della domanda. Essa è articolata in una domanda indiretta nella quale si chiede di attribuire un livello di utilità ad alcuni strumenti di cui solo alcuni rientrano nel *budget* di distretto, e in alcune domande dirette finalizzate a comprendere la percezione che i medici hanno degli strumenti di *budget*, il modo in cui hanno cambiato il modo di lavorare, le criticità rilevate e gli aspetti positivi/negativi.

Il questionario è pertanto articolato in diciassette domande: sei definite preliminari che rispondono alla necessità di rilevare alcune variabili significative al fine di approfondirne l'influenza sulle modalità di percezione dei medici, e undici domande chiuse, fatta eccezione per quattro, in cui si chiede al medico di quantificare in termini di frequenza, di utilità e di intensità di cambiamento un certo fenomeno, all'interno di una scala predefinita⁶.

2.3. La metodologia di elaborazione dei dati

I dati rilevati al fine della presente ricerca sono stati elaborati come media del campione. Successivamente, per rispondere alla domanda di ricerca sull'influenzabilità del comportamento dei medici rispetto ad alcune variabili, i dati sono stati elaborati in funzione delle c.d. variabili di contesto.

Le variabili di contesto sono: distretto di appartenenza, numero assistiti in carico, anni di esercizio della professione medica, forma associativa, adesione al progetto di *budget*.

Per analizzare l'influenza delle variabili di contesto sulla percezione dei medici, sono stati elaborati due indicatori: indicatore di deviazione e percentuale di deviazione sul minimo. L'indicatore di deviazione esprime la differenza tra il valore minimo e il valore massimo della percezione, calcolata facendo la media delle risposte dei medici raggruppati in funzione delle variabili di contesto. La percentuale di deviazione sul minimo esprime il peso percentuale dell'indicatore di deviazione rispetto al valore minimo. I pesi percentuali al di sotto del 20% sono stati considerati non rilevanti al fine di rappresentare una diversa percezione dei medici in funzione delle variabili di contesto.

Per le parti del questionario in cui è richiesto ai medici di attribuire un livello di intensità ad un fenomeno sulla base di una scala è stato creato un indicatore, attribuendo alla scala di intensità un valore numerico⁷. A seconda della tipologia della domanda, l'indicatore esprime una frequenza, un livello di utilità e un livello di cambiamento. Si rimanda a **tabella 1**.

3. Il contesto aziendale di riferimento ed i contenuti del *budget* di distretto

L'Asl di Mantova si colloca nella parte a sud-est della Regione Lombardia e comprende 70 comuni corrispondenti al territorio provinciale. La popolazione al 31/12/2005 è pari a 393.723 residenti (fonte Istat). L'articolazione organizzativa su base territoriale dell'Asl comprende sei distretti socio-sanitari. I medici operanti nel territorio dell'Asl sono 324 di cui 280 Mmg e 44 Pls.

Il 71% dei Mmg aderisce ad una forma associativa assicurando assistenza al 66% della popolazione. Non esistono in letteratu-

ra molti dati riferiti a questo fenomeno; una elaborazione su dati della Regione Lombardia porta ad affermare che il tasso di associazionismo regionale sia del 68%, mentre una recente indagine condotta in Emilia-Romagna riporta un tasso del 63,6% e una conseguente copertura della popolazione del 71% (Giarelli, 2006).

La forma associativa maggiormente diffusa è la medicina in associazione, che coinvolge circa il 28% dei medici (25% della popolazione); la medicina in rete ne coinvolge il 24% (22% della popolazione), mentre la medicina di gruppo ne coinvolge il 20% (18% della popolazione). Gli stessi dati rilevati in Emilia-Romagna evidenziano una distribuzione affine per la medicina di gruppo (19,5% dei Mmg) ed una maggiore diffusione della medicina di rete (30,23%) a fronte di una minore diffusione della medicina in associazione (13,8%) (Giarelli, 2006; Giarelli, Patierno, 2006).

L'esperienza dell'Asl di Mantova, rispetto al governo della domanda, si colloca in un determinato contesto di regole in cui la Regione Lombardia ha svolto un ruolo di stimolo perché fosse implementato il *budget* di distretto⁸. Nell'esperienza lombarda, ma la stessa osservazione potrebbe essere fatta anche per le altre esperienze italiane, non c'è stata un'attribuzione economica tipo *fundholding* all'inglese (Gosden, Torgerson, 1997; Vendramini, 1997; Longo, Vendramini, 1999; Maciocco, 2001; Mays *et al.*, 2001), ma semplicemente i medici sono stati responsabilizzati ed incentivati ad aderire a programmi e/o progetti specifici e sensibilizzati rispetto all'impatto che il loro comportamento prescrittivo ha sulle risorse, soprattutto economiche.

Domande	Possibili risposte				Indicatore
	mai	qualche volta	spesso	sempre	
DOM 4, 5 e 7	mai	qualche volta	spesso	sempre	Indicatore di frequenza
DOM 9	del tutto inutile	poco utile	abbastanza utile	molto utile	Indicatore di utilità
DOM 11	molto peggiorato	un poco peggiorato	un poco migliorato	molto migliorato	Indicatore di cambiamento
Peso costruzione indicatore	0	1	2	3	

Tabella 1

Scala di intensità collegata alle domande e tipologia di indicatore

Il *Budget* di distretto per i Mmg è articolato nei seguenti punti: 1) adesione a Pdta; 2) adesione a programmi aziendali; 3) adesione a programmi distrettuali.

In riferimento al primo punto, è prevista da parte del singolo medico l'adesione ad uno dei Pdta elaborato a livello aziendale: ipertensione, diabete, bpc.

In riferimento al secondo punto, i medici sono chiamati ad aderire ai seguenti progetti/programmi aziendali:

- somministrazione Carta del rischio cardiovascolare⁹ alla popolazione *target* e successiva trasmissione trimestrale all'Asl del flusso informativo;

- collaborazione agli *screening* oncologici aziendali;

- condivisione protocollo per l'accesso appropriato alle prestazioni di diagnostica per immagini, per il quale è prevista la partecipazione ad un incontro di revisione tra pari nell'ambito dei Cdr territoriali;

- spostamento del consumo dei farmaci, per alcune specialità farmaceutiche¹⁰ verso principi attivi di tipo equivalente e/o brevetto scaduto o in generale a minor costo ma di pari efficacia;

- incremento del 10% del numero di pezzi prescritti di farmaci equivalenti e/o a brevetto scaduto;

- adesione al protocollo aziendale dell'assistenza domiciliare programmata e appropriatezza degli accessi sulla base di quanto autorizzato dal distretto.

Per quanto riguarda invece il sistema incentivante è articolato in tre componenti:

- 1) una componente economica, non direttamente collegata al *budget* di distretto, che prevede il riconoscimento della quota contrattuale definita nell'articolo 59 punto B 15 dell'ACN, sulla base della partecipazione dei medici ad alcuni eventi formativi, pari a 3,08 euro per assistito;

- 2) una componente non economica, direttamente collegata all'adesione al *budget* di distretto;

- 3) una componente economica, direttamente collegata alla partecipazione dei medici agli obiettivi aziendali e costituita dagli eventuali risparmi derivanti da azioni

di buona prassi clinica e comportamenti prescrittivi.

L'incentivo economico è collegato alla partecipazione dei medici ad almeno tre iniziative organizzate dall'Asl tra gli eventi formativi¹¹ e all'incontro di revisione tra pari a livello di Cdr, sulla base degli accordi sottoscritti dalle Organizzazioni sindacali dei Mmg a livello regionale¹² ed aziendale¹³. Per i medici che hanno partecipato al *budget* di distretto è previsto il riconoscimento di un incentivo non economico che consiste nell'attivazione della continuità assistenziale (guardia medica) dalle 8 alle 10 del sabato mattina¹⁴.

Per l'anno 2006 il tasso di adesione al *budget* di distretto è stato dell'87% mentre il tasso di adesione ai corsi che hanno garantito l'erogazione dell'incentivo economico è stato del 98%.

4. I principali risultati della ricerca

I principali risultati della ricerca saranno presentati seguendo il presente schema logico: il profilo dei medici del campione; i medici e la gestione del tempo; il rapporto medico paziente e il ruolo dell'informazione dei pazienti; la percezione degli strumenti contenuti nel *budget* di distretto.

Il profilo dei medici del campione

Il campione della ricerca è costituito da 185 *Medici di medicina generale* operanti presso il territorio dell'Asl di Mantova, per un bacino di utenti di circa 220.000 assistiti. Il profilo medio del Mmg corrisponde ad un medico con circa 1200 assistiti in carico¹⁵ e 23 anni di esperienza professionale¹⁶. L'associazionismo è un fenomeno diffuso, infatti il 73% dei medici del campione aderisce ad una forma associativa. La medicina in associazione è la forma più diffusa: vi aderisce il 31% dei medici. La medicina di rete e la medicina di gruppo hanno lo stesso livello di diffusione (21%). I medici che operano da soli, non aderendo ad alcuna forma associativa, sono il 22% del campione. Il restante 4% del campione non ha risposto alla domanda. Il fenomeno dell'associazionismo non è legato all'anzianità del medico e neppure al numero degli assistiti in carico, ma risulta piuttosto

una scelta personale¹⁷ sebbene influenzata dal contesto territoriale di riferimento. Infatti l'analisi della distribuzione dell'associazionismo in funzione del distretto rileva una forte correlazione (tabella 2).

La gestione del tempo tra le varie attività

L'analisi della percezione che i medici hanno del proprio tempo è stata condotta in riferimento ad un sottocampione costituito dai 178 medici (96% del campione) che hanno risposto a questa parte del questionario. È stato chiesto ai medici di attribuire un peso (il totale deve essere 100) rappresentativo del tempo dedicato alle varie componenti di attività svolte avendo come riferimento temporale l'ultimo mese. Il profilo di medico che si delinea è quello di un medico principalmente impegnato nell'attività ambulatoriale e domiciliare (76% del tempo). Il restante 15% del tempo è assorbito dall'aggiornamento professionale (7,76%) e dagli adempimenti burocratici verso l'Asl (7,41). Infine, sia la comunicazione sui casi con gli altri medici, sia gli informatori scientifici, assumono un

ruolo marginale nella gestione del tempo dei medici: al di sotto del 5% (4,37 e 3,61), mentre ad altra attività è attribuito un peso inferiore all'1%. Il 61% dei medici percepisce adeguata la suddivisione del tempo nelle diverse attività, mentre per il restante 39% il tempo dovrebbe essere gestito in altro modo. Le aree percepite essere le più critiche sono: l'aggiornamento professionale ritenuto inadeguato dal 35% dei medici, la comunicazione sui casi dei medici e gli adempimenti burocratici (30%). La stessa analisi condotta in riferimento ai pazienti affetti da patologie croniche rileva come la percezione del tempo dedicato all'attività ambulatoriale per i pazienti cronici è in linea con quanto dichiarato sulla popolazione in generale (75%). Il 16% del tempo è dedicato all'attività di informazione/educazione al paziente ed il restante 8,4% alla comunicazione sui casi, con altri medici specialisti e non. Quest'ultimo aspetto sembra assumere una rilevanza maggiore in riferimento a questa particolare tipologia di pazienti. Infatti, per la totalità degli assistiti, la stima del tempo dedicato a questa attività è quantificato nel 4,3%.

	Non specificato	Medicina di gruppo	Medicina in associazione	Medicina in rete	Medico solo	Totale campione
Numero di medici	8	39	57	39	42	185
Peso % sul totale	4%	21%	31%	21%	23%	100%
Media anni esercizio professionale	23	23	23	23	23	23
Media assistiti in carico	988	1.222	1.223	1.216	1.184	1.202
Distribuzione medici per distretto						
Asola			1	3	4	8
Guidizzolo		3	3	4	10	20
Mantova	3	4	36	8	13	64
Ostiglia	1	7	10	10	5	33
Suzzara	1	14	2	8	4	29
Viadana	3	11	5	6	6	31
Totale	8	39	57	39	42	185
Asola	0%	0%	13%	38%	50%	100%
Guidizzolo	0%	15%	15%	20%	50%	100%
Mantova	5%	6%	56%	13%	20%	100%
Ostiglia	3%	21%	30%	30%	15%	100%
Suzzara	3%	48%	7%	28%	14%	100%
Viadana	10%	35%	16%	19%	19%	100%

Tabella 2

Distribuzione dei medici nelle forme associative con particolare riferimento al distretto

Il rapporto medico-paziente

Il rapporto tra il medico e il paziente è analizzato attraverso l'approfondimento delle richieste che i pazienti rivolgono al medico, il livello di accordo che il medico esprime ed il conseguente comportamento prescrittivo.

Le richieste che i pazienti rivolgono ai medici, sulla base della frequenza (si veda tabella 1), possono essere suddivise in tre gruppi. Il gruppo delle richieste più frequenti comprende: consigli (2,39), prescrizioni di farmaci (2,18) e diagnosi (2,09). La richiesta di consigli può essere letta come la ricerca di un secondo parere (Maturò, Agnoletto, 2006) a fronte di un'attività di auto-informazione del paziente. Il gruppo delle richieste mediamente frequenti comprende: prescrizioni di esami di specialistica (1,9) e di visite di specialistica (1,86). Infine il gruppo delle richieste meno frequenti: certificazioni (1,51), ausili (1,21) e ricoveri (0,96). In questo ultimo gruppo rientra anche la voce «altro», senza ulteriori indicazioni, alla quale i medici attribuiscono un indicatore di frequenza pari a 1,31¹⁸.

I medici esprimono un basso livello di accordo (si veda tabella 1) con le richieste dei pazienti. Il minore livello di accordo è espresso in riferimento alle richieste di prescrizioni di esami di specialistica (1,23) e di visite specialistiche (1,26); le prescrizioni di farmaci (1,43), trovano un accordo leggermente superiore come del resto le prescrizioni di ausili (1,62).

Quest'ultimo dato merita una riflessione in quanto fornisce interessanti informazioni sul livello di appropriatezza delle richieste rivolte dai pazienti ai medici. L'area che presenta la maggiore criticità in questo senso è rappresentata dall'area della specialistica ambulatoriale che, a fronte della numerosità delle richieste rivolte dai pazienti (indicatore di frequenza: 1,90 per esami diagnostici, 1,86 per le visite), riscontra il più basso livello di approvazione da parte dei medici (indicatore di accordo: 1,23 per esami diagnostici, 1,26 per le visite).

Di fronte ad una richiesta di prescrizione ritenuta inappropriata, il 61% dei medici cerca di spiegare al paziente l'inutilità di ciò che richiede e, di fronte all'insistenza del paziente, asseconda la richiesta, il 27% non asseconda la richiesta del paziente, mentre il

12% risponde altro senza fornire alcuna indicazione sul comportamento.

Questo dato sembra confermare quanto rilevato in letteratura a proposito dell'induzione dell'offerta da parte della domanda. I risultati di alcune ricerche empiriche, infatti, danno evidenza di come i pazienti rivolgono ai propri medici richieste supplementari, quantificabili in una percentuale del 34% e assecondate dai medici nel 75% dei casi (Domenighetti, Pipitone, 2002). I dati della suddetta ricerca riportano anche una quantificazione delle prestazioni supplementari: 15,8% esami diagnostici, 12,6% visite specialistiche, 11% prescrizioni di farmaci, 8,7% certificati di malattia, 4,4% ricoveri. Le evidenze empiriche rivelano come la maggiore inappropriata sia riconducibile alla domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale, che in seguito ad un comportamento «assecondante» del Mmg si trasforma in successivo consumo di prestazioni sanitarie.

Le richieste formulate dai pazienti sono influenzate da informazioni apprese da amici o in generale da persone di fiducia (indicatore di frequenza: 1,68), dalla televisione (1,65), da altri medici (1,57) e infine dall'attività di auto-informazione dell'assistito (1,31).

La rilevanza dell'informazione ricevuta da amici o comunque persone di fiducia è un fenomeno noto in letteratura e messo in evidenza da alcune ricerche¹⁹. Ci si aspettava che il dato relativo all'auto-informazione attraverso un processo attivo di consultazione di ricerca avesse una rilevanza maggiore. Certamente fornisce un interessante spunto di riflessione l'importanza assunta dai mezzi di comunicazione, quale la televisione, sull'induzione delle prestazioni sanitarie. Questa induzione, nella percezione dei medici, è più rilevante rispetto all'induzione degli specialisti.

La percezione del budget di distretto

In generale si può affermare che il livello di utilità (tabella 1) attribuito agli strumenti del *budget* di distretto è piuttosto basso. I medici attribuiscono un maggiore livello di utilità al sistema di *reporting*, sia relativo alla spesa farmaceutica (indicatore utilità: 1,90) sia relativo ai consumi socio-sanitari degli assistiti (indicatore di utilità: 1,79), che consente loro di monitorare i consumi

dei propri assistiti attraverso anche una serie di indicatori utili al confronto con il Cdr, il distretto e l'Asl. Gli incontri di *peer review* effettuati a livello di Cdr sono stati organizzati per la prima volta nel 2006 su indicazione della Regione. I medici hanno apprezzato questa nuova modalità di lavoro e, in termini di utilità, gli hanno attribuito mediamente il secondo posto (indicatore utilità 1,88). Le ragioni dell'apprezzamento di questo strumento sono riconducibili alla possibilità per i medici di un confronto con i colleghi che porta ad un miglioramento dei rapporti. La rilevazione con la carta del rischio ed i Pdta (sono esclusi dall'analisi gli strumenti non rientranti nel *budget* di distretto) hanno per i medici un livello di utilità leggermente inferiore rispetto agli strumenti sopra analizzati (indicatore di utilità: 1,70). La somministrazione della carta del rischio si inserisce in un progetto di prevenzione per gli eventi cardiovascolari promosso dall'Istituto superiore di sanità. La percezione dell'utilità dei Pdta è strettamente legata al riconoscimento da parte dei medici dei seguenti elementi: razio-

nalizzazione delle procedure e conseguente miglioramento degli aspetti clinici per i pazienti; individuazione di un riferimento comune al quale uniformarsi, che tiene conto delle linee-guida. Questi aspetti sembrano però avere una connotazione teorica che non trova un rilevante riscontro nella realtà. Infatti, un grosso limite dei Pdta è quello della difficile applicabilità nella gestione quotidiana dei pazienti, imputabile in parte alla mancata rispondenza degli specialisti, in parte alla mancata *compliance* dei pazienti. Infine, lo strumento percepito dai medici con il più basso livello di utilità (indicatore di utilità: 1,56) è il corso di formazione sulla Bda²⁰ e sul sistema di *reporting*. Interessante è osservare come la partecipazione a questo evento formativo ed agli incontri di Cdr siano i requisiti indispensabili per la liquidazione della componente economica del *budget*.

La percezione dei medici dell'utilità degli strumenti del *budget* di distretto è influenzata dal distretto di appartenenza e dalla forma associativa (**tabella 3**). Il distretto di appartenenza è una variabile che incide notevol-

Tabella 3

Il livello di utilità di alcuni strumenti in uso dai medici presso l'Asl e le variabili di contesto (distretto di appartenenza e forma associativa)

	Numero medici	Report farmaceutica	Incontri dei Cdr	Report consumi	Rilevazione carta del rischio ccv	PDTA	Corso di formazione BDA-report
Tutto il campione	172	1,90	1,88	1,79	1,70	1,70	1,56
Distretto di appartenenza							
Asola	7	2,14	1,67	2,17	1,57	1,67	2,00
Guidizzolo	16	1,88	1,63	1,88	1,88	1,69	1,63
Mantova	58	1,90	2,02	1,83	1,72	1,79	1,58
Ostiglia	33	2,00	1,82	1,82	1,76	1,70	1,42
Suzzara	28	1,80	1,64	1,64	1,39	1,57	1,48
Viadana	30	1,86	2,10	1,69	1,83	1,66	1,60
<i>Indicatore di deviazione</i>		0,34	0,48	0,52	0,48	0,22	0,58
<i>% di deviazione sul minimo</i>		19%	29%	32%	35%	14%	40%
Forma associativa							
Non dichiarata	4	2,00	2,33	2,33	2,00	2,00	1,75
Medicina di gruppo	38	1,81	1,84	1,61	1,42	1,66	1,39
Medicina in associazione	57	1,89	1,88	1,82	1,65	1,69	1,48
Medicina in rete	39	1,97	1,79	1,82	1,79	1,72	1,63
Medico solo	34	1,94	2,00	1,85	1,97	1,70	1,76
<i>Indicatore di deviazione</i>		0,16	0,21	0,24	0,55	0,06	0,37
<i>% di deviazione sul minimo</i>		9%	11%	15%	39%	4%	27%

mente sulla percezione che i medici hanno dell'utilità degli strumenti. La maggiore differenza si registra sulla percezione dell'utilità della carta del rischio cardiovascolare (35% di deviazione sul valore minimo), sulla percezione dei *report* sui consumi degli assistiti (32% di deviazione sul valore minimo) ed anche sugli incontri di Cdr (29% di deviazione sul valore minimo). La forma associativa incide sulla percezione di: 1) carta del rischio cardiovascolare (39% di deviazione sul valore minimo); i medici soli gli attribuiscono maggiore utilità (1,97) rispetto ai medici in medicina di gruppo (1,42); 2) corso di formazione (27% di deviazione sul valore minimo) i medici soli gli attribuiscono maggiore utilità (1,76) rispetto ai medici in medicina di gruppo (1,39). Mediamente si può affermare che i medici soli hanno una maggiore percezione di utilità di questi strumenti rispetto ai medici in medicina di gruppo che gli attribuiscono un livello di utilità inferiore.

L'introduzione del *budget* di distretto come presupposto quello di determinare nei soggetti coinvolti dei cambiamenti comportamentali al fine del raggiungimento di prefissati obiettivi. In questo caso l'aspettativa riguardava un cambiamento culturale, sulla percezione che i medici hanno del proprio ruolo, e comportamentale, in termini di maggiore orientamento all'appropriatezza prescrittiva.

Considerando la percezione di cambiamento dei medici, i fenomeni indagati possono essere suddivisi in tre gruppi (**tabella 4**): il primo gruppo caratterizzato da un cambiamento in senso decisamente migliorativo (indicatore di miglioramento > 2²¹), il secondo gruppo caratterizzato da un cambiamento leggermente migliorativo (indicatore di cambiamento < 2 e > 1,50) e il terzo gruppo caratterizzato da un cambiamento tendente al peggiorativo (indicatore di miglioramento < 1,5). I fenomeni riconducibili all'area

Tabella 4

I cambiamenti comportamentali conseguenti all'introduzione degli strumenti del *budget* di distretto

	Numero medici	Rapporti con i colleghi M/mg	Prescrizione generici - brev. scaduto	Appropriatezza dei farmaci prescritti	Rapporto con il distretto	Attenzione a costo-efficacia prescrizioni	Livello di auto valutazione	Capacità buone prassi cliniche	Efficacia presa in carico pazienti - PDTA	Relazione umana con il paziente	Rapporti con gli specialisti	Adempimenti burocratici
Tutto il campione	172	2,13	2,07	2,06	2,05	1,99	1,97	1,88	1,81	1,78	1,59	1,07
Distretto di appartenenza												
Asola	7	2,20	2,40	2,00	2,40	2,20	2,60	2,25	1,75	1,75	2,00	1,50
Guidizzolo	16	2,14	2,19	1,93	2,07	2,06	1,93	1,87	1,94	1,60	1,80	1,00
Mantova	58	2,13	2,07	2,13	2,25	2,13	1,91	2,00	1,87	1,76	1,59	1,14
Ostiglia	33	1,84	1,97	2,06	1,59	1,76	1,91	1,87	1,84	1,84	1,63	0,81
Suzzara	28	2,12	2,04	1,88	2,04	1,80	1,91	1,80	1,72	1,83	1,58	0,96
Viadana	30	2,43	2,07	2,18	2,10	2,07	2,12	1,64	1,64	1,81	1,41	1,33
<i>Indicatore di deviazione % di deviazione sul minimo</i>		0,59 32%	0,43 22%	0,29 16%	0,81 51%	0,44 25%	0,69 36%	0,61 37%	0,30 18%	0,24 15%	0,59 42%	0,69 85%
Forma associativa												
Non dichiarata	4	2,25	1,67	1,67	2,33	2,33	2,33	1,67	1,33	1,67	1,33	0,75
Medicina di gruppo	38	2,20	2,14	1,89	1,97	1,74	1,88	1,74	1,72	1,68	1,51	0,89
Medicina in associazione	57	2,00	2,05	2,09	1,93	2,13	1,91	1,94	1,82	1,73	1,67	1,07
Medicina in rete	39	2,19	1,95	2,19	2,11	1,84	1,97	1,81	1,83	1,77	1,54	1,03
Medico solo	34	2,19	2,19	2,10	2,26	2,16	2,14	2,03	1,90	2,00	1,66	1,36
<i>Indicatore di deviazione % di deviazione sul minimo</i>		0,20 10%	0,24 12%	0,31 16%	0,33 17%	0,41 24%	0,26 14%	0,30 17%	0,18 11%	0,32 19%	0,15 10%	0,48 54%

del cambiamento in senso migliorativo sono: il rapporto con i colleghi Mmg (2,13) la disponibilità alla prescrizione di farmaci generici/a brevetto scaduto (2,07), il grado di appropriatezza dei farmaci prescritti (2,06) ed il rapporto con il distretto (2,05). I fenomeni riconducibili all'area del cambiamento in senso leggermente migliorativo, quanto meno non peggiorativo, sono: attenzione al rapporto costo/efficacia (1,99), livello di auto-valutazione (1,97), capacità di individuare buone prassi cliniche (1,88), efficacia presa in carico pazienti attraverso Pdta (1,81), qualità della relazione umana con il paziente (1,78) e il rapporto con gli specialisti (1,59). Il fenomeno riconducibile all'area del peggioramento riguarda gli adempimenti burocratici (1,07).

5. Alcune riflessioni conclusive

I risultati di questa ricerca offrono l'opportunità di apportare alcuni spunti al dibattito in corso sul ruolo del Mmg nell'ambito del governo della domanda.

Il primo tema sul quale è rilevante porre l'attenzione è la scarsa adesione culturale al modello del *gatekeeping*. La ricerca rileva una debole propensione dei medici ad assumersi la responsabilità di svolgere il ruolo di filtro nell'accesso alle prestazioni sanitarie ritenute non del tutto appropriate. Il 61% del campione afferma, infatti, che pur non essendo d'accordo con le prestazioni richieste dai pazienti, di fronte ad una insistenza, asseconda la richiesta. Questo risultato conferma quanto rilevato in altre ricerche sull'elevato livello di induzione di prestazioni sanitarie non appropriate in conseguenza di richieste specifiche dei pazienti. La maggiore area di inappropriatezza riguarda la specialistica ambulatoriale sia per le visite che per la diagnostica.

Interessante quanto emerge sul profilo del medico. Infatti, non è possibile delineare in modo netto un profilo di medico *gatekeeper* in quanto è una scelta fortemente individuale che dipende dalle caratteristiche personali del medico; con più probabilità è un medico con maggiore esperienza dal punto di vista professionale e che, se ha fatto la scelta di associarsi, si è associato in una medicina di gruppo. Questo modello è più diffuso tra i medici soli e tra i medici aderenti a medici-

ne di gruppo, mentre la minore diffusione si rileva nella medicina in associazione e nella medicina in rete.

La debole adesione al modello di *gatekeeping* è conseguente al cambiamento della relazione medico-paziente, che vede quest'ultimo adottare comportamenti autonomi per riequilibrare l'asimmetria informativa.

La relazione tra il medico ed il paziente ha subito negli ultimi anni una forte evoluzione peraltro ben distante dal modello di agenzia, che vorrebbe il medico comportarsi come agente perfetto del paziente, mettendo a disposizione tutte le proprie conoscenze per riequilibrare l'asimmetria informativa. Quello che si osserva nella realtà, oltre ad essere distante dal modello teorico, si avvicina ad un rapporto in cui il medico asseconda le richieste del paziente nonostante le valutazioni non appropriate, confermando una certa influenzabilità esercitata dall'emotività del paziente. In effetti questo fenomeno è già stato analizzato in letteratura: esistono più studi che elaborano la teoria dell'*emotional agency* (Barigozzi, Levaggi, 2005).

Una simile tendenza è confermata in altre ricerche empiriche che rilevano una difficoltà nella gestione del rapporto con il paziente come conseguenza delle numerose e confuse fonti informative (Maturò, Agnoletto, 2006) che creano in quest'ultimo l'aspettativa di avere una certa competenza.

Rispetto al passato il paziente non è più disposto ad affidarsi totalmente alle decisioni del medico, bensì cerca di crearsi una propria conoscenza anche sulle questioni che riguardano lo stato di salute, le alternative terapeutiche, i servizi disponibili e le modalità di cura. Ma spesso, come conseguenza di questo, i pazienti si illudono di essere informati correttamente, mentre le fonti informative non sempre sono di qualità. La mancanza di un'informazione corretta e coerente con le reali opportunità offerte dalla medicina mette i pazienti nelle condizioni di rivolgersi al medico non perché quest'ultimo interpreti un bisogno, ma perché semplicemente traduca una domanda di prestazioni sanitarie già decodificata in una prescrizione che permetta l'accesso a livelli di cura superiori (assistenza farmaceutica, assistenza specialistica).

Il tema dell'informazione riveste un'importanza particolare. Numerose ricerche empiriche rilevano come l'assunto, che vuole

legare l'aumento delle richieste dei pazienti all'aumento delle informazioni disponibili, sia discutibile e debba essere arricchito di una valutazione circa il livello di qualità e correttezza delle informazioni. Infatti, l'aumento di informazioni corrette ed eque che riguardano anche i rischi, oltre ai benefici della medicina, comporta una riduzione della domanda di prestazioni sanitarie non appropriate (Domenighetti, 1996, 2001 e 2006).

In effetti, una buona parte delle informazioni ricevute dai pazienti o sono frutto del passa-parola e del confronto con persone di fiducia, oppure sono frutto di un'informazione passiva, «subita» dai mass-media, in particolare dalla Tv. Negli ultimi anni la letteratura ha rilevato una forte induzione ad opera dell'attività di *marketing* del settore industriale. La ricerca conferma questa percezione in quanto i medici affermano che i mass-media esercitano un'induzione superiore a quella esercitata dagli specialisti. La conseguenza di una non corretta informazione dei pazienti è anche imputabile alla scarsa importanza attribuita dai medici a questa attività.

Per quanto riguarda, invece, il tema della percezione da parte dei medici degli strumenti di governo della domanda, emergono interessanti contraddizioni che inducono a riflettere. Il livello di utilità attribuito ai singoli strumenti rientranti nel *budget* di distretto è mediamente bassa, mentre la percezione del cambiamento comportamentale indotta dall'introduzione del *budget* è mediamente più elevata.

Le evidenze empiriche rilevano come i medici attribuiscono al *budget* una serie di cambiamenti comportamentali ritenuti migliorativi, che riguardano i rapporti con i colleghi Mmg e con il distretto, e l'attenzione all'appropriatezza nella prescrizione della farmaceutica. Parallelamente, e questo esprime un certo livello di coerenza dei medici, la maggiore utilità è attribuita al sistema di *reporting* e agli incontri di Cdr. Il sistema di *reporting* è lo strumento di auto-valutazione e di confronto sui consumi degli assistiti e quindi sulle scelte prescrittive effettuate dai medici, soprattutto per l'area della farmaceutica. Gli incontri di Cdr hanno come presupposto la promozione del confronto tra colleghi su contenuti clinici.

I medici riconducono il cambiamento di alcuni loro comportamenti all'introduzione del *budget*. Questo dato è significativo, per quanto potrebbe essere condizionato dalla «campagna informativa» condotta dall'Asl per promuovere l'adesione al progetto. Del resto l'obiettivo del *budget* è quello di incentivare l'adozione di comportamenti funzionali al raggiungimento di obiettivi comuni. Analizzando questi dati si potrebbe affermare che il *budget* è stato accettato dai medici e ne sono state colte le potenzialità. L'unico dato che denota una certa criticità, ed una forte connotazione negativa, riguarda il fatto che il cambiamento indotto dal *budget* nei confronti dei pazienti sia percepito dai medici come peggiorativo.

Altro elemento che dovrebbe fare riflettere riguarda la scarsa utilità riconosciuta ai Pdta. Un'analisi complessiva dei dati porta ad affermare che questa percezione non si riferisce in assoluto alla logica dei Pdta, ai quali si attribuiscono i seguenti aspetti positivi: razionalizzazione delle procedure e conseguente miglioramento degli aspetti clinici per i pazienti, individuazione di un riferimento comune al quale uniformarsi che tiene conto delle linee guida; bensì alle difficoltà di applicazione nel contesto locale come conseguenza, in parte, della scarsa compliance dei pazienti, ma soprattutto, alla difficoltà di rapportarsi con gli specialisti ospedalieri. La difficoltà del rapporto tra i Mmg e gli specialisti emerge anche dallo scarso peso attribuito alla comunicazione sui casi con gli altri medici (il 4% del tempo). In effetti i Mmg ritengono che il tempo dedicato a questa attività sia inadeguato, e sottolineano come il *budget* di distretto sia un'occasione mancata (per ora) rispetto alla possibilità di migliorare questo rapporto.

Questa osservazione induce a rilevare l'importanza e la criticità del rapporto tra il mondo ospedaliero e quello territoriale. Emerge sempre di più la necessità di superare le reciproche resistenze e i reciproci pregiudizi, per tendere ad un modello che sviluppi l'integrazione gestionale e che abbia come riferimento il processo di cura. Sul piano teorico l'implementazione di Pdta è lo strumento operativo e gestionale che risponde alla logica della gestione per processi, ma le difficoltà riscontrate nella fase di implementazione ne evidenziano le forti contraddizioni. Nel

contesto dell'Asl di Mantova la resistenza alla gestione per processi potrebbe essere ricondotta alla mancanza di integrazione istituzionale²², ma questa è superata attraverso lo strumento del contratto, che pone gli stessi obiettivi in ambito ospedaliero che il *budget* di distretto pone a livello territoriale.

Un ulteriore spunto di riflessione è fornito dall'analisi dell'influenza esercitata dalle variabili di contesto sulla percezione dei medici (tabella 5). Questo denota una

forte componente culturale e sociale determinata dal contesto locale in cui il medico svolge la propria professione e dal ruolo di promozione svolto dal distretto. Si rileva una interessante eterogeneità collegata alla distribuzione territoriale dei medici. Infatti, nel contesto mantovano il Dipartimento di cure primarie si pone come regia del *budget* di distretto, ma una parte degli obiettivi e dei contenuti del *budget* sono articolati a livello distrettuale (progetti distrettuali) e in parti-

		Anni esercizio professione medica	Numero assistiti in carico	Distretto	Forma associativa	Adesione progetto budget
dom 1	Comunicazione sui casi con altri medici	*****	*	*	***	*
	Adempimenti burocratici verso l'Asl	*****	*	*****	*****	**
	Aggiornamento professionale		**	***	***	*****
	Informatori scientifici	***	**	*****		
dom 4	Prescrizioni di farmaci			*	*	
	Richieste di diagnosi	*				*
	Richiesta certificazione			***		
	Prescrizioni di ausili			***	*	
dom 5	Richiesta di ricovero			**		
	Prescrizioni esami specialistici			***		
	Prescrizioni di visite specialistiche			***		
dom 7	Prescrizioni di ausili			***	*	
	Televisione			*		
	Medici specialisti	*		*		
dom 8	Attività di auto-informazione			*****		
	Attività clinica					
	Attività di informazione educazione			*****		
dom 9	Comunicazione sui casi con altri medici	*	*	*****		
	Incontri dei Cdr			*		
	Report consumi e patologie assistibili			**		
	Rilevazione carta del rischio ccv	*		**	**	
dom 11	Corso di formazione su BDA e report			***	*	
	Rapporti con i colleghi mmg			**		
	Rapporto con il distretto			*****		
	Attenzione a costo-efficacia prescrizioni			*	*	
	Livello di autovalutazione			**		
	Capacità buone prassi cliniche			**		
	Rapporti con gli specialisti			***		
Adempimenti burocratici		*	*****	*****		

Tabella 5
L'influenza delle variabili di contesto sulla percezione dei medici

Legenda: * % intensità 20%-29; ** % intensità 30-39; *** % intensità 40-49; ***** % intensità oltre 50.

colare i rapporti con i medici sono tenuti dai distretti. Significativo è infatti il ruolo svolto dal distretto in riferimento alla scelta dei medici di aderire all'associazionismo. Sebbene la scelta sia condizionata dalla disponibilità di colleghi con cui condividerla, è stata adottata, soprattutto in riferimento alla forma associativa cui aderire, dal ruolo svolto dal distretto. Si denota la stessa influenza anche in riferimento alla scelta dei medici di aderire al *budget*. Da qui la riflessione su quanto sia strategico, ai fini del governo della domanda, attribuire al distretto responsabilità e autonomia nei rapporti con i medici di medicina generale. Il processo di decentramento deve essere portato avanti con la consapevolezza che gli operatori del distretto devono essere messi nelle condizioni di assumersi le responsabilità e l'autonomia attraverso un percorso formativo finalizzato alla crescita professionale.

Riprendendo il tema delle variabili di contesto, è molto interessante osservare come la forma associativa influenzi la percezione dei medici. Sembra che, per quanto l'adesione ad una forma associativa sia una scelta individuale, condizionata dalla disponibilità di colleghi con cui condividerla e dal ruolo di promozione del distretto, essa sintetizzi una certa sensibilità dei medici nella percezione del proprio ruolo e della realtà. Infatti, l'influenza esercitata dalla forma associativa soprattutto se ad elevata intensità o a bassa/media intensità, è maggiore dell'influenza esercitata dall'esperienza (anni esercizio della professione medica) e dall'intensità del carico di lavoro (numero assistiti in carico).

In particolare, rispetto alla percezione degli strumenti del *budget* di distretto, i medici in medicina di gruppo esprimono un forte livello di criticità ed una scarsa percezione di utilità e di cambiamento comportamentale; viceversa, i medici che operano soli esprimono elevato interesse, gli attribuiscono più alti livelli di utilità e di leva di cambiamento comportamentale. Questo dato potrebbe essere letto come conseguenza del fatto che l'introduzione del *budget* abbia comportato momenti (incontri di Cdr) e strumenti (sistema di *reporting*) di confronto professionale con i colleghi, liberando i medici dall'isolamento professionale. Per i medici aderenti ad una qualche forma associativa, la scelta dell'associazionismo è stata vissuta come li-

berazione dall'isolamento (Pizzardo, 2006), allo stesso modo in cui attualmente l'introduzione del *budget* di distretto è vissuta dai medici che operano singolarmente.

I medici che aderiscono a forme associative, soprattutto quelli aderenti a medicine di gruppo, hanno adottato la pratica del confronto come modalità di lavoro quotidiana come conseguenza della condivisione degli spazi in cui hanno allestito gli ambulatori, della condivisione del personale infermieristico e di segreteria ecc. Anche questo aspetto meriterebbe un approfondimento, in quanto esiste una ricerca empirica condotta nel 2000 sui medici in medicina di gruppo di Milano, che evidenzia come per i medici i vantaggi dichiarati per l'associazionismo siano riconducibili al confronto culturale con gli altri medici (33,7%). Ma in realtà difficilmente questo trova riscontro in un cambiamento comportamentale (Landau, Brambilla, 2001).

In riferimento alla frequenza delle richieste rivolte dagli assistiti, la percezione del medico singolo è affine a quella dei medici in medicina di gruppo, mentre i medici in medicina in rete e in associazione esprimono una certa affinità. In particolare, i medici in gruppo e i medici soli percepiscono una minore frequenza di richieste di prescrizioni (soprattutto di specialistica) a fronte di una maggiore richiesta di diagnosi.

In conclusione, si può affermare che per le aziende che attribuiscono all'approccio di governo della domanda una valenza strategica è indispensabile investire sull'integrazione decentrata e sulla corretta informazione.

Le esperienze internazionali suggeriscono l'importanza dell'integrazione organizzativa e professionale nell'ambito delle cure primarie, che nel contesto italiano è ancora lontana da divenire realtà. Le esperienze in questo ambito si stanno muovendo ancora sotto forma di sperimentazioni, dalle Utap ai Nuclei di cure primarie, alle Unità di cure primarie, alla casa della salute proposta dal Ministro Livia Turco (tabella 6). Infatti, le organizzazioni della *managed care*, soprattutto le *Hmo*, perseguono elevati *outcome* di efficienza ed efficacia attraverso l'integrazione e l'attribuzione della responsabilità della presa in carico ad uno specifico operatore al quale è decentrata anche autonomia decisionale. Un'interessante interpretazione di

	Denominazione	Caratteristiche
Emilia-Romagna	Nuclei di cure primarie (Ncp)	Definizione dei contenuti peculiarità a partire dal 2000 Per l'anno 2007 adesione obbligatoria ai Ncp nella forma funzionale Progetti, anche, sperimentali per la forma strutturale
Friuli-Venezia Giulia	Unità territoriali di cure primarie (Utap)	Obiettivo D.g. (anno 2007) Ass 6 «Friuli Occidentale» Attivazione Utap modalità strutturale
Lombardia	Gruppi di cure primarie (Gcp)	Sperimentazione triennale (Dgr 20467/2005)
Piemonte	Gruppi di cure primarie (Gcp)	Forme spontanee sul territorio Approvazione nel 2007 «Linee di indirizzo regionali per l'avvio dei Gruppi di cure primarie» con conseguente avvio sperimentazione
Toscana	Unità di cure primarie (Ucp)	Sperimentazione a partire dal 2003 (fine della sperimentazione 2008) Attualmente attive 21 Ucp
Veneto	Unità territoriali di cure primarie (Utap)	L'accordo (2005) contiene Linee guida per sperimentazione Utap

Tabella 6

L'integrazione organizzativa nelle cure primarie. Alcuni modelli regionali

questo modello è quella sviluppata nell'ambito del *chronic care model*, in cui, in seguito alla stadiazione del rischio del paziente, viene definita la modalità gestionale, se *disease* o *case management*, e viene attribuita responsabilità e autonomia ad uno specifico operatore, tipicamente l'infermiere. In alcuni casi le organizzazioni della *managed care*, assunto una connotazione specializzata nel trattamento di una particolare patologia e in quell'ambito il paziente è preso in carico e gestito dalla fase preventiva a quella acuta. Si è parlato infatti di *Disease management companies*. La strada dell'integrazione organizzativa è stata seguita, sul modello delle Hmo, anche nell'ambito del Nhs. Infatti i *Primary care group* prima, e ancora di più i *Primary care Thrust*, sono significativi esempi di integrazione organizzativa, con una forte enfasi sulla produzione di servizi di base oltre che sulla funzione di committenza.

La possibilità per i Mmg e gli specialisti di lavorare insieme e confrontarsi sui contenuti clinici renderebbe il Mmg più consapevole di sé anche nel gestire la relazione con il paziente e nel governare le richieste che ritiene improprie. Questo non auspica il ritorno ad una relazione paternalistica ma l'avvio verso una relazione medico-paziente più paritaria

sulla base di informazioni corrette che il medico contribuisce a fornire. È evidente che il paziente non è più disposto a svolgere un ruolo passivo rispetto al processo di cura che lo riguarda e il medico è chiamato a fornire al paziente le informazioni perché costui partecipi al processo decisionale contribuendo a contrastare l'informazione di scarsa qualità.

Risulta pertanto sempre più rilevante investire sulla corretta informazione dei pazienti e dei cittadini in generale, perché costoro partecipino al processo di assunzione delle decisioni che riguardano il proprio stato di salute sulla base di una conoscenza corretta. Questi argomenti sono riconducibili al tema dell'*empowerment* della comunità, in generale, e dei pazienti cronici, nello specifico. Questo è indispensabile anche per permettere ai pazienti di recuperare fiducia nel proprio medico e ai medici per recuperare una certa serenità nella gestione del rapporto con i pazienti.

Le osservazioni desunte dalla ricerca non hanno la pretesa di descrivere dei risultati estensibili all'universo dei Mmg, bensì di fornire alcuni spunti di riflessione nell'ambito delle potenzialità offerta dall'implementazione di un approccio di governo della domanda. Alcune osservazioni meriterebbero

di essere interpretate con i medici stessi per approfondirne il significato. Tra gli obiettivi futuri ci si aspetta, infatti, di presentare i risultati della ricerca ai medici cercando delle chiavi di lettura che mettano in relazione i risultati con le strategie del distretto. Le evidenze dovrebbero essere inoltre oggetto di discussione nell'ambito di uno specifico *focus group*. Uno sviluppo interessante potrebbe essere quello di ripetere la rilevazione in contesti in cui siano stati implementati altri strumenti nell'ambito dell'approccio di governo della domanda al fine di rilevare la percezione dei medici in riferimento alla strategia adottata per rilevare un modello interpretativo che colleghi l'efficacia degli strumenti con la percezione dei medici.

Note

- Oltre alla sottoscritta, il gruppo di lavoro ha coinvolto la dott.ssa Manuela Ceccarelli, Direttore del Dipartimento di cure primarie, la dott.ssa Emanuela Vettorelli, il dott. Lorenzo Tartarotti e la sig. Ivana Trofèi.
- 1) Utilizzare un linguaggio semplice e adatto alle caratteristiche delle persone intervistate; 2) evitare domande inutilmente lunghe e sintatticamente complesse; 3) evitare espressioni in gergo; 4) evitare definizioni ambigue o che possano apparire tali; 5) evitare parole dal forte connotato negativo; 6) assicurare l'unicità della domanda; 7) evitare domande tendenziose; 8) evitare domande che presumono un comportamento non verificato; 9) quando opportuno, specificare il riferimento temporale della domanda; 10) preferire domande concrete a domande astratte; 11) evitare domande imbarazzanti e che non rispettano la *privacy* personale ed aziendale; 12) formulare domande che minimizzino distorsioni da «desiderabilità sociale»; 13) prevedere la possibilità che la persona interessata non abbia una opinione o non sappia rispondere; 14) evitare formulazioni che inducano acquiescenza e pigrizia da parte dell'intervistato; 15) definire la sequenza delle domande (Fattore, 2005 e 2006).
- Le attività per le quali è richiesto al medico di stimare il tempo e l'adeguatezza sono le seguenti: attività ambulatoriale e domiciliare (visite, prescrizioni, ecc.); comunicazione sui casi con altri medici specialisti e non; adempimenti burocratici verso l'Asl (quello che riguarda i rapporti con l'Asl, esclusi gli adempimenti clinici per i pazienti); aggiornamento professionale (rete internet, convegni, formazione); informatori scientifici; altro (specificare).
- Al medico è richiesto di stimare la frequenza con cui gli assistiti gli rivolgono le seguenti richieste: prescrizioni di farmaci; prescrizioni di ausili; prescrizioni esami specialistici; prescrizioni di visite specialistiche; richiesta di ricovero; richiesta di certificazioni; richiesta di diagnosi; richiesta di consigli; altro (specificare).
- Al medico è richiesto di stimare con quale frequenza le fonti informative influenzano le richieste dei pazienti: informazioni che l'assistito ha appreso dalla Tv; informazioni che l'assistito ha appreso da amici o persone di fiducia; suggerimenti di altri medici (specialisti); attività di auto-informazione dell'assistito (es: stampa e/o internet); altro (specificare).
- Per esempio nella domanda 4 si chiede al medico di quantificare con quale frequenza i pazienti gli rivolgono alcune richieste, riportate in elenco, come prescrizioni di farmaci, diagnosi, consigli ecc., dando la possibilità di scegliere all'interno di una scala definita: mai, qualche volta, spesso, sempre.
- Per esempio, sempre nel caso della domanda 4, le possibili risposte sono: mai, qualche volta, spesso, sempre. Al fine di sintetizzare la lettura dei dati, è stato costruito un indicatore di sintesi attribuendo alle risposte i seguenti valori numerici: mai = 0, qualche volta = 1; spesso = 2; sempre = 3. L'indicatore è la media dei valori attribuiti sulla base delle risposte dei medici.
- La definizione del *budget* di distretto è l'ultimo di una serie di strumenti messi in campo dalla Regione Lombardia al fine di governare la domanda (Zocchetti, 2004):
 - tetti economici al bisogno, attraverso meccanismi di disincentivazione delle prestazioni erogate dall'offerta (per esempio meccanismi di abbattimento);
 - introduzione dei contratti tra le Asl, acquirenti delle prestazioni, e gli erogatori, produttori delle prestazioni;
 - *budget* di distretto, attraverso il superamento della visione di domanda composta da singole componenti separate tra loro.
- Progetto cuore - Istituto superiore di sanità.
- Le Atc scelte per il monitoraggio della farmaceutica sono le seguenti: A02B Farmaci per il trattamento dell'ulcera peptica e della malattia da reflusso gastroesofageo; J01 Antibatterici per uso sistemico; M01A Farmaci antinfiammatori/antireumatici, non steroidei; C02 Antipertensivi; C03 Diuretici; C07 Betabloccanti; C08 Calcioantagonisti; C09 Sostanza ad azione sul sistema renina - angiotensina: ACE-inibitori e satanici; C10 Sostanze ipolipemizzanti.
- Gli eventi formativi riguardano: Banca dati assistiti ed i relativi flussi, utilizzo dei *report* sui consumi degli assistiti; protocolli per l'accesso appropriato alle prestazioni di diagnostica per immagini.
- L'Accordo tra Regione Lombardia e Oo.Ss. dei Medici di medicina generale del 13/12/2005 (Accordo di Santa Lucia) «Indicazioni per l'applicazione dell'art. 59, comma 15 punto B dell'ACN del 23 marzo 2005» stabilisce quanto segue: Le Asl dovranno pertanto definire progetti relativi ad iniziative tendenti ad illustrare ai medici, convocati a piccoli gruppi, le caratteristiche della banca dati assistiti e le possibilità di analisi consentite dalla stessa. Dovranno inoltre essere poste in atto iniziative di revisione tra pari a livello aziendale, per piccoli gruppi riferiti ad aree territorialmente omogenee [...]. La partecipazione dei medici di famiglia sarà retribuita con la quota contrattuale di cui al citato art. 59 punto B 15 dell'ACN.
- L'Accordo tra Asl e Oo.Ss. del 14/03/2006 «Recepimento progetto attuato sul governo clinico dell'Asl della Provincia di Mantova Piano di sviluppo 2006

- per la valorizzazione delle cure primarie», stabilisce che il riconoscimento della quota contrattuale art. 59 punto B 15 dell'ACN avvenga sulla base della partecipazione a 3 momenti formativi/revisione tra pari.
14. Questo incentivo non economico consiste nell'anticipazione del servizio di guardia medica, che normalmente verrebbe attivato a partire dalle 10 del sabato mattina.
 15. Il 69% della popolazione è assistita da medici che hanno 1.000-1.500 assistiti, il 12% da medici che ne hanno meno di 1.000, il 19% da medici che ne hanno più di 1.500. Questo dato, se confrontato con altre ricerche, rileva un aumento del numero degli assistiti in carico ai medici rispetto all'inizio degli anni novanta, infatti una ricerca a cura di Mapelli (1994), relativa a quel periodo, rileva che il 25% della popolazione è in carico a medici con meno di 1.000 assistiti, a fronte di un 75% in carico a medici con più di 1.000 assistiti.
 16. Il 76% dei medici esercita la professione medica da 15-28 anni, il 17% da più di 28 anni, il 7% da meno di 15.
 17. Questo aspetto è confermato in un'altra ricerca empirica finalizzata ad approfondire il fenomeno dell'associazionismo in Emilia-Romagna, dalla quale emerge come la scelta del medico di aderire ad una forma associativa sia molto personale (Pizzardo, 2006).
 18. Nella ricerca a cura di Mapelli (1994) sul ricorso ai servizi sanitari si rileva che nel ricorso al Mmg al 62% dei pazienti è prescritta una terapia farmacologica e al 13% sono stati richiesti accertamenti diagnostici, mentre il 20% è stato rinviato allo specialista per ulteriori accertamenti.
 19. Per un approfondimento si rimanda a Censis (1998).
 20. Si veda nota 11.
 21. Si veda tabella 1.
 22. La Regione Lombardia in seguito alla legge 31 del 1997 «Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali», ha attribuito all'Asl il ruolo di acquirente e alle aziende ospedaliere il ruolo di erogatori delle prestazioni sanitarie determinando lo scorporo della rete ospedaliera dalle Asl.

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

- AELLA V., BRINDISI F., DEB P., ROSATI C. (2003), *Determinants of access to physician services in Italy: a latent class seemingly unrelated probit approach*, CEIS Tor Vergata - Research Paper Series, Vol. 12, n. 36.
- ATUN R. (2004), *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>.
- BARIGOZZI F., LEVAGGI R. (2005), *New Developments in Physician Agency the Role of Patient Information*, Working paper, <http://www2.dse.unibo.it/wp/550.pdf>.
- BELLERI G. (2004) «Induzione della domanda e dell'offerta in medicina generale», *Tendenze nuove*, 6, nuova serie.
- BRENNA A. (2001), *Manuale di economia sanitaria*, CIS Editore, Milano.
- BRENNA E., ROSITO A. (2005), «Centralità del medico di medicina generale nel riordino delle cure primarie», *Politiche sanitarie*, 4.
- BRUNELLO C. (2001), «Il budget per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta», in F. Longo, E. Vendramini (a cura di), *Il budget e la medicina generale*, McGraw-Hill, Milano.
- CAVALIERI M. (2005), «Incentivi, sistemi di remunerazione e forme organizzative nell'assistenza medica di base», *Politiche sanitarie*, 3.
- CAVALLO M.C. (2001), «L'architettura organizzativa della medicina di base in Italia», in M.C. Cavallo, S. Gerzeli, E. Vendramini (a cura di) *Organizzazione e gestione delle cure primarie*, McGraw-Hill, Milano.
- CENSIS (1998), *La domanda di salute negli anni novanta, comportamenti e valori dei pazienti italiani*, Franco Angeli, Milano.
- CIPOLLA C. et al. (2006), *I medici di medicina generale in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- CISLAGHI C. (2004), «Il governo della domanda nei sistemi sanitari, il parere dell'economista», *Salute e territorio*, 143.
- CISLAGHI C., BIANCHI I. (2003), «Il governo della domanda», *Toscana Medica*, Novembre-Dicembre.
- COULTER A. (1998), «Managing demand at the interface between primary and secondary care», *BMJ*, 316.
- DIRINDIN N. (2004), «Dal bisogno di salute alla domanda di prestazioni, il parere dell'economista», *Salute e territorio*, 143.
- DIRINDIN N., VINEIS P. (2004), *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna.
- DOMENIGHETTI G. (2006), *Informazione, comunicazione marketing e medicalizzazione della vita*, Lezione frontale tenuta nell'ambito del Master MIMS organizzato da SDA Bocconi, 5 settembre 2006.
- DOMENIGHETTI G. (1996), «Educare i consumatori a rimanere sani», *L'arco di giano*, n. 10.
- DOMENIGHETTI G. (1999), «I consumatori scientificamente informati», *Salute e territorio*, n. 112-113.
- DOMENIGHETTI G. (2001), *Informed choice in screening*, *Sezione Sanitaria*, Bellinzona.
- EDWARDS N., HENSHER M. (1998), «Managing demand for secondary care services: the changing context», *BMJ*, 317.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di Ricerca in Economia Aziendale*, Egea, Milano.
- FATTORE G. (2006), «Metodi di ricerca in economia aziendale: l'interrogazione degli attori (survey)», *Re-*

- search methods in Public and Health Care Management*, Institute of Public Administration and Health Care Bocconi University.
- FIorentini G., UGOLINI C., VIRGILIO G. (1999), «Processi decisionali nella domanda di prestazioni ospedaliere, un'analisi empirica», in D. Fabbri, G. Fiorentini (a cura di), *Domanda, mobilità sanitaria e programmazione dei servizi ospedalieri*, Il Mulino, Bologna.
- GALLI D., HELLER L., TEDESCHI P. (2005), «Nuova convenzione della medicina generale e implicazioni sugli attuali accordi regionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI, Egea, Milano.
- GALOVART J. (1994), «The last well person», *NEJM*, 330.
- GIARELLI G. (2006), «L'associazionismo in Medicina Generale: un fenomeno di innovazione culturale o strutturale?», in Giarelli G., Patierno M. (2006).
- GIARELLI G., PATIERNO M. (a cura di) (2006), *Salute e società - Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in Medicina Generale*, Franco Angeli, Milano.
- GILLAM S., PENCHEON D. (1998), «Managing demand in general practice», *BMJ*, 316.
- GOSDEN T., TORGERSON D.J. (1997), «The effect of fundholding on prescribing and referral costs: a review of the evidence», *Health Policy*, 40.
- GOSDEN T. et al. (2001), «Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review», *Journal of Health Services Res and Policy*, 6.
- GRILLI R. (2004), «Gli strumenti del governo della domanda sanitaria, il parere dell'epidemiologo», *Salute e territorio*, 143.
- LANDAU J., BRAMBILLA A. (2001), «La medicina di gruppo a milano e provincia: i reali contenuti», *Mecosan*, 29.
- LEVAGGI R. (2002), «Forme di organizzazione dei Medici di medicina generale, budget e governo della spesa», in G. Fiorentini, *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- LEVAGGI R. (2003), «Sistemi di remunerazione per l'assistenza primaria in un contesto di asimmetria informativa», *Politica Economica*, 3.
- LEVAGGI R., CAPRI S. (2003), *Economia sanitaria*, Franco Angeli, Milano.
- LEVAGGI R., LAMBERTO A. (2005), «La comunicazione fra medico e paziente», *Salute e territorio*, 151.
- LONGO F. (1999) (a cura di), *Asl, distretto e medico di base*, Egea, Milano.
- LONGO F. (2004), «Tutela della salute, committenza, programmazione - acquisto - controllo in sanità», in Tedeschi P., Tozzi V. (2004).
- LONGO F., VENDRAMINI E. (1998), «Analisi dello scenario strategico per il governo della domanda, logiche e strumenti possibili per le aziende Usl», *Relazione presentata al IV Workshop di economia sanitaria*, Torino 4-5 giugno.
- LONGO F., VENDRAMINI E. (1999), «La nuova riforma del NHS: è morto il fundholding, viva il fundholding», *Mecosan*, 29.
- MACIOCCO G. (2001), «Dal fundholding ai Primary care trust», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 18.
- MAYS N. et al. (2001), «Lo sviluppo dei servizi sanitari: l'esperienza delle sperimentazioni di total purchasing nel Regno Unito», in O. Brignoli, G.C. Monti (edizione italiana a cura di), *L'acquisto di cure in medicina generale. L'esperienza inglese dal fundholding al total purchasing*, McGraw-Hill, Milano.
- MAPELLI V. (a cura di) (1994), *La domanda di servizi sanitari, Unindagine campionaria*, Roma CNR.
- MATURO A., AGNOLETTI V. (2006), «Il rapporto col paziente competente (e confuso)», in C. Cipolla, C. Corposanto, W. Tousijn (a cura di), *Salute e società. I medici di medicina generale in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- MURARO G., REBBA V. (2004), «Gli strumenti del governo della domanda sanitaria, il parere dell'economista», *Salute e territorio*, 143.
- PENCHEON D. (1998), «Managing demand, Matching demand and supply fairly and efficiently», *BMJ*, 316.
- PIZZARDO C. (2006), «Associazionismo e cambiamenti per la professione del Mmg in Emilia-Romagna», in Giarelli G., Patierno M. (2006).
- ROGERS A., ENTWISTLE V., PENCHEON D. (1998), «A patient led NHS: managing demand at the interface between lay and primary care», *BMJ*, 316.
- SALVINI R., SOLIPACA A. (1997), «Analisi della domanda ospedaliera e farmaceutica», *Economia pubblica*, 6.
- SALVINI R., SOLIPACA A. (1999), «Un modello empirico di domanda e spesa sanitaria», *Economia pubblica*, 4.
- SATOLLI R. (2005), «Il mercato delle malattie», *Salute e territorio*, 151.
- TEDESCHI P., TOZZI V. (2004) (a cura di), *Il governo della domanda*, McGraw-Hill, Milano.
- VENDRAMINI E. (1997), «Lo schema del fundholding e la sua implementazione: un'analisi attraverso la documentazione ufficiale», *Mecosan*, 21.
- VENDRAMINI E. (2000), «L'organizzazione del territorio: i distretti e i dipartimenti territoriali», in M. Bergamaschi (a cura di) *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- Vendramini E. (2004), «Il sistema di budget nelle aziende sanitarie pubbliche», McGraw-Hill, Milano.
- VENDRAMINI E. (2001), «Il sistema incentivante, in F. Longo, E. Vendramini (a cura di), *Il budget e la medicina generale*, McGraw-Hill, Milano.
- ZOCCHETTI C. (2004), «Il governo della domanda nei sistemi sanitari, il parere dell'epidemiologo», *Salute e territorio*, 143.

ALLEGATO

QUESTIONARIO RILEVAZIONE PERCEZIONE
DEI MEDICI DEL BUDGET DI DISTRETTO

Questionario utilizzato

In quale Distretto opera attualmente?

- Asola
 Guidizzolo
 Mantova
 Ostiglia
 Suzzara
 Viadana

Da quanti anni esercita la professione medica

Quanti assistiti ha in carico?

Ha sottoscritto il budget di distretto?

sì no

Indicare se

- medico singolo
 medicina in associazione
 medicina in rete
 medicina di gruppo

Se sì, indichi relativamente a quali anni:

- 2004
 2005
 2006

DOM 1 Mediamente nell'ultimo mese, riportando a 100 il tempo totale relativo all'attività svolta, potrebbe indicare in che percentuali l'attività può essere scomposta nelle voci di seguito riportate?

Attività ambulatoriale e domiciliare (visite, prescrizioni, etc) %
Comunicazione sui casi con altri medici specialisti e non %
Adempimenti burocratici verso l'Asl (quello che riguarda i rapporti con l'Asl, esclusi gli adempimenti clinici per i pazienti) %
Aggiornamento professionale (rete internet, convegni, formazione) %
Informatori scientifici %
Altro (specificare) %
Totale del tempo di attività	100%

DOM 2 Ritene adeguato il tempo che lei dedica a ciascuna delle attività in elenco?

- Sì (passare domanda 4)
 No (passare domanda 3)

DOM 3 Se ha risposto no alla domanda precedente, a quale delle voci riportate nella domanda 1 dovrebbe essere dedicato più tempo o meno tempo, rispetto a quello che oggi è possibile dedicarvi (indicare con una x)?

	+ tempo	- tempo
Attività ambulatoriale e domiciliare (visite, prescrizioni, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicazione sui casi con altri medici specialisti e non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adempimenti burocratici verso l'Asl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggiornamento professionale (rete internet, convegni, formazione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatori scientifici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Può specificare sinteticamente le principali motivazioni

DOM 4 Relativamente a tutti i pazienti (cronici e non) sulla base della sua esperienza con quale frequenza i suoi pazienti le fanno ciascuna delle richieste sotto riportate (indicare con una x)?

	Mai	Qualche volta	Spesso	Sempre
Prescrizioni di farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescrizioni di ausili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescrizioni esami specialistici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescrizioni di visite specialistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Richiesta di ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Richiesta di certificazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Richiesta di diagnosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Richiesta di consigli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOM 5 Potrebbe indicare con quale frequenza le capita di trovarsi d'accordo con le richieste dei pazienti di ottenere (indicare con una x):

	Mai	Qualche volta	Spesso	Sempre
Prescrizioni di farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescrizioni di ausili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescrizioni esami specialistici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescrizioni di visite specialistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOM 6 Quando lei non è d'accordo con una richiesta di prescrizione del paziente, come si comporta in genere (indicare con una x)?

Effettuo ugualmente la prescrizione	<input type="checkbox"/>
Cerco di spiegare al paziente l'inutilità di ciò che richiede e se egli insiste lo assecondo	<input type="checkbox"/>
Non assecondo la richiesta dell'assistito	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>

DOM 7 Secondo la sua esperienza da cosa sono influenzate le richieste di prescrizione formulate dai pazienti (indicare con una x)?

	Mai	Qualche volta	Spesso	Sempre
Informazioni che l'assistito ha appreso dalla TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni che l'assistito ha appreso da amici o persone di fiducia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suggerimenti di altri medici (specialisti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività di auto informazione dell'assistito (es: stampa e/o internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOM 8 Riportando a 100 il tempo totale che lei impegna a favore dei pazienti cronici, in quale percentuale può essere suddiviso nelle seguenti attività?

Attività clinica (visite domiciliari e ambulatoriali) %
Attività di informazione/educazione del paziente (o dei suoi familiari) %
Comunicazione sui casi con altri medici specialisti e non %
Altro (specificare) %
Totale del tempo di attività	100%

DOM 9 Può indicare il livello di utilità, rispetto alla sua attività clinica, per ciascuno degli strumenti oggi in uso?

	Del tutto inutile	Poco utile	Abbastanza utile	Molto utile
Rilevazione mediante carta del rischio ccv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontri dei Cdr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corso di formazione su BDA e sistema di <i>reporting</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elenco dei farmaci generici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema di <i>reporting</i> sui consumi e sulle patologie degli assistibili in carico (cruscotto e BDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carta SISS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PDTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Report</i> sul consumo di farmaci degli assistibili in carico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOM 10 Potrebbe indicare, per ciascuno degli strumenti introdotti con il budget di distretto elencati nella tabella sottostante, gli eventuali punti deboli da migliorare (indicare con una x).

Strumenti	Punti deboli da migliorare	
Rilevazione carta del rischio	Sistema di rilevazione dei dati Insufficiente illustrazione del progetto ai medici Mancata adesione da parte dei pazienti Altro (specificare) Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Incontri dei Cdr	Modalità di invito Scarsa comprensibilità del materiale fornito per la discussione Modalità di conduzione del gruppo Atteggiamento dei partecipanti Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Corso di formazione su BDA e sistema di <i>reporting</i>	Inadeguatezza dei contenuti Eccessiva durata del corso Atteggiamento dei docenti Atteggiamento dei colleghi Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sistema di <i>reporting</i> sui consumi e sulle patologie degli assistibili in carico (cruscotto, farmaceutica e BDA)	Scarsa comprensibilità dei <i>report</i> forniti Eccessiva quantità dei <i>report</i> forniti Scarsa rilevanza delle informazioni contenute Altro (specificare) Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PDTA	Scarsa applicabilità dei percorsi Mancata rispondenza da parte degli specialisti Scarsa <i>compliance</i> dei pazienti Altro (specificare) Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DOM 11 Gli strumenti elencati nelle domande precedenti (carta del rischio, incontri di Cdr, PDTA ecc.) in che misura hanno cambiato il suo modo di lavorare, riguardo ai seguenti aspetti?

	Molto peggiorato	Un poco peggiorato	Un poco migliorato	Molto migliorato
Rapporti con i colleghi di Medicina generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapporti con gli specialisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilità prescrizione di farmaci generici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapporto con il distretto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualità della relazione umana con il paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grado di appropriatezza farmaci prescritti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficacia legata alla presa in carico dei pazienti attraverso Pdta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di individuare buone prassi cliniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adempimenti burocratici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attenzione rapporto costo-efficacia prescrizioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livello di autovalutazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOM 12 Può indicare per ciascuno strumento, sinteticamente, un aspetto positivo e uno negativo?

	Aspetto positivo	Aspetto negativo
Rilevazione mediante carta del rischio ccv Incontri dei Cdr Sistema di <i>reporting</i> consumi e patologie assistibili PDTA <i>Report</i> sul consumo di farmaci degli assistibili in carico		

DOM 13 Se a suo giudizio ci sono degli aspetti migliorabili, la preghiamo di indicarli in modo sintetico, nella tabella riportata di seguito

Strumento	Miglioramenti possibili

DOM 14 Questa parte è dedicata alla rilevazione in generale di osservazioni e commenti

.....

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.

Scrematura di mercato ed efficienza nell'assistenza ospedaliera. Proposta di un modello di analisi

CARLO DE LUCA, ANTONIO CANNISTRÀ

A market cream skimming is an implicit risk in the prospective payment systems of hospital care. Nevertheless its concrete consequences have not well known. In this paper we propose an analysis model for evaluate the hospital productive efficiency, measured as standardized average length of stay, taking account of all mechanisms of market cream skimming. The methodological validity has been tested on the activity of a hospital care unit particularly exposed to several care asymmetries. The results show that the patients selection may be strongly working in some settings. It is concluded that the model presented here allows a more fine measurement of the hospital productivity and a better detection of the market asymmetries.

Keywords: hospital care, market cream skimming, productive efficiency

Parole chiave: assistenza ospedaliera, scrematura di mercato, efficienza produttiva

Note sugli autori

Carlo De Luca, Antonio Cannistrà
Unità Operativa Sistemi Informativi della Asl Roma G (Tivoli)

1. Asimmetrie dell'assistenza ospedaliera e scrematura di mercato

Gli studi di economia sanitaria già da tempo hanno individuato i processi che possono portare al fallimento di mercato di un sistema di finanziamento prospettico dell'assistenza ospedaliera (Ellis, McGuire, 1996; Fabbri, 1999; Levaggi, Montefiori, 2004).

Particolare attenzione si deve ai meccanismi di scrematura di mercato (*cream skimming* o *dumping*), alcuni dei quali di discutibile liceità, che possono essere utilizzati dagli erogatori remunerati a prestazione allo scopo di massimizzare i profitti (Levaggi, Montefiori, 2004). La scrematura di mercato si identifica con una selezione dei pazienti che gli erogatori compiono sulla base della «remuneratività» dell'episodio di ricovero. Tale fenomeno è evidentemente conseguenza dell'asimmetria informativa di tipo principale-agente che privilegia l'erogatore della prestazione rispetto alla Asl acquirente. La scrematura di mercato è un rischio insito nei sistemi prospettici di pagamento ma ha modo di estrinsecare pienamente i suoi effetti in presenza di altre distorsioni, questa volta legate a scelte strategiche e di programmazione, che pure contribuiscono a turbare fortemente la dinamica concorrenziale del mercato sanitario.

A questo proposito si possono identificare tre tipi di asimmetrie che rischiano di diventare strutturali in un mercato non governato adeguatamente.

1.1. Asimmetrie di finanziamento

Un primo elemento di distorsione è individuabile nell'asimmetria di remunerazione

SOMMARIO

1. Asimmetrie dell'assistenza ospedaliera e scrematura di mercato
2. Selezione dei pazienti. Proposta di un modello di analisi
3. Applicazione del modello alla realtà della Asl Roma G (Tivoli)
4. Conclusioni

che in genere penalizza gli ospedali a gestione diretta. Infatti diverse regioni italiane, compreso il Lazio, hanno adottato un modello di finanziamento dell'assistenza ospedaliera cosiddetto a centralità Asl (Canta *et al.*, 2005; Carbone *et al.*, 2004; Mazzei, 2005). In questo sistema le Asl ricevono una quota capitaria pesata che include il finanziamento degli ospedali a gestione diretta e dalla quale esse attingono per rimborsare a tariffa i ricoveri di propri residenti presso Aziende ospedaliere, Istituti classificati, Policlinici universitari, Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico (IRCCS), Case di cura private e presso gli Ospedali a gestione diretta delle altre Asl (mobilità passiva). Si determina così un duplice meccanismo di finanziamento dell'assistenza ospedaliera.

Dal punto di vista della Asl la valorizzazione economica dei ricoveri effettuati presso i propri ospedali a gestione diretta costituisce un ricavo reale solo per la quota, necessariamente minoritaria, di mobilità attiva. Per quanto riguarda i ricoveri di propri residenti invece la tariffa Drg (*Diagnosis related group*) costituisce solo una misura *proxy* di risparmio ovvero di quanto non viene devoluto in mobilità passiva. Gli ospedali a gestione diretta, dunque, sono di fatto finanziati con quella parte di quota capitaria ospedaliera che residua dopo il rimborso della mobilità passiva.

Il secondo meccanismo di finanziamento riguarda invece tutte le altre tipologie di

struttura ospedaliera, la cui remunerazione, al netto di contrattazioni, modulazioni tariffarie e tetti di produzione, è legata comunque alla quantità di prestazioni effettuate.

È ragionevole pensare che un'asimmetria di finanziamento non sia affatto ininfluenza sotto il profilo del rendimento delle strutture. E d'altro canto, sulla base dell'esperienza americana, la remunerazione a prestazione era stata introdotta in Italia proprio come stimolo all'efficienza (Iglehart, 1986; Louis *et al.*, 1999; Russel e Manning, 1989; Schwartz, Mendelson, 1991).

1.2. Asimmetrie di risorse

Un ulteriore elemento di distorsione del mercato sanitario è costituito da una distribuzione delle risorse non sempre aderente alle realtà locali. Così nel Lazio il territorio del Comune di Roma concentra tutte le aziende ospedaliere e i DEA di II livello e la quasi totalità delle emodinamiche cardiache (GISE, 2007).

Esempio paradigmatico di questa asimmetria è rappresentato dalla ineguale distribuzione di posti-letto (pl) per l'acuzie all'interno della regione (**tabella 1**). Inoltre, il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera del Lazio, se da un lato pone l'accento sulla necessità di un riequilibrio nella dotazione di pl, dall'altro rischia di alimentare ulteriormente l'asimmetria di risorse prevedendo l'istituzione di reti assistenziali con i centri

Tabella 1

Distribuzione dei posti-letto per acuti nella Regione Lazio - Anno 2006¹

Asl	Territorio	Popolazione	N. posti-letto per acuti (% abitanti)	Differenza di posti-letto rispetto allo standard del 3,5‰
RMA - RME	Roma	2.610.475	15.464 (5,92‰)	+ 6.326
RMF	Civitavecchia	275.743	436 (1,58‰)	- 529
RMG	Tivoli	435.597	851 (1,95‰)	- 674
RMH	Albano	486.177	1.662 (3,42‰)	- 40
VT	Viterbo	299.830	863 (2,88‰)	- 186
RI	Rieti	153.258	492 (3,21‰)	- 44
LT	Latina	519.850	1.739 (3,35‰)	- 80
FR	Frosinone	489.042	1.434 (2,93‰)	- 278
Totale	Lazio	5.269.972	22.941 (4,35‰)	+ 4.496

¹ Dati tratti dal Documento per la riorganizzazione della rete ospedaliera (bozza del 13/11/2006), a cura dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio e di Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica.

hub localizzati tutti nel territorio del Comune di Roma (Regione Lazio, 2006).

Una tale distribuzione di posti-letto non pone solo un problema di equità dell'assistenza ma condiziona in misura importante la stessa efficienza degli ospedali. Infatti nel sistema di remunerazione basato sulla tariffa Drg il prodotto valorizzato è rappresentato dall'episodio di ricovero e la risorsa impegnata è il posto-letto.

L'asimmetria di risorse si somma a quella di finanziamento quando tende a privilegiare gli erogatori remunerati a prestazione. Basti pensare che nella regione Lazio, nell'anno 2006, il patrimonio di pl ordinari acuti era in dotazione per il 37,24% agli ospedali a gestione diretta e per il 62,76% ai presidi la cui remunerazione è legata al volume di prestazioni eseguite (Regione Lazio, 2006).

1.3. Asimmetrie di mercato

Le distorsioni analizzate in precedenza contribuiscono al concretizzarsi della scrematura di mercato. Tale fenomeno si identifica con una selezione dei pazienti che, mutuando termini e concetti dall'economia sanitaria (Levaggi, Montefiori, 2004), può essere distinta in:

- *selezione orizzontale* (inter-Drg) in conseguenza della scelta di trattare o rifiutare le diverse patologie sulla base della remuneratività;

- *selezione verticale* (intra-Drg) in conseguenza della scelta di trattare o rifiutare, nell'ambito della stessa patologia, i pazienti sulla base della loro onerosità assistenziale.

Facendo riferimento ad un modello concettuale multicausale, l'asimmetria informativa può essere assimilata ad una «causa necessaria» della scrematura di mercato che ha modo di estrinsecare i suoi effetti in presenza di altre due «cause componenti» che sono l'asimmetria di finanziamento e quella di risorse. Infatti è solo in presenza di erogatori che hanno l'interesse (perché remunerati a prestazione) o la possibilità (perché dispongono delle risorse necessarie) che l'asimmetria informativa diviene operante e può produrre la scrematura di mercato.

Si concretizza così una selezione dei pazienti che può essere definita come asimme-

tria di mercato. Infatti la selezione svantaggiosa penalizza gli ospedali a gestione diretta che si trovano a dover gestire i ricoveri più onerosi pagandone il prezzo in termini di efficienza e di mobilità passiva. Si chiude così un cortocircuito che rischia di alimentare ulteriormente l'asimmetria di risorse, specie se la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera viene effettuata sulla base della domanda rivolta agli erogatori e non sui bisogni del territorio.

2. Selezione dei pazienti. Proposta di un modello di analisi

La questione della scrematura di mercato è stata posta già da tempo sul piano teorico (Ellis, McGuire, 1996; Fabbri, 1999) ma non ne sono stati ancora quantificati gli effetti reali, se non per linee generali (De Luca, Canistrà, 2007).

Uno degli indicatori più utilizzati per valutare la performance ospedaliera, previsto anche nella normativa (Decreto Ministeriale 12 dicembre 2001), è la degenza media aggiustata per *case-mix*. Per quanto esposto in precedenza però la tradizionale standardizzazione per Drg consente di rilevare solo alcuni aspetti della selezione orizzontale (inter-Drg) ed è inoltre assolutamente inadeguata a misurare gli effetti della selezione verticale (intra-Drg).

La selezione verticale può avvenire sulla gravità clinica e/o sull'età dei pazienti. Per quanto riguarda la gravità clinica, essa è difficilmente valutabile nell'ambito di sistemi informativi, come quello attuale, orientati alla definizione dei Drg come base di remunerazione. Infatti le informazioni non rilevanti da questo punto di vista tendono ad essere raccolte in misura insufficiente ed in modo inadeguato al punto che le classificazioni di tipo iso-severità ed iso-gravità rischiano di essere inutilizzabili (Ciccione *et al.*, 1999). Occorre però anche considerare il fatto che tra gravità clinica ed età vi è una relazione quantunque non una corrispondenza biunivoca. Generalmente si ammette che tanto più elevata è l'età del paziente tanto maggiore possa essere il suo profilo di gravità a parità di patologia ed il corrispondente carico di assistenza. In particolare è ben documentato che nelle età adulta ed anziana la degenza media cresce in parallelo alla classe di età in ciascu-

no dei principali raggruppamenti di malattia (Istat, 2000).

Dunque la degenza media di un reparto, se ve ne sono i presupposti metodologici, può essere standardizzata su due strati: il Drg per tenere conto della variabilità della patologia e l'età come *marker* indiretto della onerosità clinica ed assistenziale. La doppia standardizzazione esclude dal confronto un numero più ampio di ricoveri rispetto ad un aggiustamento monostratificato e quindi rischia di non cogliere gli effetti sulla degenza media determinati da quelle categorie Drg-età non comuni nelle quali potrebbe annidarsi in parte il fenomeno della selezione.

Tuttavia il peso dei ricoveri esclusi dall'aggiustamento può essere riconosciuto e quantificato a partire da un modello teorico il cui presupposto consiste nel fatto che sia la selezione orizzontale che quella verticale possono estrinsecarsi attraverso tre meccanismi:

- *selezione di 1° tipo*: perdita o acquisizione delle categorie Drg-età più favorevoli in termini di degenza;
- *selezione di 2° tipo*: perdita o acquisizione delle categorie Drg-età più onerose;
- *selezione di 3° tipo*: variazione delle proporzioni delle categorie Drg-età nell'ambito della casistica comune.

La differenza tra la degenza media complessiva del reparto e quella dello standard può essere scomposta nei suoi diversi elementi costitutivi. Si supponga, per semplicità, che tutti i fenomeni che concorrono a determinare l'efficienza di un reparto (vari tipi di selezione e rendimento) operino nel senso di aumentare la degenza media. Dal punto di vista del reparto si ha:

Selezione di 1° tipo. L'effetto di questo meccanismo sulla degenza media complessiva del reparto è dato dalla differenza tra la degenza media dello standard nei Drg ed età comuni e la degenza media complessiva dello standard. Questa differenza quantifica esattamente l'effetto della presenza nello standard di categorie vantaggiose che sono invece assenti nel reparto e che quindi non possono pesare nel giudizio sul rendimento dello stesso.

Selezione di 2° tipo. È misurata dalla differenza tra la degenza media complessiva del reparto e la degenza media del reparto nelle categorie comuni. Tale grandezza non può che essere attribuita alla presenza nel reparto di Drg ed età non comuni e più gravosi in termini di degenza. Anche questo fenomeno evidentemente non deve essere posto a carico del rendimento del reparto.

Selezione di 3° tipo. L'effetto di tale meccanismo selettivo sulla degenza media complessiva del reparto è quantificato dalla differenza tra il *case-mix* ponderato per Drg ed età del reparto e la degenza media dello standard nei Drg ed età comuni. Questa differenza non può che essere dovuta al fatto che Drg ed età comuni hanno differenti proporzioni nello standard e nel reparto.

La selezione totale che il reparto subisce è evidentemente dato dalla somma degli effetti delle singole selezioni. Si può ora calcolare il rendimento del reparto come differenza tra la variazione di degenza media complessiva del reparto stesso rispetto allo standard e la pressione selettiva totale.

In sostanza l'adozione di una doppia standardizzazione (per Drg ed età) e la valorizzazione degli indicatori non standardizzati consente di scomporre la variazione della degenza media del reparto rispetto allo standard nelle sue varie componenti e di identificare con maggiore precisione il peso del rendimento.

3. Applicazione del modello alla realtà della Asl Roma G (Tivoli)

La funzionalità del modello descritto è stata verificata sulla realtà della Azienda sanitaria locale Roma G (Tivoli), una delle tre Asl nelle quali è ripartita l'area non metropolitana della provincia di Roma. Nel periodo considerato l'assistenza ospedaliera era offerta da otto ospedali tutti a gestione diretta, i quali si sono trovati ad operare nel mercato sanitario scontando le asimmetrie di finanziamento e di risorse (**tabella 1**).

Si è scelto di analizzare l'area delle prestazioni di ricovero ordinario acuto di competenza della Medicina generale, un'area che si è già dimostrata particolarmente sensibile alle distorsioni descritte in precedenza (De Luca, Cannistrà, 2007). In questo ambito si

è proceduto ad analizzare specificatamente l'attività della Divisione di medicina generale dell'Ospedale di Tivoli, il quale oltre a costituire il naturale punto di riferimento dei residenti nel proprio Distretto è anche sede dell'unico DEA di I livello istituito nella Asl Roma G e quindi finisce per catalizzare tutte le distorsioni del sistema.

Scopo dell'applicazione del modello proposto è stato quello di verificare la relazione tra la pressione selettiva esercitata sui pazienti medici dagli istituti esterni e l'efficienza della Divisione di riferimento misurata in termini di degenza media.

Ai fini di una corretta interpretazione dei fenomeni riscontrati si è ritenuto di dover inquadrare l'analisi di efficienza in un contesto generale che comprendesse una descrizione del bisogno, della domanda e dell'offerta di assistenza ospedaliera della Divisione oggetto dello studio.

3.1. Metodi

Generalità

Sono stati utilizzati dati estratti da tre principali fonti informative: Istat (per la popolazione), Agenzia di sanità pubblica (Asp) della Regione Lazio (per i ricoveri), flussi informativi aziendali (per i posti-letto ospedalieri). Si è preso in considerazione l'intervallo di tempo 2000-2005 per il quale si disponeva di informazioni omogenee.

Le analisi sono state condotte a partire da un archivio costituito dai ricoveri effettuati presso le Divisioni di medicina generale degli ospedali della Asl Roma G e dai ricoveri eseguiti da residenti nell'area di Medicina generale di istituti esterni (mobilità passiva). L'area di Medicina generale è stata identificata con le stesse discipline individuate per il calcolo dei posti-letto (vedi dopo), escludendo comunque i pazienti di età inferiore a 16 anni dimessi da un reparto diverso dalla Medicina generale (considerati di tipo pediatrico). La descrizione della casistica è basata sulla classificazione Drg (versione 10.0) e in parte sulla classificazione *All Patient Refined Diagnosis Related Group* (Apr-Drg, versione 12.0).

Sono stati esclusi i ricoveri con degenza superiore a 90 giorni nell'assunzione che si

sia verificato un errore nella registrazione delle date.

Definizione di bisogno, domanda ed offerta di assistenza ospedaliera nel territorio

Il bisogno complessivo di assistenza ospedaliera è espresso dal numero di posti-letto definito dalla normativa come parametro di riferimento (Wright *et al.*, 1998). La domanda di assistenza ospedaliera è definita dai ricoveri dei residenti, compresa la quota in mobilità passiva, espressi in numero assoluto e tasso di ospedalizzazione (Decreto Ministeriale 12 dicembre 2001). Infine l'offerta di assistenza ospedaliera è stata identificata con i posti-letto effettivamente disponibili (Edwards, Hensher, 1998).

Fabbisogno di posti-letto ordinari acuti della Medicina generale di Tivoli

Sulla base della configurazione orografica si è attribuito all'Ospedale di Tivoli un bacino di utenza minimo costituito dai residenti del Distretto di Tivoli e da almeno un terzo dell'adiacente Distretto di Guidonia. In questo modo è stato assegnato al Presidio di Tivoli una quota di utenti paragonabile a quella prevista nella normativa della Regione Lazio (del. G.R. 4238/1997).

Si è presa in considerazione l'area di Medicina generale così come essa è definita nel piano di riorganizzazione della rete ospedaliera del Lazio (Regione Lazio, 2006) e che, presso l'Ospedale di Tivoli, risulta costituita dalle seguenti discipline: ematologia (18), malattie endocrine e del ricambio (19), geriatria (21), malattie infettive (24), medicina generale (26), nefrologia (29), neurologia (32), dermatologia (52), gastroenterologia (58), pneumologia (68). A queste discipline la normativa regionale attribuisce il 32,86% del totale dei posti-letto per acuti (L. reg. 55/1993).

L'indice teorico di posti-letto ordinari acuti è stato ricavato dallo standard di posti-letto acuti definito dalla normativa regionale, decurtato di uno 0,45‰ che il Decreto Ministeriale del 12 Dicembre 2001 riserva ai ricoveri acuti in regime di *day hospital*.

Il 32,86% di tale indice è stato considerato di spettanza della Medicina generale ed

è stato applicato al bacino di utenza minimo definito in precedenza.

Domanda di ricovero ordinario acuto della Medicina generale di Tivoli

Come domanda interna si è considerato l'insieme dei ricoveri effettuati, compresa la quota di mobilità attiva che comunque rappresenta una richiesta espressa nei confronti della Divisione.

La domanda esterna è stata identificata con i ricoveri fuori Asl dei residenti del Distretto di Tivoli e di un terzo dei residenti del Distretto di Guidonia. Nel periodo considerato la domanda esterna si è rivolta per il 30,08% dei casi verso Policlinici universitari, per il 17,00% verso Irsss, per il 16,31% verso Aziende ospedaliere, per il 15,73% verso Case di cura private, per il 13,40% verso Ospedali a gestione diretta di altre Asl, per il 7,47% verso Istituti classificati.

Standardizzazione di mortalità, severità di malattia e rischio di morte

La mortalità ospedaliera, la severità di malattia ed il rischio di morte sono stati standardizzati con metodo diretto per ciascun anno e per ciascun aspetto della domanda (interna ed esterna) assumendo come popolazione-tipo un collettivo costituito dai ricoveri effettuati dalle Medicine generali degli otto ospedali a gestione diretta della Asl Roma G e dai ricoveri di residenti nell'area di Medicina generale di istituti esterni alla Asl (mobilità passiva).

Per quanto riguarda il tasso standardizzato di mortalità, si è considerato il periodo 2000-2005. L'analisi preliminare ha mostrato che la proporzione di decessi ha un andamento parallelo nella domanda interna ed in quella esterna entro classi quinquennali di età mentre è sostanzialmente disomogeneo tra i sessi. Alla luce di questo, il sesso non può essere considerato un confondente ma un modificatore di effetto. Per tale ragione, si è ritenuto di dover procedere ad un aggiustamento per classi quinquennali di età separatamente per i due generi. Le due popolazioni tipo sono risultate costituite da 44.743 maschi e 41.999 femmine. Quantunque i risultati dell'analisi si riferiscano a popolazioni e non a campioni, per analogia con quanto fatto da altri

autori (Ciccone *et al.*, 1999), si è ritenuto di calcolare l'intervallo di confidenza del 95% attorno al rapporto tra tassi standardizzati di mortalità. Avendo scelto come standard un insieme di ricoveri con caratteristiche molto simili a quelli contenuti nella domanda interna e in quella esterna, si è ritenuto di aver minimizzato la natura fittizia dei tassi standardizzati che quindi vengono anch'essi presentati.

Nonostante le limitazioni della classificazione dei ricoveri in Apr-Drg già discusse in precedenza, si è deciso di procedere comunque ad una standardizzazione per severità di malattia a scopo semplicemente orientativo. La popolazione tipo è stata costruita in modo analogo a quanto fatto per il calcolo del tasso standardizzato di mortalità, limitatamente però al triennio 2003-2005, il solo periodo per il quale si disponeva della classificazione dei ricoveri in Apr-Drg. Lo standard di complessivi 53.998 ricoveri è stato suddiviso in categorie costituite ciascuna dall'Apr-Drg con la rispettiva sottoclasse di severità di malattia. Dal momento che la sottoclasse di severità assume un significato solo all'interno del corrispondente Apr-Drg, di fatto si è aggiustato per un solo strato costituito dall'insieme Apr-Drg e sottoclasse di severità.

Nella standardizzazione del rischio di morte si è utilizzata la stessa popolazione tipo già individuata nella valutazione della severità di malattia. Anche in questo caso, assumendo il rischio di morte un significato clinico solo all'interno del corrispondente Apr-Drg, di fatto si è utilizzato un solo strato per la standardizzazione.

Valutazione dell'asimmetria di mercato

Nell'ipotesi che sia operante una selezione di pazienti stimolata dalle distorsioni descritte in precedenza, si è proceduto a standardizzare la domanda interna su quella esterna. In altri termini i ricoveri esterni sono stati considerati lo standard con il quale confrontare quelli interni. In questo tipo di analisi si è ritenuto di includere nella domanda esterna solo i residenti del Distretto di Tivoli ricoverati in istituti esterni alla Asl. Sono stati invece esclusi i residenti del Distretto di Guidonia, di cui si sarebbe dovuta scegliere la quota afferente all'Ospedale di Tivoli a mezzo di un campionamento che avrebbe mutato

la natura del collettivo sotto osservazione (da popolazione a campione).

Dal momento che l'obiettivo dello studio era l'individuazione dei meccanismi selettivi che operano a discapito degli ospedali a gestione diretta, si è ristretta l'analisi agli anni 2003-2005, il periodo nel corso del quale la degenza media nella domanda interna è divenuta e si è mantenuta superiore alla degenza media della domanda esterna. Inoltre, si è ritenuto di considerare cumulativamente l'insieme del triennio allo scopo di consolidare la numerosità all'interno di ciascuno strato.

Dall'analisi dettagliata della domanda (**tabella 2**) emerge che le variabili a rischio di esercitare un effetto confondente sono l'età, il raggruppamento in Apr-Drg con le sottoclassi di severità di malattia ed il raggruppamento in Drg. Per le ragioni già illustrate si è deciso di non considerare l'Apr-Drg. Si è invece proceduto a verificare l'effetto confondente delle altre due variabili: età e Drg.

Allo scopo di massimizzare la numerosità in ciascuno strato, pur conservando una articolata variabilità interna, si è convenuto di raggruppare le età nelle classi ministeriali definite nel sistema di ponderazione della quota capitaria per l'assegnazione del finanziamento dell'assistenza ospedaliera (Carbone *et al.*, 2004). D'altronde è già stato documentato che nei principali raggrup-

pamenti di malattia la degenza media tende ad aumentare parallelamente alle suddette classi di età (ISTAT, 2000). Inoltre, una tale suddivisione delle età è apparsa adeguata anche nella nostra casistica, dal momento che sia nella domanda interna che in quella esterna la degenza media tende a crescere progressivamente nelle diverse classi. Sotto questo profilo dunque la classe di età si conferma come fattore confondente, mentre la significativa differenza nella degenza media tra le classi (sia nella domanda interna che in quella esterna) dovrebbe mettere al riparo da un importante confondimento residuale. Analogamente la degenza media nei Drg comuni presenta andamento sovrapponibile nella domanda interna ed in quella esterna, confermando l'utilità della stratificazione come peraltro recentemente ribadito proprio nell'ambito della Medicina Interna (Everett *et al.*, 2004).

Si è dunque proceduto alla standardizzazione per Drg e Drg associato alla classe di età.

Misure elementari di efficienza produttiva

La performance ospedaliera è stata definita innanzitutto in termini di produttività sulla base di un *output* intermedio costituito dalla erogazione in sé del trattamento. In que-

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bisogno						
Bacino di utenza	107.604	107.199	107.192	108.296	109.868	112.469
Indice pl acuti ordinari di Medicina generale (‰)	1,33	1,33	1,17	1,17	1,17	1,17
N. posti-letto teorici di Medicina generale	143,20	142,66	125,04	126,33	128,16	131,20
Domanda						
N. ricoveri interni di residenti della Asl	2.327	2.241	1.790	1.731	1.536	1.463
N. ricoveri interni di non residenti (mobilità attiva)	234	203	195	120	120	130
N. ricoveri esterni (mobilità passiva)	1.178	1.287	1.256	1.356	1.434	1.505
Tasso di ospedalizzazione interno	21,63	20,91	16,70	15,98	13,98	13,01
Tasso di ospedalizzazione esterno	10,95	12,01	11,72	12,52	13,05	13,38
Tasso di ospedalizzazione totale	32,47	32,94	28,45	28,65	27,16	26,52
Offerta						
N. posti-letto effettivi	77,03	72,00	71,05	57,63	53,63	49,83
Deficit di posti-letto	46,21%	49,53%	43,18%	54,38%	58,16%	62,02%

Tabella 2
Divisione di Medicina generale dell'Ospedale di Tivoli. Profilo del bisogno, della domanda e dell'offerta di prestazioni di ricovero ordinario acuto

sto ambito, l'*output* migliore (Fabbri, 1999; Rebba, Rizzi, 2000) è dato dalla sommatoria dei casi trattati (c_d) moltiplicato il peso del Drg attribuito (w_d): $\sum_d c_d w_d$. A partire da questo *output* aggregato si sono definite due misure di efficienza produttiva sulla base di *input* diversi. Innanzitutto, come misura *proxy* delle risorse impegnate si è scelto il numero di posti-letto disponibili (Schwartz, Mendelson, 1991) non disponendo di altre informazioni utili a questo scopo. L'efficienza produttiva (E_{mi}), misurabile con tale *input* fa riferimento a quella che in letteratura viene considerata l'efficienza medica interna (Fabbri, 1999; Rebba, Rizzi, 2000). In secondo luogo, essendo i ricoveri analizzati tutti di tipo ordinario acuto, è sembrato corretto definire le giornate di degenza come ulteriore misura di *input* (Fabbri, 1999), allo scopo di esplorare la componente «assistenziale» dell'efficienza produttiva (E_a).

Come misura dell'utilizzo di risorse si è calcolata la percentuale di produzione effettiva (PPE), definita dalla formula: 365 diviso degenza media moltiplicato il tasso di occupazione (Levaggi, Capri, 2005).

Infine, tra le misure di efficienza produttiva è stato inserito anche l'indice di complessità definito dalla formula $\sum_d w_d p_d$, dove w_d è il peso del Drg e p_d è la proporzione di quel Drg nella casistica. Così definito, l'indice di complessità deve essere correttamente interpretato come misura di «costosità» relativa Drg-specifica.

Altre misure

Gli effetti della selezione sono stati valutati anche ricorrendo a misure diverse dalla degenza media. Così è stato calcolato il numero di ricoveri che la Divisione, a parità di risorse disponibili, avrebbe teoricamente potuto recuperare dalla mobilità passiva se non fosse intervenuta una selezione dei pazienti a proprio svantaggio. Tale numero si ottiene moltiplicando la selezione totale (in giorni) per il numero di ricoveri del reparto (pari al numero complessivo di giornate risparmiabili) e dividendo per la degenza media dello stesso reparto. Il risparmio economico assoluto è stato definito come il prodotto del numero di ricoveri recuperabili senza selezione per il valore medio dei Drg esterni. Tale valore è stato infine rapportato al totale del

fatturato esterno per ottenere una misura percentuale del costo della selezione in termini di mobilità passiva.

3.2. Risultati

La tabella 2 descrive i caratteri salienti del bisogno, della domanda e dell'offerta che interessano la Divisione di medicina generale dell'Ospedale di Tivoli. Il dato che appare senz'altro più importante è il deficit rilevante e crescente di posti-letto, cui si accompagna una progressiva riduzione del numero di ricoveri interni e un consensuale incremento della mobilità passiva.

Un'analisi più articolata della domanda (tabella 3) consente di rilevare alcuni elementi che suggeriscono l'intervento di meccanismi di selezione dei pazienti. La percentuale di ricoveri nei Drg comuni, pur con un andamento alterno, tende a rimanere costante nella domanda interna, mentre si riduce progressivamente in quella esterna indicando una possibile selezione orizzontale dei pazienti di intensità crescente. Inoltre, la domanda interna appare caratterizzata da tassi standardizzati di mortalità, severità di malattia e rischio di morte più elevati rispetto alla domanda esterna, suggerendo possibili meccanismi di selezione verticale dei pazienti. Che questi siano operanti d'altronde sembra confermato dall'età media, ben più elevata nei ricoveri interni che in quelli esterni. Tale forbice peraltro tende a crescere con il tempo e, inoltre, tende a stabilizzarsi sempre più come indica la progressiva riduzione della variabilità attorno alla media. Infine, in tutto il periodo considerato il valore medio dei Drg trattati è risultato significativamente superiore nella domanda esterna rispetto a quella interna.

Gli indicatori non standardizzati di attività (tabella 4) evidenziano un incremento veramente rilevante della degenza media (2,69 giorni nell'arco dei sei anni considerati) ed un tasso di occupazione che, pur partendo da valori elevati, continua a crescere sino a superare il 100% in virtù del fenomeno dei ricoveri fuori reparto. Nel complesso tali indicatori descrivono un peggioramento netto della performance della Divisione in un quadro di forte sovraccarico di attività.

Le misure elementari di produttività (tabella 5) rilevano un peggioramento dell'ef-

ficienza assistenziale nel corso del tempo con un aumento progressivo dell'indice di complessità. Gli altri due indicatori, pur con andamento alterno, descrivono un quadro di sostanziale stabilità.

I dati riportati nella **tabella 6** consentono di entrare nel merito della scrematura di mercato. I risultati si riferiscono all'insieme del triennio 2003-2005, nel corso del quale i ricoveri sono stati 5.100 nella domanda interna e 2.880 in quella esterna. In questo periodo di tempo il valore medio per Drg è risultato pari a 3.159,95 euro nei ricoveri interni e pari a

3.714,48 euro in quelli esterni. La percentuale di ricoveri esterni non compresi negli strati comuni è pari al 14,13% quando si considera il solo Drg, mentre sale al 27,60% quando si aggiusta per Drg e classe di età, indicando che alla selezione orizzontale (inter-Drg) si somma una selezione verticale (intra-Drg) legata all'età.

La degenza media complessiva nei ricoveri interni è significativamente più elevata che in quelli esterni (1,44 giorni). Tale differenza può essere scomposta nei suoi diversi elementi costitutivi che assumono grandezza

Tabella 3

Divisione di Medicina generale dell'Ospedale di Tivoli. Analisi della domanda interna¹ ed esterna² di prestazioni di ricovero acuto ordinario

		2000	2001	2002	2003	2004	2005
N. ricoveri	Interni	2.561	2.444	1.985	1.851	1.656	1.593
	Esterni	1.178	1.287	1.256	1.356	1.434	1.505
Ricoveri nei Drg comuni	Interni	98,09%	97,63%	97,28%	98,11%	98,79%	99,12%
	Esterni	84,69%	83,11%	78,45%	78,54%	77,06%	77,39%
Mortalità (maschi)	Interni	8,95%	9,53%	10,15%	13,21%	13,20%	11,35%
	Esterni	4,25%	4,55%	3,78%	4,25%	3,33%	3,69%
	Interni/esterni	2,11	2,09	2,69	3,11	3,96	3,08
Mortalità standardizzata (maschi)	Interni	8,53%	9,06%	9,67%	11,02%	12,05%	9,34%
	Esterni	6,63%	5,62%	6,39%	5,76%	4,59%	3,93%
	Interni/esterni	1,29	1,60	1,52	1,92	2,63	2,36
	(IC 95%)	(0,92-1,82)	(1,12-2,29)	(1,06-2,18)	(1,35-2,75)	(1,79-3,86)	(1,57-3,56)
Mortalità (femmine)	Interni	8,55%	9,78%	8,67%	12,50%	12,57%	12,86%
	Esterni	2,95%	3,65%	3,07%	3,53%	2,72%	2,88%
	Interni/esterni	2,90	2,68	2,83	3,54	4,62	4,46
Mortalità standardizzata (femmine)	Interni	7,92%	8,91%	7,73%	10,31%	9,30%	10,06%
	Esterni	6,23%	5,85%	3,66%	5,65%	3,40%	4,60%
	Interni/esterni	1,27	1,52	2,11	1,84	2,76	2,18
	(IC 95%)	(0,87-1,84)	(1,05-2,18)	(1,34-3,32)	(1,28-2,65)	(1,77-4,31)	(1,47-2,22)
Severità di malattia standardizzata	Interni/esterni	-	-	-	1,43	1,63	1,76
Rischio di morte standardizzato	Interni/esterni	-	-	-	1,26	1,44	1,67
Età media in anni (± σ)	Interni	67,35 (± 18,01)	68,52 (± 17,13)	69,14 (± 16,61)	71,64 (± 15,04)	71,81 (± 14,98)	72,90 (± 14,41)
	Esterni	57,25 (± 18,10)	58,04 (± 17,63)	58,21 (± 18,77)	58,44 (± 18,31)	59,54 (± 17,19)	60,35 (± 17,24)
Valore medio di drg (in euro)	Interni	2.761,97	2.829,39	2.867,80	3.079,39	3.136,69	3.277,74
	Esterni	3.253,77	3.499,63	3.443,07	3.438,67	3.720,68	3.885,68

1 Domanda interna: ricoveri presso la Divisione di Medicina di Tivoli.

2 Domanda esterna: media ponderata dei ricoveri dei residenti del Distretto di Tivoli e di un terzo dei residenti del Distretto di Guidonia in Presidi esterni alla Asl.

Tabella 4

Divisione di medicina generale dell'Ospedale di Tivoli. Ricoveri acuti ordinari. Indicatori di attività non standardizzati

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Degenza media (gg)	9,38	9,78	10,86	11,32	11,81	12,07
Tasso di occupazione (%)	85,40%	90,98%	83,15%	99,61%	99,87%	105,75%
Indice di <i>turnover</i> (gg)	1,60	0,97	2,20	0,04	0,02	- 0,66
Indice di rotazione (n)	33,25	33,94	27,94	32,12	30,88	31,97

Tabella 5

Divisione di medicina generale dell'Ospedale di Tivoli. Ricoveri acuti ordinari. Indicatori di produttività non standardizzati

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
E_{mi}	37,43	39,20	32,51	38,78	38,16	40,50
E_a	120,09	118,04	107,12	106,68	104,67	104,91
PPE	33,26	33,95	27,94	32,12	30,88	31,97
IC	1,13	1,15	1,16	1,21	1,24	1,27

E_{mi} : efficienza medica interna; E_a : efficienza assistenziale; PPE: percentuale di produzione effettiva; IC: indice di complessità. Per il calcolo di tali indicatori si veda Metodi.

diversa a seconda del tipo di aggiustamento adottato. La standardizzazione per Drg coglie solo gli effetti della selezione orizzontale (0,41 giorni) e attribuisce al rendimento del reparto la quota più consistente dell'incremento della degenza media nei ricoveri interni rispetto a quelli esterni (1,03 giorni). La standardizzazione per Drg e classe di età consente di rilevare gli effetti sia della selezione orizzontale che di quella verticale (complessivamente 0,91 giorni) e di attribuire al rendimento del reparto un peso minoritario (0,53 giorni).

Con tale aggiustamento il numero di ricoveri che la Divisione avrebbe teoricamente potuto recuperare dalla domanda esterna senza la pressione selettiva risulta assolutamente consistente (398 nel triennio), così come affatto trascurabile appare il peso di tali ricoveri in termini di fatturato assoluto (circa un milione e mezzo di euro) e relativo (13,83% della mobilità passiva).

3.3. Discussione

La Divisione di medicina generale dell'Ospedale di Tivoli presenta una popolazione di ricoveri caratterizzati da un'età significativamente più anziana e da una remuneratività considerevolmente inferiore rispetto all'insieme della mobilità passiva prodotta dalla sua utenza naturale (tabella 3). La sua

casistica inoltre, orientativamente, sembra contraddistinta da una maggiore severità di malattia e un più elevato rischio di morte. Una tale selezione di mercato produce due conseguenze, una sull'esito clinico e l'altro sull'efficienza della Divisione.

Per quanto riguarda l'esito clinico, una misura indiretta è fornita dai dati della mortalità ospedaliera il cui significato però, in generale, non è facilmente interpretabile (Ciccone *et al.*, 1999; Green, 1991; Rosenthal, 1997). La mortalità ospedaliera infatti è legata certamente, almeno in parte, alla qualità delle cure prestate, ma dipende anche da altri fattori non sempre esplorabili, come la gravità clinica dei pazienti ricoverati, la loro età, le «politiche di dimissione» messe in atto dagli ospedali, le preferenze espresse dai pazienti e dai familiari.

Tra l'altro è stato documentato che un ridotto tasso di mortalità ospedaliera si può verificare in conseguenza di una politica di riduzione forzata della degenza media operata a mezzo della dimissione dagli ospedali dei pazienti terminali (Sager *et al.*, 1989). In questo senso, quindi, una ridotta mortalità ospedaliera può addirittura essere considerata espressione di una selezione dei pazienti in fase di dimissione. Alla luce di questo andrebbe rivisto anche l'andamento dei tassi standardizzati di mortalità che nella domanda interna crescono nel corso del tempo sia tra i

	Standardizzazione per drg	Standardizzazione per drg e classe di età
Ricoveri negli strati comuni		
Ricoveri esterni	85,87%	72,40%
Ricoveri interni	98,71%	92,08%
Indicatori non standardizzati		
Degenza media complessiva degli esterni	10,27	10,27
Degenza media complessiva degli interni	11,71	11,71
Degenza media degli esterni negli strati comuni	10,50	10,56
Degenza media degli interni negli strati comuni	11,64	11,66
Indicatori standardizzati per strati comuni		
Degenza media degli interni	11,98	11,39
Indice comparativo di performance degli interni	1,14	1,08
Case-mix ponderato degli interni	10,61	11,13
Indice di case-mix degli interni	1,01	1,05
Differenza di degenza media complessiva		
da Selezione di 1° tipo ³	1,44	1,44
da Selezione di 2° tipo ⁴	0,23	0,29
da Selezione di 3° tipo ⁵	0,07	0,05
da Selezione di 3° tipo ⁵	0,12	0,58
da Selezione totale ⁶	0,41	0,91
da Rendimento del reparto ⁷	1,03	0,53
N. ricoveri recuperabili senza selezione	180	398
Risparmio assoluto senza selezione (euro)	666.969,47	1.479.333,63
Risparmio sul totale del fatturato esterno senza selezione	6,23%	13,83%

1 Domanda interna: ricoveri presso la Divisione di Medicina di Tivoli.

2 Domanda esterna: ricoveri dei residenti del Distretto di Tivoli in presidi esterni alla Asl.

3 Selezione di 1° tipo: degenza media degli esterni negli strati comuni - degenza media complessiva degli esterni.

4 Selezione di 2° tipo: degenza media complessiva degli interni - degenza media degli interni negli strati comuni.

5 Selezione di 3° tipo: case mix ponderato per gli strati comuni degli interni - degenza media degli esterni negli strati comuni.

6 Selezione totale: somma delle selezioni di 1° tipo, 2° tipo, 3° tipo.

7 Rendimento del reparto: differenza di degenza media - selezione totale.

maschi che tra le femmine, mentre tendono a scendere nella domanda esterna (tabella 3).

In questa sede comunque è possibile discutere solo alcuni aspetti della mortalità ospedaliera. La maggiore proporzione di decessi nei ricoveri interni riconosce due cause certe, la prima delle quali è intuitivamente identificabile con la selezione svantaggiosa che determina nei ricoveri interni una maggiore e crescente severità di malattia e un più elevato e crescente rischio di morte. Inoltre il rapporto tra tassi standardizzati di mortalità evidenzia una proporzione ben maggiore di decessi nei ricoveri interni (tabella 3) che

tuttavia, in ciascuno degli anni considerati e per ambedue i sessi, è sistematicamente e significativamente inferiore al corrispondente rapporto tra tassi grezzi di mortalità, a dimostrazione dell'importante effetto di confondimento esercitato dalla selezione svantaggiosa per età.

Nel presente lavoro si è ritenuto di non approfondire ulteriormente l'analisi della mortalità. Si sarebbe infatti dovuto procedere ad una standardizzazione su due strati, Apr-Drg-sottoclasse di severità associata alla classe di età, troppo legata alla qualità di codifica dei ricoveri (Ciccione *et al.*, 1999). In secondo

Tabella 6

Divisione di medicina generale dell'Ospedale di Tivoli. Ricoveri acuti ordinari. Meccanismi di selezione della casistica. Domanda interna¹ versus domanda esterna². Anni 2003-2005

luogo la stadiazione per severità di malattia, così come è definita nell'Apr-Drg, tiene conto anche dell'età dei pazienti e quindi contiene in parte anche quella per età.

Non meno importante appare l'effetto della selezione sull'efficienza della Divisione. La standardizzazione per Drg e classe ministeriale di età (tabella 6) evidenzia che la ben più elevata degenza media riscontrata nella domanda interna è dovuta solo in misura minore, quantunque affatto trascurabile, al rendimento della Divisione, mentre per la gran parte è legata ad una selezione svantaggiosa della casistica.

A proposito del comportamento degli erogatori, si è già detto che una selezione di tipo orizzontale può essere considerata legittima se messa in atto da presidi specialistici, mentre quella di tipo verticale assume sempre connotati di dubbia liceità (Levaggi, Montefiori, 2004). Tuttavia occorre anche considerare che alla scrematura di mercato contribuiscono le preferenze dei pazienti e le scelte dei curanti con i quali essi stabiliscono un rapporto di agenzia. Un'analisi esaustiva di questi aspetti richiede conoscenze precise, in genere non disponibili, sulla dotazione di tecnologie e professionalità degli istituti coinvolti e sul ruolo dei curanti nel processo decisionale.

Con gli elementi a disposizione è possibile indagare solo parzialmente e solo alcuni di questi aspetti. Così, a proposito delle preferenze dei pazienti e dei curanti, la loro possibilità di scelta appare fortemente condizionata dalla cronica e drammatica carenza di posti-letto che affligge la Divisione (tabella 2). D'altronde un tasso di occupazione che cresce sino a superare il 100% (tabella 4) significa che sistematicamente, per la durata dell'intero anno, i pazienti del Distretto di Tivoli hanno gravi difficoltà a ricoverarsi presso la Divisione di riferimento naturale. È ragionevole pensare che questo possa spingere i pazienti meno gravi a rivolgersi direttamente altrove, contribuendo così a determinare la maggiore severità clinica riscontrata nei ricoveri interni. Da questo punto di vista, un altro elemento utile di riflessione è rappresentato dal fatto che la maggior parte della mobilità passiva è rivolta verso istituti di territori limitrofi che sono però anche quelli con maggiore disponibilità di posti-letto. Infatti, nel triennio 2003-2005, la do-

manda esterna è rivolta in gran parte verso presidi localizzati nell'area metropolitana di Roma (86,15%) ma in misura significativa (10,55%) anche verso la Asl di Albano, il cui territorio è tra i pochi periferici a non patire una grave carenza di posti-letto (tabella 1). Occorre altresì aggiungere che se l'autoselezione dei pazienti può spiegare alcuni aspetti della domanda esterna, non ne spiega completamente altri come la maggiore remuneratività dei ricoveri.

Osservando l'insieme dei dati, e procedendo secondo un ragionamento «ecologico», si può concludere che la selezione svantaggiosa dei pazienti che subisce la Divisione di medicina dell'Ospedale di Tivoli risente in misura importante di una debolezza strutturale alla quale contribuisce sia l'asimmetria di finanziamento che quella di risorse. D'altronde, la dotazione di posti-letto è interpretabile come un'importante e significativa misura della quantità di risorse impegnate (Rebba, Rizzi, 2000) tanto da essere considerata un elemento imprescindibile nelle analisi di efficienza produttiva (Adduce, Lorenzoni, 2004; Barbetta, Turati, 2001; Istat, 2000; Levaggi, Capri, 2005; Rebba, Rizzi, 2000).

La grave carenza di posti-letto, ben al di là della produttività (tabella 5) e del rendimento (tabella 6) della Divisione, favorisce una mobilità passiva di dimensioni crescenti (tabella 2) che determina due importanti conseguenze. Da un lato condiziona un progressivo appesantimento della casistica interna in termini di degenza e severità di malattia. Dall'altro erode una parte sempre più ampia di quota capitaria che diventa così sempre meno fruibile per nuovi investimenti. Si chiude così un cortocircuito dagli effetti certo non virtuosi sotto il duplice profilo della qualità delle cure e del contenimento dei costi.

Se il fenomeno della selezione dei pazienti è legato alle distorsioni di sistema descritte in precedenza, è presumibile che esso coinvolga anche altre realtà e, almeno laddove l'asimmetria di risorse è rilevante, la generalità degli ospedali a gestione diretta che si troverebbero così a dover lavorare in modo «inefficiente» per garantire la redditività dei presidi remunerati a prestazione. L'inefficienza di una quota ancora così rilevante di mercato sanitario finisce per gravare inevitabilmente sul fondo sanitario regionale.

Anche in questo senso, diventa quantomeno ineludibile una strategia di riequilibrio complessivo delle risorse che favorisca una corretta dinamica concorrenziale.

4. Conclusioni

Nel modello proposto, l'uso degli indicatori non standardizzati serve a quantificare le selezioni di 1° tipo e di 2° tipo allo scopo di «pulire» la degenza media del reparto in esame (in questo caso la Medicina di Tivoli) dalla presenza o assenza di categorie di ricoveri non comuni con lo standard (in questo caso i ricoveri esterni di residenti del Distretto di Tivoli). Infatti, non essendo confrontabili i ricoveri che cadono nell'ambito delle categorie non comuni, si è ritenuto che essi non dovessero comunque pesare nelle valutazioni di efficienza.

Rispetto alla stratificazione per solo Drg, nella standardizzazione della degenza media per Drg ed età la percentuale dei ricoveri nelle categorie comuni scende leggermente nella domanda interna mentre si riduce in misura maggiore in quella esterna. Questo significa che meccanismi di selezione di 1° e 2° tipo sono operanti in ambidue le direzioni. Il saldo complessivo tuttavia è a favore dei ricoveri esterni nei quali evidentemente è più marcata la selezione verticale. Il modello proposto, che utilizza anche gli indicatori non standardizzati, consente di tener conto di

questo gioco che altrimenti sfuggirebbe ad un'analisi basata unicamente sugli indicatori standardizzati.

Nella nostra casistica comunque i ricoveri che cadono negli strati non comuni pesano per una quota minoritaria sulla pressione selettiva totale, la quale invece emerge in misura maggiore all'interno delle categorie comuni (ovvero dalla selezione di 3° tipo). Questo dato appare particolarmente importante perché consente di verificare i meccanismi che per via diretta determinano una importante scrematura di mercato a discapito della Divisione di medicina.

Il modello proposto consente di evidenziare e quantificare la pressione selettiva esercitata su un bacino di utenza e sul suo presidio di riferimento. A nostra conoscenza è la prima volta che la scrematura di mercato, già definita dettagliatamente in via teorica (Ellis, McGuire, 1996; Fabbri, 1999; Levaggi, Montefiori, 2004), si dimostra così fortemente operante nella realtà dei fatti.

Si ritiene infine che la metodologia impiegata possa essere utile per una più accurata definizione dell'efficienza produttiva da utilizzare come uno degli elementi di *benchmarking* necessari per la riorganizzazione delle reti ospedaliere, soprattutto se tale processo, come in genere accade, avviene a partire dalla domanda di prestazioni rivolta agli istituti di ricovero piuttosto che dal bisogno di prestazioni del territorio.

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

- ADDUCE A., LORENZONI L. (2004), «Metodologia e primi risultati di un'indagine ministeriale sui costi delle prestazioni di ricovero ospedaliero», *Politiche Sanitarie*, 5, pp. 158-172.
- BARBETTA G.P., TURATI G. (2001), «L'analisi dell'efficienza tecnica nel settore della sanità. Un'applicazione al caso della Lombardia», *Economia Pubblica*, 2, pp. 97-127.
- CANTA C., PIACENZA M., TURATI G. (2005), «Riforme del Servizio Sanitario Nazionale e dinamica dell'efficienza ospedaliera in Piemonte», *Working Paper Ceris-Cnr*, 15.
- CARBONE C., JOMMI C., SALVATORE D. (2004), «I sistemi regionali di finanziamento corrente delle aziende sanitarie: un'analisi di quattro casi», in E. Annessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2004. L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Egea, Milano.
- CICCONE G., BERTERO D., BRUNO A. (1999), «Qualità dei dati o qualità dell'assistenza? Confronto tra diversi metodi di standardizzazione per gravità clinica, basati sulla scheda di dimissione, nell'analisi della mortalità ospedaliera», *Epidemiologia & Prevenzione*, 23, pp. 286-293.
- DECRETO MINISTERIALE 12 DICEMBRE 2001 (2002), «Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria», *Supplemento n. 27, Gazzetta Ufficiale*, n. 34 del 9 febbraio 2002.
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 4238 (1997), «Legge 18 Luglio 1996, n. 382. Piano di ri-

- strutturazione della rete ospedaliera regionale nel triennio 1997-1999», *Bollettino Ufficiale della Regione Lazio*, n. 25 del 10 settembre 1997.
- DE LUCA C., CANNISTRÀ A. (2007), «Asimmetria di sistema nell'assistenza ospedaliera: il caso della Asl di Tivoli», *Politiche Sanitarie*, 2, pp. 82-88.
- EDWARDS N., HENSHER M. (1998), «Managing demand for secondary care services: the changing context», *British Medical Journal*, 317, pp. 135-138.
- ELLIS R.P., MCGUIRE T.G. (1996), «Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection and practice-style effects», *Journal of Health Economics*, 15, pp. 257-277.
- EVERETT G.D., ANTON M.P., JACKSON B.K., SWIGERT C., UDDIN N. (2004), «Comparison of hospital costs and length of stay associated with general internists and hospitalist physician at a community hospital», *The American Journal of Managed Care*, 10, pp. 626-630.
- FABBRI D. (1999), «Riforma sanitaria e produzione ospedaliera», *Almae Matris Studiorum Acta*, www.dse.unibo.it/wp/362.pdf.
- GISE - SOCIETÀ ITALIANA DI CARDIOLOGIA INVASIVA (2007), «Attività dei Laboratori Italiani di Emodinamica. I dati delle attività 2005», www.gise.it.
- GREEN J. (1991), «Analysing Hospital Mortality. The consequences of differences in patient mix», *Journal of the American Medical Association*, 265, pp. 1849-1953.
- IGLEHART J.K. (1986), «Early experience with prospective payment of hospitals», *New England Journal of Medicine*, 314, pp. 1460-1464.
- ISTAT, SETTORE SANITÀ E PREVIDENZA (2000), «Dimissioni dagli istituti di cura in Italia, Anno 2000», www.istat.it/dati/catalogo/20030528_00.
- LEGGE REGIONALE 55 20 SETTEMBRE 1993 (1993), «Norme per la riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi della legge 30 dicembre 1991, n. 412», *Bollettino Ufficiale della Regione Lazio*, n. 29 del 20 ottobre 1993.
- LEVAGGI R., CAPRI S. (2005), «La stima della produttività», in *Economia Sanitaria*, FrancoAngeli, Milano, pp. 95-105.
- LEVAGGI R., MONTEFIORI M. (2004), «Concorrenza e scrematura nel mercato sanitario», *Politiche Sanitarie*, 5, pp. 122-135.
- LOUIS D.Z., YUEN E.J., BRAGA M., CICHETTI A., RABINOWITZ C., LAINE C., GONNELLA J.S. (1999), «Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy», *Health Services Research*, 34, pp. 405-415.
- MAZZEI L. (a cura di) (2005), «I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale. Primo aggiornamento», *Centro studi di economia sanitaria Ernesto Veronesi*, www.assobiomedica.it/Upload/A/Analisi9.pdf.
- REBBA V., RIZZI D. (2000), «Analisi dell'efficienza relativa delle strutture di ricovero con il metodo DEA. Il caso degli ospedali del Veneto», *Working paper CRIEB* n. 01/2000, www.dse.unive.it/workpapers/0013.pdf.
- REGIONE LAZIO (2006), Assessorato alla Sanità e Lazio-sanità - Agenzia di Sanità Pubblica (a cura di), *Documento per la riorganizzazione della rete ospedaliera (bozza del 13/11/2006)*, www.sanitalazio.com/n/documenti/lista/rete_ospedaliera_13nov.pdf.
- ROSENTHAL G.E. (1997), «Weak association between hospital mortality rates for individual diagnoses: implication for profiling hospital quality», *American Journal of the Public Health*, 87, pp. 429-433.
- RUSSEL L.B., MANNING C.L. (1989), «The effect of prospective payment on Medicare expenditures», *New England Journal of Medicine*, 320, pp. 439-444.
- SAGER M.A., EASTERLING S.V., KINDIG D.A., ANDERSON O.W. (1989), «Changes in the location of death after passage of medicare's prospective payment system», *New England Journal of Medicine*, 320, pp. 433-439.
- SCHWARTZ W.B., MENDELSON D.N. (1991), «Hospital cost containment in the 1980s», *New England Journal of Medicine*, 324, pp. 1037-1042.
- WRIGHT J., WILLIAMS R., WILKINSON J.R. (1998), «Development and importance of health needs assessment», *British Medical Journal*, 316, pp. 1310-1313.

I National Health Service del Regno Unito: verso il modello italiano?

GIOVANNI FATTORE

The essay presents the history and the structure of the NHS of England, the largest state of the United Kingdom. It also shortly illustrates the main peculiarities of the Scottish and the Welsh NHS. The key facts of the development of the most well known NHS in the world highlight the present debate over two main models of NHS. The first insists on the use of technocratic power to increase managerial and professional accountability and it rests in the activities of agencies such as the National Institute for Clinical Excellence and the Healthcare Commission; the other is based on using market forces to stimulate innovativeness and sensitivity to patients' expectations.

Keywords: National Health Service, models

Parole chiave: National Health Service, modelli

Note sugli autori

Giovanni Fattore, CERGIS e Dipartimento di Analisi Istituzionale e Management Pubblico (DAIMAP)

1. Introduzione

Il saggio presenta in modo sintetico l'evoluzione del sistema sanitario del Regno Unito e descrive l'assetto attuale del *National Health Service* (NHS) inglese, il sistema pubblico che domina ampiamente il settore sanitario. Il § 2 ricostruisce le principali vicende storiche e il § 3 presenta brevemente la devoluzione britannica per quanto riguarda il Galles e la Scozia. Il paragrafo successivo approfondisce l'assetto finanziario del NHS e riporta i risultati del rapporto Wanless, che ha raccomandato di accrescere sostanzialmente la spesa sanitaria pubblica per portarla a livello della media dell'Unione europea. Nei successivi tre paragrafi è descritta l'organizzazione del sistema pubblico, distinguendo tra struttura centrale, committenza ed erogazione dei servizi. Il § 8 presenta i cambiamenti più recenti, richiamando il primo discorso importante sulla sanità del nuovo primo ministro Gordon Brown. Chiude il contributo una riflessione sulle prospettive del decentramento del NHS inglese che mette in rilievo come le attuali politiche «pro-competitive» dei governi laburisti siano molto simili a quelle promosse dalle riforme italiane del 1992-1993.

2. Una sintesi storica

I *National Health Service* (NHS) di Inghilterra, Galles, Scozia e Irlanda del Nord vennero istituiti nel 1946 ed entrarono in funzione nel 1948. Il NHS fu concepito come sistema di istituti pubblici sotto il controllo del Ministero della salute e, in misura minore, degli enti locali. Gli ospedali furono assorbiti dal settore pubblico e i medici specialisti

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Una sintesi storica
3. La devoluzione britannica
4. Il sistema di finanziamento
5. La struttura centrale
6. L'assistenza primaria e la funzione di committenza
7. La produzione ed erogazione dei servizi sanitari specialistici
8. Gli ultimi anni
9. Conclusioni

diventarono dipendenti pubblici. Per i medici di medicina generale, *General Practitioners* (GP), venne introdotto un rapporto di lavoro diverso: rimasero professionisti autonomi con un contratto che prevedeva un sistema retributivo a quota capitaria e una responsabilità complessiva sull'assistenza primaria ai pazienti. In sostanza, all'origine il NHS era composto da tre parti: (i) la medicina generale (amministrata da appositi comitati, residuo del sistema mutualistico); (ii) alcuni servizi di comunità quali le vaccinazioni, ambulanze, le *midwives* (ostetriche) e gli *health visitors* (educatori sanitari di comunità), posti sotto il controllo degli enti locali e (iii) gli ospedali, posti sotto la responsabilità di autorità regionali (*Regional Health Authorities*) controllate dal Ministero della salute. Sul lato del finanziamento, si decise di utilizzare la fiscalità generale, lasciando tuttavia in vita alcuni contributi del precedente sistema mutualistico. In ogni modo il finanziamento del NHS era ed è basato sulla costituzione di un fondo nazionale da ripartire a cascata tra le unità del sistema.

La struttura del NHS rimase sostanzialmente immutata fino al 1974, quando venne modificata perseguendo due obiettivi principali: unificare la struttura tripartita e coinvolgere con più decisione gli enti locali. Le *Regional Health Authorities* assunsero responsabilità di programmazione complessiva dei servizi sanitari sul territorio e, in Inghilterra, furono chiamate a controllare circa 90 aree sanitarie (*Area Health Authorities*) responsabili della produzione dei servizi ospedalieri e di comunità. A loro volta le *Area Health Authorities* si componevano di distretti (*District Health Authorities*) a cui era affidata la responsabilità della gestione dei servizi e il raccordo con gli enti locali. Questo assetto, tuttavia, riuscì solo in parte a perseguire gli obiettivi di razionalizzazione e decentramento: il sistema rimase sotto il diretto controllo del governo centrale, lasciando spazi limitati agli enti locali, e i GP rimasero amministrati e finanziati da un sistema parallelo.

Fortemente criticato soprattutto per l'eccessiva complessità (in primo luogo per l'esistenza di tre livelli istituzionali), il NHS fu riorganizzato durante il primo periodo del governo conservatore di Margaret Thatcher (1982): il livello istituzionale intermedio (le *Area Health Authorities*) fu soppresso, ven-

nero introdotte le *Special Health Authorities* (costituite principalmente per gestire gli ospedali universitari) e fu rafforzata l'autonomia dei comitati di gestione dei GP.

Il periodo 1948-1982 fu caratterizzato da aggiustamenti limitati al disegno originale del NHS con l'obiettivo di migliorarlo in modo graduale (Ham, 2004). Il periodo successivo presenta invece una rottura con il passato ed è sostanzialmente caratterizzato dalla riforma delineata nel libro bianco «*Working for Patients*» pubblicato nel 1989. Si tratta di una riforma che ridefinì l'assetto del sistema di erogazione dei servizi lasciando invece inalterato l'impianto finanziario. Due sono le grandi innovazioni che la caratterizzarono: il mercato interno e il *GP fundholding*.

La prima innovazione consistette nella creazione di due categorie di aziende del sistema pubblico: da un lato i *purchaser* (acquirenti di prestazioni) e dall'altro i *provider* (erogatori dei servizi). I primi sono aziende di tutela della salute di una data popolazione in un territorio e titolari delle risorse per l'assistenza sanitaria (esclusa l'assistenza primaria). I secondi sono aziende indipendenti in competizione tra loro per ottenere l'assegnazione di contratti da parte dei *purchaser* in cui sono generalmente stabiliti volumi, prezzi e standard qualitativi. Il mercato interno venne introdotto gradualmente, ma in tempi relativamente brevi, tra il 1991 e il 1994, attribuendo la funzione di acquisto alle *District Health Authorities* (DHA) ed enucleando i servizi ospedalieri e territoriali per affidarli a circa 350 aziende (*NHS Trust*) poste sotto il controllo del governo centrale ma dotate di un discreto livello di autonomia organizzativa, finanziaria e gestionale.

La seconda innovazione riguardò la medicina generale ed introdusse un sistema di *purchasing* in sovrapposizione a quello amministrato dalle DHA (Fattore, Longo, 1996). Si trattava di un regime volontario per i GP che lavoravano in gruppi sufficientemente ampi (inizialmente 11.000 pazienti, poi ridotti a 5.000) in base al quale veniva assegnato ad ogni singolo gruppo un fondo destinato ai suoi assistiti per finanziare l'assistenza farmaceutica e per sostituire la funzione di acquisto svolta dalle DHA per parte dell'assistenza specialistica e di comunità (circa il 25% della spesa totale). Il regime attribuì autonomia ai medici nella definizione

degli erogatori dei servizi per i propri assistiti e li responsabilizzò finanziariamente in quanto li costrinse ad operare entro risorse date. Il *fundholding* prevedeva limiti nella spesa per ciascun paziente oltre i quali la responsabilità finanziaria passava alle *DHA*, la possibilità di utilizzo degli avanzi di gestione del fondo per servizi e/o attività nell'interesse dei pazienti e un sistema di valutazione ed eventualmente sospensione del regime in caso di disavanzi. I medici aderenti al regime di *GP fundholding* avevano lo stesso sistema retributivo dei medici che rimanevano nel regime tradizionale. Tale sistema retributivo, già dalla fine degli anni '80 prevedeva che i medici fossero remunerati con un mix tra quota capitaria (la parte principale), incentivi per il raggiungimento di target assistenziali (ad esempio coperture vaccinali) e tariffe per prestazioni (in misura modesta). Pertanto, l'adesione al *GP fundholding* non ebbe implicazioni dirette sulla retribuzione dei medici.

La riforma del 1989 nacque sotto l'insegna del primato delle logiche economiche. La competizione, sebbene interna al sistema pubblico, fu concepita come il motore per attivare comportamenti virtuosi in termini di efficienza, sensibilità alle attese dei cittadini e persino efficacia. Il *GP fundholding* fu visto come il dispositivo in grado di rendere i medici di base finalmente responsabili del loro comportamento professionale anche sotto il profilo economico. Entrambe le riforme fecero leva sul ruolo degli incentivi economici nella sanità finanziata pubblicamente e presero spunto (forse per la prima volta nel Regno Unito) dalle esperienze e dal dibattito degli Stati Uniti. Tuttavia, già verso la metà degli anni '90, anche in seguito alla sostituzione di Margaret Thatcher con John Major come primo ministro, l'accento sulle logiche economiche si attenuò per lasciar spazio a visioni più ampie e forse più pragmatiche. L'implementazione della riforma, sebbene rapida, cercò di limitare l'impatto della competizione invocando cautela da parte delle aziende pubbliche e, nel 1996, favorendo contratti pluriennali tra *purchaser* e *provider*. Inoltre a Londra, dove il mercato interno mise in difficoltà alcune grandi e prestigiose strutture ospedaliere della zona centrale, venne istituita una commissione di esperti che di fatto riportò nelle mani della politica,

invece che in quelle del «mercato», la riorganizzazione della rete ospedaliera metropolitana (Fairlamb, 1993). Infine, una serie di iniziative cercarono di ampliare la logica del *fundholding*, estendendone la gamma di servizi interessati (fino a prevedere che la funzione di acquisto riguardasse la quasi totalità dei servizi sanitari) e aumentando il numero di medici coinvolti tramite una serie di progetti pilota.

Il periodo laburista (iniziato nel 1997) è contrassegnato da importanti cambiamenti nel sistema sanitario pubblico e da un ri-orientamento della politica sanitaria in funzione di tre obiettivi fondamentali: i) lo sviluppo della sanità pubblica, principalmente intesa come insieme coordinato di azioni intersettoriali per combattere i fattori di rischio individuali e collettivi delle malattie; ii) lo sviluppo dell'assistenza primaria come luogo di prevenzione, cura e coordinamento dell'assistenza specialistica; iii) l'affermazione della *Evidence Based Medicine* come riferimento culturale e come strumento a supporto del controllo professionale.

Sin da prima della vittoria del 1997, il partito laburista prese una posizione non netta sulla riforma Thatcher. Nel primo mandato di Tony Blair il mercato interno venne duramente criticato, ma sostanzialmente mantenuto: cambiò il linguaggio (*commissioning* invece che *purchasing*, *service agreements* invece che *contracts*) e la durata degli accordi tra *DHA* e *NHS Trust* venne portata a tre anni. L'azione sul *GP fundholding* fu invece più decisa: l'innovativo regime per la medicina generale venne congelato, per essere gradualmente sostituito da un nuovo assetto complessivo dell'assistenza primaria. Al centro di questo assetto vi erano i *Primary Care Groups*, che successivamente acquisivano autonomia giuridica per configurare una nuova tipologia di *Trust* (*Primary Care Trusts - PCT*). I *PCT* sono aziende costituite da gruppi di medici e altri operatori (principalmente infermieri e assistenti sociali) a cui è affidata, per una popolazione prestabilita di circa 80.000 abitanti, l'erogazione dei servizi di assistenza primaria e la funzione di acquisto dei servizi specialistici. Chiaramente, il rafforzamento della funzione di acquisto dei servizi sanitari in mano ad aziende di *GP* riduce gli spazi di azione delle *DHA* (già dal 1996 rinominate *Health Authorities - HA* per

poi diventare *Strategic Health Authorities* dopo un loro accorpamento nel 2002), il cui compito principale diventa monitorare i rapporti tra i PCG/PCT e i Trust e predisporre gli *Health Improvement Programmes* (HIMP), documenti di programmazione strategica volti a coordinare l'azione per la tutela della salute dei diversi soggetti di un territorio.

Lo scontro interno al partito laburista tra *new e old labour* ha trovato proprio nella sanità uno degli ambiti più significativi. Se nel primo mandato di Tony Blair (1997-2001) prevalse l'anima più tradizionalista del partito laburista, che voleva ulteriormente depotenziare le dinamiche competitive interne al sistema e non voleva aprire al settore privato, nel secondo mandato (2001-2004) prese il sopravvento l'anima più innovatrice e più favorevole a ridurre il ruolo diretto delle istituzioni pubbliche nella gestione operativa del sistema, a sviluppare una funzione di regolazione pubblica e a promuovere il ruolo del settore privato e della libertà di scelta dei cittadini. È in questa seconda fase che venne lanciata la graduale trasformazione degli NHS Trust in fondazioni (con il conseguente ampliamento dei margini di autonomia finanziaria e organizzativa delle aziende di produzione dei servizi), l'apertura all'ospedalità privata (come erogatore di servizi del NHS) e l'introduzione di un sistema di finanziamento degli ospedali denominato «per risultato» che in realtà non è altro che un sistema di finanziamento per ricovero secondo la classificazione dei Drg. I segnali più recenti (dal 2005 in poi) sembrano segnare un ritorno di posizioni più tradizionali e maggiormente diffidenti rispetto alle virtù del quasi-mercato dei servizi del NHS. In questo senso appare anche il primo discorso sulla sanità di insediamento del nuovo Primo ministro Gordon Brown nel gennaio 2008 (Ham, 2008).

3. La devoluzione britannica

Alla fine degli anni '90 il Regno Unito ha intrapreso un processo di devoluzione dei poteri politici ai tre Paesi «minoritari»: Scozia, Galles e Irlanda del Nord. Nel 1998/99 sono stati eletti i parlamenti dei tre Paesi e sono stati trasferiti loro una serie di poteri, inclusi la sanità e limitati spazi di imposizione fiscale. Di conseguenza, la direzione dei sistemi sanitari pubblici di Scozia, Galles e Irlanda del Nord, relativamente simili prima del processo di devoluzione, è stata trasferita ai loro *Secretary of State* (che sono parte del governo di Londra) e ai loro rispettivi parlamenti e governi.

Per comprendere le caratteristiche del processo di devoluzione dei poteri sulla sanità nel Regno Unito è importante tenere presente alcuni aspetti. La popolazione dell'Inghilterra è circa l'83% di quella complessiva e registra una spesa pubblica procapite più contenuta di quella degli altri tre Paesi. La Scozia, il Paese più grande per territorio e popolazione dopo l'Inghilterra, ha una spesa pubblica procapite che è quasi il 20% superiore a quella inglese e presenta una stato di salute peggiore (tabella 1).

Oltre a differenze relative ai termini utilizzati per identificare le diverse strutture del sistema pubblico, spesso dovute alle diverse dimensioni dei quattro Paesi, sono da sottolineare alcune scelte che in questi primi anni di maggiore autonomia hanno caratterizzato le politiche di Scozia e Galles (trascurando l'Irlanda del Nord che è sottoposta a dinamiche molto particolari a causa delle note vicende politico-istituzionali). Il Parlamento scozzese ha approvato una legge che copre con risorse pubbliche i costi della *long-term care*. Quello del Galles ha eliminato la quota fissa a carico del paziente sulle ricette per i farmaci e sui servizi oftalmici (Ham, 2004). Più

Tabella 1

Indicatori di salute e spesa procapite del NHS nei quattro Paesi che compongono il Regno Unito nel 2003 (Ham, 2004)

	Popolazione (milioni di abitanti)	Rapporto standardizzato di mortalità	Mortalità infantile (per 1000 bambini nati)	Spesa del NHS procapite (sterline britanniche)
Inghilterra	49,5	985	5,6	1002
Scozia	5,1	1189	5,7	1217
Galles	2,9	1049	5,2	1091
Irlanda del Nord	1,7	1072	5,1	1089

in generale, è possibile rintracciare diversi orientamenti di politica sanitaria nei tre Paesi. L'Inghilterra sembra decisa a potenziare il ruolo dei dispositivi di quasi-mercato, sebbene all'interno di un sistema unitario, universalistico e gratuito, per incentivare comportamenti virtuosi in termini di efficienza e sensibilità alle attese dei pazienti. La Scozia sembra invece puntare su un modello di NHS più tradizionale (controllo diretto sulle strutture pubbliche, integrazione tra i servizi) e sul potenziamento dei servizi di sanità pubblica per promuovere la tutela della salute nei comportamenti individuali e collettivi. Il Galles, maggiormente legato all'Inghilterra della Scozia, presenta anch'esso un profilo contrario alle logiche del «quasi-mercato» e sottolinea, anche in termini di macrostrutture organizzative, la volontà di promuovere l'integrazione tra assistenza primaria, specialistica e socio-sanitaria (Greer, 2003).

I tempi non sono ancora maturi per svolgere una valutazione approfondita delle conseguenze della devoluzione dei poteri accordata alla fine degli anni '90 a Scozia, Galles e Irlanda del Nord. Per ora si può semplicemente constatare che, in questi anni, una certa divergenza delle politiche e degli assetti organizzativi si è verificata e che nei tre Paesi «periferici» la devoluzione è stata accompagnata ad un maggiore controllo della politica sulla tecnostruttura e, probabilmente, da una maggiore aderenza delle scelte di politica sanitaria alle specifiche preferenze della popolazione. È probabile che questo processo di differenziazione possa accentuarsi in futuro, soprattutto se la sostanziale omogeneità delle coalizioni politiche (dominate in questi anni dal partito laburista) dovesse venire meno.

4. Il sistema di finanziamento

Il settore sanitario inglese è dominato dal sistema pubblico organizzato nel NHS: nel 2005 l'87,1% della spesa sanitaria complessiva del Regno Unito consisteva in spesa pubblica del NHS, il quale è finanziato da tre fonti: circa il 75% del finanziamento dalla fiscalità generale, circa il 20% dai contributi dell'assicurazione nazionale e il restante 5% da compartecipazioni alla spesa dei cittadini (su farmaci, assistenza odontoiatrica e oftalmica) e da altre fonti (ad esempio reddito da attività commerciali) (Ham, 2004). Il finan-

ziamento pubblico, deciso tramite un articolato processo denominato *Public Expenditure Survey*, riguarda le spese correnti, quelle in conto capitale e quelle di amministrazione dei livelli di governo (incluse le numerose agenzie di supporto e la tecnostruttura centrale) (Fattore, 1999). Una volta determinate a livello centrale, le risorse finanziarie vengono distribuite alle *Strategic Health Authorities* (a cui spetta il finanziamento e la supervisione dei diversi tipi di Trust), alle *Special Health Authorities* (vedi infra) e ai *Public Health Team* (Gruppi di salute pubblica) introdotti nel 2002 (vedi infra).

In Inghilterra tutte le leve finanziarie sono nelle mani del livello centrale di governo. Per ora non esiste un livello politico-istituzionale simile alle regioni italiane; gli investimenti strutturali sono decisi e coordinati a livello centrale (anche se l'introduzione delle fondazioni sta cambiando la situazione) e le compartecipazioni alla spesa, principalmente quote fisse sulle ricette e contributi per l'assistenza odontoiatrica e oftalmica, sono omogenee su tutto il territorio.

La spesa di fonte privata (compartecipazioni alla spesa, pagamenti diretti da parte dei cittadini o da parte di assicuratori privati per prestazioni rese da strutture di proprietà pubblica o privata) è circa il 18% della spesa sanitaria complessiva (OECD, 2003). Più del 40% della spesa privata è per farmaci da banco, circa il 13% per compartecipazioni alla spesa per servizi erogati del NHS e per l'8% per servizi ospedalieri pagati direttamente dai cittadini (Keen, Light & Mays, 2001). Tuttavia, questi dati includono anche un 17% per la voce assicurazioni sanitarie che, a sua volta, dovrebbe distribuirsi sulle voci di spesa appena menzionate. Il settore assicurativo privato riguardava un segmento limitato della popolazione fino all'inizio degli anni '80; successivamente il numero di assicurati privati è cresciuto a tassi sostenuti fino a stabilizzarsi attorno all'11% della popolazione negli anni più recenti (Ham, 2004). Il settore assicurativo sanitario privato è dominato da due compagnie (BUPA e PPP) che detengono il 60% del mercato a valore.

Nel marzo del 2001, l'allora Ministro dell'Economia (*Chancellor of the Exchequer*) Gordon Brown promosse uno studio (*Wanless Review*) sul fabbisogno finanziario di lungo periodo del NHS. Lo studio, con-

dotto anche tramite un esame approfondito di altri Paesi (non l'Italia), propose una serie di considerazioni e suggerimenti presentati in un rapporto intermedio e un rapporto finale (Wanless, 2001; Wanless, 2002). In sintesi, si raccomandò di mantenere un sistema di finanziamento sostanzialmente basato su imposte generali e si sconsigliò lo sviluppo di un sistema di assicurazioni sociali o volontarie. D'altra parte, si prese anche atto che il Regno Unito aveva indicatori dello stato di salute inferiori a quelli di altri importanti Paesi europei e che questo poteva in parte essere attribuito ai bassi livelli della spesa sanitaria pubblica. Il rapporto identificò anche alcuni fattori che avrebbero fatto aumentare la spesa sanitaria negli anni successivi e fornì due raccomandazioni sul finanziamento del NHS: portarlo a livelli simili a quelli degli altri sistemi sanitari dell'Unione europea (tramite una forte accelerazione dei tassi di crescita nel breve periodo) e rafforzare i sistemi di compartecipazione dei pazienti alla spesa per i servizi di natura non clinica (ad esempio i costi alberghieri nei ricoveri ospedalieri).

Per ora, l'ultima raccomandazione dei Rapporti Wanless non ha prodotto effetti sulle politiche del NHS. Invece, la raccomandazione di accrescere il finanziamento del NHS è stata pienamente seguita e addirittura in parte anticipata. Nel quadriennio 1999/2000-2004/2005 la spesa sanitaria pubblica è cresciuta del 48%; il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e Pil è passato da 5,9% nel 2000 al 7,2% nel 2005 (OECD, 2007).

Il NHS garantisce accesso universale e sostanzialmente gratuito ai servizi sanitari. Ciò non di meno, per rimanere alla sola Inghilterra, si registrano rilevanti differenze nello stato di salute e nei servizi sanitari disponibili tra le aree geografiche. Nel 2002 il tasso di mortalità infantile variava dal 4,4 per mille nel sud-ovest al 6,5 nelle Midlands occidentali. Nell'anno stesso il numero dei posti letto per 100.000 abitanti variava da 212 a 315 tra le 8 regioni amministrative in cui è diviso il territorio dell'Inghilterra. Queste variazioni, in primo luogo quelle collegate alla disponibilità di strutture e servizi sanitari, sono correlate alle variazioni nei livelli di finanziamento pubblico (Ham, 2004). Le regioni meno dotate di strutture e con livelli inferiori di servizi offerti alla popolazione ricevono meno finanziamenti.

Sin dai primi anni '70 il *Department of Health* ha cercato di modificare il sistema di finanziamento in modo da ridurre il divario nelle risorse disponibili tra le varie regioni del Paese, facendo proprie le raccomandazioni di un rapporto della *Resource Allocation Working Party (RAWP)*, che suggeriva l'utilizzo di una formula distributiva delle risorse per il NHS in base alla consistenza della popolazione, pesata per l'età, il sesso e la morbilità, con i tassi standardizzati di mortalità utilizzati come *proxy* di quelli di morbilità complessiva. In più di 30 anni questa formula è stata rivista, anche in modo radicale, diverse volte, è stata al centro di accessi dibattiti metodologici, ma non ha mai trovato piena applicazione. Malgrado gli sforzi, e un certo miglioramento nell'equità della distribuzione territoriale delle risorse finanziarie pubbliche, permangono rilevanti differenze «non giustificabili» nei livelli di finanziamento tra le diverse aree geografiche dell'Inghilterra¹.

5. La struttura centrale

L'organizzazione del governo britannico può essere descritta in modo semplice (Ham, 2004). Nelle elezioni generali, che si devono tenere almeno ogni 4 anni, sono eletti circa 650 membri della *House of Commons*. Il leader del partito che ottiene la maggioranza dei seggi viene incaricato dalla Regina di formare il governo e diventa primo ministro. È poi il primo ministro che nomina tra i suoi sostenitori circa 100 ministri, di cui circa 20 entrano nel *Cabinet*, in sostanza l'equivalente del Consiglio dei Ministri in Italia. Rispetto ad altri Paesi europei, i governi del Regno Unito sono stabili e prevedono un ruolo molto forte del primo ministro.

Il Ministero della salute (*Department of Health - DoH*) è diretto dal *Secretary of State for Health*, che è membro del *Cabinet*, con il supporto di 5 ministri di rango inferiore. Escludendo le varie agenzie operative e di supporto (vedi infra), la struttura centrale del NHS impiegava 3.650 persone nel 2003. A capo della struttura, sotto la direzione politica del *Secretary of State*, è posto il *Permanent Secretary* che è anche il Direttore generale del NHS. A suo fianco lavora il *Chief Medical Officer*, il medico più alto in grado

nel sistema sanitario pubblico, con responsabilità di ordine tecnico-sanitario.

La macrostruttura del DoH prevede tre divisioni (*Groups* dopo la riorganizzazione del 2004). Il *Health and Social Care Standards and Quality Group*, diretto dal *Chief Medical Officer*, è responsabile per la ricerca e sviluppo, la sicurezza dei pazienti e degli operatori, le iniziative di miglioramento della salute e la definizione degli standard di qualità. Il suo ruolo è in evoluzione perché la *Healthcare Commission* (vedi infra) è stata recentemente chiamata ad assumere gran parte delle funzioni di promozione e ispezione della qualità assistenziale. Il *Health and Social Care Services Delivery Group* si occupa degli aspetti finanziari, del personale, dei sistemi informativi e delle tecnologie informatiche. Lo *Strategy and Business Development Group*, infine, supporta i ministri e il Direttore generale del NHS nella gestione del DoH e include unità operative con responsabilità sulla comunicazione esterna, la programmazione strategica e la valutazione delle strutture del NHS secondo la prospettiva degli utenti. Fa parte del DoH anche la *Modernization Agency*, una tecnostuttura operativa con compiti di pianificazione strategica del NHS (Walshe, 2003).

Il livello regionale, comunque non collegato ad istituti pubblici territoriali, è sta-

to recentemente abolito per semplificare la struttura del NHS. Attualmente il DoH ha direttamente il controllo su 18 *Special Health Authorities*, 10 *Strategic Health Authorities* e 9 *Public Health Teams* (uffici decentrati operanti all'interno delle strutture del governo con il compito di sviluppare attività di sanità pubblica). L'attuale struttura del NHS in Inghilterra è presentata in **figura 1**.

Le *Special Health Authorities* svolgono una vasta gamma di attività sia operative che di supporto direzionale e servono l'intero territorio nazionale (**tabella 2**). Tra queste è importante segnalare il *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) il cui compito è quello di dare una direzione tecnico-scientifica sull'utilizzo delle tecnologie (compresi i farmaci e le campagne di prevenzione) secondo i principi dell'evidenza scientifica di efficacia e di costo-efficacia; la *NHS Appointment Commission* che è incaricata di istruire le nomine delle posizioni apicali del NHS (compresi i direttori generali dei Trust) e di svolgere regolarmente attività di valutazione della loro performance; la *National Patient Safety Agency* per gestire un sistema obbligatorio di registrazione degli errori clinici e assistenziali; la *National Clinical Assessment Authority* incaricata di intervenire in caso di sospetta inadeguata condotta professionale dei medici. Ogni *Special Health*

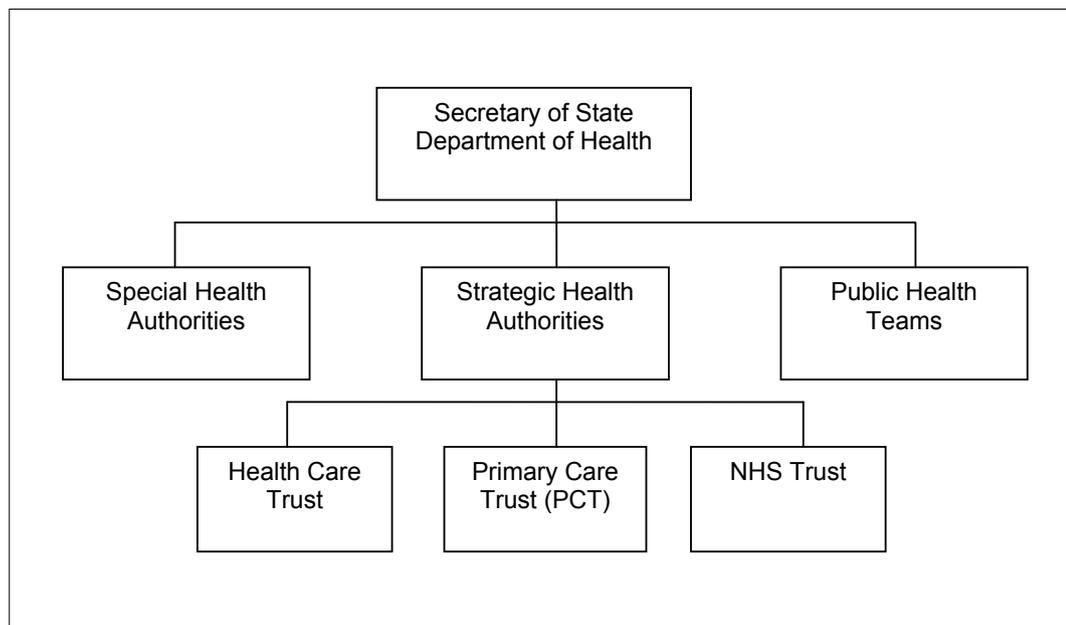


Figura 1
La struttura del NHS
in Inghilterra dopo il 2002
(Ham, 2004)

Tabella 2Le *Special Health Authorities* in Inghilterra

Counter Fraud and Security Management Service	National Treatment Agency for Substance Misuse
Dental Practice Board (DPB)	National Patient Safety Agency
Dental Vocational Training Authority	NHS Appointments Commission
Family Health Services Appeal Authority	NHS Direct
The Health Protection Agency	NHS Information Authority
Mental Health Act Commission	NHS Litigation Authority
Blood and Transplant Authority	NHS Logistics Authority
National Clinical Assessment Authority	NHS Pensions Agency
National Institute for Clinical Excellence	Prescription Pricing Authority

Authority è governata da un consiglio di amministrazione il cui presidente e membri non esecutivi sono nominati dalla *NHS Appointment Commission*. A loro volta, i membri nominati dalla *NHS Appointment Commission* nominano i membri esecutivi del consiglio, che in sostanza corrispondono ai vertici della struttura manageriale.

Alcune *Special Health Authorities* sono state disegnate come enti di regolazione del NHS e, per certi aspetti, dell'intero sistema sanitario. L'ente di regolazione più importante, tuttavia, è una commissione indipendente (*Healthcare Commission*) che opera con sedi in 6 città diverse e che ha funzioni di *audit* e di ispezione di tutte le strutture sanitarie operanti in Inghilterra, incluse quelle private e non beneficiarie di finanziamenti pubblici. In particolare, la *Healthcare Commission* valuta la performance delle strutture del NHS rispetto agli standard definiti dal Ministero della salute, le rende pubbliche pubblicando annualmente i risultati di *health check* (la nuova versione dello *star rating system*, vedi infra), accredita e ispeziona gli operatori e le strutture sanitarie indipendenti dal NHS e svolge indagini e ispezioni di varia natura sia *motu proprio* che su sollecitazione degli utenti. Una parte significativa del lavoro della *Healthcare Commission* riguarda la verifica degli standard definiti dal NICE e «by the czars who led the development of National Service Frameworks (NSFs)»² (Bevan, Robinson, 2005).

Con il trasferimento della funzione di committenza ai *Primary Care Trusts* (PCT), le *Strategic Health Authorities* hanno assunto una funzione di coordinamento e programmazione con tre attività principali: a) creare un quadro di riferimento strategico per lo

sviluppo coordinato dei Trust rispetto alle caratteristiche dei territori di riferimento, b) definire e monitorare i loro obiettivi di performance, c) fornire supporto alle iniziative di miglioramento della salute della popolazione. Anche per le *Strategic Health Authorities*, la *NHS Appointment Commission* nomina il presidente e i direttori non operativi, i quali a loro volta nominano i restanti membri del consiglio di amministrazione. Sebbene le *Strategic Health Authorities* siano responsabili verso il Ministero della salute della performance complessiva del sistema sanitario nel loro territorio e siano chiamate a collaborare con gli enti locali per assicurare politiche per la salute, il loro attuale ruolo appare particolarmente critico date le limitate leve a loro disposizione in un assetto che prevede il decentramento della funzione di committenza alle PCT e crescenti margini di autonomia per gli NHS Trust.

Gli *Health Care Trust* sono organizzazioni promosse dagli NHS Trust o dai PCT in accordo con gli enti locali per migliorare l'integrazione tra i servizi sanitari e tra questi e quelli socio-sanitari.

6. L'assistenza primaria e la funzione di committenza

A seguito della riforma del 1991 il NHS ha introdotto una netta divisione tra la funzione di committenza dei servizi specialistici e la funzione di produzione ed erogazione degli stessi. I *Primary Care Trust*, in sostanza aziende territoriali di assistenza primaria, hanno ormai completamente ricoperto il ruolo delle vecchie *Health Authorities* nella funzione di acquisto (o committenza) dei servizi e, conseguentemente, ricevono direttamente

un finanziamento capitarario corretto da parte del Ministero della salute per fornire assistenza di primo livello e per pagare l'assistenza di livello superiore. I PCT hanno una triplice funzione: i) promuovere la salute della comunità di riferimento, ii) erogare l'assistenza primaria e iii) «comprare» l'assistenza specialistica. I *General Practitioners* dei PCT svolgono una funzione di filtro (*gatekeeping*) verso l'assistenza specialistica e gestiscono un unico *budget* complessivo per l'erogazione diretta dei servizi di assistenza primaria e per l'acquisto di quelli specialistici. Questo assetto fa ritenere che effettivamente i PCT abbiano il controllo delle risorse relative ai loro pazienti e che siano sottoposti ad un sistema di incentivi per l'utilizzo efficiente ed efficace di queste risorse (Oliver, 2005).

Ogni PCT è diretto da un consiglio di amministrazione composto dal presidente, da membri senza funzioni operative (la maggioranza del consiglio) e da membri con funzioni operative (inclusi il direttore generale, il direttore finanziario e il direttore di sanità pubblica). Come per le altre strutture del NHS, la *Appointment Commission* gestisce la scelta del presidente e dei membri non operativi; sono poi questi membri del consiglio che nominano il direttore generale e gli altri membri operativi. La gestione operativa dei PCT è invece affidata ad un comitato di professionisti composto principalmente da GP e personale infermieristico.

L'affermazione dei PCT è suggellata anche da dati strettamente finanziari. Si stima che nel 2005 circa il 75% della spesa del NHS fosse sotto il controllo dei GP, un valore che è 5 volte quello del 1997 quando il *GP fundholding* fu congelato (Oliver, 2005). Questi elementi hanno permesso al governo inglese di sostenere che il NHS è guidato dall'assistenza primaria. Tuttavia, il ruolo di primo attore dei GP è più limitato di quello che appare dalla struttura formale. Le scelte operative e cliniche dei GP inglesi sono infatti condizionate da un articolato sistema di standard operativi e clinici imposto da diverse Agenzie del NHS, in primo luogo il *National Institute for Clinical Excellence* e la *Healthcare Commission* (protocolli per l'utilizzo dei farmaci, percorsi diagnostico-terapeutici, criteri per i ricoveri ospedalieri).

7. La produzione ed erogazione dei servizi sanitari specialistici

La funzione di produzione ed erogazione dei servizi sanitari è attualmente affidata agli *NHS Trust*, alcuni dei quali recentemente trasformati in fondazioni (*Foundation Trust*). Nel 2007 operavano in Inghilterra circa 290 *NHS Trust*, la cui configurazione in termini di servizi offerti è variabile: servizi ospedalieri, servizi specialistici extra-ospedalieri, altri servizi di comunità, trasporti medicalizzati e combinazioni varie degli stessi. Il loro finanziamento deriva dagli accordi di servizio (*service agreement*) negoziati principalmente con i PCT.

Ogni *NHS Trust* è governato da un consiglio di direttori che comprende un Presidente e fino a 5 direttori non operativi nominati dalla *NHS Appointment Commission* e 5 direttori operativi. I direttori operativi sono nominati dal presidente e dai direttori non operativi e generalmente includono un direttore generale, un direttore finanziario, un direttore medico e un direttore infermieristico. Gli *NHS Trust* sono considerati dal diritto inglese *corporate bodies*, che in sostanza significa che hanno autonomia sul piano organizzativo, gestionale e finanziario. Gli *NHS Trust* furono istituiti nel 1991 con l'intenzione di attribuire loro piena autonomia manageriale e imprenditoriale. A questo fine, infatti, fu attribuita loro la possibilità di ottenere prestiti, di definire termini specifici nei rapporti con il personale e di adottare modelli organizzativi e sistemi di management in piena autonomia (Ham, 2004). Tuttavia, sia i governi conservatori che quelli laburisti hanno poi limitato i loro spazi di autonomia, per il timore di accelerare la crescita dei prezzi dei fattori produttivi (soprattutto del personale), di non garantire un clima cooperativo tra i diversi attori del NHS e di ridurre il grado di omogeneità (equità) del sistema di offerta dei servizi tra le diverse aree del territorio inglese.

Dal 2001 al 2005 gli *NHS Trust* sono stati interessati da un articolato sistema di valutazione della performance (*star rating system*), il cui elemento più importante era l'assegnazione di un punteggio su una scala a 4 livelli (da 0 a 3 stelle) basato su circa 40 indicatori, in primo luogo relativi ai tempi di attesa dei pazienti e, in misura minore, a ele-

menti di ordine organizzativo, finanziario e in grado di riflettere la qualità assistenziale (Smith, 2005). Gli indicatori sono combinati tramite un complesso algoritmo finalizzato a calcolare una misura di sintesi (le stelle). L'aspetto più rilevante del sistema riguardava gli incentivi a cui era associato, che includevano ricompense finanziarie per gli NHS Trust, maggiori margini di autonomia manageriale, interventi sui direttori generali in caso di inadeguata performance e, più recentemente, la possibilità per le strutture con i migliori *rating* di acquisire lo *status* di fondazioni. Da fine 2005 lo *star rating system* è stato sostituito da un nuovo sistema di misurazione della performance (*health checks*) gestito dalla *Healthcare Commission*.

8. Gli ultimi anni

Il sistema di offerta dei servizi, specialmente ospedalieri, è al centro di profondi cambiamenti. Nel periodo 2004/07 circa 90 NHS Trust sono stati trasformati in fondazioni, con l'effetto di ridurre gli spazi di un loro controllo da parte del governo centrale e con vantaggi in termini di autonomia sui piani di investimento, accesso a capitali privati e gestione dei sistemi di retribuzione del personale (Bevan, Robinson, 2005; Dixon, 2003). La graduale attribuzione di maggiore autonomia alle strutture di erogazione dei servizi sanitari si accompagna a quattro linee di intervento che stanno caratterizzando gli ultimi anni.

La prima è la promozione della libertà di scelta, limitata anche se non completamente negata nell'impostazione tradizionale del NHS. Dal 2006 tutti i pazienti che si sottopongono a interventi chirurgici programmati dovranno poter scegliere tra 4/5 diversi produttori. La promozione della libertà di scelta sembra una delle strategie del NHS per accrescere il consenso della popolazione attorno al sistema sanitario pubblico.

Secondo, il NHS ha sostanzialmente aperto le porte al settore privato di produzione dei servizi. Dal 2000 la committenza può rivolgersi al settore privato e a strutture operanti in altre nazioni, per ridurre i tempi di attesa per prestazioni chirurgiche in elezione. Recentemente il governo ha annunciato di volere espandere ulteriormente lo spazio

della sanità privata fino al 15% dell'offerta complessiva di assistenza ospedaliera.

Terzo, dal 2004 è in funzione un nuovo sistema di finanziamento degli ospedali centrato sui Drgs (denominati *Healthcare Resource Groups*) che dovrà andare a pieno regime entro il 2008. L'introduzione di questo sistema è coerente con la volontà di promuovere maggiore competizione tra le strutture ospedaliere e di valorizzare la libertà di scelta dei pazienti, anche se desta preoccupazioni per quanto riguarda la sua coerenza con il sistema di committenza e i rischi di crescita incontrollata della spesa (Oliver, 2005; Bevan, Robinson, 2005; Palmer, 2006).

Infine, il governo Blair ha sviluppato diverse iniziative di *partnership* con il settore privato ideate, ma solo in parte realizzate, dai precedenti governi conservatori. Le *Private Finance Initiative (PFI)* sono attualmente lo strumento principale utilizzato del NHS per finanziare investimenti infrastrutturali, inclusi alcuni nuovi ospedali. Lo sviluppo delle *PFI* è criticato perché comporterebbe elevati costi del capitale investito e ridurrebbe il margine di autonomia delle aziende pubbliche compromettendone anche l'economicità (Ham, 2004). Ciò nonostante, la *PFI* rimane ampiamente utilizzata e sembra avere il supporto del governo.

In gennaio 2008 il nuovo primo ministro Gordon Brown ha tenuto il primo discorso di rilievo sul NHS, da cui si possono desumere alcuni tratti della politica sanitaria che il suo governo intende perseguire nei prossimi anni (Ham, 2008). Il discorso non è sicuramente di rottura e sottolinea alcune tendenze del periodo di Tony Blair: l'enfasi sulla prevenzione e sulla responsabilità individuale nella tutela della salute, il tema dell'accesso all'assistenza primaria, il miglioramento dell'assistenza per le condizioni croniche. Non si tratta chiaramente di temi nuovi, ma appare comunque probabile che i prossimi anni saranno all'insegna di progetti specifici in queste aree d'intervento, con una accelerazione rispetto agli anni precedenti soprattutto sulle attività di promozione della salute.

Forse più di quello che Gordon Brown ha detto, è importante quello che non ha detto in questi mesi. I riferimenti al mercato, anche nelle espressioni edulcorate di quasi-mercato e mercato interno, non ci sono stati e non si registra alcuna simpatia per le dinamiche

del mercato e il valore della libertà di scelta. Nell'alternarsi tra sostenitori delle logiche di competizione amministrata e quelli del controllo istituzionale pubblico con Gordon Brown il pendolo sembra essersi nuovamente riposizionato a favore dei secondi. Ciò, oltre che sul piano delle linee di tendenza a medio-lungo termine del modello inglese, potrebbe avere un impatto anche sul presente ed immediato futuro date le difficoltà di attuazione che il DoH sta incontrando sull'apertura del NHS a soggetti privati indipendenti e sull'introduzione del nuovo sistema di pagamento a tariffa.

9. Conclusioni

Il NHS inglese è stato e probabilmente continuerà a essere un importante punto di riferimento per il Ssn italiano. La nostra riforma del 1978 fu in parte ispirata al modello inglese e le stesse riforme del 1992/93 sono state probabilmente influenzate dal mercato interno introdotto dalla riforma Thatcher del 1989 (France, Taroni, 2005). Effettivamente i servizi sanitari del Regno Unito e dell'Italia hanno molte somiglianze e le recenti innovazioni inglesi riguardo l'apertura al settore privato, la libertà di scelta dei pazienti e l'introduzione di un finanziamento per ricovero tramite Drg sembrano indicare una convergenza tra i due sistemi. Tuttavia, alcuni elementi differenziano il sistema italiano da quello del Regno Unito in modo profondo. Tra questi forse il più importante è l'articolazione politico-istituzionale.

Né nella sua attuale configurazione in cui le Regioni ricoprono un ruolo primario, né in quella precedente in cui i poteri si dividevano tra Stato, Regioni e Comuni, l'assetto istituzionale del nostro sistema somiglia o somigliava all'assetto fortemente accentrato del NHS inglese. In Inghilterra, infatti, il controllo politico del sistema sanitario pubblico è saldamente nelle mani del governo centrale e gli enti locali sono stati sempre relegati sullo sfondo. In termini storici, si può addirittura affermare che nel corso degli anni il centralismo che caratterizza il sistema sanitario inglese si sia rafforzato attraverso lo sviluppo delle numerose attività di controllo gerarchico e di regolazione svolte dal DoH, dalla *Healthcare Commission* e da numerose *Special Health Authorities*. Il NHS inglese non

sembra avere paragoni in Europa per quanto riguarda la produzione, il monitoraggio e la verifica di standard operativi e assistenziali. Negli ultimi anni, a un sistema sostanzialmente basato sul controllo gerarchico delle aziende sanitarie da parte del DoH, si è affiancato un articolato sistema di meccanismi di comando e controllo orientati a governare i comportamenti professionali, facendo leva, tra l'altro, sulla razionalità e gli strumenti della *Evidence Based Medicine*.

Il Ssn italiano, al contrario, è nato e si è sviluppato all'insegna del decentramento. Il livello centrale, in realtà con poteri limitati rispetto a quello inglese anche prima delle riforme degli anni '90, gioca attualmente un ruolo confinato alla definizione delle garanzie nazionali sulla tutela della salute (sostanzialmente i LEA) e ad alcuni ambiti specifici (per esempio la politica del farmaco). Non solo il nostro Ministero della salute ha spazi limitati per governare le strutture di erogazione dei servizi (forse con l'eccezione della leva finanziaria), ma ha poteri molto limitati anche per quanto riguarda le attività di regolazione. È significativo a questo riguardo che in Italia l'accreditamento, uno degli strumenti di regolazione più rilevanti, sia affidato alle Regioni, senza prevedere un ruolo forte da parte del Ministero della salute o di altri organi del governo centrale.

Non è chiaro se la natura sostanzialmente centralista del NHS inglese permarrà in futuro. Due forme di decentramento potrebbero infatti delinearsi nei prossimi anni.

La prima potrebbe prendere spunto dalla devoluzione a favore dei tre Paesi «periferici» del Regno Unito. Questa devoluzione non appare di per sé significativa in termini di decentramento istituzionale del sistema sanitario, perché l'83% della popolazione rimarrebbe comunque sotto il controllo del Ministero inglese della salute; la costituzione di parlamenti e governi nei tre Paesi e la devoluzione di alcune funzioni rispecchiano più che altro il riconoscimento delle diversità storiche, linguistiche, culturali e religiose di alcuni territori. Il Regno Unito, in altri termini, si è per ora limitato a dare un po' di autonomia alla periferia senza decentrare il suo corpo centrale che è l'Inghilterra. Tuttavia, la devoluzione della fine degli anni '90 ha avuto un impatto anche sull'Inghilterra, perché ha contribuito a mettere in agenda il tema del

suo decentramento interno. Sebbene le prime ipotesi di costituzione di un'articolazione regionale del Paese non siano ancora ben definite e tendano a non considerare la sanità come possibile oggetto di trasferimento di poteri, il dibattito sulla regionalizzazione dell'Inghilterra è ormai aperto e la decisione di costituire un'area metropolitana a Londra con un sindaco direttamente eletto è un segnale della tendenza in atto.

La seconda forma di decentramento riguarda il ruolo dello Stato nella gestione dei servizi sanitari. In questo caso il decentramento riguarda una devoluzione di poteri ai pazienti e a soggetti privati (o comunque «più distanti» dalle istituzioni politiche di quanto lo siano i Trust). Sul lato dell'offerta le strutture di erogazione dei servizi assumono spazi di autonomia dal Ministero della salute, fino al caso delle strutture private che fanno riferimento a soggetti istituzionali che non sono espressione del potere politico. Sul lato della domanda la devoluzione consiste invece nel trasferimento di poteri dalle agenzie di committenza ai pazienti. È questo il decentramento che vuole una parte del partito laburista e che si è concretizzato nella creazione delle fondazioni, nell'introduzione del sistema Drg per il pagamento degli ospedali, nella promozione della libertà di scelta

dei pazienti e nella volontà di includere le strutture private nell'arena competitiva del NHS. È difficile prevedere se questa direzione di sviluppo del sistema sanitario pubblico inglese verrà interrotta dalla nuova amministrazione di Gordon Brown, date anche le forti resistenze interne al partito di governo e il rapido alternarsi di politiche a favore del «quasi-mercato» e di soluzioni a favore del controllo gerarchico delle aziende e dei professionisti. Nell'attesa delle prossime iniziative di politica sanitaria del governo del Regno Unito, che permetteranno di verificare il grado di convinzione nel nuovo modello di «quasi mercato», è importante sottolineare che questo modello è molto simile a quello intrapreso in Italia con i decreti legislativi del 1992/93.

Note

1. Una sintesi delle evidenze sui temi dell'equità nei livelli di salute, nell'accesso dei servizi e nella distribuzione delle risorse pubbliche si trova nel rapporto finale della commissione presieduta da Lord Acheson (Acheson, 1998).
2. I *National Service Frameworks* (NSF) consistono in una serie articolata di standard strutturali e di processo relativi a specifiche condizioni cliniche o categorie di pazienti. I primi NSF si riferivano ai tumori, le malattie coronariche, il diabete, la salute mentale, le malattie renali, i bambini, gli anziani e l'assistenza di lungo periodo.

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

- ACHESON REPORT (1998), *Independent Inquiry into Inequalities and Health*, The Stationery Office, London.
- BEVAN G., ROBINSON R. (2005), «The interplay between economic and political logics: Path dependency in health care in England», *Journal of Health Politics, Policy and Law*; 30 (1-2), pp. 53-78.
- DIXON J. (2003), «Foundation Trusts: Where next?», *British Medical Journal*; 326, pp. 1344-45.
- FAIRLAMB D.J. (1993), «Tomlinson Report», *British Medical Journal*, 306, p. 337.
- FATTORE G. (1999), «Cost containment and health care reforms in the British NHS», in E. Mossialos, J. Le Grand (a cura di), *Health care and cost containment in the European Union*, Ashgate, Aldershot.
- FATTORE G., LONGO F. (1996), «Il fundholding nel Regno Unito: appunti da un viaggio di studio», *Mecosan*, 5(18), pp. 110-122.
- FRANCE G., TARONI F. (2005), «The evolution of policy-making in Italy», *Journal of Health Politics, Policy and Law*; 30 (1-2), pp. 179-187.
- GREER (2003), «Policy divergence. Will it change something in Greenock?», in R. Hazell (a cura di), *The State of the Nations 2003*, Imprint Academic, London.
- HAM C. (2004), *Health Policy in Britain*, 5th Edition, Palgrave MacMillan, Houndmills.
- HAM C. (2008), «Gordon Brown's agenda for the NHS», *British Medical Journal*, 336, pp. 54-55.
- KEEN J., LIGHT D., MAYS N. (2001), *Public-Private Relations in Health Care*, King's Fund, London.
- OECD (2003), *Health at a Glance*, OECD, Paris.
- OECD (2007), *OECD Health Data*, 2006.
- OLIVER A. (2005), «The English National Health Service: 1979-2005», *Health Economics*, 14, pp. S75-S100.

- SMITH P.C. (2005), «Performance measurement in health care: History, challenge and prospects», *Public Money and Management*; August, pp. 213-220.
- WALSHE K. (2003), *Regulating Healthcare*, Open University Press, Maidenhead.
- WANLESS D. (2001), *Securing Our Future Health: Taking a Long Term View. Interim Report*, HM Treasury, London.
- WANLESS D. (2002), *Securing Our Future Health: Taking a Long Term View. Final Report*, HM Treasury, London.

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.

I rischi nel processo trasfusionale: un'applicazione della tecnica FMECA

M.M. GIANINO, I. FINIGUERRA, L. MAINA, M. GALZERANO, F. APRÀ, O. GIACHINO,
M. MILAN, G. MONTEGROSSO, A. AUDISIO, D. FIORINA, M. DI PRIMA,
G. MIELE, G. RENGA

A peculiar kind of risk to manage in health organizations is related to blood transfusions. International studies consider the typology of failure in addition to the number of adverse events. Our study concerns about the application of Failure Mode and Critical Effect Analysis conducted in San Giovanni Bosco Hospital (Local Health Unit number four, Turin, Italy). This process enumerates ten steps and their respective activities. Potential failures are 37 and have a low probability of occurrence and a low detection but they produce severely relevant effects. After finding determining causes, preventive control systems have been undertaken to remove these causes.

Keywords: adverse events, FMECA, blood transfusion

Parole chiave: eventi avversi, FMECA, processo trasfusionale

Note sugli autori

Maria Michela Gianino, Giovanni Renga, Mario Galzerano, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino
Ivana Finiguerra, Luca Maina, Franco Aprà, Osvaldo Giachino, Massimo Milan, Gaspare Montegrosso, Antonella Audisio, Daniela Fiorina, Michele Di Prima, Gianni Miele, Azienda Sanitaria Locale 4 di Torino

1. Introduzione

Il rischio ed il *risk management* hanno nelle aziende sanitarie, e in particolar modo in quelle pubbliche, un maggior grado di complessità rispetto alle imprese che operano in altri settori dell'economia.

Le ragioni che rendono più articolata la gestione del rischio sono rintracciabili in due elementi:

- le finalità dell'azienda sanitaria pubblica;
- la considerevole numerosità di professionisti.

Relativamente al primo, è afferabile che gli istituti sanitari hanno la necessità di perseguire sia l'obiettivo di efficacia, espressa come salvaguardia e/o miglioramento delle condizioni di salute dei cittadini, sia l'obiettivo economico-aziendale di operare nel rispetto del vincolo di bilancio. La presenza di tali distinti obiettivi condiziona la tipologia di rischio da gestire. Da un lato infatti le aziende sanitarie devono gestire i cosiddetti rischi puri, cioè quelle situazioni aleatorie che hanno una bassa probabilità di verificarsi ma che, in caso di manifestazione, provocano un danno elevato. I rischi puri possono essere originati da eventi esterni all'azienda e su cui il management non ha alcuna possibilità di influire o da eventi interni all'azienda su cui invece la classe dirigente ha direttamente la possibilità di esercitare una qualche influenza. Sono esempi del primo tipo quelli collegati ai fenomeni naturali, come terremoti, inondazioni, mentre costituiscono

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La FMECA
3. La metodologia
4. I risultati
5. Conclusioni

esempi del secondo tipo i rischi di furto o di blocco del sistema energetico o di omissioni od errori nella gestione delle competenze in campo amministrativo sino a rischi di immagine (Gianino *et al.*, 2006). Dall'altro, la finalità di migliorare e/o salvaguardare lo stato di salute delle persone aggiunge altre tipologie di rischio da trattare e somma alle precedenti fonti di aleatorietà quelle legate alle attività di erogazione delle prestazioni sanitarie capaci di originare eventi in grado di produrre effetti negativi o inattesi sullo stato di salute del paziente, del dipendente o degli ospiti. Si tratta di una ampia gamma di tipologie di rischio fra le quali si distinguono per numerosità e frequenza gli eventi avversi. Definibili, nella interpretazione più estensiva, come «un evento, riguardante un paziente che sotto condizioni ottimali non è conseguenza della malattia o della terapia» (Wolff *et al.*, 2001), gli eventi avversi comprendono tutti quei rischi che hanno come destinatario l'utente e che non sono circoscritti alla pratica clinica ma si possono ricondurre a qualunque causa, anche di tipo organizzativo o culturale. Si tratta di una categoria che annovera tutte le complicazioni durante e post intervento chirurgico, gli effetti collaterali da cure mediche, le ripercussioni negative derivanti da attività assistenziali, le morbosità correlate ad un trattamento farmacologico, ma anche le cadute o le aggressioni e che trova nell'errore una delle cause della loro manifestazione.

Il secondo elemento di complessità è connesso alla cospicua presenza di *professionals* il cui ruolo è contraddistinto da connotati particolari delineabili in:

- preposizione allo svolgimento di un limitato numero di compiti che hanno la caratteristica di essere complessi. La complessità è in funzione del corpo di conoscenze, capacità e esperienze che richiedono per la loro esecuzione, per cui, essendo i professionisti i detentori delle conoscenze da applicare, delle abilità necessarie e delle esperienze occorrenti a compierli, non possono essere svolti da un soggetto sottoposto ad un addestramento di breve periodo;
- elevata autonomia nello svolgimento della propria attività. Per svolgere professionisti complesse non è concepibile la sottoposizione a regole o vincoli gerarchici stretti, ma

ciascun professionista deve poter controllare direttamente la propria attività (Mintzberg, 1996).

Per queste caratteristiche i *professionals* sono capaci di condizionare con il loro operato il raggiungimento sia dell'obiettivo di migliorare e/o salvaguardare lo stato di salute della popolazione sia dell'equilibrio economico. Influenzano entrambe le finalità menzionate dell'azienda sanitaria tutti quei professionisti di area tecnico-professionale-amministrativa o di area sanitaria che trattano indirettamente o direttamente con l'utente in quanto, o perché autori delle condizioni organizzative e di sicurezza in cui si realizzano i servizi sanitari o perché realizzatori e responsabili delle prestazioni che erogano, possono divenire i determinanti di eventi dannosi e gli induttori di conseguenze sul patrimonio aziendale. In secondo luogo nei confronti dei *professionals* non sono applicabili meccanismi organizzativi che impongano regole o comportamenti, come la standardizzazione dei processi di lavoro, che è l'esplicitazione scritta del modo di lavorare di ciascun soggetto coinvolto nello svolgimento di una certa attività o processo, o come il ricorso all'autorità formale di un superiore gerarchico che impone come comportarsi nell'eseguire i propri compiti. Ne deriva che la presenza di *professionals* condiziona le modalità di trattamento dei rischi e comporta la necessità di creare consapevolezza e partecipazione sulle problematiche ad essi relative.

Questi elementi di complessità del mondo sanitario pubblico da un lato giustificano i suggerimenti avanzati dalla letteratura secondo cui le conoscenze e le competenze dei professionisti sono ingredienti a cui non si può rinunciare nel governo dell'intero processo di gestione del rischio (Gregis, Marazzi, 2003; Cinotti, 2004; Floreani, 2005) e dall'altro motivano la definizione offerta dalla *Joint Commission Of Accreditation Of Healthcare Organizations* secondo la quale il RM è «l'insieme delle attività intraprese per identificare, valutare e gestire i rischi per i pazienti, per i dipendenti, per i visitatori e i rischi di perdita per l'organizzazione stessa».

Fra i numerosi rischi che le organizzazioni sanitarie devono identificare, valutare e ge-

stire, vi sono quelli correlati alle trasfusioni di sangue ed emocomponenti.

Tale affermazione è avvalorata dai risultati emersi da autorevoli studi internazionali.

Linden *et al.*, nel 2000, analizzando i dati forniti da 256 servizi trasfusionali dello Stato di New York relativi al periodo 1990-1999, stimano che una trasfusione su 19.000 è somministrata ad un paziente diverso dal corretto destinatario e che il rischio di trasfusioni AB0 incompatibile è di 1 su 38.000. Di questi il 47% non dà origine ad un evento avverso e 1 su 1.800.000 esita nella morte del paziente. Nel Regno Unito, Williamson *et al.* (1999), esaminando i dati raccolti nel periodo 1996-1998 negli ospedali inglesi ed irlandesi, concludono che in una trasfusione su 18.000 (191 trasfusioni su 3.400.000) il ricevente non è il paziente a cui deve essere somministrata. Dei 191 episodi riportati 62 sono in trasfusioni AB0 incompatibile, 3 dei quali esitanti in morte del paziente e 25 richiedono l'erogazione di cure intensive. Così ancora il sistema di emovigilanza francese stima il rischio di morte per trasfusione AB0 incompatibile essere 1 su 1.800.000 (Andreu *et al.*, 2002) e per, il Belgio, Baele *et al.* (1994) riportano un tasso di somministrazione a erroneo paziente pari a 1 su 500 trasfusioni.

Linden *et al.* (2000) e Williamson *et al.* (1999) si spingono oltre alla stima della numerosità di eventi avversi o potenzialmente tali per ricercare le tipologia di *failure*, qualificabili, sia come errori umani commessi da coloro che operano a diretto contatto con il paziente e derivanti da compimento di atti non sicuri o di omissioni o ancora da violazioni (Reason, 2000), ma anche come difetti o malfunzionamenti di attrezzature o dispositivi medici, scomparsa o posizionamento non corretto della documentazione clinica, mancati forniture o approvvigionamenti di materiali e farmaci, ritardi nell'effettuazione di esami diagnostici, sistema di comunicazione inadeguato e qualunque altro errore od omissione capace di interrompere o impedire lo svolgersi del processo e mettere in pericolo la sicurezza del paziente (Di Denia, 2004).

L'individuazione dei *failure* costituiscono il passaggio obbligato per la determinazione delle loro cause. Dai risultati

presentati dai due ricercatori emerge che la sicurezza totale del sistema trasfusionale dipende dal presidio di tutto il processo dal momento che i failure «occurred at all stages of the process» (Williamson *et al.*, 1999) e si evince che le principali cause si riassumono in:

- incompleta rilevazione delle informazioni per la corretta identificazione del paziente;
- coordinamento delle attività dei diversi operatori mediante comunicazioni orali o telefoniche e non scritte;
- simultaneità di più trasfusioni;
- mancanza dell'applicazione delle procedure di controllo della corrispondenza dell'emocomponente o sangue da trasfondere con il paziente naturale destinatario.

Nel contesto delineato e caratterizzato, negli aspetti generali, dagli elementi di maggiore complessità nella gestione del rischio in sanità, e, nello specifico della realtà del processo trasfusionale, dalle esperienze riportate dalla letteratura, e nel quadro delle indicazioni fornite dal Ministero della salute in merito agli errori in sanità (Ministero, 2004, 2005), si colloca il presente contributo che riporta i risultati di uno studio, condotto nel Presidio ospedaliero San Giovanni Bosco dell'Asl 4 di Torino, relativo alla applicazione della metodologia *Failure Mode and Critical Effect Analysis* (FMECA) al processo di trasfusione di sangue.

L'obiettivo dello studio era di sperimentare nel contesto ospedaliero la suddetta metodologia di identificazione delle potenziali situazioni di rischio connesse alla trasfusione di sangue e individuare le priorità di intervento e, ancora, valutare la sua effettiva capacità di identificare i potenziali *failure* presenti nel processo.

L'articolo si dipana seguendo un *iter* che parte con la caratterizzazione della metodologia FMECA (§ 2), prosegue con la descrizione delle modalità con cui si è proceduto nella sua applicazione nell'Asl 4 (§ 3) e con la specificazione dei risultati che si sono conseguiti (§ 4) e termina con un paragrafo finale, il numero 5, che riporta conclusioni e considerazioni relative alla metodologia adottata.

2. La FMECA

Rileggendo la definizione proposta dalla *Joint Commission Of Accreditation Of Healthcare Organizations* è possibile qualificare il *Risk Management* come un processo che si compone di tre fasi:

1) l'identificazione del rischio. La sua finalità è di delineare il profilo di rischio dell'organizzazione indagata attraverso la ricerca e la strutturazione dei flussi di informazione utili a tale scopo (Corvino, 1996);

2) la valutazione del rischio. Tale fase ha l'obiettivo di individuare il *mix* ottimale di tecniche di trattamento del rischio. Il processo in cui si dipana parte con la misurazione del rischio, sia quantificando il numero di eventi che potrebbero verificarsi, e che sono riconducibili al rischio in esame, sia misurando le ripercussioni che il verificarsi dell'evento avrebbe sulla salute delle persone e/o sull'azienda ed i costi che esse comportano. Proceede con l'approfondimento della dinamica con cui possono manifestarsi i rischi in modo da pervenire alla conoscenza delle cause capaci di provocare il realizzarsi di un evento dannoso. L'intento è di classificare i rischi e darne un ordine di precedenza per facilitare le azioni conclusive della fase che consiste nella valutazione delle diverse alternative di gestione del rischio al fine di individuare la strategia o il *mix* di alternative più conveniente in termini di efficacia e di efficienza. È infatti inevitabile che chi deve gestire i rischi si trovi di fronte alla necessità di stabilire delle priorità ed individuare la giusta corrispondenza fra rischio e modalità di trattamento (Corvino, 1996);

3) la gestione o il trattamento del rischio con l'obiettivo di selezionare il piano di gestione ottimale e procedere alla sua realizzazione. Si tratta sostanzialmente di scegliere le tecniche di controllo del rischio e le tecniche di finanziamento più idonee (Corvino, 1996). Senza entrare nel dettaglio delle specifiche è importante ricordare che le prime si classificano, a seconda dell'impatto sul profilo di rischio, in tecniche:

- preventive, quando riducono la probabilità del verificarsi degli eventi dannosi;
- di protezione, quando limitano i danni causati dall'evento dannoso;

e, a seconda dello strumento utilizzato, in tecniche:

- di controllo fisico se utilizzano impianti o congegni fisici finalizzati sia alla prevenzione che alla protezione;
- procedurali atte a definire regole comportamentali finalizzate anch'esse alla prevenzione e protezione;
- psicologiche volte a sensibilizzare l'intera struttura organizzativa verso una cultura di gestione dei rischi.

Le tecniche di finanziamento, invece, cambiano in funzione del soggetto su cui ricadono le conseguenze economico-finanziarie dell'evento dannoso e si identificano in tecniche di trasferimento, quando l'equilibrio economico-finanziario dell'azienda viene tutelato trasferendo a soggetti terzi le conseguenze (attraverso accordi contrattuali o polizze assicurative) e di ritenzione, quando l'equilibrio economico-finanziario dell'azienda viene tutelato attraverso una preventiva pianificazione finanziaria (accantonamenti contabili, linee di credito contingenti) (Corvino, 1996).

L'intero processo di gestione del rischio, così come descritto nelle tre fasi, può essere attuato utilizzando metodi reattivi o proattivi. I primi sono impiegati per studiare le modalità di accadimento di eventi che si sono già realizzati al fine di individuarne le cause su cui si dovrà intervenire per ridurre o eliminare il rischio. L'analisi dell'evento va condotta quindi a ritroso rispetto alla sequenza temporale che lo ha generato, per avere una ricostruzione il cui risultato finale è la conoscenza delle cause profonde che lo hanno generato su cui agire con opportune modalità di trattamento (Ministero Salute, 2004).

I metodi proattivi comportano uno studio dei processi operativi e delle loro componenti e puntano alla individuazione ed alla eliminazione delle criticità del sistema prima che l'evento dannoso si verifichi (Reason *et al.*, 2001; Reason, 2002). Alla base delle metodologie proattive risiede l'idea che sia possibile prevenire il manifestarsi di un rischio attraverso una sua individuazione anticipata e l'adozione di misure idonee per trattarlo prima che dia i suoi effetti negativi (Ministero salute, 2004). Fra i metodi proattivi è annoverabile quello adottato nell'esperienza descritta in questo articolo e precisamente la

metodologia FMECA (Di Denia, 2003; Di Denia *et al.*, 2004; Catelani, 1999).

La FMECA è una tecnica di analisi volta:

- alla individuazione preventiva di *failure*, così come definiti nel paragrafo introduttivo,
- alla loro valutazione mediante la ricerca delle cause determinanti e la definizione di una graduatoria di priorità di intervento,

al fine di procedere al loro trattamento mediante tecniche di controllo preventive volte alla rimozione delle cause prima che essi accadano.

La tecnica in oggetto nasce una quarantina di anni fa negli Stati Uniti in campo missilistico e nella valutazione dell'affidabilità di strumenti elettronici. Il suo utilizzo si estende poi ad altri settori ed in particolare in quello automobilistico. Il Comitato elettrotecnico internazionale ha emanato nel 1985 la norma 812 per disciplinarne l'uso e in Italia le aziende aderenti all'ANFIA (Associazione Nazionale Fra Industrie Automobilistiche) hanno redatto e pubblicato nel 1998 le linee guida per l'organizzazione, la gestione e l'esecuzione della FMECA (ANFIA, 1998). Per le sue origini nel mondo della progettazione in ambito industriale, la tecnica in oggetto può essere applicata ad un progetto o ad un processo. Nel primo caso è utilizzata per analizzare le componenti di un nuovo bene o servizio prima che venga realizzato per identificare i possibili *failure* e per ciascuno di essi tutti gli effetti sul cliente, al fine di adottare misure correttive e migliorarne la qualità e sicurezza. Nel secondo caso l'analisi prende in considerazione i possibili *failure* nella esecuzione delle attività che compongono il processo al fine di inserire controlli, sviluppare procedure, predisporre contromisure per limitare il manifestarsi degli effetti sul destinatario del processo stesso. In entrambi gli oggetti di applicazioni il cliente può essere l'utilizzatore finale o quello intermedio.

La FMECA si sviluppa come integrazione della tecnica *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA), con la quale si effettua una analisi qualitativa dei singoli elementi componenti un progetto/processo per determinare i possibili *failure* ed i loro effetti, aggiungendo ad essa una analisi di tipo quantitativo capace di stimare il livello di criticità degli incon-

venienti individuati (*critically analysis*) mediante l'attribuzione di un indice di criticità. Nella pratica corrente ormai quando si parla di FMEA si intende la FMECA (Di Denia *et al.*, 2003; Di Denia, 2004).

In sanità la tecnica comincia ad essere applicata come strumento di gestione del rischio e, negli ultimi tempi, si sta diffondendo soprattutto nelle organizzazioni sanitarie statunitensi da quando la *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations* (JCAHO, 2001) ha revisionato gli standard di sicurezza del paziente e ha introdotto nel proprio manuale per l'accreditamento 2001 alcuni requisiti che altro non sono che gli steps di realizzazione della FMECA. Le esperienze condotte interessano prevalentemente i processi ad alto rischio come quelli di gestione e somministrazione dei farmaci (Cohen *et al.*, 1994; Mc Nelly *et al.*, 1997), perioperatori (Spath, 2003; Coles *et al.*, 2005) e della erogazione di trasfusioni (Baele *et al.*, 1994; Williamson *et al.*, 1999; Linden *et al.*, 2000; Andreu *et al.*, 2002; Burgmeier, 2002) rispetto a cui una ricerca, condotta in tre ospedali statunitensi, ha concluso che la metodologia è una «excellent way to identify potential medical process weaknesses leading to high-risk patient risk for all six processes assessed» (Coles *et al.*, 2005).

3. La metodologia

La tecnica utilizzata è, come anticipato, la FMECA che, per la sua realizzazione, presuppone la costituzione di un gruppo di lavoro (GL) in cui trovano collocazione le diverse figure professionali e le funzioni aziendali coinvolte nel processo. Con la forma a gruppo e la partecipazione di operatori che hanno una particolare conoscenza e competenza rispetto al processo in esame si garantisce lo scambio di informazioni e il suo studio da diversi punti di osservazione, consentendo una analisi completa e non limitata ad alcune attività e criticità collegate al loro svolgimento.

Nel rispetto del criterio della multiprofessionalità ed multidisciplinarietà, è stato costituito un gruppo di lavoro composta da: 1 medico di Direzione sanitaria, il Responsabile del Servizio immunotrasfusionale, 1 medico della Medicina generale A, il Responsabile infermieristico del Dipartimento chirurgico, 1 infermiere dell'Ufficio qualità. Tale grup-

po ha operato nel rispetto dell'assunto della tecnica FMECA secondo cui l'analisi deve essere condotta dal punto di vista del destinatario del processo in esame, identificato nel paziente ricevente la trasfusione di sangue, e ha realizzato le fasi logico-operative previste dalla tecnica, così come riprodotte in **figura 1**.

In particolare, il gruppo di lavoro, saltando la prima fase relativa alla scelta del processo in quando implicita nell'esperienza dell'Asl 4, ha proceduto con le altre 7 consistenti in:

- a) identificazione delle fasi in cui è scomponibile il processo trasfusionale e descrizione delle attività che compongono ciascuna di esse;
- b) identificazione dei possibili *failure* che si potrebbero verificare nello svolgimento di ogni attività. Operativamente si tratta di rispondere alla domanda: «che cosa potrebbe “andare storto” durante lo svolgimento della attività?»;
- c) individuazione degli effetti sul paziente derivanti dal verificarsi del *failure*. In tale fase si è reso necessario descrivere tutti gli effetti, per poi focalizzare l'attenzione sul più grave;
- d) identificazione delle cause;
- e) costruzione e applicazione delle tre scale di valutazione necessarie: Gravità dell'ef-

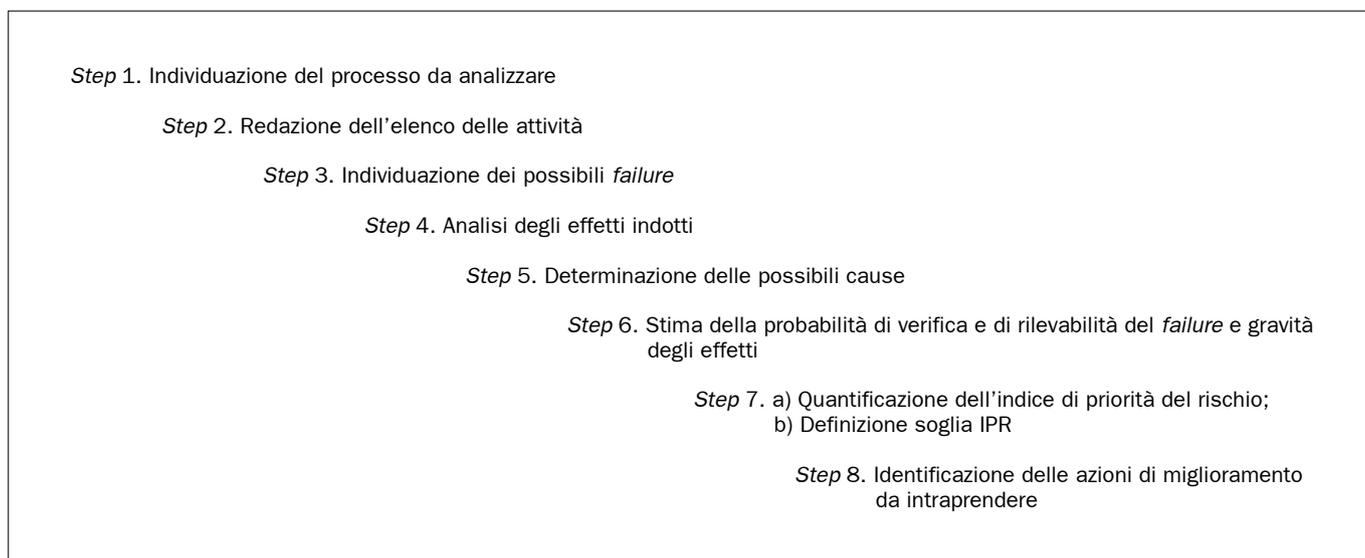
fetto (G), Probabilità (P) del potenziale *failure* e sua Rilevabilità (R).

Partendo dalla considerazione che la descrizione di ciascun gradino delle tre scale e la numerosità degli stessi deve essere definita caso per caso, in quanto i modelli presenti nei manuali operativi o in letteratura possono essere utilizzati al più come esempi (Cinotti, 2002), il GL ha provveduto alla loro costruzione così come riprodotte in **tabella 1**. Nel realizzare tale operazione il GL ha assunto che:

- per Gravità dell'effetto si intende l'entità del danno che il paziente può subire in conseguenza del reale accadimento del potenziale *failure*. La gravità deve essere stimata rispetto al danno maggiore che il paziente può subire;
- per Probabilità si intende la frequenza con cui il potenziale *failure* può accadere;
- per Rilevabilità si intende la possibilità che il potenziale *failure* possa essere individuato da misure di controllo presenti nell'organizzazione. Ha costruito le scale in modo tale che le stime della maggiore gravità e probabilità di accadimento di un *failure* corrispondano all'attribuzione dei valori più elevati, mentre la stima di una alta rilevabilità dello stesso corrisponda ai valori più bassi della scala;

Figura 1

Steps di realizzazione della tecnica FMECA (*)



(*) Fonte con adattamenti: ANFIA (1998).

Descrizione	Scala	Valore
Probabilità		
La probabilità che si generino <i>failure</i> è molto alta	Molto alta	9-10
La probabilità che si generino <i>failure</i> è alta	Alta	7-8
La probabilità che si generino <i>failure</i> è media	Moderata	5-6
La probabilità che si generino <i>failure</i> è bassa	Bassa	3-4
La probabilità che si generino <i>failure</i> è trascurabile	Improbabile	1-2
Gravità		
Il <i>failure</i> produce morte	Molto alta	9-10
Il <i>failure</i> produce effetti che creano danni gravi al paziente (lesioni permanenti)	Alta	5-8
Il <i>failure</i> produce effetti non gravi sul paziente (assenza di lesioni permanenti)	Bassa	3-4
Il <i>failure</i> produce effetti che non creano danni al paziente	Improbabile	1-2
Rilevabilità		
La struttura sanitaria non prevede controlli per evidenziare l'eventuale <i>failure</i> ed è improbabile che l'operatore lo percepisca	Improbabile	9-10
Sono previsti controlli. Tuttavia vi è una probabilità limitata che l'eventuale <i>failure</i> sia percepito dagli operatori/sistema	Bassa	7-8
Sono previsti controlli ma la probabilità che il <i>failure</i> sia percepito dagli operatori/sistema è abbastanza elevata	Moderata	5-6
Sono previsti controlli e/o la probabilità che il <i>failure</i> sia percepito dagli operatori/sistema è molto alta	Alta	3-4
Sono previsti controlli che individuano prontamente il <i>failure</i> prima che il servizio sia erogato	Molto alta	1-2

Tabella 1
Scale di valutazione della probabilità, gravità e rilevabilità
Fonte: elaborazione propria

f) calcolo dell'indice di priorità del rischio dato dalla combinazione dei tre valori precedentemente determinati per cui si ha: $IPR = G \times P \times R$. Un punteggio IPR elevato è l'espressione di un potenziale *failure* che può provocare gravi conseguenze, ha una elevata probabilità di verificarsi, ha limitate possibilità di essere scoperto prima di raggiungere il paziente. Il suo calcolo ha permesso di riordinare per priorità tutti i possibili *failure* cominciando da quello che ha valore maggiore a cui seguono, in ordine decrescente, gli altri. Questo *step* è terminato con la definizione della soglia di IPR che ha la finalità di stabilire su quali *failure* si debba primariamente agire per ridurre i rischi dell'intero processo;

g) identificazione delle azioni correttive.

Come strumento di lavoro e di sintesi dei risultati raggiunti nelle prime 6 fasi e dello *step 7 a*) è stata elaborata una scheda di analisi composta da 9 colonne intestate in sequenza a: Fasi del processo, Attività che costituiscono le fasi, Potenziali *failure*, Effetti dei *failure*, Cause del *failure*, Probabilità del

verificarsi del *failure*, Gravità dell'effetto, Rilevabilità del *failure* e indice di Priorità del rischio, e riprodotta in **figura 2**. La sua predisposizione è il risultato di un adattamento di modelli offerti dalla letteratura nazionale ed internazionale (Ness *et al.*, 2001; Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna, 2002; Burgmeier, 2002; Di Denia *et al.*, 2003; Spath, 2003;) alla peculiarità del processo trasfusionale e costituisce la base dati di partenza per le fasi 7 b) e 8.

Nel compiere i passi operativi il GL ha operato secondo le seguenti modalità:

- studio dell'assetto organizzativo delle unità operative coinvolte nel processo di trasfusione e osservazione diretta del suo iter procedurale, per le fasi 2 e 3. In particolare per lo *step 2* si è deciso di descrivere il processo così come si svolge nella realtà e non come dovrebbe svolgersi;

- applicazione della tecnica del *focus group* ed analisi di risultati desunti dalla letteratura, per le fasi da 4 a 8. Il *Focus Group* è stato costituito aggiungendo ai membri del Gruppo di lavoro altri componenti e preci-

Figura 2
 Scheda di analisi FMECA del processo trasfusionale

Fasi del processo clinico assistenziale	Attività che costituiscono le fasi	Potenziali Failure	Effetti del Failure	Cause del Failure	Criticità del Failure			Indice di priorità del rischio (P x G x R)
					Probabilità del verificarsi del Failure P	Gravità dell'effetto G	Rilevabilità del Failure R	
1. Raccolta del consenso	Indicazioni/chiarimenti al paziente su eventuali rischi e altre terapie alternative Compilazione e firma del modulo per il consenso Archiviazione in cartella clinica	Inadeguata comprensione dei rischi da parte del paziente	Presenza di un consenso non realmente informato	Mancanza moduli in altre lingue	4	3	10	120
		Mancanza della firma al consenso	Non rintracciabilità della documentazione	Distrazione del personale	3	4	10	120
		Non correttezza dei dati anagrafici		Non conoscenza della importanza della corretta/ completa compilazione	5	9	8	360
		Non completezza dei dati anagrafici			5	6	7	210
		Mancanza di dati			6	5	8	240
2. Richiesta	Compilazione modulo di richiesta: <ul style="list-style-type: none"> • dati anagrafici completi in stampatello • dati di laboratorio e clinici • tipologia intervento chirurgico o patologia principale • firma e timbro del medico • data e ora prevista della trasfusione 	Mancanza in cartella clinica del consenso			3	3	10	90
		Non correttezza e/o non comprensibilità dei dati anagrafici	Errata identificazione del paziente	Richiesta compilata da operatori diversi	7	10	8	560
		Non completezza dei dati anagrafici	Ripetizione della richiesta	Distrazione nella compilazione	7	10	8	560
		Mancanza parametri clinici necessari per la motivazione alla richiesta		Non conoscenza della importanza della corretta/ completa compilazione	5	7	5	175
		Firma illeggibile o mancanza timbro			7	3	6	126
Mancanza data e ora prevista			7	8	6	336		

segue **Figura 2**
Schema di analisi FMECA del processo trasfusionale

Fasi del processo clinico assistenziale	Attività che costituiscono le fasi	Potenziali Failure	Effetti del Failure	Cause del Failure	Criticità del Failure			Indice di priorità del rischio (P x G x R)
					Probabilità del verificarsi del Failure P	Gravità dell'effetto G	Rilevanza del Failure R	
3. Ricerca anticorpi irregolari	Verifica identità del paziente	Non evidenziazione della discordanza tra i dati del modulo di richiesta con quelli della provetta	Reinizio del processo dalla fase 1	Distrazione nella compilazione della provetta	6	10	7	420
	Esecuzione prelievi in 2 tempi per determinazione del gruppo sanguigno per test di compatibilità ABO e anticorpi irregolari	Non completezza dei dati da rilevare per la ricerca anticorpi irregolari	Errata identificazione del paziente	Non conoscenza delle istruzioni operative del centro trasfusionale	7	8	8	448
	Compilazione della provetta al momento del prelievo, chiedendo esplicitamente al paziente nome, cognome e data di nascita. Identificazione reparto, data del prelievo e firma dell'operatore che ha eseguito il prelievo	Illeggibilità della firma		Mancato coordinamento tra gli operatori	7	3	8	168
	Invio del campione prelevato al Centro trasfusionale in condizioni di sicurezza	Non esecuzione dei prelievi in tempi diversi		Difficoltà compilazione etichetta per spazio ridotto	7	10	7	490
	Rispetto degli eventuali orari del Centro trasfusionale	Mancata consegna del campione		Mancanza procedura scritta	2	10	6	120
	Invio urgente previo avviso del centro trasfusionale	Mancata allerta del Centro Trasfusionale			1	10	6	60
	Consegna del modulo di richiesta e del campione al personale del Centro trasfusionale	Esecuzione del prelievo al paziente sbagliato			6	10	7	420

segue **Figura 2**
 Scheda di analisi FMECA del processo trasfusionale

Fasi del processo clinico assistenziale	Attività che costituiscono le fasi	Potenziali Failure	Effetti del Failure	Cause del Failure	Criticità del Failure			Indice di priorità del rischio (P x G x R)
					Probabilità del verificarsi del Failure P	Gravità dell'effetto del Failure G	Rilevabilità del Failure R	
4. Ritiro e controllo delle unità di sangue	In orario di apertura del centro trasfusionale:	Ritiro dell'unità sbagliata	Arrivo in reparto di sacche errate	Non conoscenza della importanza della corretta/ completa compilazione	3	8	6	144
	Compilazione del registro di scarico del centro trasfusionale	Ritiro di più sacche senza frigoemoteca in reparto	Trasfusione della sacca dopo più di 1 ora dal ritiro	Contemporaneità di più trasfusioni	8	5	10	400
	Ritiro della sacca			Non conoscenza delle istruzioni operative del centro trasfusionale				
	Fuori orario di apertura del Centro trasfusionale			Mancanza di una procedura scritta				
	Ritiro chiavi in portineria del Centro trasfusionale							
	Compilazione del registro di scarico del centro trasfusionale							
	Ritiro della unità di sangue e riconsegna chiavi							
	Unità di sangue richieste in urgenza fuori orario:							
	Ritiro unità di sangue in pronto soccorso							
	Deposito unità di sangue non utilizzate al centro trasfusionale							
5. Controllo delle unità di sangue in reparto	Verifica che il numero identificativo corrisponda alla richiesta	Non evidenziazione della non corrispondenza tra unità di sangue e paziente	Trasfusione unità di sangue non corretta	Distrazione del personale	4	10	8	320
	Controllo dell'identità del paziente da trasfondere e corrispondenza del modulo di accompagnamento dell'unità			Presenza di casi di omonimia Contemporaneità di più trasfusioni Mancanza di una procedura scritta				

segue **Figura 2**
Schema di analisi FMECA del processo trasfusionale

Fasi del processo clinico assistenziale	Attività che costituiscono le fasi	Potenziali Failure	Effetti del Failure	Cause del Failure	Criticità del Failure			Indice di priorità del rischio del Failure (P x G x R)
					Probabilità del verificarsi del Failure P	Gravità dell'effetto del Failure G	Rilevabilità del Failure R	
6. Conservazione delle unità di sangue in reparto	Somministrazione entro 1 ora dal ritiro dell'unità di sangue dal Servizio trasfusionale Invio al Servizio trasfusionale delle unità di sangue non usate con documentazione attestante l'integrità e la sua corretta conservazione	Tenuta in reparto a temperatura ambiente per più di una ora della sacca di sangue Conservazione in frigo le unità di sangue non utilizzate	Possibilità di emolisi	Distrazione del personale Dimenticanza Contemporaneità di più trasfusioni Mancanza di una procedura scritta	7	4	10	280
7. Identificazione unità di sangue	Valutazione delle registrazioni: <ul style="list-style-type: none"> data di scadenza dell'unità riportata sull'etichetta corrispondenza numero identificativo della sacca con il modulo di accompagnamento corrispondenza sacca di emocomponente con nominativo paziente corrispondenza sacca di emocomponente con gruppo paziente Ispezione dell'unità di sangue per escludere segni di emolisi Controllo visivo dell'integrità della sacca di emocomponente	Non evidenziazione della mancata corrispondenza dati del paziente e unità di sangue Utilizzo unità di sangue scaduta Non evidenziazione della non corrispondenza dati del paziente con il gruppo	Ritardi sulla trasfusione Trasfusione unità di sangue non corretta	Mancanza di una procedura scritta	4	10	8	320
8. Identificazione del paziente	Verifica, da parte dell'infermiere e del medico al letto del paziente, dell'identità del paziente: <ul style="list-style-type: none"> se cosciente, domandandogli direttamente cognome, nome e data di nascita se non cosciente, verificando l'identità con controlli in doppio delle informazioni di identificazione Somministrazione a omonimo Somministrazione ad altro paziente	Somministrazione a omonimo Somministrazione ad altro paziente	Errata identificazione del paziente	Non conoscenza disposizioni legislative Mancanza di una procedura Identificazione fatta da un solo operatore Assenza del medico al letto del paziente per controllo incrociato	3	10	8	240
					4	10	10	400

segue **Figura 2**
 Scheda di analisi FMECA del processo trasfusionale

Fasi del processo clinico assistenziale	Attività che costituiscono le fasi	Potenziali Failure	Effetti del Failure	Cause del Failure	Criticità del Failure			Indice di priorità del rischio (P x G x R)
					Probabilità del verificarsi del Failure P	Gravità dell'effetto G	Rilevabilità del Failure R	
9. Somministrazione della trasfusione	Preparazione del paziente: • informazione sui sintomi da riferire immediatamente • controllo digiuno • individuazione della sede venosa • individuazione del materiale per la trasfusione • controllo parametri vitali (FC; PAO; T.C.) prima della trasfusione, dopo 15' e al termine Trasfusione a goccia lenta nei primi 15' Valutazione assenza di complicanze Rilevazione ad intervalli regolari dei parametri vitali e gli indicatori di una reazione trasfusionale	Errore nella trascrizione Mancanza di controlli Non idoneità del materiale Velocità di infusione non congrua Infusione nella 2ª via con i farmaci	Insorgenza complicanze Rischi inquinamento sacca Ritardi interventi terapeutici	Distrazione del personale Mancanza competenze e capacità Mancanza di una procedura scritta	3 4 1 1 1	6 10 7 10 10	10 10 10 8 8	180 400 70 80 80
		Errore nella trascrizione Mancata compilazione Mancata applicazione etichetta adesiva Applicazione etichetta adesiva su cartella clinica errata	Non rintracciabilità nella documentazione	Distrazione del personale Mancanza conoscenze capacità Mancanza di una procedura scritta	4 4 3 1	4 4 3 3	10 10 7 10	160 160 63 30

samente: 1 medico del Servizio immunotrasfusionale; 1 medico di Direzione sanitaria, 1 medico responsabile della Medicina di urgenza, il Coordinatore infermieristico della Struttura complessa ortopedia, il Coordinatore infermieristico della Chirurgia generale e di urgenza e il Coordinatore infermieristico della Cardiologia. Si è applicata la formula del *focus group* con moderatore partecipante, in cui il facilitatore del gruppo, individuato nella figura del medico della Direzione sanitaria componente del Gruppo di lavoro, conduceva ogni incontro presentando l'argomento oggetto della discussione (individuato dal gruppo di lavoro o dagli incontri precedenti) e facendo emergere i pareri e i punti di vista spontanei di tutti i soggetti presenti. Gli incontri del *focus group* non sono stati oggetto di registrazioni audio ma di verbalizzazione scritta a cura di uno dei componenti del gruppo a turno e, alla fine di ogni seduta, il facilitatore elaborava i dati ottenuti e li sottoponeva al GL. Sono stati realizzati 4 incontri, con durata temporale oscillante in un range di 1 ora e mezza-2 e con la presenza di tutti i componenti del *focus group*.

Poiché uno degli obiettivi dello studio consisteva anche nel valutare la capacità della metodologia FMECA di identificare i possibili *failure* presenti in un processo complesso come quello della trasfusione è stato realizzato uno studio osservazionale *ad hoc*. L'indagine è stata eseguita in alcune unità operative di degenza scelte tra quelle che avevano effettuato un numero elevato di trasfusioni e quelle che, al contrario, ne avevano eseguite un numero ridotto. Queste due tipologie, infatti, presentano per motivi opposti, un rischio maggiore di incidente trasfusionale: nel primo caso, per maggior frequenza dell'evento trasfusione, nel secondo caso, per una minor abitudine al processo e quindi minor pratica. Le unità operative coinvolte sono state: Medicina generale A, Medicina di urgenza, Cardiologia, Chirurgia generale e d'urgenza e Ortopedia. Al fine dello studio è stata elaborata una griglia di rilevazione per le diverse fasi del processo trasfusionale. Per ognuna delle fasi poteva essere utilizzata solo una verifica documentale (Consenso, Richiesta, Registrazione dei dati), o una osservazione diretta e sincrona al momento dello svolgimento dell'attività

oppure una verifica documentale insieme ad una verifica diretta. Lo studio osservazionale è stato per lo più realizzato da un *team* di rilevatori esterni al gruppo di lavoro e composto da medici del Servizio immunotrasfusionale e infermieri dell'Ufficio qualità, del Dipartimento chirurgico e del Dipartimento di emergenza urgenza. In alcuni casi si è optato per una modalità di auto-rilevazione in quanto non tutte le fasi del processo potevano essere presidiate dai rilevatori esterni; in questi casi è stato garantito l'anonimato sia del compilatore sia dell'unità operativa di appartenenza.

Lo studio si è protratto per 4 settimane.

4. I risultati

Il primo dei risultati, che verranno di seguito descritti seguendo le fasi logico-operative indicate nella descrizione metodologica, si è ottenuto con la realizzazione dello *step 2* che, come illustrano le colonne 1 e 2 della figura 2, ha condotto alla identificazione di 10 fasi del processo trasfusionale, dalla «Raccolta del consenso» alla «Registrazione dei dati dell'avvenuta trasfusione» e, rispetto ad esse, alla individuazione di 34 attività principali.

Dall'attuazione della fase 3 è emerso che i *failure* potenziali risultano essere 37. Questi ultimi sono sostanzialmente qualificabili in errori umani e, come tali, classificabili, seguendo le categorie individuate da Reason (2000), in *failure* di *violazione* quando si verificano azioni eseguite in contrasto con un regolamento, una direttiva, ...; *failure* di *abilità* quando si compiono azioni eseguite in modo diverso da come pianificato (l'operatore sa come dovrebbe eseguire un compito ma non lo esegue o lo esegue in maniera non corretta) e infine *failure* di *memoria/attenzione* quando si eseguono azioni che hanno un risultato diverso dall'atteso a causa di un fallimento della memoria o dell'attenzione.

Seguendo questa classificazione, i *failure* di *violazione* (errata compilazione di schede e/o moduli, non leggibilità dei dati, firme non leggibili ...) risultano essere in numero di 19, i *failure* di *abilità* (uso di materiale non idoneo, sacche non gestite correttamente, mancato controllo dei parametri clinici durante la trasfusione ...) in quantità pari a 11 e i *failure* di *attenzione/memoria* errata

identificazione della discordanza tra paziente e sacca ...) in misura di 7.

Con l'attuazione della fase 4 si sono definiti, per le diverse tipologie di *failure*, i possibili effetti che, come illustra la quarta colonna della figura 2, si riassumono in 15 tipologie diverse con la ripetizione di due sole di esse e precisamente «Errata identificazione del paziente» e «Trasfusione unità di sangue non corretta».

L'effettuazione della fase 5, ha permesso l'identificazione, sempre per le diverse tipologie di *failure*, delle cause riconducibili, come illustra la colonna 5 della figura 2, sostanzialmente a:

- a) lacune nelle conoscenze degli operatori, a cui sono ascrivibili nello specifico:
 - non conoscenza della importanza della corretta/completa compilazione della diversa modulistica e documentazione;
 - non conoscenza delle istruzioni operative del centro trasfusionale;
 - non conoscenza delle disposizioni legislative;
- b) organizzazione del lavoro in cui si includono:
 - mancanza di coordinamento tra gli operatori;
 - assenza del medico al letto del paziente per controllo incrociato;
 - mancanza di procedure scritte;
 - contemporaneità di più trasfusioni;
 - identificazione del paziente fatta da un solo operatore;
- c) profili degli operatori che comprende:
 - mancanza di competenze e capacità degli stessi;
 - distrazione nella esecuzione delle attività.

Dall'applicazione delle tre scale di valutazione scaturisce che i potenziali *failure* hanno: una bassa probabilità di verificarsi, una bassa rilevabilità ma producono effetti di elevata gravità. Infatti, se si osservano le distribuzioni dei valori rispetto alle tre scale, così come emergono dalla lettura delle colonne 6-7-8 della figura 2, si ha che:

- per la Probabilità, i valori disegnano una curva con l'apice in corrispondenza del range 3-4 (bassa probabilità), con 14 *failure* possibili su 37 totali, mentre sono assenti

nella classe 9-10 (probabilità molto alta). I valori più alti si registrano soprattutto nelle fasi 2 e 3 ed il maggiore si ha nella fase 4 relativo al *failure* «Ritiro di più sacche senza frigoemoteca in reparto» e si tratta di *failure* di violazione;

- per la Rilevabilità, i valori sono nulli nelle prime due classi e poi crescono sino al range 7-8 (probabilità limitata che l'eventuale errore sia percepito dagli operatori/sistema), con 17 *failure* su 37, per poi ridiscendere nella classe successiva. Nella classe 7-8 i *failure* sono sia di violazione che di abilità che di attenzione/memoria;

- per la Gravità, il trend dei valori disegna una spezzata con l'apice in corrispondenza della classe 9-10 (*failure* che produce morte), 17 *failure* su 37, registrati prevalentemente nelle fasi 3 «Ricerca anticorpi irregolari», 6 «Conservazione delle unità di sangue in reparto» e 9 «Somministrazione della trasfusione». Si tratta di 7 *failure* di attenzione e 5 di abilità e altrettanti di violazione.

L'attuazione della fase 7 a), ha permesso il calcolo degli IPR dei diversi *failure*, ottenuti come prodotto di Gravità × Probabilità × Rilevabilità, che, come illustra la colonna 9 della figura 2, assumono valori che oscillano da un minimo di 30 ad un massimo di 560 e, a eccezione di due, non raggiungono mai il 50% del valore massimo rilevabile.

Il completamento della fase 7 ha portato alla scelta della soglia di IPR che è avvenuta adottando il seguente criterio: soglia pari al 50% del valore IPR cumulato, giustificato sia dalla distribuzione del prodotto dei valori di P, R e G, la cui moda è pari a 400 tra i valori più alti dell'Indice di priorità del rischio, sia dal trend dei valori cumulati che cresce a ritmo sostenuto sino ai valori \geq a 400 per poi rallentare la sua salita. Dato il significato di tale indice, si sono considerati in via prioritaria quei possibili *failure* con punteggio $> 0 =$ a 400. L'applicazione del criterio ha permesso di identificare 10 criticità prioritarie come indicato in tabella 2.

Si tratta di *failure* che hanno tutti indici di gravità pari a 10, con l'eccezione di «Ritiro di più sacche senza frigoemoteca in reparto» (gravità = 5) e «Non completezza dei dati da rilevare per la ricerca anticorpi irregolari» (gravità = 8), indici di rilevabilità bassi

e probabilità di verificarsi tendenzialmente alti.

Infine, con il compimento dell'ultima fase, partendo dal presupposto che le iniziative per il miglioramento della sicurezza e la riduzione dei *failure* devono operare a livello di sistema e non di singole parti componenti (Callum *et al.*, 2001; Confortini, 2005) e tenendo conto della loro natura rilevata, il gruppo di lavoro ha proposto soluzioni focalizzate su tre grandi direttrici:

- 1) la maggior proceduralizzazione di tutte le fasi del processo;
- 2) l'utilizzo di una scheda trasfusionale;
- 3) la formazione/informazione degli operatori.

La prima soluzione si è concretizzata nella elaborazione di una procedura scritta che copre l'intero processo trasfusionale volta a favorire il coordinamento tra i diversi soggetti e servizi coinvolti e a evitare frammentazioni e discrezionalità nell'operato.

Tale procedura, alla luce delle considerazioni espresse sulla maggiore complessità della gestione del rischio nelle aziende sanitarie dovuta alla presenza di *professionals*, è sottoposta al consenso da parte delle diverse figure professionali coinvolte e dei diversi servizi interessati, ed è oggetto di sperimentazione prima della sua definitiva adozione.

Inoltre, per fornire al personale sanitario uno strumento di ausilio operativo capace di metterlo in condizione di ovviare alle cause di *failure* nel corso dell'esecuzione del processo trasfusionale e di supporto ad una reale applicazione della procedura, è stata elaborata una scheda trasfusionale (**figura 3**). Si concretizza in una sorta di *check-list* che gli operatori devono spuntare nel corso della realizzazione del processo in modo tale da tenere sotto controllo ed ovviare a quei *failure* risultati presenti nello svolgimento delle attività trasfusionali. Per donare maggiore rilevanza e garantire la sua compilazione, la scheda è considerata parte integrante della documentazione sanitaria.

Infine, è stata programmata una serie di incontri che, in occasione della presentazione e spiegazione della procedura, provvedono a formare ed informare gli operatori anche sugli aspetti legali legati al processo trasfusionale.

È opportuno segnalare come risultato il fatto che dallo studio osservazionale risulta che i *failure* individuati rientrano nella gamma identificata con l'applicazione della FMECA e che, applicando la stessa soglia scelta per l'IPR e pari al 50%, i *failure* rilevati in maggiore frequenza sono gli stessi che concorrono a determinare i maggiori valori di IPR (**tabella 3**).

5. Conclusioni

L'obiettivo dello studio era di sperimentare nel contesto ospedaliero dell'Asl 4 la metodologia FMECA applicandola al processo di trasfusione di sangue e valutarne la capacità di segnalare i potenziali *failure* presenti nel processo in oggetto.

I risultati finali dell'applicazione della FMECA hanno dimostrato una sostanziale corrispondenza con i dati della letteratura internazionale sia in relazione alla tipologia di *failure* sia come cause determinanti (Williamson *et al.*, 1999; Linden *et al.*, 2000) ed hanno permesso, attraverso il calcolo dell'indice IPR, di individuare i nodi da sciogliere in via prioritaria. Sono stati intraprese azioni di intervento che coinvolgono il modo di agire di singoli operatori, ma anche il contesto organizzativo in cui lavorano.

Coerentemente con il dettato della tecnica FMECA, che prevede il monitoraggio nel tempo del processo ridisegnato, è previsto che il gruppo di lavoro analizzi le azioni correttive adottate valutando gli esiti delle stesse al fine di garantire l'effettivo controllo del rischio. A tal fine, è stato previsto un controllo a distanza di 6 mesi dalla loro introduzione, utilizzando i dati dello studio osservazionale come storico per il confronto pre e post.

In linea con risultati riprodotti da Coles *et al.* (2005), la FMECA pare essere una buona tecnica di controllo preventivo del rischio clinico, raccomandabile anche in un processo ad alto rischio come quello trasfusionale. Infatti lo studio osservazionale, svolto nelle 5 unità operative indice, ha confermato la correttezza dell'analisi FMECA in relazione all'individuazione dei possibili *failure* e delle conseguenti criticità di processo. Al più si può osservare che la FMECA amplia il numero di *failure* su cui concentrare l'attenzione rispetto ai risultati osservazionali, con il merito di non tralasciare nessun evento

Figura 3

Distribuzione senza valori anomali

SCHEDA TRASFUSIONALE di								COGNOME		NOME				
1. Consenso <i>Compilazione a cura: - Medico</i>	Consenso firmato da medico	<input type="checkbox"/>	2. Richiesta <i>Compilazione a cura: - Medico</i>	Dati anagrafici completi	<input type="checkbox"/>									
	Consenso firmato dal paziente	<input type="checkbox"/>		Data presente	<input type="checkbox"/>									
	Dati anagrafici completi	<input type="checkbox"/>		Reparto indicato	<input type="checkbox"/>									
	Data presente	<input type="checkbox"/>		Dati clinici presenti	<input type="checkbox"/>									
	Consenso inserito nella cartella clinica	<input type="checkbox"/>		Richiedente identificabile	<input type="checkbox"/>									
NOTE			NOTE											
REPARTO			Data / /			Firma								
3. Test pre trasfusionali <i>Compilazione a cura: - Infermiere</i>	Paziente identificato chiedendogli il nome										<input type="checkbox"/>			
	Prelievo determinazione gruppo sanguigno										Ora			
	Sono presenti sulla provetta: cognome, nome, data di nascita, reparto, data prelievo e sigla infermiere										<input type="checkbox"/>			
	Prelievo per test di compatibilità ABO + anticorpi irregolari										Ora			
	Sono presenti sulla provetta: cognome, nome, data di nascita, reparto, data prelievo e sigla infermiere										<input type="checkbox"/>			
	Corrispondenza tra i dati della richiesta e dati della provetta										<input type="checkbox"/>			
REPARTO			Data / /			Firma								
				Sacca 1		Sacca 2		Sacca 3						
				Data / /		Data / /		Data / /						
4. Ritiro unità di sangue <i>Compilazione a cura: - O.S.S./infermiere</i>	Ritiro sacca di sangue				Ora	Sigla	Ora	Sigla	Ora	Sigla				
5. Conservazione delle unità di sangue in reparto <i>Compilazione a cura: - Infermiere</i>	Unità di sangue somministrata entro 1 h dal ritiro		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla			
	<i>Motivare NO</i>													
	Unità non trasfuse inviate al Centro trasfusionale con la documentazione attestante l'integrità		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla			
	<i>Motivare NO</i>													
6. Somministrazione trasfusione <i>Compilazione a cura: - Medico - Infermiere</i>	Corrispondenza dati presenti sulla sacca e la cartella clinica		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla			
	Paziente identificato chiedendogli il nome		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Sigla 1° op. Sigla 2° op.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla 1° op. Sigla 2° op.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla 1° op. Sigla 2° op.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla 1° op. Sigla 2° op.			
	<i>Motivare NO</i>													
	Parametri vitali (FC PAO TC) riportati in cartella clinica e/o infermieristica prima della trasfusione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla			
	Ora di inizio riportata nella cartella		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla			
	Ora di termine riportata nella cartella		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla			
	Reazioni trasfusionali riportate nella cartella		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NO		Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NO	Sigla			
7. Registrazione dei dati	Porzione superiore autoadesiva del modulo di accompagnamento applicata in cartella clinica		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla			
	Modulo di accompagnamento inviato		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sigla			

Failure	Percentuale sul totale dei failure
Mancanza di controlli	14,8%
Ritiro di più sacche	11,0%
Non esecuzione dei prelievi in tempi diversi	11,0%
Mancanza o incompletezza dei dati anagrafici	9,6%
Discordanza tra i dati (provetta/richiesta, modulo/cartella ...)	6,0%

Tabella 3
I principali failure individuati dallo studio osservazionale

potenzialmente avverso ed anzi evidenziare attività da cui potrebbero derivare, anche se non si sono mai verificati, effetti negativi per il paziente.

Il giudizio positivo sulla tecnica FMECA è ulteriormente supportato dalle sue caratteristiche di base in quanto:

- applica un approccio in cui è previsto il coinvolgimento di tutti i professionisti che cooperano alla realizzazione del processo trasfusionale. In tal modo la professionalità, la competenza e l'esperienza del singolo operatore divengono elemento fondamentale per l'analisi stessa del processo in studio;

- presuppone un atteggiamento proattivo da parte degli operatori, prevedendo una analisi critica delle modalità con cui si realizza il processo e coinvolgendoli nella definizione ed applicazione delle iniziative di miglioramento. In tal modo si facilita la ricerca dei failure e si agevola la correzione di errori;

- favorisce un'analisi di tipo induttivo, in quanto con un approccio *bottom up*, partendo dall'analisi del particolare, ovvero dalle singole attività di un processo, si giunge alla individuazione del failure presente e delle sue cause. Tale approccio sembra ben adattarsi alle logiche che gli operatori sanitari sono abituati a seguire nello svolgimento della loro professione.

Inoltre, fugando il timore espresso da Di Denia (2004), secondo cui la FMECA può indurre resistenze negli operatori per la sua origine in organizzazioni industriali, nelle quali i processi sono maggiormente standardizzabili di quelli sanitari, la tecnica è risultata gradita agli operatori dell'Asl 4. La valutazione positiva è emersa da un *focus group* conclusivo, realizzato in aggiunta ai 4 precedentemente citati, nel quale è stato chiesto ai partecipanti di esprimere un pa-

retere sulla reale utilità della tecnica e su come l'avevano «vissuta». Tutti i partecipanti hanno affermato che la tecnica, per le proprie intrinseche caratteristiche, li ha sollecitati ad analizzare il processo assistenziale, soprattutto sotto gli aspetti più propriamente operativi, permettendo di avvalersi non solo delle proprie conoscenze teoriche, ma in specie delle proprie competenze pratiche maturate dalla personale esperienza quotidiana. Hanno aggiunto che, attraverso questo tipo di elaborazione critica del processo, condotta da più punti di vista, si sono sentiti direttamente coinvolti nei percorsi di miglioramento e artefici in prima persona delle soluzioni operative individuate al termine del progetto.

Infine, hanno dichiarato di aver vissuto positivamente l'esperienza per come è stata impostata e condotta nell'Asl 4 e, in particolare, hanno apprezzato la scelta oculata dei partecipanti, avvenuta in assenza di scelte «politiche» di rappresentanza, ma in ottemperanza al criterio dell'effettiva partecipazione all'intero processo oggetto di studio, e la modalità con cui sono stati condotti gli incontri del *focus group*, che prevedevano sempre una scaletta pre-determinata ed erano orientati a trattare aspetti operativi o organizzativi.

La valutazione positiva è altresì avvalorata dai vantaggi correlati al suo utilizzo e identificabili nel fatto che si tratta di una tecnica che:

- può essere applicata non solo preventivamente in sede di costruzione di un processo di lavoro, ma anche a posteriori su di uno già esistente, per evidenziarne i punti critici ed intervenire con gli strumenti di miglioramento continuo;

- per la sua applicazione è richiesto un *training* limitato delle persone coinvolte;

– proponendo una ricerca di tutti i possibili *failure*, umani ed organizzativi, non presenta il carattere inquisitorio mirato alla individuazione della responsabilità del singolo operatore.

Certamente ai lati positivi sono affiancabili alcuni limiti metodologici della FMECA.

Il primo è legato all'inevitabile soggettività nel lavoro del *focus group* e infatti, come in altre tecniche di analisi dei processi, la valutazione dei componenti il gruppo di lavoro sono personali e dalla loro competenza dipende la qualità del risultato finale. Tale punto critico parrebbe però mitigato osservando la sostanziale sovrapposizione

con gli esiti dello studio osservazionale, che confermano la bontà del lavoro svolto con il metodo del *focus group*.

Il secondo limite è ravvisabile nel fatto che la sua applicazione è adatta a processi non particolarmente estesi, come quello legato alla trasfusione di sangue, mentre per l'analisi di processi molto lunghi può comportare un elevato dispendio di tempo e risorse, oltre che la difficoltà di coinvolgere un numero di professionisti troppo elevato.

Infine, poiché la tecnica è applicata ad un processo realizzato in una specifica realtà sanitaria, è innegabile che i risultati conseguiti possono essere misurabili solo a livello locale e non sono trasferibili né confrontabili con altri contesti organizzativi.

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

- AGENZIA SANITARIA REGIONALE (2002), *FMEA/FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie - Sussidi per la gestione del rischio 1*, Regione Emilia-Romagna, pp. 29-37.
- ANDREU G., MOREL P., FORESTIER F. *et al.* (2002), «Haemovigilance network in France: organisation and analysis of immediate transfusion incident reports from 1994-1998», *Transfusion*, 42, pp. 1356-1364.
- ANFIA (1998), *FMEA. Linee guida per l'applicazione della FMEA*, Torino: ANFIA QUALITÀ 009, Edizione N. 1.
- BAELE P.L., DE BRUYERE M., DENEYS V. *et al.* (1994), «Bedside transfusion errors. A prospective survey by the Belgium, SANGLUIS Group», *Vox sanguinis*, 66, pp. 117-121.
- BURGMEIER J. (2002), «Failure mode and effect analysis: an application in reducing risk in blood transfusion», *The Joint Commission journal on quality improvement*, 28, pp. 331-339.
- CALLUM J.L., KAPLAN S.H., MERKLEY L. *et al.* (2001), «Reporting of near-miss events for transfusion medicine: improving transfusion safety», *Transfusion*, 41, pp. 204-210.
- CATELANI M. (1999), *Misure della qualità della vita in relazione alla salute: una possibile applicazione della metodologia FMEA*, Firenze: Rapporto Interno del Dipartimento di Ingegneria Elettronica - Università degli Studi di Firenze.
- CINOTTI R. (2002), «Metodo», in Agenzia sanitaria regionale (a cura di), *FMEA/FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie - Sussidi per la gestione del rischio 1*, Regione Emilia-Romagna, Dossier 75-2002.
- CINOTTI R. (2004), «Processo e strumenti della gestione della sicurezza», in R. Cinotti (a cura di), *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- COHEN M.R., SENDERS J., DAVIS N.M. (1994), «Failure mode and effect analysis: a novel approach to avoiding dangerous medical errors and accidents», *Hospital pharmacy*, 29, pp. 319-324.
- COLES G., FULLER B., NORDQUIST K., KONGSLIE A. (2005), «Using failure mode effects and critically analysis for high-risk processes at three community hospitals», *Journal on Quality and patient safety*, 31(3), pp. 132-140.
- CONFORTINI M.C. (2005), «Progetto di implementazione risk management «ospedali civili di Brescia», *Newsletter Sanità Elettronica*, <http://www.sanita.forumpa.it/newsletter/2005/11/29/sanitanet-2005-11-29.html>, pubblicato il 29/11/2005 e consultato il 28/08/2006.
- CORVINO GP. (1996), «Il risk management. Obiettivi, struttura logica e processi», in G. Forestieri (a cura di), *Risk management, strumenti e politiche per la gestione dei rischi puri di impresa*, Milano: EGEA.
- DI DENIA P., FORNI C., ROLLI M. (2003), «La metodologia FMECA: uno strumento di Risk Management per la riduzione degli errori nelle strutture sanitarie», *Rischio Sanità*, 8, pp. 23-7.
- DI DENIA P. (2004), «La FMEA-FMECA. Un metodo proattivo per la riduzione dei rischi delle attività sanitarie», in R. Cinotti (a cura di), *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- FLOREANI A. (2005), *Introduzione al Risk management*, Etas Libri, Milano.
- GANINO M.M., RUSSO R., RENGA G. (2006) Il risk management nell'azienda sanitaria pubblica: elementi di complessità e di specificità, *Dedalo*, 1, pp. 45-54.

- GREGIS R., MARAZZI L. (2003), *Il risk management nelle aziende sanitarie*, Milano: Franco Angeli.
- LINDEN J.V., WAGNER K., VOYTOVICH A.E., SHEEHAN J. (2000), «Transfusion errors in New York State: An analysis of 10 year's experience», *Transfusion*, 40, pp. 1207-13.
- MCNELLY K.M., PAGE M.A., SUNDERLAND B.V. (1997), «Failure mode and effect analysis in improving a drug distribution system», *American journal of health-system pharmacy*, 54, pp. 171-177.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2004), *Risk management in Sanità. Il problema degli errori*, Roma.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2004), *Risk management in Sanità. Il problema degli errori*, allegato 3, Roma.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2005), *Rilevazione nazionale sulle iniziative per la sicurezza del paziente nelle strutture del SSN*, Roma
- MINISTERO DELLA SALUTE (2005), *Protocollo per il monitoraggio degli Eventi sentinella*, Evento sentinella n. 5, Roma.
- MINTZBERG H. (1996), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Bologna: Il Mulino.
- NESS P., SHOOS LIPTON K. (2001), «Selective transfusion protocols: errors and accidents waiting to happen», *Transfusion*, 41, pp. 713-715.
- REASON J. (2000), «Human errors: models and management», *British Medical Journal*, 320, pp. 768-770.
- REASON J., CARTHEY J., DE LEVAL M.R. (2001a), «Diagnosing «vulnerable system syndrome»: an essential prerequisite to effective management», *Quality in health care*, 10 suppl. 2, pp. 21-25.
- REASON J., CARTHEY J., DE LEVAL M.R. (2001b), «Diagnosing «vulnerable system syndrome»: an essential prerequisite to effective management», *Quality in health care*, 10, pp. 29-32.
- REASON J. (2002), «Combating omission errors through task analysis and good reminders», *Quality in health care*, 11, pp. 40-44.
- SPATH P.L. (2003), «Using failure mode and effects analysis to improve patient safety», *Association of Operating Room Nurses Journal*, 78, pp. 13-37.
- JCAHO (2001), *Revision to Joint Commission standards un support of patient safety and medical/health care error rediction*, OakBook Terrace II, JCAHO 1 Jul.
- WILLIAMSON L.M., LOWE S., LOVE E.M. et al. (1999), «Serious hazards of transfusion (SHOT) initiative: analysis of the first two annual report», *British Medical Journal*, 319, pp. 16-19.
- WOLFF A.M., BUORKE J., CAMPBELL I.A., LEEBRUGGEN D.W. (2001), «Detecting and reducing hospital adverse events: outcomes of the Wimmera clinical risk management program», *The Medical journal of Australia*, 174, pp. 621-5.

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.

Reti in sanità: alcuni aspetti sulla base dell'esperienza Asur

FEDERICA MERCURI

In recent years both scholars and practitioners have increasingly focused attention on the role of networks among public and private organisations in the health-care system. Much has been written on the contractual aspects and on the social dynamics of inter-organisational relationships. A few contributions, however, analyse some critical aspects concerning the cost analyses that are functional to the strategic management. The object of the work consists of analysing the networks of Public Health-care Organizations with the aim of describing the network characteristics and their functionality in the health-care system in light of the Asur experience.

Keywords: Regional Health Care System, network, public value

Parole chiave: Sistema Sanitario Regionale, rete, valore pubblico

Note sugli autori

Federica Mercuri è dottoranda di ricerca in Economia Aziendale XXI ciclo presso l'Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Economia G. Fuà

1. Introduzione

La riforma *ter* della sanità, la modifica del titolo V della Costituzione, la necessità di soddisfare i bisogni di salute dei cittadini attraverso l'integrazione tra componenti (strutture ospedaliere, territorio) e competenze, il bisogno delle Aziende sanitarie locali e ospedaliere di raggiungere obiettivi d'efficacia, efficienza ed economicità, hanno determinato l'esigenza, da parte delle Regioni italiane, di trovare soluzioni nuove per il proprio ambito di riferimento. Una possibile risposta a tale necessità può essere rappresentata dai sistemi a rete che negli ultimi decenni hanno assunto progressiva rilevanza in ambito accademico ed operativo. In dottrina si è trattato spesso della struttura e del funzionamento dei *network* di aziende industriali e/o pubbliche, mentre non è stato molto approfondito l'aspetto dell'analisi dei costi funzionali alla gestione strategica.

Oggetto del presente lavoro è lo studio delle reti di aziende sanitarie pubbliche con l'obiettivo di apprezzare le caratteristiche della rete e la sua funzionalità in sanità alla luce dell'esperienza Asur. In particolare, il lavoro è strutturato in tre parti: nella prima è analizzato il concetto di rete e le sue caratteristiche al fine di verificare il modello teorico alla luce del caso di studio. Nella seconda è prestata attenzione all'analisi dei costi delle organizzazioni reticolari. Questo aspetto è di fondamentale importanza per interpretare la rete e scegliere le modalità con le quali organizzare le attività nei diversi nodi. La peculiarità risiede principalmente nei metodi che dovrebbero essere utilizzati rispetto a quelli tradizionali e in alcune possibili implicazioni concernenti l'analisi dei costi in questo contesto. Nella terza parte sarà verificata l'esistenza dei presupposti teorici della rete nella

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La rete: un pluralismo terminologico
3. Una possibile interpretazione delle reti in sanità
4. Prospettive d'analisi dei costi dei *network*
5. L'esperienza dell'Azienda sanitaria unica regionale (Asur) delle Marche
6. Conclusioni

realtà dell'Azienda sanitaria unica regionale (Asur) delle Marche.

2. La rete: un pluralismo terminologico

Qualsiasi processo di ricerca rende necessaria una preliminare definizione dell'oggetto di studio. In questa prima parte sarà prestata attenzione alla nozione di rete cercando di fornire un quadro sui numerosi contributi presenti in dottrina, di tracciarne gli elementi essenziali per il successivo studio sulle reti in sanità e verificando poi le ipotesi in un caso di studio.

Numerosi sono le ricerche sull'interpretazione e sulla definizione delle reti. Tali interpretazioni non sono però sempre univoche e convergenti. Si può, in prima approssimazione, sostenere che il pluralismo terminologico derivi dallo studio della realtà reticolare in aree disciplinari diverse quali l'economia industriale, l'organizzazione aziendale, la strategia e l'economia aziendale.

Gli studiosi di economia industriale, focalizzando la loro attenzione sul rapporto tra azienda e ambiente, si avvalgono del concetto di rete per interpretare le tendenze evolutive del capitalismo industriale e, in particolare, nel suo passaggio al capitalismo flessibile. Butera (1992) sostiene che agli inizi degli anni Settanta in gran parte delle organizzazioni produttive dell'industria o dei servizi era in corso un passaggio da un «modello meccanico o del castello» di organizzazione ad un modello organizzativo «organico o della rete» fondato su nuovi principi e su nuove variabili organizzative e produttive.

Negli studi di organizzazione aziendale la rete è stata studiata sotto diversi approcci (teorie contingenti, teoria dei costi di transazione, teoria della dipendenza dalle risorse, teoria neoistituzionalista, ecc.). La teoria della contingenza, studiando le organizzazioni in relazione al loro grado di adattamento a particolari circostanze, ritiene che la rete sia una delle strutture organizzative come risposta alla complessità e alla variabilità dell'ambiente. Secondo la teoria delle dipendenze dalle risorse le organizzazioni dipendono dalle risorse ambientali, ma possono agire per diminuire la loro dipendenza da risorse esterne e aumentare quella delle organizzazioni concorrenti. Sulla base di ciò la struttura reticolare è spiegata dalla scarsità relativa

e dalla diversità delle risorse dalle quali dipendono l'attività di produzione e di scambio di un'organizzazione. Si deve, inoltre, ricordare la «teoria neoistituzionalista» d'impronta sociale che sposta il piano d'osservazione dell'analisi dello studio dell'efficacia della struttura organizzativa della singola azienda al concetto d'efficacia interorganizzativa. In particolare il tema della rete è stato approfondito anche come forma di *governance* da diversi autori. Da questo punto di vista il *network* può rappresentare un continuum tra le due forme estreme di *governance* del mercato e della gerarchia (Williamsom, 1975), o una terza forma distinta (Powell, 1990) o una forma alternativa al mercato, gerarchia e *clan* (Jarillo, 1988). In particolare, seguendo l'impostazione di Powell (1990), la rete come forma di *governance* è caratterizzata da rapporti di interdipendenza tra i diversi attori, da fiducia e compromessi. La risoluzione dei problemi avviene attraverso la reciprocità e la reputazione.

Negli studi di strategia, le motivazioni alla base delle decisioni aziendali di sviluppare relazioni interaziendali vanno ricercate nell'esigenza di sfruttare le opportunità competitive individuatesi all'interno della catena del valore. Sako approfondisce le «strategie di *network*» e Jarillo rileva: «networks are seen as complex arrays of relationships between firms. Network are conceptualized as a mode of organization that can be used by manager or entrepreneurs to position their firms in stronger competitive stance» Così H. Hakansson e J. Johanson, secondo i quali «la rete è lo schema d'attività dell'azienda nei confronti dei vincoli e delle possibilità. Essa costituisce l'arena sulla quale ha luogo la lotta per la sopravvivenza, ma in quella lotta essa è anche uno strumento importante».

Secondo l'approccio istituzionalista dell'Economia aziendale, Cavalieri (2000) vede prevalere, nell'attuale sistema socio-economico, la competizione tra «sistemi di aziende» alla competizione tra singole aziende¹. L'approccio sistemico è seguito anche da Lai (1991) secondo il quale «la rete rappresenta un sistema di imprese che si caratterizza per due elementi. Il pluralismo strategico e la formazione di un linguaggio condiviso». Simile è anche l'impostazione di Ciambotti (1995) il quale definisce la rete «un sistema di molteplici e complesse relazioni di tipo

non competitivo che si istaurano simultaneamente tra due o più distinte autonome organizzazioni utilizzando una pluralità di forme eterogenee e differenziate tra loro, in vista di fini e risultati condivisi»².

Dal punto di vista concettuale si può quindi riassumere che gli economisti industriali concepiscono le architetture reticolari come un moderno strumento di risposta all'evoluzione dell'ambiente e dei mercati in grado di fronteggiare le nuove esigenze che si vengono a configurare, gli studiosi d'organizzazione considerano la struttura reticolare una forma di governo idonea per ottenere la flessibilità gestionale e pertanto per migliorare le performance in generale e alcuni aziendalisti ritengono che l'origine dei *network* sia da rinvenire nella teoria generale dei sistemi quale modello concettuale utile all'interpretazione del fenomeno. In realtà, è operativamente difficile evidenziare i confini tra i diversi approcci, in special modo se si adotta la visione dell'organizzazione reticolare come sistema sociale. Scrive, infatti, Bertini con riferimento all'azienda: «nel nuovo schema che si va delineando non ha più senso parlare dell'azienda in termini di microeconomia ed anche la distinzione tra economia politica ed economia aziendale viene a cadere nella misura in cui si ammette che l'azienda possa effettuare scelte di natura politico-sociale o la cui portata abbia un immediato effetto sul piano economico generale» (Bertini, 1990, p. 20).

L'approccio economico aziendale e, in particolare, l'interpretazione della rete come sistema, sarà utilizzato per delineare i caratteri essenziali delle organizzazioni reticolari e della loro finalità. Si ritiene che il sistema reticolare richiede anche supporti operativi e strumenti aziendali per la realizzazione delle finalità istituzionali delle aziende e, in particolare, delle aziende con soggetto economico pubblico.

3. Una possibile interpretazione delle reti in sanità

Dagli anni Novanta le Aziende sanitarie si sono trovate di fronte alla necessità/possibilità di adottare strategie capaci di rispettare congiuntamente alcune condizioni:

- principio della tutela della salute del paziente garantita nel rispetto di adeguati standard qualitativi ed accessibili a tutti. Inoltre, la tutela della salute non deve essere limitata alla cura, ma deve estendersi dalla prevenzione alla riabilitazione attraverso l'erogazione distribuita sul territorio in armonia con il dettato costituzionale;

- ispirazione dell'attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità ed il rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio tra costi e ricavi;

- ricerca di vantaggi conseguibili attraverso la reintegrazione e la specializzazione istituzionale delle aziende sanitarie (D.L.vo 502/1992);

- necessità di costruire un modello in cui l'interpretazione delle esigenze in «termini di proprietà, di quantità e di qualità fosse determinata da un duplice sistema di controlli: interno alle organizzazioni si stampo manageriale ed esterno basato sui meccanismi del mercato» (Del Bene, 2000, p. 6).

Questi fattori hanno determinato rapporti di interdipendenza sempre maggiori all'interno e tra le singole strutture e, soprattutto, sul territorio al fine di creare valore per i cittadini. Tali cambiamenti e i mutamenti avvenuti nei sistemi socio-economici hanno indotto molte regioni italiane a trovare soluzioni nuove per l'offerta sanitaria nel proprio ambito di riferimento.

Si ritiene che la tutela della salute possa essere raggiunta in modo efficace attraverso una opportuna integrazione tra componenti (strutture e territorio) e competenze. Ciò implica che il processo di cura non si esaurisca nella cura della malattia, ma parta dalla prevenzione, per comprendere poi la diagnosi, la cura e la riabilitazione. Lo strumento rete, attraverso i rapporti di interdipendenza tra i diversi attori pubblici e privati (*non e for profit*) e le relazioni stabili/continuative che si vanno a creare, rappresenta un utile mezzo per poter migliorare i vecchi problemi relativi all'intero processo di cura e, nello stesso tempo, di rispondere in modo adeguato ai cambiamenti socio-economici che hanno inciso sulla domanda dei servizi (qualità, specializzazione, assistenza continuativa, ...) Tuttavia, ciò implicherà un cambiamento del ruolo del *government* che, utilizzando le parole di Doherty, sarà caratterizzato dal pas-

saggio del «providing State» all'«enabling State». Solo attraverso questo cambiamento del ruolo del *government* la rete rappresenterà un mezzo e non un fine per poter meglio realizzare l'interesse collettivo. Inoltre, ciò implicherà che la rete presenti delle caratteristiche che Rhodes (1999) individua in: scambio di risorse, interdipendenza, fiducia, diplomazia e reciprocità, tra tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti non solo nella fase della produzione (tabella 1).

Con la creazione del sistema reticolare, attraverso una migliore gestione delle interdipendenze tra i singoli attori, si cerca di incrementare la qualità del servizio offerto in modo omogeneo sul territorio e, nello stesso tempo, di contenere il costo complessivo delle prestazioni sanitarie evitando duplicazioni.

Lo studio della rete diviene quindi «intriguing, in particular, because of its paradoxical nature, combining competition and cooperation, and autonomy and interdependence» (Rodriguez, Langley, Beland, Denis, 2007).

La cooperazione in rete per le organizzazioni sanitarie è un'opzione strategica per razionalizzare una spesa sanitaria sempre crescente, per ristrutturare l'offerta di servizi sanitari sul territorio spesso inadeguata alla domanda, per erogare servizi omogenei in tutto il territorio (reti integrate orizzontalmente) e per rispondere al *continuum of care* (reti integrate verticalmente).

A seguito dell'intensificarsi delle pressioni politiche, istituzionali e sociali indirizzate a migliorare il livello d'efficacia e efficienza delle prestazioni erogate, le reti, verticali e orizzontali, sono oggi al centro di vari studi.

Dal punto di vista operativo, tra gli strumenti che si possono utilizzare per favorire l'integrazione tra i diversi attori della rete può essere individuata la gestione per proces-

si. L'esigenza di migliorare la gestione delle organizzazioni e di razionalizzare i percorsi di cura degli utenti ha reso opportuno l'adozione della gestione per processi che consiste nello sviluppare una logica gestionale che sposti l'attenzione dalle singole unità operative e dalle singole prestazioni al processo produttivo sanitario nel suo complesso quale oggetto da riprogettare e governare secondo criteri di *continuum improvement*³.

Ciò ha implicato la necessità di utilizzare filosofie di gestione come l'*Activity Based Management* (ABM), una *system-wide, integrated approach* (Hoque, 2006) che ricerca il miglioramento continuo dei fattori chiave della gestione attraverso l'analisi delle relazioni di causa-effetto tra attività e valore. Secondo tale logica, per conseguire il vantaggio competitivo è necessario impegnarsi sul controllo delle attività lungo la catena del valore, al fine di valutare come queste consumano risorse e come contribuiscono a produrre valore per gli utenti. La focalizzazione sulle attività svolte in ogni area dell'azienda, i relativi costi e l'orientamento al cliente (utente o altra struttura sanitaria) consentono al management di disporre delle informazioni necessarie per migliorare i singoli processi aziendali che, aggiunti a quelli valutati da altre aziende sanitarie, andranno a formare l'intero percorso di cura.

Nell'ambito degli studi sulla catena del valore, l'oggetto di osservazione si è progressivamente ampliato dalla singola azienda alla catena del valore allargata che parte dalla prima e arriva a coinvolgere più aziende partecipanti all'intero processo produttivo.

Come proposto da Shank e Govindarajan nel sistema dello *strategic cost management* occorre collegare strettamente la contabilità analitica e il pensiero strategico avvalendosi dei tradizionali strumenti della catena del valore e dell'analisi delle determinanti di costo.

Tabella 1

Le caratteristiche del *network*

Fonte: Rhodes (1999), p. XVIII

	Markets	Hierarchies	Networks
<i>Basis of Relationships</i>	<i>Contract and property rights</i>	<i>Employment relationship</i>	<i>Resource exchange</i>
<i>Degree of dependence</i>	<i>Independent</i>	<i>Dependent</i>	<i>Interdependent</i>
<i>Medium of exchange</i>	<i>Prices</i>	<i>Authority</i>	<i>Trust</i>
<i>Means of conflict resolution and co-ordination</i>	<i>Haggling and the courts</i>	<i>Rules and commands</i>	<i>Diplomacy</i>
<i>Culture</i>	<i>Competition</i>	<i>Subordination</i>	<i>Reciprocity</i>

Tale visione supporta la definizione di obiettivi non solo interni all'azienda, ma anche di gruppo o di rete, favorendo l'esecuzione di attività e processi in modo coordinato.

La diffusione dell'organizzazione reticolare in sanità è stata incentivata non solo dall'introduzione di strumenti operativi, ma anche dal legislatore con il D.L.vo 502/1992, il D.L.vo 517/1993, il D.L.vo 299/1999, la riforma del titolo V della Costituzione, dall'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005⁴. Sebbene allo stato attuale ci siano pochi contributi in dottrina (Halpert, 1982; Gray, citato in Laurie, 2002) sulle modalità con cui le norme impositive della collaborazione tra unità organizzative possano, effettivamente, influenzarne l'implementazione che ha natura volontaria, si possono sintetizzare, con riferimento alla situazione italiana, due aspetti. In particolare, la distinzione tra aziende specializzate (aziende ospedaliere) e gli ospedali delle Asl prevista dal D.L.vo 502/1992 ha creato una disparità nell'erogazione di servizi sanitari ed utenti residenti in aree diverse perché si veniva a formare una divisione tra servizi specialisti e servizi generici e una distribuzione sul territorio degli ospedali ad alta specialità tale da non servire tutti gli utenti in modo omogeneo. Alla fine degli anni Novanta, questi problemi hanno spinto nuove esigenze di reintegrazione e di strutturare la rete delle Aziende ospedaliere e delle Asl nel territorio. Dalla legge Bassanini alla revisione del titolo V della Costituzione si è proceduto ad una maggiore valorizzazione delle autonomie locali e del territorio. In questo processo sono state coinvolte anche le aziende sanitarie che si sono organizzate in rete per erogare servizi sanitari omogenei nello spazio e qualitativamente migliori per tutti gli utenti. Ruolo importante assume anche il Piano sanitario nazionale con il quale sono stabiliti i principi generali di prevenzione, cura e riabilitazione, i livelli minimi di assistenza e il finanziamento occorrente. Nel Psn 2006-2008 si legge che la rete «pone l'attenzione più che sulle competenze di ciascun livello di responsabilità del sistema, sulla capacità di instaurare sinergie, integrazioni e corrette relazioni. Il concetto di rete va, infatti, sviluppato in tutte le potenzialità: non solo rete intraregionale per garantire efficienza nella risposta, [...] ma anche rete

interregionale per alcuni servizi (malattie rare)». Inoltre, il proliferare nelle regioni italiane di modelli a rete di aziende sanitarie deve essere ricercata anche nella necessità di realizzare un coordinamento tra componenti (territorio e ospedali) e competenze. Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 aveva, infatti, individuato «il territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini».

Alla luce dell'evoluzione economico-aziendale e normativa dei *network* in sanità e adottando il concetto di «sistema a rete», pur consapevoli di non poter cogliere in una definizione tutti gli aspetti relativi al fenomeno, la rete può essere interpretata, in un'accezione ampia, come un sistema di autonome e indipendenti unità elementari collegate da rapporti di *co-opetition* finalizzato alla creazione congiunta di valore⁵.

Di seguito saranno tratteggiate le singole caratteristiche dell'interpretazione di rete appena illustrata.

3.1. Sistema

Il fenomeno rete è ricondotto nell'ambito della teoria sistemica intendendo per sistema un «insieme combinato di parti o elementi in un tutto» (Bertini, 1990). Nello specifico, la rete può essere interpretata come un tipo di sistema con particolari caratteristiche. In base alla relazione *network* - sistema, Thorelli osserva che molto spesso si parla di *network* e non di sistema perché quest'ultimo è un «tired term» e che «more importantly, we are taking the network concept to connote a special type of system, one whose internal interdependencies generally change over time» (Thorelli, 1986, p. 39).

La rete, interpretata come un sistema unitario, è dotata di autonomia e indipendenza rispetto ai nodi che lo compongono. Il carattere d'autonomia può concernere i nodi del sistema verso il *network*, ma anche il *network* stesso verso i nodi.

La rete come sistema ha anche la caratteristica di essere aperto, non solo verso l'esterno ovvero alle relazioni ambientali da cui attinge, trasforma e tende a contrastare atteggiamenti antropici e tende a mantenere un equilibrio di tipo «dinamico»⁶, ma anche

nei processi interni in un'ottica di cliente-fornitore con le altre unità dell'aggregato.

3.2. Autonome e indipendenti unità elementari

Le unità elementari sono i nodi delle reti che Cavalieri (2000) definisce «centri produttivi, di servizi, di «potere», di piccola o grande dimensione, capaci di interagire fra loro e dotati di una più o meno marcata autonomia e vitalità nonché della facoltà di poter scambiare con alte informazioni e valori». Caratteristica indispensabile dei nodi è la loro autonomia, caratteristica che deve essere tenuta distinta dall'indipendenza (Mancini, 1999). L'autonomia è, infatti, «una condizione necessaria per attivare e alimentare un pluralismo di processi di apprendimento tra le parti (accumulazione di sapere) e quindi favorisce una forma di organizzazione dei rapporti fra imprese che ben corrisponde alle nuove modalità d'incidenza dello sviluppo scientifico e tecnologico sulle forze produttive» (Frontiere, 1991). Nel caso di imprese a rete, l'autonomia dei nodi è condizione necessaria, ma non sufficiente, affinché essi possano mantenere la qualifica di aziende. Nelle reti di aziende pubbliche l'autonomia dei singoli nodi è tuttavia limitata non solo per effetto della condivisione degli obiettivi comuni alle altre unità elementari (limite peraltro presente in tutte le reti), ma perché le aziende pubbliche sono influenzate, nelle loro decisioni strategiche, da vincoli legislativi e da obiettivi definiti a livello istituzionale superiore. L'autonomia potrà quindi essere ridotta o limitata, ma dovrà comunque rimanere affinché l'azienda non perda la sua qualifica (Anselmi, 2003).

L'indipendenza trova invece evidenza empirica nel pluralismo strategico, cioè «nell'attitudine delle stesse imprese a perseguire obiettivi propri, che sono espressione piena dell'autonomia dei fini dei diversi soggetti decisionali e il raggiungimento dei quali coinvolge tutte le funzioni connesse all'esercizio dell'azione imprenditoriale» (Lai, 1991). I nodi della rete devono quindi essere autonomi e indipendenti affinché si possa realizzare il pluralismo strategico. Quest'ultimo, infatti, si esplica nella libera fissazione degli obiettivi individuali e in un'autonoma determinazione delle modalità

di conseguimento degli stessi che però devono risultare compatibili, coordinati e coerenti, ma non strumentali, con gli obiettivi generali della rete.

Questo aspetto implica che le relazioni tra gli attori del *network* siano caratterizzate da rapporti di interdipendenza (Kickert, Klijn, Koopenjan, 1997; Rhodes, 1999; Powell, 1990) soprattutto nel processo di *decision making* e nello scambio di risorse.

3.3. Legate da rapporti di *co-opetition*

Elemento essenziale della rete sono le connessioni o i legami multidirezionali che si istaurano tra i nodi. I legami tra i nodi della rete sono diversi e sinergici; si distinguono connessioni burocratiche, transazioni economiche, informazioni formalizzate, comunicazioni scritte, verbali e non verbali. Alla base di tali connessioni vi è la ricerca, e la necessità, delle unità elementari di istaurare rapporti di *co-opetition*. Il termine *co-opetition*, elaborato da Brandenburger e Nalebuff, indica il riconoscimento del carattere dualistico competitivo/cooperativo delle relazioni tra imprese. Si ritiene che la concorrenza produca un risultato meno positivo per gli attori coinvolti di quanto loro potrebbero ottenere con la cooperazione (si veda anche Porter, 1998) ma, allo stesso tempo, la sola cooperazione «dice troppo e troppo poco» (Rullani, 1989).

Collaborazione e competizione non sono, però, tra loro scelte alternative: esse devono coesistere perché la competizione è indispensabile affinché i nodi mantengano la propria identità, mentre la cooperazione è necessaria per l'identità di rete.

Utilizzando le parole di Nalebuff e Brandenburger si può affermare che «Business is cooperation when it comes to creating a pie and competition when it comes to dividing it up. In other words, business is *war and peace*. But it is not Tolstoy -endless cycles of war followed by peace followed by war. It's simultaneously war and peace».

Con particolare riferimento alle reti di aziende sanitarie pubbliche, i rapporti di *co-opetition* possono essere spiegati dalla necessità di cooperazione sia nello scambio di risorse (non necessariamente simmetrico) sia nei rapporti di reciprocità anche al fine della definizione del percorso del paziente. La

cooperazione può infatti essere interpretata come «deliberate relations between otherwise autonomous organizations for the joint accomplishment of operating goals» (Schermerhorn, citato in Rogers, Wetten, 1982, p. 13) e rappresenta una delle premesse per poter sviluppare dei rapporti collaborativi tra gli attori. Scrive a tal fine Thomson: «cooperation for a mutual goal moves this to collaboration. The whole is greater than the sum of its parts. It may be achieving individual ends, but there's an additional outcome that is shared (though not mutually exclusive) separate from the individual ends» (Thomson, citato in Thomson, Perry, 2006).

I rapporti di competizione sono da ricercare, in particolare, nella concorrenza amministrata contenuta nell'art. 8 del D.L. vo 502/1992 e ripresa dal D.L. vo 517/1993 relativa al finanziamento prospettico a prestazione quale presupposto indispensabile per spostare il governo dei servizi sanitari verso schemi competitivi di quasi-mercato o pro-concorrenziali⁷.

3.4. Creazione di valore

La rete deve essere capace di creare valore sia a livello di sistema sia a livello di singole aziende (da sola, l'azienda risulterebbe meno competitiva di quanto non riesca ad essere appartenendo ad una rete). La capacità di creare valore a livello di sistema e a livello di singola azienda rappresenta in realtà una delle principali motivazioni per la costituzione di una rete. Le reti dovrebbero consentire, infatti, di realizzare economie di scala, di scopo e di varietà (Di Bernardo, 1989). Circa la produzione di valore sia la dottrina che la prassi riprendono con frequenza il concetto di valore individuandolo come criterio di selezione di molte scelte aziendali. Secondo Vicari «non vi è niente che possa essere definito come valore, ma tutto ciò che è definibile in termini di ricchezza è certamente misurabile in termini di valore». Se nelle aziende profit la creazione di valore si sostanzia nell'aumento del valore economico cui dovrà seguire il processo di diffusione (Guatri, Massari, 1992), in quelle pubbliche assume particolare importanza anche il valore/utilità creato agli utenti per le prestazioni erogate. Non è sempre agevole creare simultaneamente valore economico e valore/utilità per gli utenti

e, quando si realizza una prevalenza dell'uno sull'altro, «occorre distinguere l'aspetto di sostenibilità economica (che è dato dagli indicatori di tipo economico finanziario) dalle misure del valore pubblico» (Borgonovi, 2001). Tale distinzione non è tuttavia agevole perché nell'azienda con soggetto economico pubblico l'attività gestionale-organizzativa e quella politico-istituzionale sono compresenti e interagenti (Rebora, 1999). Inoltre, il concetto di creazione di valore nell'ambito pubblico e, in particolare in sanità, non può essere il medesimo di quello precedente visto, poiché le aziende sanitarie «producono il bene salute». Tra le molteplici interpretazioni di creazione di «valore pubblico» fornite dalla dottrina si possono ricordare, tra gli studiosi italiani, Rebora (1999), Borgonovi (2000), Meneguzzo (2006), Saita, Kainich e Saracino (2002), Del Bene in Anselmi, Saita (2002) e Gagliardo (2002)⁸. In particolare, secondo Saita, Kainich e Saracino, «nelle aziende sanitarie valore è accrescere lo stato di salute della popolazione compatibilmente con le risorse economiche». Lo stato di salute è influenzato da diverse variabili quali le scelte di politica sanitaria eseguite sia a livello di Stato sia a livello di Regione, gli stili di vita, i fattori ambientali, le caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione, la buona gestione delle aziende sanitarie.

Esso è il risultato non solo di un'efficiente gestione dei processi sanitari e ausiliari. Come affermato nel 1998 della Dichiarazione della sanità mondiale e come proposto nel documento *Health 21* della Regione europea dell'OMS, «godere di un buono stato di salute costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano. La buona salute è la precondizione per il benessere e la qualità della vita. È il riferimento per misurare la riduzione della povertà, la promozione della coesione sociale e l'eliminazione della discriminazione. La buona salute è fondamentale per una crescita economica sostenibile.».

L'investimento in salute attraverso un approccio intersettoriale non solo offre nuove risorse per la salute, ma anche ulteriori tipi di benefici importanti, contribuendo nel lungo periodo allo sviluppo sociale ed economico complessivo.

In tema di valore pubblico occorre menzionare alcuni importanti autori internaziona-

li: Benington (2005); Cole, Parkson (2006); Moore (1995, 2003); O'Flynn (2007); Rhodes, Wanna (2007); Smith (2004) e Stoker (2006). Il primo studioso dell'argomento è stato l'americano Moore il quale, nel 2003, offrendo un'interpretazione in senso ampio, allarga l'analisi ad altre variabili. L'autore individua tre elementi che contribuiscono a definire il valore pubblico:

1) legittimazione e supporto dell'azione pubblica, da parte dei clienti/cittadini/utenti e delle diverse tipologie di *stakeholder* interni ed esterni, che mettono a disposizione risorse finanziarie, consenso e sostegno;

2) valore prodotto nei confronti del sistema socio-economico di riferimento che si materializza nella produzione di risultati oggettivamente validi per gli *stakeholder*;

3) capacità operativa delle stesse amministrazioni pubbliche che deriva dalla coerenza tra risorse destinate alle politiche pubbliche e obiettivi istituzionali

Sebbene non esista ancora in dottrina un'interpretazione univoca di valore pubblico, si ritiene che esso possa assumere molteplici configurazioni, poiché può essere influenzato da diverse variabili: le decisioni di politica economica formulate dall'organo di governo, il valore/utilità percepito soggettivamente da ogni *stakeholder*, l'orizzonte temporale di riferimento, ecc.

L'aspetto dinamico della creazione di valore presuppone che esistano i presupposti affinché la produzione del «bene salute» sia effettuata in modo efficace ed efficiente nel lungo periodo. Il soggetto economico reticolare dovrà quindi valutare prima dell'aspetto dinamico/relazionale finalizzato alla maggior creazione di valore pubblico, anche l'aspetto statico/strutturale del sistema rete (architettura organizzativa, analisi delle attività, ecc.) Strumentale all'organizzazione reticolare è la valutazione dei costi che il nuovo aggregato sistemico che si va a tracciare dovrà sostenere. A tal fine viene di seguito illustrata l'analisi dei costi nelle reti premettendo fin d'ora che la dottrina ancora sembra poco interessata a questo aspetto e che i numerosi contributi sull'analisi dei costi applicabili alla singola azienda dovranno essere ampliati e/o revisionati in caso di sistema reticolare.

4. Prospettive di analisi dei costi dei *network*

Poiché il fine di un *network*, specie nell'ambito sanitario, è finalizzato alla creazione di valore, le informazioni fornite dall'analisi dei costi sono particolarmente importanti, non solo in fase di controllo, ma anche in sede di coordinamento dei nodi e della definizione degli obiettivi comuni da raggiungere. L'affermazione dei modelli a rete determinerà un cambiamento nell'oggetto d'analisi il quale si ripercuote nell'estensione dell'analisi dei costi. Quest'ultima può, infatti, essere condotta a livello micro (la singola azienda), a livello meso (la singola relazione) e a livello macro (l'intero aggregato reticolare)⁹. Ai tre oggetti d'analisi possono corrispondere, rispettivamente, tre configurazioni di costo: 1) il costo interno; 2) il «costo d'interfaccia» e il «costo di cambiamento»; 3) il costo dell'aggregato reticolare.

Nell'ambito sanitario, essendo la Regione il soggetto economico, si ritiene che essa, nell'espletamento dei propri compiti e nel caso voglia procedere ad una ristrutturazione dell'offerta sanitaria attraverso modelli a rete, debba conoscere l'entità e la possibilità di gestione delle tre tipologie di costo sopra menzionate. La Regione potrà decidere di riconfigurare l'offerta ospedaliera attraverso la costituzione di modelli a rete intraziendali o interaziendali (es. le Aree vaste della Toscana intese come dimensione operativa a scala interaziendale individuata in ambito ottimo per gli atti di concertazione). La creazione di valore pubblico, nel breve e nel lungo periodo, è influenzata da numerose variabili come, ad esempio, la diffusione di particolari malattie in alcune parti del territorio, la distribuzione delle strutture ospedaliere e la loro specializzazione, le competenze professionali, l'aspetto finanziario, gli ambiti caratterizzati da mobilità attiva e passiva, ecc. e si ritiene che l'analisi dei costi debba rientrare tra queste variabili. Per procedere all'elaborazione della strategia, la Regione dovrà quindi tenere sotto controllo tutti e tre le tipologie di costo che verranno di seguito illustrate.

Per costi interni si intendono tutte le possibili aggregazioni di costo riferite al percorso del paziente all'interno di una determinata struttura ospedaliera. Il percorso del paziente

è il tragitto che fa il paziente, affetto da una determinata patologia, all'interno dell'azienda o dell'unità organizzativa, ed è valutato tramite la sequenza temporale delle varie prestazioni che riceve nei luoghi d'erogazione (CdR, CdR e CdC, CdC) attraverso i quali il paziente transita durante le attività di diagnosi, cura e riabilitazione (Casati, 1999). La logica d'analisi della realtà aziendale basata sulle attività e sulle modalità con le quali esse si integrano e si combinano rispetto a specifici processi aziendali è l'*Activity Based Management*. In particolare, l'approccio manageriale dell'ABM assume le attività a fondamento del processo di misurazione e analisi, conducendo il management a focalizzare l'attenzione sul controllo delle stesse lungo la catena del valore. L'ABM utilizza le informazioni di costo fornite dall'ABC per verificare l'implementazione delle più opportune strategie aziendali e per definire il relativo impatto sull'organizzazione e sulla reingegnerizzazione dei processi. Nell'approccio dell'ABM, la gestione di costi permette di individuare correttamente le cause dell'insorgenza dei costi, al fine di una loro rimozione o attenuazione e di un miglioramento della gestione dal punto di vista del «cliente finale».

Il secondo livello d'analisi implica l'approfondimento del «costo di interfaccia» (Quagli, 1996). Lo studio prende spunto dal concetto di costo di transazione elaborato da Williamson e, considerando che esso è qualitativamente molto ricco ma quantitativamente poco afferrabile, ne fornisce una tassonomia. Per interfaccia s'intende, in un'ottica cliente-fornitore, un nuovo oggetto di costo dal punto di vista gestionale che dipende «da attività in grado di influenzare delle attività (e quindi dei costi) proprie del «commitente» e che a loro volta possono essere influenzate dalle attività dell'azienda cliente.» (Quagli, 1996). Secondo l'autore, il costo di questo nuovo oggetto è dato dalla somma dei costi del fornitore influenzabili da parte del cliente, dal margine di profitto che quest'ultimo ne ritrae e dai costi del cliente influenzabili da parte del fornitore e tali costi dovranno poi essere ripartiti tra i due soggetti della relazione. La contabilità dei costi può essere utile nella determinazione dei costi di interfaccia, ma, allo stato attuale, ancora non

è chiaro in dottrina qual è la tecnica più appropriata.

Nel calcolo dei costi d'interfaccia, nel momento in cui la Regione dovrà scegliere il modello reticolare o una diversa distribuzione delle strutture ospedaliere, dovrà valutare anche i c.d. «costi di cambiamento» (Rugiadini, 1985) che devono essere considerati nel momento in cui si valuta in termini d'efficienza il passaggio da una forma organizzativa ad un'altra. In particolare, essi sono rappresentati da tutti quegli oneri dovuti, da un lato, all'abbandono della struttura economica precedente e, dall'altro, all'avviamento del nuovo assetto transazionale. Tale processo comporterà la necessità di tralasciare alcuni benefici della collaborazione i quali non potranno essere stimati con grandezze quantitative e che sono oggetto del controllo relazionale¹⁰.

Passando al terzo oggetto d'analisi, l'intero aggregato reticolare, l'importanza di estendere l'analisi al processo di creazione del valore dell'intero sistema reticolare è presente in numerosi studi di *Strategic Management*: dalla «costellazione del valore» proposta da Normann e Ramirez¹¹ alla «rete del valore» di Parolini¹².

Negli studi di *cost management* interessante è la proposta di Shank e Govindarajan (1991, 1996) dello *Strategic Cost Management* che, se da un lato cerca di superare i limiti dell'analisi condotta attraverso il *Management Accounting* dall'altro, come vedremo, non è esente da limiti. Secondo gli autori, l'orientamento strategico interaziendale comporta, per ciascun'impresa posta lungo la catena del valore, di operare non solo nella prospettiva individuale, ma soprattutto nella «consapevolezza di appartenere ad un sistema più ampio», dove l'obiettivo comune è realizzare prodotti e servizi allineati in termini di prestazioni tecniche, qualitative, di tempo e di costo con le esigenze del cliente finale. Così facendo si persegue contemporaneamente sia l'efficienza tecnica della specializzazione, sia i vantaggi tecnologici, informativi e d'apprendimento dell'integrazione verticale. Un'azienda può migliorare la propria redditività non solo attraverso l'analisi e la comprensione della propria *value chain*, ma anche attraverso l'osservazione di come le attività che creano valore si

collochino nella catena dei propri fornitori e dei propri clienti.

Attraverso lo *Strategic Cost Management* si dovrebbe rendere visibile la formazione dei costi e del valore lungo l'intero sistema di business. L'approccio si articola in: A) posizionamento competitivo e struttura dei costi; B) catena del valore e struttura dei costi; C) struttura dei costi e relative determinanti (in cui l'analisi è rivolta alla comprensione dei *cost driver* strutturali ed operativi).

Nel modello proposto da Shank e Govindarajan è quindi ripreso il concetto di catena del valore di Porter considerando tuttavia che «un'impresa è tipicamente solo una parte del più ampio insieme di attività comprese nel sistema di distribuzione del valore».

L'obiettivo è di superare i limiti provenienti dal *Management Accounting* che riconduce l'analisi al confronto economico tra la produzione interna (*make*) e il ricorso al mercato (*buy*). Il problema di tale approccio consiste nell'eccessiva focalizzazione all'interno dei confini dell'impresa e nel suo orientamento al breve termine, ignorando le implicazioni strategiche delle scelte. Il *cost accounting* tradizionale spiega, infatti, le risorse consumate dai diversi oggetti di costo, ma non la causa della struttura complessiva dei costi. Secondo quest'approccio l'unico elemento su cui puntare per influenzare i costi è rappresentato dal valore aggiunto. Esso, tuttavia, «assume un significato parziale, [...] trascura le relazioni che solo giuridicamente possono essere considerate esterne, mentre sul piano economico rappresentano operazioni sulle quali l'impresa può esercitare un significativo grado di controllo» (Bastia, 1989). In un'ottica d'analisi strategica il valore aggiunto presenta i seguenti limiti:

- analizza i costi solamente a partire dagli acquisti perdendo di vista tutte le possibilità di utilizzare meglio le interrelazioni con i fornitori;
- limita l'analisi dei costi alle vendite e fa perdere le opportunità di sfruttamento dei rapporti con i clienti;
- tende a realizzare una riduzione di costo in tutte le fasi della catena, mentre l'analisi delle interdipendenze tra le attività lungo la *value chain* potrebbe portare a scegliere deliberatamente di aumentare costi in un'attività

che crea valore, poiché può condurre ad una riduzione dei costi totali.

Come emerge dall'evoluzione dottrinale appena delineata, il problema dell'analisi dei costi delle reti è stato concettualmente individuato dagli studiosi aziendali, mentre operativamente ancora non è stata elaborata un'efficace metodologia d'analisi. Si ritiene che la valutazione dei costi del nuovo aggregato reticolare dovrebbe in ogni caso essere fatta, seppure in modo parziale. Infatti, affinché il valore creato sia mantenuto anche nel lungo periodo, è necessario aver definito con precisione tutti gli aspetti gestionali e organizzativi reticolari.

Verranno di seguito verificate in capo all'Azienda sanitaria unica regionale delle Marche le caratteristiche della rete suesposte perché, come vedremo, il riferimento normativo sembra voler mettere in evidenza un'architettura reticolare.

5. L'esperienza dell'azienda sanitaria unica (Asur) delle Marche

Le norme istitutive e regolamentari dell'Azienda sanitaria unica regionale (Asur) delle Marche delineano un modello organizzativo e gestionale del tutto diverso rispetto agli altri modelli regionali italiani¹³. La Legge regionale n. 13/2003 e sue successive modificazioni (Del. G. reg. 1880/2003, la Del. G. reg. 1704/2005 e la Del. G. reg. 511/2006) hanno previsto l'istituzione di un'unica Azienda sanitaria mediante fusione per incorporazione delle 12 Asl nella Asl n. 7 di Ancona e la sua articolazione in 13 zone territoriali.

L'obiettivo di un'unica azienda può essere individuato «nel recuperare a finalità unitarie gli obiettivi di programmazione e di alta amministrazione, consolidando, nello stesso tempo, a livello di zone territoriali, tutti gli aspetti di natura gestionale ed erogativa e, con essi, l'insieme dei rapporti con l'utenza, con gli operatori, con le organizzazioni sindacali e con le amministrazioni comunali» (art. 1, L. reg. 13/2003).

Le zone territoriali, a decorrere dal primo gennaio 2006 hanno perso la loro personalità giuridica con il passaggio all'Asur di tutti i rapporti giuridici.

Con la Del. G. reg. 1704/2005 è stata istituita l'area vasta intesa come «ambito di riferimento corrispondente ad un bacino di utenti sufficientemente ampio e significativo in termine di massa critica di attività prodotte e fornite, idoneo per azioni gestionali, collaborazioni ed integrazioni di funzioni, finalizzato ad accrescere le economie di scala e migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi». Sono state individuate cinque aree vaste corrispondenti alle cinque province regionali: Area vasta 1: zona 1 Pesaro, zona 2 Urbino, zona 3 Fano; Area vasta 2: zona 4 Senigallia, zona 5 Jesi, zona 6 Fabriano, zona 7 Ancona; Area vasta 3: zona 8 Civitanova Marche, zona 9 Macerata, zona 10 Camerino; Area vasta 4: zona 11 Fermo; Area vasta 5: zona 12 San Benedetto del Tronto, zona 13 Ascoli Piceno. (Figura 1. La rete sanitaria: integrazione delle zone nelle aree vaste) (figura 1).

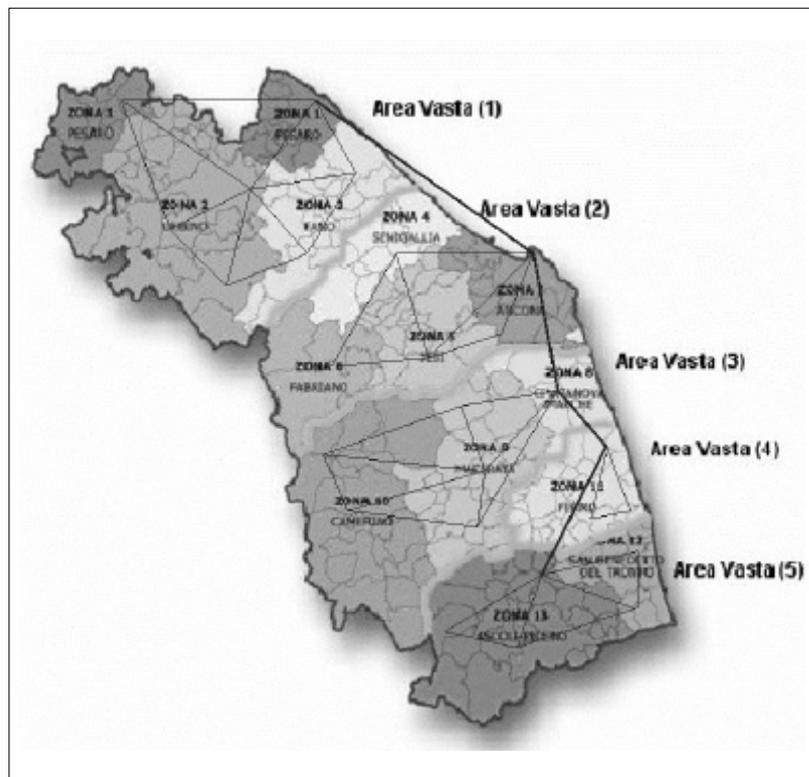
Le funzioni sono classificate a livello aziendale, a livello di area vasta e a livello di zona territoriale (tabella 2).

Alle zone territoriali è riconosciuta l'autonomia nell'esercizio delle attività di programmazione e gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari necessari per assicurare le prestazioni LEA e l'equo accesso ai servizi. L'integrazione tra più zone è garantita a li-

Figura 1

Le Aree Vaste

Fonte: Piano Sanitario Regionale 2007-2009



	LIVELLO AZIENDALE	LIVELLO DI AREA VASTA	LIVELLO ZONALE
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Indirizzo, programmazione, valutazione e controllo ➢ Governo complessivo del sistema operativo gestionale ➢ Variabilità e bilancio ➢ Coordinamento programmazione zonale ➢ Gestione del patrimonio immobiliare ➢ Affidamenti e gestione tesoreria unica ➢ Gestione del sistema informativo 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Programmazione sanitaria ➢ Acquisto di beni e servizi (da regolamento) ➢ Esecuzione di lavori e procedure d'appalto ➢ Gestione del patrimonio aziendale (escluse dal livello aziendale) ➢ Gestione dei magazzini e della logistica ➢ Amministrazione del personale di primo livello e convenzionato ➢ Coordinamento del primo livello del livello del controllo di gestione e della programmazione aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Programmazione ed erogazione dei servizi sanitari ➢ Governo dei servizi offerti alle cure primarie ed alle aree ospedaliere, specialistico territoriale e socio-sanitario ➢ Integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari ➢ Governo degli stabilimenti ospedalieri

Tabella 2

La ripartizione delle funzioni (*)

Fonte: elaborazione sulla base della Del. G. reg. 511/2006

(*) La ripartizione delle competenze sembra richiamare i livelli di decisioni strategiche individuati da Coda (1988) attraverso le quali l'orientamento strategico di fondo si sviluppa e si concretizza. Secondo l'Autore le strategie si dispongono secondo una certa gerarchia, che evidenzia tre livelli: quello aziendale, quello di area di affari e quello funzionale interno ad un'area strategica d'affari (ASA). A livello aziendale sono formulate le strategie di portafoglio, a livello di ASA le strategie competitive (o di business) mentre all'interno dell'ASA sono definite le strategie funzionali.

vello normativo dall'area vasta e il modello ordinario di gestione operativo è il modello organizzativo dipartimentale.

In particolare, come definito dalla Del. G. reg. 511/2006, «al fine del recupero di economie di scala e della valorizzazione del confronto con le componenti sociali, quale garanzia della crescita equilibrata in rete del sistema, sono gestite a livello di area vasta le attività volte alla ricerca di sinergie interzonali ed alla massimizzazione della qualità dell'erogazione dei servizi di cura e di assistenza».

A livello aziendale, «l'Asur esercita un ruolo forte di coordinamento, promovendo l'individuazione dei momenti di implementazione e mantenimento della rete» (Atto Aziendale, 2005)

Nel dettaglio, secondo l'Atto aziendale, l'Asur si configura come un'organizzazione di tipo reticolare «differenziata ed integrata internamente, adatta a supportare le caratteristiche di appropriatezza, di tempestività, di efficacia, di adeguatezza, di qualità e di privacy dei servizi offerti ai cittadini» finalizzata a «valorizzare le sinergie esistenti nella rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e ATL [amministrativo/tecnico/logistici] di più Zone territoriali, attivando le modalità più opportune di cooperazione e integrazione» (Del. G. reg. 511/2006).

Sulla base delle caratteristiche della rete suesposte e dei documenti analizzati, attraverso il tipico processo di analisi induttivo/deduttivo, vengono di seguito analizzate le peculiarità del sistema reticolare in capo all'Asur e come l'azienda stia procedendo alla creazione di valore pubblico.

La prima riflessione è relativa al concetto di rete interpretata come sistema, ovvero come «insieme di parti e di elementi riuniti in un tutto» e alla principale funzione di coordinamento svolta dall'Asur. L'interpretazione della rete come sistema implica delle continue interrelazioni tra i sub-sistemi che, nel caso dell'Asur sono presenti soprattutto nelle attività di supporto, mentre nelle attività socio-sanitarie le relazioni si individuano principalmente tra gli ospedali di rete e di polo presenti all'interno delle singole zone territoriali o a livello sovrazonale o di area vasta. In particolare, gli ospedali di polo sono i «piccoli» ospedali in cui sono erogate le prestazioni di base e di primo soccorso con le

funzioni di congiunzione tra i servizi ospedalieri e il territorio e il raccordo e l'integrazione per l'assistenza socio-sanitaria. Alcuni di essi accolgono anche le Unità territoriali di assistenza primaria (Utap) o, come previsto dal ministro della salute nel febbraio 2007, le «case della salute» quali strutture polivalenti per l'erogazione delle cure primarie. Gli ospedali di rete riorientano i propri assetti organizzativi e di offerta in prospettiva zonale per le specialità di base e sovrazonale e/o di area vasta per le specialistiche. Di conseguenza, gli ospedali di polo potranno solo mantenere attività di chirurgia ambulatoriale o *day surgey* programmata nella cornice di un nuovo raccordo con gli ospedali di rete riferimento. La cooperazione nell'offerta sanitaria è, come delineata anche dal nuovo Psr, soprattutto tra gli ospedali di Polo e di Rete (e, naturalmente, con le due aziende ospedaliere regionali e con le strutture private convenzionate) all'interno delle singole zone territoriali e/o di area vasta al fine di soddisfare la domanda dei cittadini in modo omogeneo sul territorio. L'obiettivo di offrire servizi integrati sul territorio è garantito attraverso il c.d. «distretto integrato» in cui la ridefinizione e la riorganizzazione dell'offerta avviene attraverso «la rete dei servizi e delle strutture distrettuali in una logica di condivisione e supporto reciproco interdirezionale e, ove necessario, interzonale (con riferimento all'area vasta)» (Psr 2007-2009). Nel quadro che si va delineando, sembrano non evidenziarsi particolari rapporti di cooperazione e, conseguentemente, di collaborazione tra le strutture ospedaliere appartenenti a zone territoriali di diverse aree vaste, salvo alcune eccezioni riconducibili alla cura di particolari malattie. I rapporti di «quasi-competizione» tra le diverse unità elementari che dovrebbero formare la rete non richiamano la concorrenza amministrata in quanto non esistono, allo stato attuale, delle modalità di compensazione intraziendale legate alla mobilità attiva e passiva tra le diverse zone territoriali. Le risorse finanziarie a disposizione di ciascuna zona territoriale sono definite in sede di approvazione del global budget annuale in cui partecipano gli esponenti della Regione, la direzione Asur e la direzione delle diverse Zone in concomitanza alla redazione del piano degli investimenti.

Con riferimento alle caratteristiche di autonomia e indipendenza dei nodi, le zone territoriali, come evidenziato dal dettato normativo, mantengono la loro autonomia gestionale. In particolare, esse, attraverso i distretti e i presidi ospedalieri, programmano l'attività socio-sanitaria nel proprio territorio di riferimento alla luce degli obiettivi fissati a livello superiore dalla Regione nel piano sanitario regionale e dalla direzione Asur. In capo alle zone territoriali è riconosciuta anche la caratteristica di indipendenza nel perseguire i propri obiettivi nel rispettivo ambito di riferimento. Si è quindi in presenza di un pluralismo strategico intra-aziendale perché i nodi sono indipendenti nella fissazione degli obiettivi nel proprio territorio e autonomi nella modalità del conseguimento degli stessi che, naturalmente, sono compatibili, coordinati e coerenti, ma non strumentali, con gli obiettivi generali dell'Asur e del soggetto economico Regione. Trimestralmente, le zone dovranno redigere un *report* che sarà consolidato a livello Asur.

In questa fase particolare importanza assume il coordinatore di area vasta, il quale coordina che a livello di area vasta siano raggiunti gli obiettivi prefissati e ne riferisce alla direzione Asur. Per quanto concerne i rapporti di interdipendenza si possono individuare le seguenti relazioni:

- interdipendenza gestionale tra le zone territoriali principalmente all'interno di ciascuna area vasta perché, in alcune situazioni, la realizzazione dei c.d. processi assistenziali richiede il coinvolgimento di altre strutture appartenenti ad zone;
- interdipendenza istituzionale tra le singole zone e il livello istituzionale superiore (regione e direzione Asur);
- interdipendenza strategica tra le zone territoriali e la direzione Asur perché, per il principio di sussidiarietà, i direttori hanno una conoscenza approfondita del proprio ambito di riferimento che, molto spesso, la direzione Asur può non avere.

Dopo aver analizzato, sulla base di documenti pubblici e attraverso il classico metodo deduttivo/induttivo i rapporti di *co-opetition*, le caratteristiche di autonomia e indipendenza e le relazioni di interdipendenza rimane

da verificare in capo all'Asur la finalità della creazione di valore.

La ristrutturazione dell'offerta sanitaria prevista dalla Legge regionale 13/2003 ha indotto l'Asur a riesaminare e ridefinire i processi aziendali al fine di creare simultaneamente valore economico e valore/utilità per gli utenti.

Un primo passo è stato la ricerca di efficienza, snellezza ed economicità nelle attività di supporto da gestire a livello accentrato. Si è proceduto ad una ristrutturazione delle attività infrastrutturali, le c.d. attività «amministrative/tecnico/logistiche» (ATL) attraverso l'istituzione dei centri di servizi condivisi (CSC) in un'ottica cliente-fornitore interno e delle attività di approvvigionamento mediante la metodologia del *make or buy*. I CSC sono nuclei amministrativi collegati in rete e geograficamente dislocati nel territorio Asur che forniscono alle diverse zone territoriali i servizi concernenti: contabilità e bilancio, logistica e distribuzione, gestione amministrativa del personale dipendente compresa la gestione organizzativa della formazione, gestione amministrativa delle convezioni nazionali, aspetti tecnici e patrimoniali e affari legali. Attraverso i centri di servizio si cercherà di ottenere recuperi di efficienza e potenziamento dell'efficacia legati alle economie di specializzazione e di scala.

Con riferimento alle attività di approvvigionamento, l'Asur sta procedendo, attraverso decisioni di *make or buy* alla esternalizzazione delle seguenti attività: manutenzione, attività alberghiera (ad eccezione della «mensa»), la gestione dell'area magazzini compreso il trasporto e lo stoccaggio del materiale di consumo.

L'obiettivo dell'azienda può essere individuato nella ricerca di una maggiore focalizzazione sulle attività *core* esternalizzando quelle attività che richiedono elevati investimenti in termini di capitale fisso e di competenze specializzate con ritorni positivi sul *cash flow*. Attraverso la gestione accentrata della maggior parte delle attività di supporto l'Asur potrà migliorare la propria situazione economico/finanziaria e la qualità dei servizi *non-core* cedendolo ad attori esterni specializzati.

In relazione alla ristrutturazione dell'offerta sanitaria l'Asur svolge la principale funzione di programmazione con le zone

territoriali dell'offerta sanitaria, il monitoraggio e il coordinamento. In particolare, il coordinamento interorganizzativo può essere interpretato come «the process whereby two or more organizations create and/or use existing decision rules that have been established to deal collectively with their shared task environment» (Mulford, Rogers, 1982, p. 12). Nell'esperienza Asur, il coordinamento effettuato a livello centrale è finalizzato al monitoraggio di un'offerta di servizi socio-sanitari omogenea ed equa sul territorio regionale definita durante la programmazione concertata.

Dall'analisi condotta emerge che l'Azienda sanitaria unica regionale presenta una gestione centralizzata e unitaria per quanto concerne la gestione delle attività di supporto, mentre la produzione viene solo coordinata a livello centrale perché molti aspetti relazionali come la cooperazione sono individuati soprattutto a livello di area vasta. Tale strategia permette di ottenere, nello stesso momento, i vantaggi delle economie di scala in particolare negli approvvigionamenti e nelle attività infrastrutturali e di erogare servizi sul territorio a livello di zona territoriale e/o di area vasta per rispondere al *continuum of care*. Tale complessità fa sì che l'azienda si presenti come un insieme di cinque «quasi-reti» nell'offerta sanitaria, le cinque aree vaste, con un marcato coordinamento a livello accentrato.

6. Conclusioni

Dallo studio condotto è emerso che il paradigma reticolare nella produzione di servizi sanitari è un fenomeno in continua evoluzione e la sua realizzazione implica la convergenza di numerose componenti e competenze. La Regione, nel formulare il piano strategico, dovrà considerare numerose variabili. Tra le variabili assume particolare importanza l'analisi e la gestione dei costi che dovrà essere condotta per tutti i processi assistenziali considerando non solo la singola azienda sanitaria locale, ma anche il territorio al fine di individuare quelle strategie che consentono di realizzare il più elevato valore pubblico. La rete può rappresentare una soluzione perché, se implementata correttamente, permette di raggiungere obiettivi d'efficienza e di erogare servizi omogenei e integrati sul terri-

torio. L'unico punto su cui porre attenzione è rappresentato dall'interpretazione della rete come strumento della Regione per poter meglio raggiungere l'interesse pubblico e non solo come fine. Come evidenziato dall'esperienza Asur l'implementazione della rete richiede un lungo processo di trasformazione non solo strutturale, ma anche relazionale tra le diverse unità elementari presenti nel territorio.

Perché la rete possa essere interpretata come mezzo del soggetto economico pubblico Regione per meglio raggiungere gli obiettivi di valore pubblico sono necessari, oltre al rispetto degli elementi strutturali della rete anche la cooperazione, la collaborazione, lo scambio di risorse, la reciprocità e la fiducia tra le singole unità elementari. Solo attraverso la realizzazione di questi elementi strutturali e dinamico/relazionali tra le unità elementari, la rete può essere un sinergico sistema che crea valore pubblico nell'ambito del sistema sanitario.

Note

1. Altri interessanti contributi sono forniti da Antonelli (2000); Azzini (1974); Confalonieri (1997); Coda, Brunetti, Bergamin, Barbato (1974); Ferraris, Franceschi (2000); Galassi (1969); Mancini (1999); Marci, Silvi, Zanoni (2000); Pellicano (2002).
2. Tra gli altri studiosi che hanno interpretato la rete come «sistema» si vedano Dioguardi (1994) e Garzella (2000).
3. Cfr. Casati (1999). Sull'argomento si vedano anche Lega (2001) e Del Bene (2000).
4. Per un approfondimento si veda Del Vecchio (2003).
5. Per un approfondimento sulle caratteristiche dei *network* nell'erogazione di servizi pubblici si vedano: Flynn, Williamson *et al.* (1996); Powell (1990); Rhodes (1997); Thompson, France *et al.* (1991).
6. L'entropia è un termine preso dalla termodinamica, che indica un processo di progressiva disgregazione che conduce ad una progressiva perdita di ordine e differenziazione interna. Da Ferrero (1980), *Impresa e Management*, Giuffrè, Milano, p. 8.
7. Per un approfondimento sui caratteri di cooperazione/competizione fra aziende sanitarie pubbliche si veda Baretta (2007).
8. Altre interpretazioni sulla creazione di valore pubblico sono fornite da: Reborà (1999); Borgonovi (2001); Del Bene (2002); Gagliardo (2002). Secondo Borgonovi: «L'azienda pubblica «produce valore» se, a parità di tributi richiesti o con tributi decrescenti, è in grado di dare gli stessi servizi o servizi migliori rispetto a quelli precedenti, a garantire remunerazioni più soddisfacenti per i propri dipendenti perché organizza meglio la propria attività. Allo stesso modo l'azienda pubblica produce valore se,

- a parità di tariffe le cui dimensioni sono imposte da obiettivi di politica economica, è in grado di erogare servizi di qualità più elevata.».
9. Seguendo l'approccio processuale, un ulteriore oggetto di analisi è rappresentato dall'insieme delle relazioni facenti capo a una singola unità elementare (ad esempio la Mancini, 1999, con l'analisi del controllo relazionale) o alla *focal firm* che, di fatto, è espressione del soggetto economico reticolare.
 10. Mancini (1999) identifica il controllo relazionale nell'«attività di governo rivolta al monitoraggio dell'assetto relazionale e cooperativo attuale e prospettico dell'azienda».
 11. Normann e Ramirez criticano il modello di Porter perché «sempre di più le imprese di successo non si limitano ad aggiungere valore [svolgendo le attività lungo la catena del valore], ma lo "reinventano"». Essi elaborano il concetto della costellazione del valore per sottolineare che gli attori istaurano rapporti di co-produzione cioè rapporti di tipo pluridirezionale e tale per cui essi non possono più limitarsi alla massimizzazione del proprio valore ottenuto dalla propria «catena interna, ma devono essere di supporto alla creazione di valore degli altri partner».
 12. Secondo l'autore è necessario studiare la rete come sistema unitario, come «sistema di creazione di valore» definito come «insieme di risorse (materiali, immateriali e umane) preposte allo svolgimento delle attività che partecipano alla creazione del valore». A tal fine Parolini distingue le attività nella rete del valore in tre grandi categorie: attività di gestione delle transazioni esterne, attività di supporto; attività di realizzazione (Parolini, 1996).
 13. Per un'analisi dei modelli di gestione in sanità nelle altre regioni italiane si veda Reviglio (1999).

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

- ANSELMI L. (a cura di) (1996), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie: strumenti per una gestione manageriale efficace*, Il sole 24 ore, Milano.
- ANSELMI L. (2003), *Percorsi aziendali per le pubbliche amministrazioni*. Giappichelli Editore, Torino.
- ANSELMI L., SAITA M. (a cura di) (2002), *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie*, Il sole 24Ore, Milano.
- ANTONELLI V. (2000), *Le relazioni trasversali tra aziende: strutture e funzionamento*, Giappichelli, Torino.
- BARRETTA A. (2007), «Il dualismo competizione/cooperazione fra aziende sanitarie: un'analisi esplorativa», *Mecosan*, 61
- BASTIA P. (1989), *Gli accordi tra imprese. Fondamenti economici e strumenti informativi*, Clueb, Bologna.
- BENINGTON J. (2005), «From Private Choice to Public value», Paper presentato al Public Management and Policy Association, London, PMPA.
- BERTINI U. (1990), *Il sistema d'azienda: schema di analisi*, Giappichelli, Torino.
- BOARI G., GRANDI A., LORENZONI G. (1989), «Le organizzazioni a rete: tre concetti di base», *Economia e Politica Industriale*, 64.
- BRANDENBURGER A.M., NALEBUFF B. (1996), *Co-opetition*, Harper Collins Business, London.
- BORGONOV E. (2000), «L'organizzazione a rete nelle amministrazioni pubbliche», *Azienda Pubblica*, 4, pp. 341-343.
- BORGONOV E. (2001), «Il Concetto di valore pubblico», *Azienda Pubblica*, 2-3.
- BORGONOV E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BUTERA F. (1992), *Il castello e la rete*, Franco Angeli, Milano.
- CASATI G. (1999), *Il percorso del paziente. La gestione per processi in sanità*, Egea, Milano.
- CAVALIERI E. (2000), «Strutture e dinamiche delle relazioni interaziendali», *Relazioni interaziendali e dinamica competitiva*, Atti del XXII Convegno AIDEA, McGraw-Hill, Milano.
- CEPIKU D., FERRARI D., GRECO A. (2006), «Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie», *Mecosan*, 15, pp. 17-36.
- CEPIKU D. (2005), «Governance: riferimento concettuale o ambiguità terminologica nei processi di innovazione della PA?», *Azienda Pubblica*, 1, pp. 105-131.
- CIAMBOTTI M. (1995), *I sistemi di controllo*, Lint, Trieste.
- CODA V. (1988), *L'orientamento strategico dell'impresa*, Utet, Torino.
- CODA V. (2000), «Per un buon governo delle aziende sanitarie pubbliche», *Azienda Pubblica*, 2-3, pp. 151-158.
- COLE M., PARSTON G. (2006), *Unlocking public value: a new model for achieving high performance in public service organizations*, John Wiley, Hoboken.
- CORI E. (1997), *Controllo organizzativo, politiche di gestione e dinamica dei rapporti interaziendali*, Giuffrè, Milano.
- COSTA G., NACAMULLI R.C.D. (1997), *Manuale di organizzazione aziendale*, Utet, Torino.
- DEL BENE L. (2000), *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, reintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», *Mecosan*, 46.

- DIOGUARDI G. (1994), *Sistemi di imprese. Le nuove configurazioni dell'impresa e dei mercati*, Etas Libri, Milano.
- DIRINDIN N. (2003), *Cooperazione e competizione nel servizio sanitario. La esperienza nell'area torinese*, Il Mulino, Bologna.
- DOHERTY J. (2004), «European Housing Policies: Bringing the state back in?» *European Journal of Housing policies*, Vol. 4, 3, pp. 253-260.
- DONNA G. (2003), «Le reti sanitarie. Il caso piemontese» in Dirindin N. (a cura di) (2003).
- FERRERO G. (1968), *Istituzioni di economia d'azienda*, Giuffrè, Milano.
- FLYNN R., WILLIAMS G. et al. (1996), *Markets and Networks: Contracting in Community Health Services*, Buckingham: Open University Press.
- GARZELLA S. (2000), *I confini dell'azienda. Un approccio strategico*, Giuffrè, Milano.
- GIANNESI E. (1961), *Interpretazione del concetto di azienda pubblica*, Editore Colombo Corsi, Pisa.
- GRANDORI A. (2000), «Reti organizzative e reti di conoscenze», in *Relazioni interaziendali e dinamica competitiva*, Atti del XXII Convegno AIDEA, McGraw-Hill, Milano.
- GRANDORI A., SODA G. (1995), «Inter-firm Network: Antecedents, Mechanism and Forms», *Organizational Studies*, March.
- GRAY B. (1991), *Collaborative*, Jossey-Bass Inc., San Francisco.
- GUATRI L., MASSARI M. (1992), *La diffusione del valore*, Egea, Milano.
- HALPERT B.P. (1982) «Antecedents», in D.L. Rogers, D.A. Whetten, *Interorganizational coordination: Theory, research and implementation* (pp. 54-72), Iowa State University Press, Ames.
- HAKANSSON H., JOHANSON J. (1990), «Le strategie di cooperazione formale e informale nelle reti industriali internazionali» in F.J. Contractor, Lorange P. (a cura di), *La cooperazione tra imprese*, Etas, Milano.
- HOQUE Z. (2006), *Strategic management accounting. Concepts, Processes and Issues*, 2^a Edition, Pearson Education Australia, Malaysia.
- JARILLO J.C. (1988), «On strategic networks», *Strategic Management journal*, Vol. 9, pp. 31-41.
- KICKERT W.J.M., KLIJN E., KOOPENJAN E.H. (1997), *Managing complex networks*, Strategy Unit, United Kingdom.
- KOOIMAN J., VAN VLIET (1993), «Governance and Public Management», in K. Eliassen, J. Kooiman (eds), *Managing Public Organization* (2nd edn), Sage, London.
- LAI A. (1991), *Le aggregazioni di imprese. Caratteri istituzionali per l'analisi economico-aziendale*, Franco Angeli, Milano.
- LAURIE (2002), *Mandated collaboration: Command and control or emergent process*, disponibile su www.toronto.cmha.ca.
- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità: strategia e gestione*, Egea, Milano.
- MACINATI M.S. (2004), *Le relazioni interaziendali di collaborazione in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- MANCINI D. (1999), *L'azienda nella rete di imprese. La prospettiva del controllo relazionale*, Giuffrè, Milano.
- MARINÒ L. (2001), *Dinamiche competitive ed equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano.
- MARTINEZ M. (2000), «L'analisi organizzativa: il network», in R. Mercurio, F. Testa (a cura di), *Organizzazione. Assetto e relazioni nel sistema di business*, Giappichelli, Torino.
- MENEGUZZO (a cura di) (1996), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- MENEGUZZO M., HINNA L., MUSSARI R., DECASTRI M. (2006), *Economia delle aziende pubbliche*, McGraw-Hill, Milano.
- MOORE M. (1995), *Creating Public Value: Strategic Management in Government*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- MOORE M. (2003), «The public value scorecard: a rejoinder and an alternative», *Review of strategic performance measurement and management in non-profit organizations*, by Robert Kaplan, HCNO working paper series, May.
- MULFORD C.L., ROGERS D. (1982). «Definitions and models», in D. Rogers, D. Wetten, *Interorganizational coordination: Theory, research, and implementation*, Iowa State University Press, Ames.
- NORMANN R., RAMIREZ R. (1995), *Le strategie interattive d'impresa. Dalla catena alla costellazione del valore*, Etaslibri, Milano.
- O'FLYNN J. (2007), «From New Public Management to Public Value: Paradigmatic Change and Management Implication», *The Australian Journal of Public Administration*, vol. 66, 3.
- PAROLINI C. (1996), *Rete del valore e strategie aziendali*, Egea, Milano.
- PORTER M.E. (1999), *Il vantaggio competitivo*, Edizioni di comunità, Torino.
- POWELL W.W. (1991), «Neither Market nor Hierarchy: network forms of organization», *research in Organizational behaviour*, vol. 12, pp. 295-336.
- QUAGLI A. (1996), «Il «costo di interfaccia». Un nuovo approccio alla contabilità analitica», *Economia & Management*, 6, pp. 33-52.
- REBORA G. (1999), *Un decennio di riforme*, Guerini e Associati, Milano.
- REVIGLIO F. (1999), *Sanità senza vincoli di spesa?*, il Mulino, Bologna.
- RHODES R.A.W. (1997), *Understanding Governance*, Open University Press, Buckingham.
- RHODES R.A.W. (1999), «Governance and network », in G. Stoker, *The New management of British Local Governance*, xii-xxvi, Macmillan Press Londra.
- RHODES R.A.W., WANNA J. (2007), «The limits to Public Value, or Rescuing Responsible Government from Platonic Guardians», *Australian Journal of Public Administration*, Vol. 66, 4, pp. 406-21.
- RULLANI E. (1989), «L'economia delle reti: i linguaggi come mezzi di produzione», *Economia e Politica Industriale*, 64.
- SAITA M., KAINICH F., SARACINO P. (2002), *La pianificazione strategica e il controllo di gestione in sanità*, Il sole 24 ore, Milano.
- SHANK J.K., GOVINDARAJAN V. (1991), *L'analisi dei costi per la gestione strategica verso una nuova contabilità direzionale*, Guerini, Milano.

- SHANK J.K., GOVINDARAJAN V. (1996), «Gestione strategica dei costi e catena del valore», *Problemi di gestione*, Vol. XIX, 1, fascicolo 3.
- SILVI R. (2000), «Le scelte fra gerarchia e mercato: l'impiego dell'analisi dei costi nei processi decisionali», *Relazioni interaziendali e dinamica competitiva*, Atti del XXII Convegno AIDEA, McGraw-Hill, Milano.
- SMITH R.F.I., ANDERSON E., TEICHER J. (2004), «Toward Public Value?», *Australian Journal of Public Administration*, vol. 63 (4).
- STOKER G. (1998), «Governance as theory: five propositions », *International Social Science Journal*, Vol. 50, 155, pp. 17-28.
- THOMPSON G., FRANCES J., LEVACIC R., MITCHELL J. (1991), *Markets, Hierarchies and Networks: The Coordination of Social Life*, Sage, London.
- THOMSON A.M., PERRY J.L. (2006), «Collaboration Process: Inside the Balck Box», *Public Administration Review*, Dec., 66.
- THORELLI H.B. (1986), «Networks: between Markets and Hierarchies», *Strategic Management Journal*, vol. 7, pp. 37-51.
- WILLIAMSON O.E. (1975), *Market and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*, Free Press, New York, NY.
- WILLIAMSON O.E. (1996) *I meccanismi del governo. L'economia dei costi di transazione: concetti, strumenti, applicazioni*, Franco Angeli, Milano.
- www.asur.marche.it

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.

L'attività dell'Ambulatorio per stranieri temporaneamente presenti (STP) in un distretto sanitario delle Marche

M. PAOLINELLI, D. FIACCHINI, R. BACI, E. PALMA, G. GENTILI

The local presence of immigrants without residence permit stimulates a careful analysis of their needs in order to manage a coherent organization of the sanitary services offer. After a short recall to the Italian norms and the presentation of the organizational principles regarding the support to Temporary Present Foreigners (STP), the authors illustrate the activities of the ambulatory mainly dedicated to STP and the preferential paths activated (with the Department of Maternal and Child Health for the protection of the minors and aware maternity). They also illustrate statistics collected from STP cards till year 2005 and after January 2006 (since the moment of the creation of a dedicated path for patient that is explained in the article) economic and epidemiologic data and considerations are also pointed up.

Keywords: imigrates, temporary, path
Parole chiave: immigrati, temporaneamente, percorso, economico

Note sugli autori

Massimiliano Paolinelli e Gilberto Gentili, Distretto Zona Territoriale 4 Senigallia (AN), ASUR Marche; Riccardo Baci, Controllo di Gestione Asl Teramo; Elisabetta Palma, Servizio infermieristico e Tecnico Zona Territoriale 4, ASUR Marche; Daniel Fiacchini, Medico specializzato in Igiene, Università Politecnica delle Marche, Ancona

1. Introduzione

Il nostro Paese è da diversi anni meta (spesso intermedia) di cospicui flussi migratori in entrata. Questo ha determinato l'assunzione di soluzioni più o meno condivise (come i centri temporanei di permanenza) per far fronte all'ondata di stranieri che arrivano clandestinamente all'interno dei confini nazionali.

Tale fenomeno ha comportato la necessità di affrontare anche il tema culturalmente rilevante delle disuguaglianze di salute. La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato le differenze nei tassi di morbosità e mortalità correlate con l'appartenenza a differenti classi sociali (Maciocco, 2002; Spadea, Cois, Vannoni, 2004; Barchielli, 2004).

All'interno degli strati sociali più bassi questa diversità è divenuta sempre più significativa negli ultimi decenni, e questo fenomeno determina la necessità di prendere in considerazione la salute delle popolazioni che vivono in particolari condizioni di povertà e deprivazione sociale, come gli immigrati, i rifugiati, i senzatetto.

Pur avendo l'Italia una storia relativamente recente come Paese di immigrazione, si sta tentando di coniugare il principio universalistico – costituzionalmente tutelato – del «diritto alla salute per tutti», con un modello di organizzazione dell'assistenza che possa favorire l'accesso e la fruibilità delle prestazioni. Per poter attuare questo è tuttavia necessaria un'analisi attenta e approfondita, che è però ostacolata dalla scarsità e dalla frammentarietà dei dati relativi ai problemi

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il profilo di salute degli STP nella Regione Marche: i dati di partenza
3. Quale percorso nel Distretto per gli STP?
4. I dati delle schede STP della Asur Marche Zona Territoriale 4 - Senigallia
5. Considerazioni economiche
6. Conclusioni

e ai bisogni di salute della popolazione immigrata.

Gli stranieri che arrivano clandestinamente in Italia sono per la maggior parte giovani in buone condizioni di salute, in quanto il flusso migratorio è costituito da soggetti prevalentemente spinti da necessità economiche e alla ricerca di un lavoro per lo più manuale. È tuttavia frequente che le condizioni fisiche e la resistenza dei soggetti (effetto migrante sano) che intraprendono il viaggio siano messe a dura prova e indebolite per la precarietà in cui questo avviene (Bonaccorsi, Lo Presti, Papini, 2002).

Ciò rende ovviamente prioritario lo svolgimento di processi assistenziali in regime di urgenza che, in tempi relativamente brevi, garantiscano la restituzione *quoad valetudinem* della condizione di questi soggetti.

Una volta stabilitisi nel nostro Paese, senza contatti con il Paese di provenienza, lontani dalle proprie origini, immersi in un ambiente sociale e culturale talvolta molto distante dal proprio modello di riferimento, in genere costretti a vivere in precarie condizioni igienico sanitarie, anche i soggetti che erano arrivati in buone condizioni vanno incontro a un progressivo deterioramento dello stato di salute e – dopo un breve intervallo di benessere – devono ricorrere alle strutture sanitarie.

2. Il profilo di salute degli STP nella Regione Marche: i dati di partenza

Gli STP, ovvero gli immigrati senza regolare permesso di soggiorno, costituiscono una popolazione difficilmente descrivibile: i flussi informativi che consentono lo studio epidemiologico di tale popolazione sono pochi e incompleti, anche a causa dell'impossibilità di sapere con esattezza il numero degli STP presenti in un dato momento o in un dato periodo di tempo sul territorio, sia a livello locale che regionale e, a maggior ragione, nazionale.

Uno dei flussi informativi più utili per lo studio degli STP è rappresentato dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), che permette di analizzare *ex post* i bisogni di salute di questa particolare fascia di popolazione (Cepolina, 2002).

A livello regionale, l'analisi dei dati raccolti nel 2002 ha permesso di stabilire che

la popolazione STP locale ha caratteristiche simili a quelle degli immigrati presenti nel resto del territorio italiano, e ha consentito di stilare il *report* «Profilo di Salute delle Marche, 2005», in cui erano presentati i dati relativi allo stato di salute della popolazione marchigiana e i dati di ospedalizzazione degli STP (Carletti, Ferreiro, Mancini, 2005).

La casistica raccolta¹ (855 STP ricoverati per un totale di 1.422 episodi di ospedalizzazione) ha permesso di estrapolare il seguente «profilo medio di salute» della popolazione STP:

- persona giovane² (età media dei ricoverati 29 anni, in entrambi i sessi);
- se di sesso femminile (il 59% del totale delle degenze), con problematiche ostetriche³, seguite dalle patologie gastro-enteriche e ginecologiche;
- se di sesso maschile, con problemi ematologici⁴, a carico dell'apparato osteo-articolare⁵ e dell'apparato digerente⁶. Fatta eccezione per le malattie cardiovascolari (prima causa di ospedalizzazione per i marchigiani residenti), non vi è evidenza di una specificità patologica nell'immigrato.

Ad ulteriore conferma dell'assioma che definisce la salute non soltanto come benessere fisico, ma anche come benessere psico-sociale, questi dati fanno emergere il peso dello stile di vita, dell'ambiente di vita e lavoro, delle condizioni socio-culturali ed economiche.

Le istituzioni – a livello nazionale e locale – hanno la responsabilità di correggere le determinanti di salute modificabili, attraverso leggi⁷ a tutela della salute dell'individuo che – in coerenza con i diritti costituzionali⁸ – offrano reali percorsi di integrazione fra culture e garantiscano equità nella accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari, sociali ed educativi.

Differenti autori (Bonaccorsi, Lo Presti, Papini, 2002; Marceca, 1999; Geraci, Marceca, 2002; Geraci, 2003) hanno ben presentato il panorama legislativo italiano in tema di immigrazione e tutela della salute, in cui le leggi e i regolamenti promulgati mirano a concedere agli immigrati pari dignità e pari opportunità (anche quando privi di regolare permesso di soggiorno), e allo stesso tempo esse prevedono la priorità di promuovere la

tutela della salute della collettività, controllando e prevenendo le più frequenti malattie infettive e diffuse (Legge 6/3/1998; Circ. Ministero Sanità 22/4/1998; D.L.vo 25 luglio 1998; D.P.R. 31/8/1999; Circ. Ministero Sanità 24/3/2000).

3. Quale percorso nel Distretto per gli STP?

La legge garantisce la potenzialità dell'accesso dell'immigrato alle strutture sanitarie, ma il problema risiede nella necessità di costruire, per gli STP, percorsi corretti.

Per ottenere questo è necessario organizzare i servizi in modo da consentirne la piena accessibilità. La tutela della salute degli immigrati è uno degli obiettivi di salute prioritari per il Ssn (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2006).

Per rispondere alla norma e alle linee di indirizzo programmatiche sono stati istituiti gli ambulatori per STP su buona parte del territorio nazionale e, nell'ottica della *devolution*, ogni Regione ha legiferato autonomamente, istituendo queste strutture in luoghi differenti⁹; tuttavia gli Autori ritengono che il Distretto sia l'ubicazione ideale¹⁰ per questo genere di attività, in quanto è il luogo dove avviene l'erogazione dell'assistenza primaria, dove si definiscono i percorsi di integrazione e dove si codifica l'accesso ai servizi specialistici, nel rispetto del criterio di accessibilità¹¹ ai servizi.

Gli STP possono avere accesso alle prestazioni sanitarie gratuite attraverso la compilazione della *scheda STP* e modulo di *dichiarazione di indigenza*.

L'ambulatorio distrettuale della Zona territoriale 4 di Senigallia ha le caratteristiche di un vero e proprio ambulatorio per la medicina generale e le prestazioni sanitarie erogate, a parte il rilascio e i rinnovi delle tessere STP, sono le medesime.

La gestione clinica è effettuata da un medico reclutato tra i Medici di assistenza primaria cui si affidano compiti di «attività territoriale programmata», con oneri a carico della azienda in ragione di un compenso orario equiparabile a quello dei Medici addetti alla continuità assistenziale.

Tale struttura è stata organizzata in modo da permetterne l'integrazione in rete con una serie di altri servizi.

Cure in età pediatrica

– *Ambulatorio pediatrico per l'utenza in STP* (gestito dal dipartimento materno infantile) dislocato all'interno del Distretto di Senigallia, aperto il martedì dalle 8.30 alle 11.30 con accesso gratuito e senza impegnativa.

– *Servizio di puerperio a domicilio*, dedicato a donne immigrate o ad altri casi particolari segnalati dall'U.O. Ginecologia-ostetricia, con il supporto di una mediatrice linguistico-culturale¹².

Consultorio per STP

– *Ambulatorio ostetrico-ginecologico consultoriale* per donne straniere, effettuato dai medici specialisti di sesso femminile dell'*équipe* dell'U.O. Ginecologia-ostetricia il lunedì mattina dalle 9.00 alle 12.00. L'ambulatorio viene effettuato su prenotazione diretta o telefonica ed è rivolto ad un'utenza adolescente o straniera. Oltre alla ginecologia sono presenti l'ostetrica e la mediatrice linguistico-culturale.

Nella **figura 1** è rappresentata la *flow-chart* di accesso.

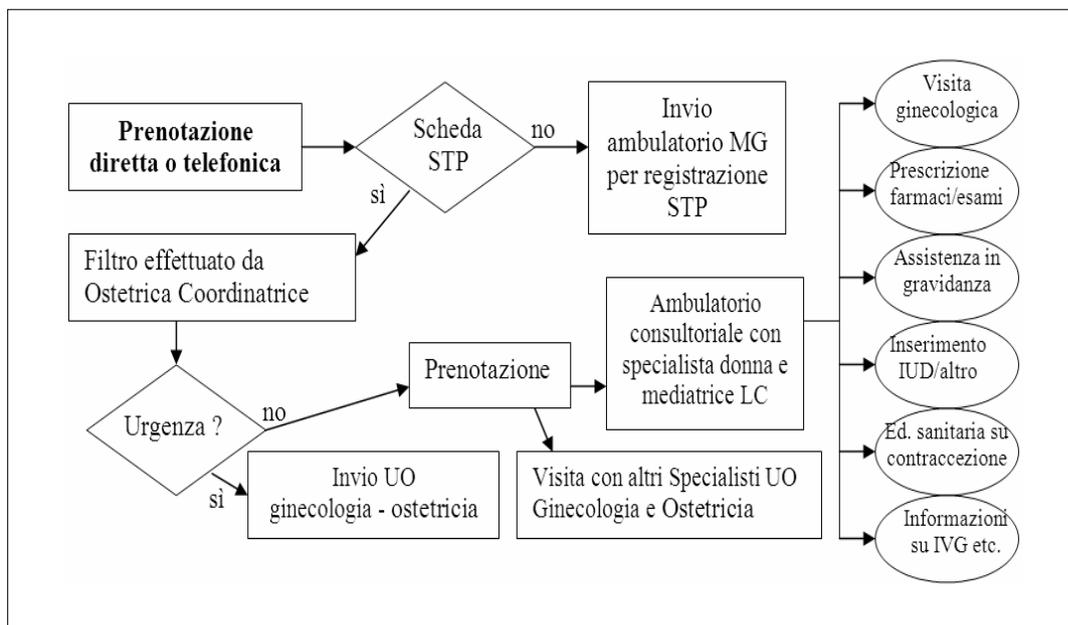
Intesa con Associazioni di volontariato

Protocolli di intesa con le associazioni di volontariato (es. Caritas) hanno lo scopo di definire un percorso per la presa in carico di persone «senza fissa dimora», magari in dimissione ospedaliera verso un centro di prima accoglienza cui è garantito un percorso facilitato di accesso alle prestazioni specialistiche.

Le Associazioni, in sinergia con le Asl possono attuare un proprio ambulatorio medico gestito in regime di volontariato, gli utenti di tale ambulatorio che possono avere necessità di eseguire esami di laboratorio ed indagini strumentali vengono seguiti presso le strutture aziendali senza oneri a carico dell'utenza medesima o della associazione.

Nei cinque anni di attività dell'ambulatorio STP di Senigallia i medici che si sono succeduti hanno effettuato 1112 (970 + 142) registrazioni STP, con un picco di registrazioni nel 2002 e un calo nel periodo 2003-2004¹³.

Figura 1
Flow-chart di accesso



Nel periodo dal 2005 alla data in cui viene realizzato questo articolo si è assistito ad un aumento delle iscrizioni STP e degli accessi ambulatoriali, e il concomitante assestamento delle stesse a circa 220-240 per anno¹⁴.

4. I dati delle schede STP della Asur Marche Zona territoriale 4 - Senigallia

Nel gennaio del 2006 è stata elaborata una scheda per la registrazione dell'attività ambulatoriale (figura 2).

Questo modulo, ovvero la *scheda STP*, viene normalmente rilasciato dagli uffici dell'anagrafe sanitaria, tuttavia, per facilitare l'accesso all'ambulatorio, si è deciso di spostare tale attività sullo stesso medico che opera nell'ambulatorio per STP. La scheda, utilizzata dai medici dell'ambulatorio di Medicina generale, oltre a comprendere una sezione anagrafica per la registrazione delle generalità del paziente (nome, cognome, sesso, età), prevede una sezione dedicata alle prestazioni erogate e una relativa alla diagnosi, certa o presunta, motivo dell'accesso.

In ultimo, la scheda presenta una sezione dedicata ad informazioni anamnestiche rilevanti, quali grado di istruzione, altezza, peso, abitudini voluttuarie (alcohol, fumo di tabacco).

La scheda, così elaborata ed attivata, può rappresentare un valido strumento per la registrazione dei dati utili al monitoraggio e all'implementazione dell'attività ambulatoriale e un utile supporto all'epidemiologia descrittiva.

Sono state analizzate le schede STP aperte nel periodo che va dalla apertura a regime dell'ambulatorio (21 luglio 2006) fino al 30 gennaio 2007, momento a partire dal quale viene realizzato questo articolo.

L'ambulatorio è aperto al pubblico il martedì e il venerdì pomeriggio dalle 14.00 alle 16.00; da qui si evince che il periodo considerato (luglio 2006-gennaio 2007) equivale a 24 settimane, quindi a 48 giornate di apertura, cui vanno aggiunte le 2 del mese di luglio, per un totale di 50 giornate di apertura. Il numero di accessi totali è stato di 142, con estremi che vanno da 1 fino a 10 accessi/die, e con una media di accessi a giornata di apertura di 2,84. Il maggiore flusso di accessi si è registrato nel periodo di agosto-prima metà di settembre e alla fine di ottobre 2006 (figura 3).

L'analisi dei dati raccolti attraverso la compilazione della parte anagrafica delle schede STP ha permesso di stilare un profilo dell'utenza dell'ambulatorio.

La quasi totalità degli STP proviene dai paesi dell'Est Europa, in misura minore

SCHEDA AMBULATORIO STP Data: _____

Dati anagrafici

Cognome _____ Nome _____ Codice STP: _____

Sesso: M F Età: _____ Nazione: _____

Prestazioni sanitarie

N.	Descrizione:	Apporre una croce
1	Iscrizione STP	
2	Visita medica	
3	Prescrizione farmacologica	
4	Counselling – educazione sanitaria	
5	Controllo PA	
6	Valutazione esami diagnostici	
7	Prescrizione esami (specificare) _____	
8	Invio visita specialistica (specificare) _____	
8	Altro (specificare) _____ _____	

Diagnosi, certa o presunta (specificare dove possibile)

Diagnosi:	Apporre una croce
Patologia infettiva _____ (specificare)	
Patologia cardiovascolare _____	
Patologia polmonare _____	
Patologia cutanea _____	
Patologia gastro intestinale _____	
Patologia osteoarticolare _____	
Iperensione arteriosa	
Diabete Mellito	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Altro (specificare) _____	
Altro (specificare) _____	

Informazioni anamnestiche rilevanti:

Livello di Istruzione (anni):

No istruzione	Elementare (1-5 anni)	Media (6-10 anni)	Superiore (> 10 anni)	Laurea
---------------	-----------------------	-------------------	-----------------------	--------

Altezza: _____ Peso: _____ Fumo si no Alcool si no

Il medico: _____

Figura 2
Scheda di registrazione dell'attività ambulatoriale

dall'Africa, dal Sud America, dalla Cina e da altri Paesi asiatici (**figura 4**).

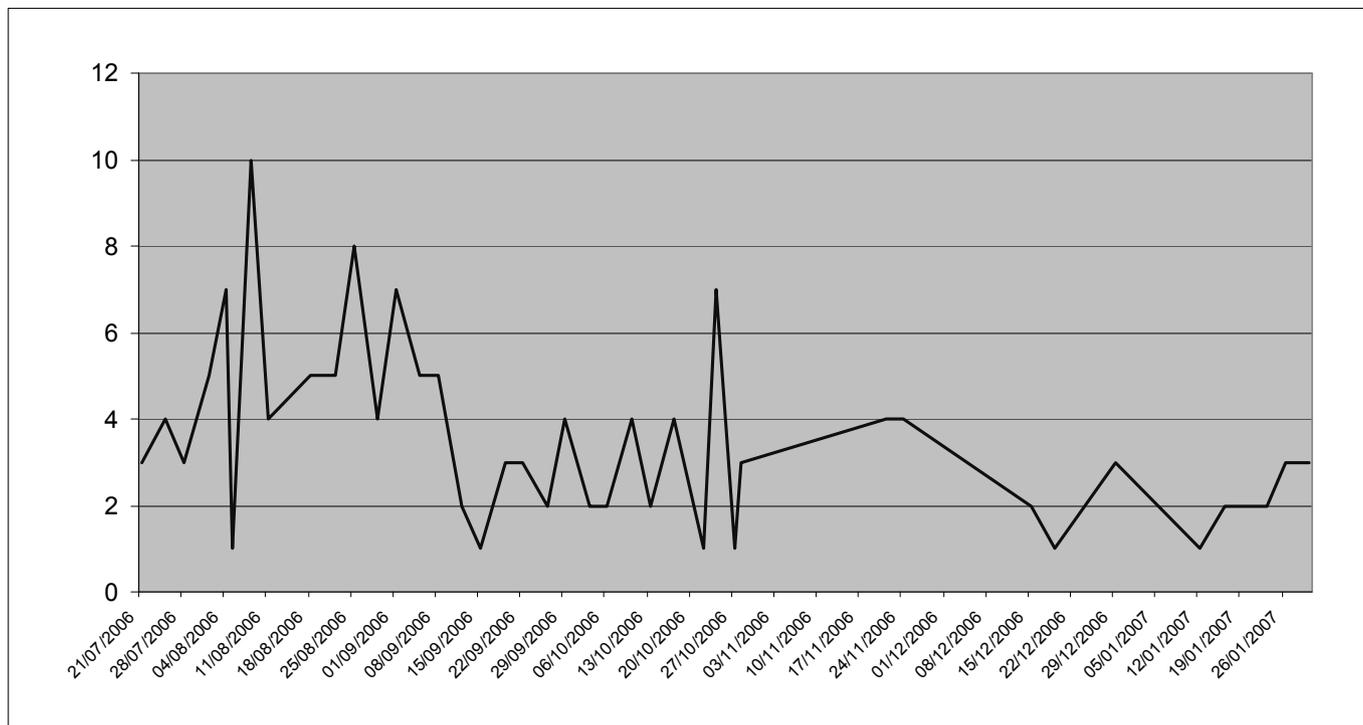
Approfondendo l'analisi e valutando l'accesso per nazione, si nota che gli STP provengono principalmente da Ucraina e Ro-

mania e, in misura molto minore, dagli altri Paesi come rappresentato nel grafico della **figura 5**.

Come si vede nei grafici a torta della **figura 7**, dei 142 STP che si sono presentati

Figura 3

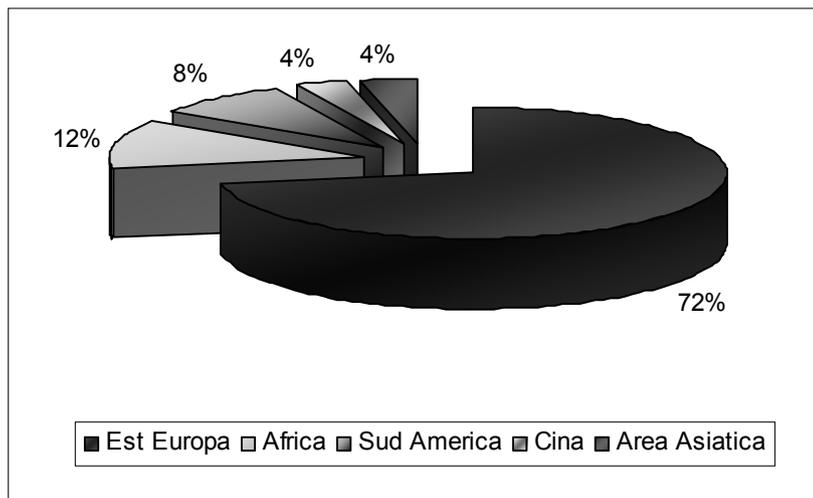
Accessi per giornata di apertura



in ambulatorio gli uomini sono stati solo 33. Quasi la metà della popolazione è rappresentata da soggetti giovani da 18 a 35 anni, un terzo da soggetti adulti da 36 a 50 anni, mentre le restanti fasce d'età (da 0 a 17 anni, da 51 anni in poi) rappresentano insieme il 21% della popolazione (figura 6). È evidente co-

Figura 4

Accessi per area geografica



me gli stranieri che arrivano in Italia siano giovani e adulti alla ricerca essenzialmente di lavoro.

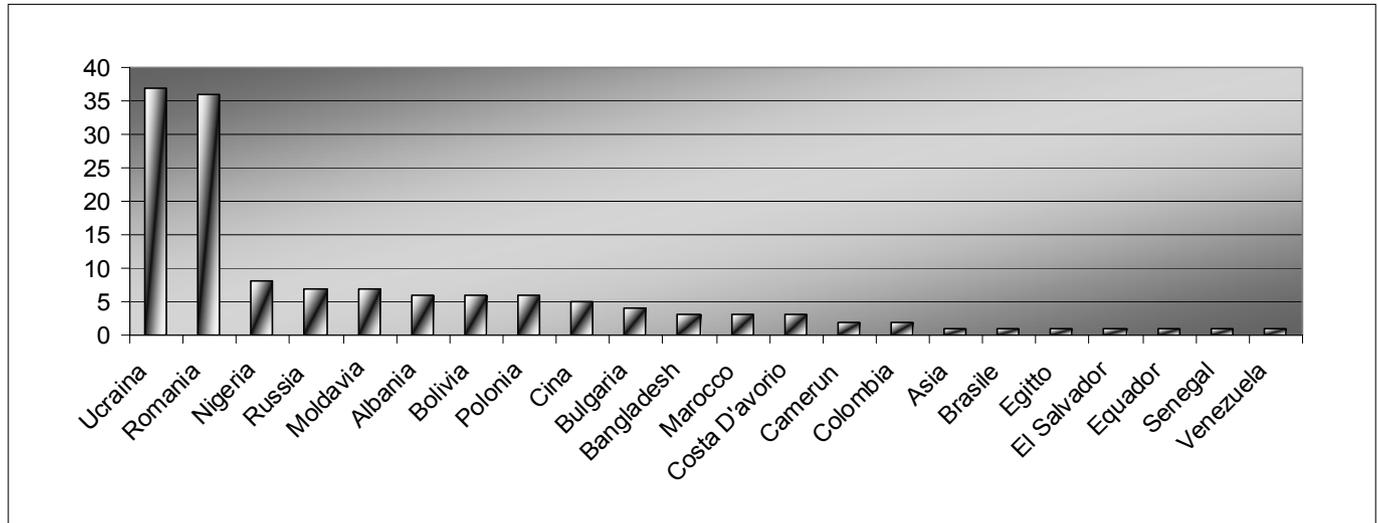
L'anamnesi raccolta circa le abitudini di vita ha permesso di indagare sul consumo di alcool (figura 8) e sul fumo di tabacco (figura 9). In entrambi i casi alcuni soggetti non hanno risposto alla domanda, oltre i 2/3 dei soggetti intervistati dichiara di non essere fumatore, mentre solo il 13% dei soggetti ammette di fare abuso di alcolici. Ammettendo che le informazioni date siano veritiere, viene alla luce un gruppo di soggetti con un quadro di buone abitudini di vita.

Nella torta in figura 10 vengono presentati i dati relativi al livello di istruzione dei soggetti che hanno avuto accesso all'ambulatorio per STP.

Contrariamente a quanto comunemente si crede, la popolazione degli immigrati non è semianalfabeta o comunque con un basso livello di istruzione: oltre la metà degli intervistati possiede un'istruzione superiore e addirittura un titolo accademico. Questo

Figura 5

Accessi per nazione



conferma l'ipotesi che gli STP vengano in Italia dopo aver completato il ciclo di studi, alla ricerca di un lavoro non disponibile nel loro Paese d'origine. Questi soggetti si trovano comunque nella condizione di accettare lavori per i quali non è richiesto un titolo di studio, in quanto i titoli acquisiti nei Paesi d'origine non vengono riconosciuti in Italia.

Nel periodo analizzato, considerando che ad ogni soggetto visitato sono state effettuate più prestazioni, è stato svolto un numero medio di prestazioni a giornata pari a 8,5.

Come riassunto dal grafico riportato nella **figura 11**, sono state effettuate in totale 127 visite mediche, 118 iscrizioni con apertura della scheda STP, 52 prestazioni di *counseling*, 47 rilevazioni della pressione arteriosa, 44 prescrizioni di farmaci, 24 valutazioni di esami, 12 prescrizioni di esami e 1 prescrizione di test di gravidanza (dosaggio BHCG).

Relativamente alla prescrizione di ulteriori visite specialistiche, i dati rilevati dimostrano che queste sono state residuali in quanto, nella gran parte dei casi, le condizioni cliniche rilevate non le hanno rese necessarie. Per quanto riguarda le visite prescritte, si può valutarne tipologia e frequenza nel grafico della **figura 12**. Da un punto di vista di analisi dei dati di salute, l'esame degli accessi suddivisi per macropatologie conferma i dati precedentemente raccolti dagli autori, ovve-

ro una prevalenza di patologie dell'apparato osteo-articolare e digerente (nei soggetti maschi) e di pertinenza ostetrico-ginecologica (**figura 13**).

5. Considerazioni economiche

Infine, è nostra intenzione proporre una semplice valutazione economica del fenomeno confrontando i costi di gestione di un ambulatorio di Medicina generale per STP con i costi che si manifesterebbero nel sistema in mancanza di un tale ambulatorio dedicato. Data la mancanza di dati statistici dettagliati sulle cure agli stranieri irregolari, non mancheranno le astrazioni e le supposizioni,

Figura 6
Accessi per fascia d'età

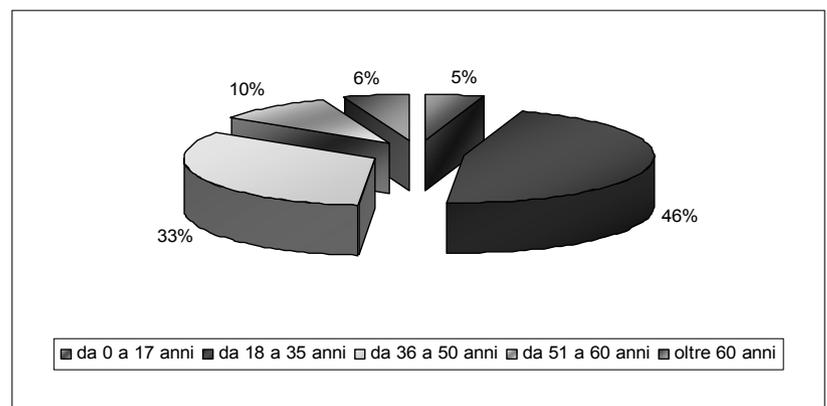
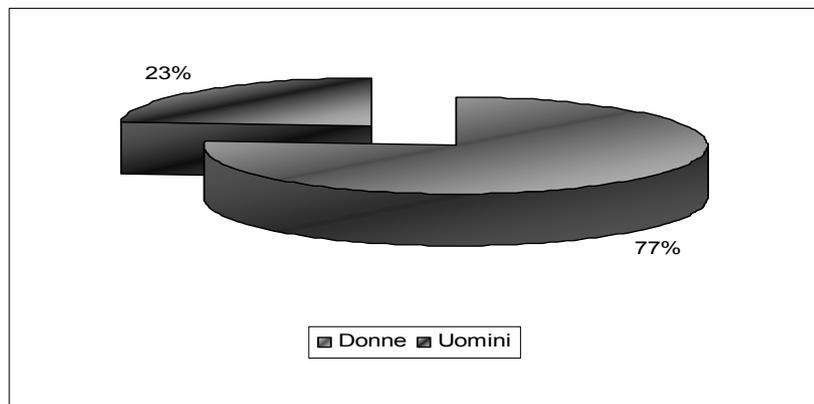
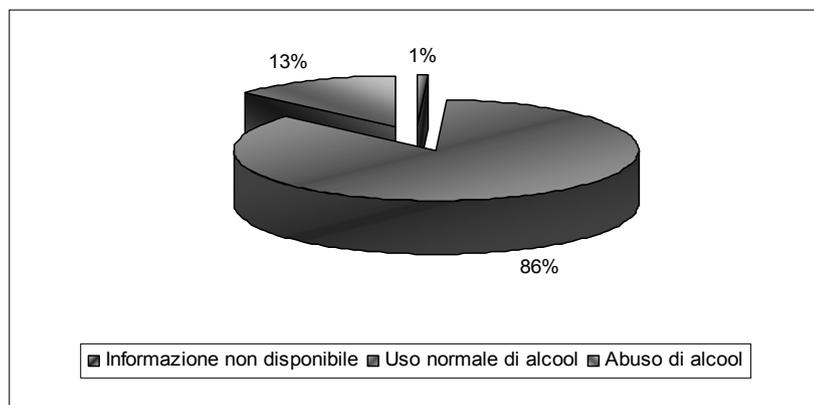


Figura 7

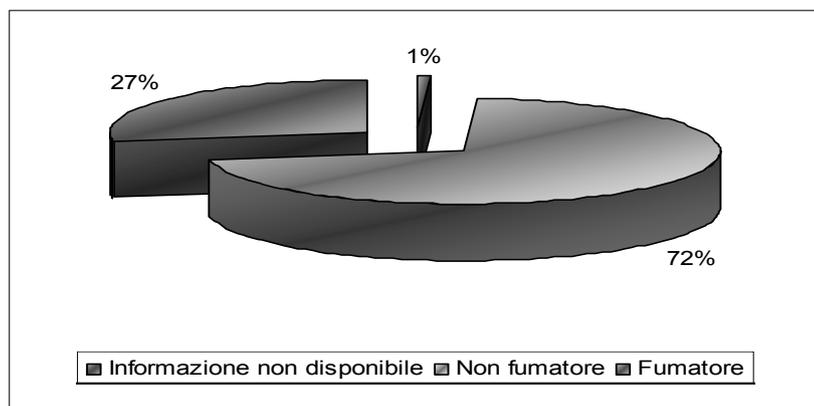
Accessi per sesso

**Figura 8**

Abuso alcool

**Figura 9**

Abitudine al fumo



riteniamo però che in un settore come quello sanitario, ogni tentativo di misurazione possa rappresentare uno strumento per rendere oggettivo ciò che è solo percepito.

La presenza di un ambulatorio dedicato agli STP, soprattutto se ben gestito, accessibile ed accettabile, fa registrare un numero elevato di accessi e comporta l'erogazione di prestazioni sanitarie consequenziali. Nel 2005, pur essendo attivo a Senigallia un ambulatorio STP, non era ancora stata adottata una scheda di rilevazioni di dati di attività ed epidemiologici, quindi l'unico dato a disposizione è il numero di registrazioni. Malgrado ciò, è plausibile avanzare alcune ipotesi e su queste imbastire un tentativo di analisi economica. A Senigallia nel 2005 vi sono state 213 registrazioni STP, cui sono succedute una serie di prestazioni. Se non vi fosse stato l'ambulatorio le alternative sarebbero state o la scelta di non sottoporsi a cure mediche o l'accesso in Pronto soccorso. L'accesso al Pronto soccorso sarebbe stato ritardato il più possibile e non avrebbe riguardato patologie di lieve entità, sarebbe stato evitato nel caso di recesso spontaneo della malattia. Non avendo sostanziali elementi per ricavare la percentuale di STP che si rivolgerebbero al Pronto soccorso in assenza di un ambulatorio dedicato, sono state avanzate tre diverse ipotesi: 75% di accessi (160 in valore assoluto), 50% di accessi (106 in valore assoluto) e 25% di accessi (53 in valore assoluto). Una decurtazione è comunque necessaria, non bisogna infatti trascurare il fatto che in sanità l'offerta crea domanda: la presenza, cioè, di un ambulatorio dedicato e gratuito determina un incremento degli accessi e questo al di là degli effettivi bisogni, perciò è difficile quantificare l'influenza di tale fenomeno sui volumi. Supponendo che le tipologie di prestazioni erogate in seguito all'accesso nel Ssn siano le stesse indipendentemente da chi abbia in cura il paziente, non resta che confrontare i costi della presenza del medico nell'ambulatorio con i costi degli accessi al Pronto soccorso.

Dato che l'ambulatorio non è utilizzato esclusivamente per la visita agli stranieri temporaneamente presenti, i costi della struttura e dei pochi strumenti presenti sono trascurabili. L'unico costo degno di nota è quello del medico addetto al servizio di continuità assistenziale e attività territoriali programma-

te. Il compenso lordo orario presso la Asur Marche ZT4 di Senigallia (An) è di 22,87 €, comprensivo di oneri sociali e assicurativi, cui vanno aggiunti 1,77 € per Irap, per un totale di 24,64 € ad ora. L'ambulatorio rimane aperto 4 ore a settimana che, moltiplicate per le 48 settimane che costituiscono l'anno (considerando 4 settimane di chiusura in corrispondenza delle festività), comportano un impegno orario da parte del medico di 192 ore. Il costo annuale dell'ambulatorio ammonta, quindi, a 4.730 €. Il costo a singola registrazione STP nell'anno 2005 è stata pari a 22,20 €. Mediamente il medico effettuerrebbe una visita ogni 54 minuti circa.

Si cerchi ora di calcolare il costo di un accesso al Pronto soccorso. Ipotizzando che mediamente ogni accesso impegni un medico e un infermiere per 30 minuti, il costo orario di un medico può essere mediamente di 46,44 €, il costo orario di un infermiere professionale invece ammonta mediamente a 22,06 €. In corrispondenza delle tre ipotesi di accesso si ha il risultato della **tabella 2**.

L'apertura dell'ambulatorio STP quindi risulta conveniente dal punto di vista economico nel caso in cui acceda al Pronto soccorso il 75% delle persone che si sarebbero rivolte al distretto, la convenienza si riduce man mano che la percentuale di accessi scen-

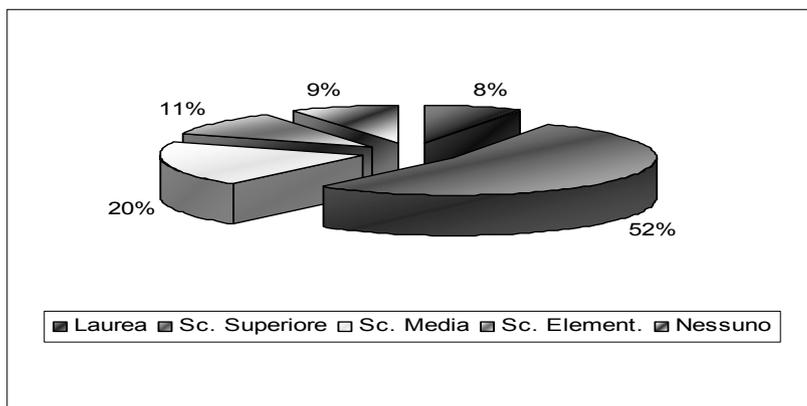


Figura 10
Accessi per livello di istruzione

de: già ipotizzando un 50% di accessi non è più conveniente fino a diventare chiaramente non economico in presenza del solo 25% di accessi.

Nel 2006 è stata invece adottata una scheda STP e, di conseguenza, i dati epidemiologici e di attività a disposizione sono molto più completi. Gli accessi in sei mesi di attività sono stati 142, è logico quindi presumere che in un anno siano esattamente il doppio: 284.

I costi dell'ambulatorio sono rimasti invariati e ammontano a 4.730 €. Il costo ad accesso è quindi di 16,65 €, diminuito rispetto all'anno precedente sia per effetto della

Figura 11
Prestazioni erogate

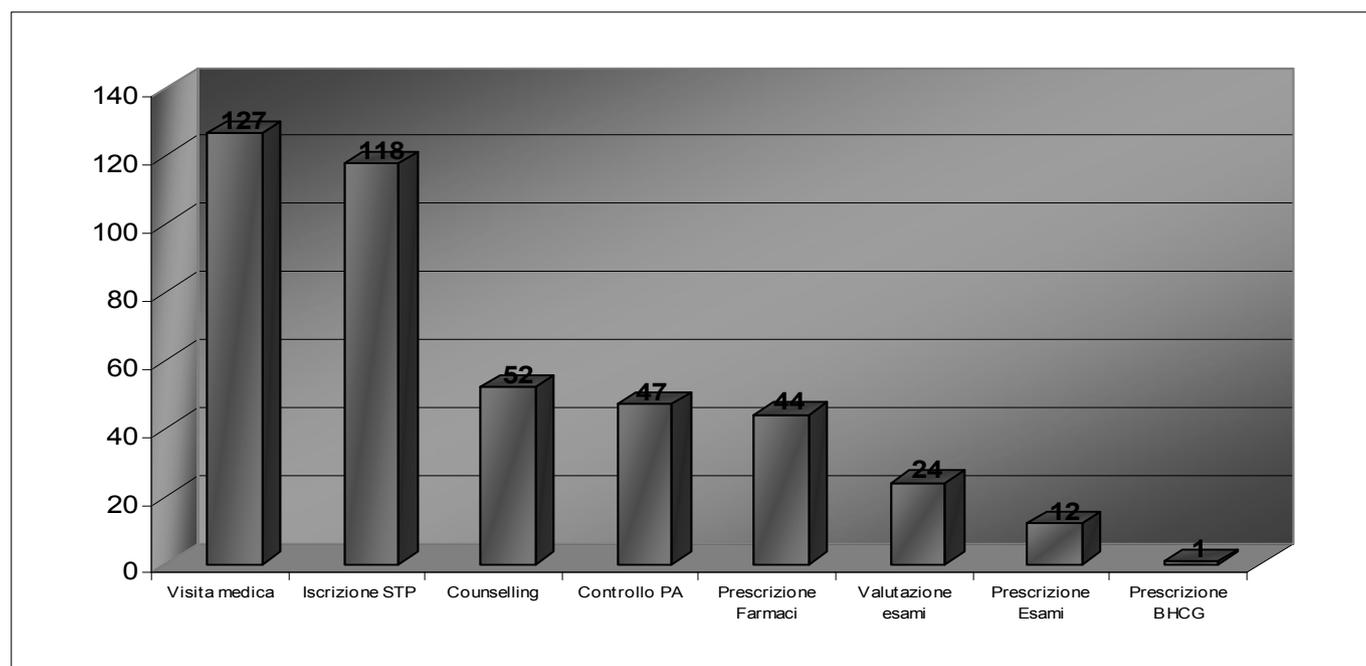


Figura 12
Visite specialistiche prescritte

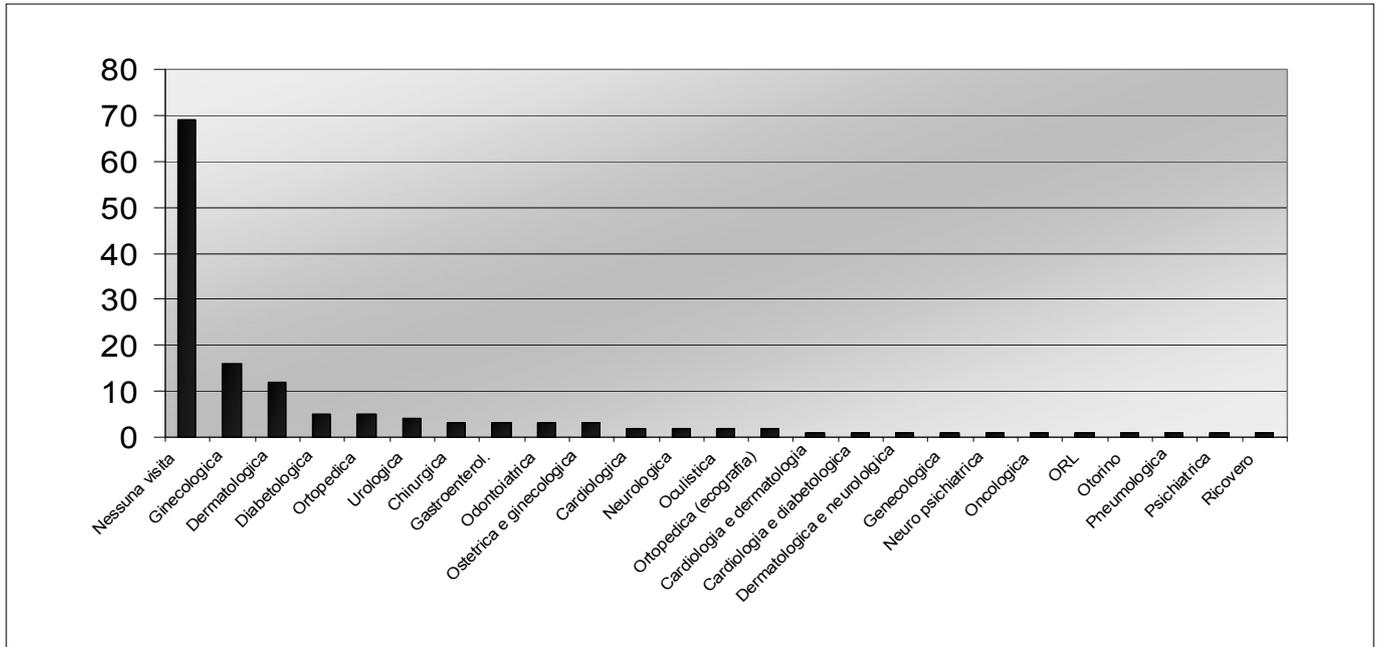
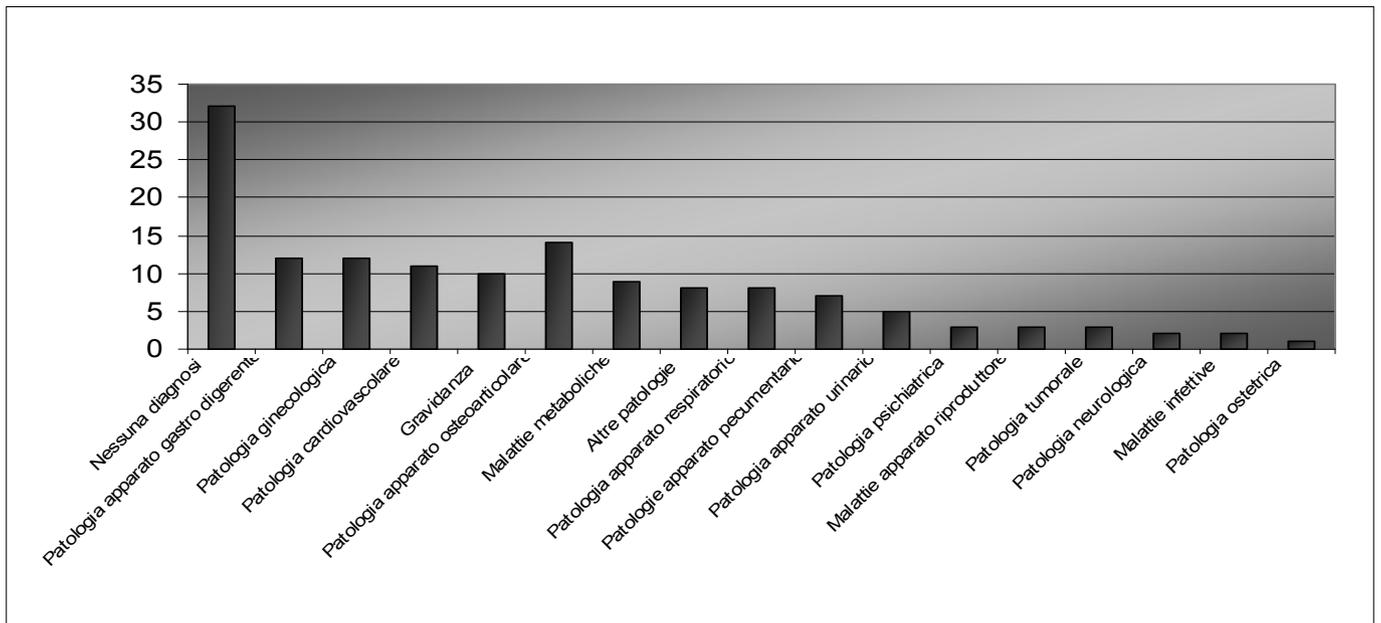


Figura 13
Accessi per macro patologia



- *Mancanza di lavoro e di reddito*
- *Sottoccupazione in mansioni lavorative rischiose o non tutelate*
- *Degrado abitativo*
- *Scadenti condizioni igieniche*
- *Diversità climatiche ed alimentari*
- *Malessere psicologico*
- *Assenza di supporto familiare e affettivo*

Tabella 1
Fattori di rischio
per la salute del migrante

	160 accessi (75% degli accessi all'ambulatorio)	106 accessi (50% degli accessi all'ambulatorio)	53 accessi (25% degli accessi all'ambulatorio)
Impegno in ore del medico e dell'infermiere di PS	80	53	26
Costo totale accesso al PS	5.480	3.630	1.781
Costo annuale ambulatorio STP	4.730		

Tabella 2
Costo degli accessi in PS

	213 accessi (75% degli accessi all'ambulatorio)	142 accessi (50% degli accessi all'ambulatorio)	71 accessi (25% degli accessi all'ambulatorio)
Impegno in ore del medico e dell'infermiere di PS	106	71	35
Costo totale accesso al PS	7.261	4.863	2.397
Costo annuale ambulatorio STP	4.730		

Tabella 3
Schema riassuntivo
dei costi

misurazione più puntuale degli accessi, sia probabilmente a causa dell'aumento degli accessi stessi.

Il medico ha effettuato mediamente una visita ogni 40 minuti. Si registrano quindi 2,84 accessi ogni giornata di apertura.

I 142 accessi hanno portato all'erogazione di 425 prestazioni del medico per una media di circa 3 prestazioni ad accesso. Ogni giornata di apertura vengono mediamente erogate 8,5 prestazioni.

Con i nuovi dati a disposizione è possibile anche pensare di effettuare una nuova valutazione della convenienza economica della scelta di istituire l'ambulatorio valutando in alternativa il costo degli accessi al Pronto soccorso dell'Azienda. Il punto di partenza è

rappresentato da 284 accessi l'anno. Stavolta l'ipotesi che il 75% degli accessi all'ambulatorio possano gravare sul PS porta a valutare il costo di 213 accessi. L'ipotesi del 50% fa considerare 142 accessi al PS. L'ipotesi del 25% fa considerare 71 accessi al PS.

Nella **tabella 3** è riportato lo schema riassuntivo dei costi.

L'incremento di accessi all'ambulatorio ha determinato una evidente ottimizzazione della capacità produttiva che l'ambulatorio STP stesso metteva a disposizione dell'utenza. Ciò comporta una aumentata resa economica dell'ambulatorio stesso, a confronto con i medesimi accessi che sarebbero stati eventualmente evasi presso il locale PS. Questo probabilmente è anche il segnale che

l'ambulatorio STP sta diventando il punto di riferimento degli stranieri temporaneamente presenti sul nostro territorio.

In questa valutazione sono stati trascurati i problemi solitamente presenti in un Pronto soccorso, e cioè le lunghe attese per codici verdi e bianchi e le maggiori difficoltà al rispetto delle altre culture. Così come non sono stati considerati i rischi legati all'eventuale presenza di malattie infettive che potrebbero innescare focolai epidemici molto più difficili e costosi da debellare in caso di ritardo negli interventi. Qualsiasi analisi effettuata metterebbe in luce quante oggettive difficoltà alla misurazione derivino dalla forma anonima della tessera STP. La scelta dell'anonimato, infatti, non consente di seguire nel tempo le prestazioni erogate e rende impossibile la creazione di una vera e propria cartella clinica personale. A ciò segue la possibilità che si erogino interventi diagnostici e terapeutici talvolta inappropriati o ripetuti con spreco di risorse economiche e risultati clinici di dubbia efficacia: si pensi alla ripetizione della stessa vaccinazione nel medesimo soggetto.

Nella sanità l'analisi costi-benefici è uno strumento fondamentale in ogni processo decisionale; relativamente all'assistenza degli stranieri irregolari ciò che gli autori vogliono puntualizzare è che i benefici sottesi all'apertura di un ambulatorio per STP sono di gran lunga superiori ai costi ad esso imputabili. Questi luoghi di assistenza, oltre che assicurare cure agli indigenti e tutelare la collettività, devono essere pensati come strumenti utili alla società e all'immigrato in un cammino che porti alla regolarizzazione e alla piena integrazione. È impensabile assistere alla scomparsa di un fenomeno, quello dell'immigrazione irregolare, che sarà sempre presente, ma il futuro paradossalmente auspicabile per questi ambulatori è che gli accessi a tali strutture si riducano sempre più fino al raggiungimento di un'utopistica cessazione delle attività. Nel frattempo ben vengano tutti i tentativi attuati per ridurre fenomeni di abuso ambulatoriale, quali l'accesso inappropriato ai servizi (da parte di chi in realtà STP non è), e le politiche che consentano l'auspicato superamento del codice STP (18), perché chi si occupa di organizzazione e gestione della sanità abbia la concreta possibilità di

migliorare l'assistenza agli immigrati irregolari.

6. Conclusioni

Pur nella relativa numerosità del campione esaminato appare evidente che l'obiettivo di giungere ad un controllo di patologie, che in altre occasioni/circostanze sarebbero sfuggite ad un governo sanitario, è stato in parte raggiunto.

L'anonimato e l'assistenza garantita a questi soggetti ha consolidato e fidelizzato il rapporto, non tanto con il singolo, quanto con la «massa critica» attraverso meccanismi di «passa-parola» che hanno supportato l'implementazione del processo.

Il rischio paventato alla definizione iniziale del meccanismo assistenziale, ovvero le malattie infettive, si è dimostrato inferiore alle attese e comunque, nei casi giunti ad esame, controllato.

I dati regionali relativi al numero di ambulatori STP attivi per ogni provincia e il numero di iscrizioni STP effettuate, aggiornati all'agosto del 2004, mettono chiaramente in evidenza la stretta correlazione fra le variabili.

Questo significa che, quando nel territorio non si organizzano ambulatori dedicati, la popolazione degli immigrati irregolari non accede all'iscrizione STP e dunque non fruisce dell'assistenza sanitaria. Ma, ovviamente, non basta attivare degli ambulatori dedicati se non si mette in campo lo sforzo di tutti gli attori impegnati direttamente, a vario titolo, nell'assistenza sanitaria.

Il distretto di Senigallia ha colto la possibilità di impattare sulla salute degli immigrati senza permesso di soggiorno, non solo garantendo loro l'assistenza sanitaria mediante l'attivazione di ambulatori dedicati, ma costruendo percorsi ad accesso facilitato con uno sviluppo a rete del sistema.

I risultati finora ottenuti sono incoraggianti (si veda § 5: considerazioni economiche). Secondo i dati attualmente disponibili e aggiornati al 2004 (Osservatorio Disuguaglianze Agenzia Regionale Sanitaria Regione Marche, 2006), nel distretto di Senigallia si è registrato il maggior numero di iscrizioni STP dal 2000 al 2004, e il 2005 ha fatto registrare un numero di iscrizioni in aumento rispetto agli anni precedenti (figura 14).

	Distretto	anno					Totale
		2000	2001	2002	2003	2004	
AO	A.O. S Salvatore	0	1	81	55	55	192
ZT 1	Novafeltria	0	1	1	22	9	33
	Pesaro	0	1	0	6	1	8
ZT 2	Cagli	0	0	4	1	5	10
	Macerata Feltria	0	0	0	41	4	45
ZT 3	Urbino-Urbania	1	26	36	18	2	83
	Fano-Pergola-	0	9	21	13	36	79
ZT 4	Senigallia	86	144	274	130	115	749
ZT 5	Jesi	0	98	120	87	90	395
ZT 6	Fabriano	0	54	64	72	93	283
ZT 7	Ancona Centro	0	48	157	108	154	467
	Ancona Nord	0	21	48	38	49	156
	Ancona Sud	0	22	24	16	15	77
ZT 8	Civitanova	5	166	259	199	70	699
ZT 9	Macerata	5	15	39	4	5	68
	MC- Ospedale	36	103	135	57	25	356
ZT 10	Tolentino	0	1	1	1	1	4
	Camerino	0	4	13	2	3	22
	S. Severino	0	17	15	11	15	58
ZT 11	Matelica	0	8	5	3	3	19
	Fermo Centro-Sud-Nord	1	67	169	142	51	430
ZT 12	S. Benedetto	0	0	181	35	100	316
ZT 13	Amandola	0	4	23	8	5	40
	Ascoli Piceno - Offida	0	6	67	59	11	143
	Ospedale "Mazzoni"	0	11	21	29	29	90
n. totale		134	827	1758	1157	946	4.822

Figura 14
Iscrizioni STP
anni 2004-2005

Si tratta di un successo organizzativo che riflette la piena risposta ai bisogni assistenziali di una popolazione indigente? Difficilmente avremo una chiara risposta a questa domanda e il continuo confronto con le problematiche inerenti gli STP ci pongono di fronte ad una serie di altri interrogativi:

- Come ridurre la distanza culturale tra operatore e paziente?
- Come far fronte al debito informativo con l'utenza relativo all'offerta dei servizi sanitari che vengono loro erogati?
- Come promuovere attività di prevenzione per adolescenti e giovani adulti immigrati attraverso un approccio transculturale e multidisciplinare?
- Come contrastare l'alto numero di IVG tra le straniere?
- Come ridurre gli accessi impropri all'ambulatorio STP?
- Come valutare le attività messe in campo visti i limiti imposti dalla normativa in merito alla registrazione STP?

È evidente che gran parte di queste domande potranno trovare risposta in una evoluzione del concetto della presa in carico di questi soggetti, evoluzione che possa condurre anche sul piano sanitario ad una in-

tegrazione reale e non virtuale del processo migratorio.

Servizi ed operatori dovranno simbioticamente realizzare tutte quelle modalità operative che supportino un'utenza di varie etnie, varie convinzioni religiose, diversi linguaggi.

Il mondo va verso una globalizzazione che è fenomeno inarrestabile: fare opposizione e non adeguarsi non potrà essere strategia vincente.

Note

1. Fonte: *database* regionale SDO, anno 2002. Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Disuguaglianze/Ars Marche.
2. A conferma del fatto che la popolazione STP è giovane e che va incontro al graduale peggioramento delle condizioni cliniche per le misere condizioni sociali, di vita e lavoro.
3. Rappresentano la prima causa di ricovero (40% delle STP contro il 13% delle marchigiane residenti). Da notare i tassi di abortività spontanea che – seppur mostrando un trend in diminuzione nel periodo 1999-2002 – rimane su valori costantemente elevati, circa il doppio della popolazione femminile residente (immigrata e autoctona).
4. Le cause ematologiche rappresentano il primo motivo di ricovero negli uomini e rappresentano la seconda causa di ricovero in generale nella popolazione STP.
5. Spesso di natura traumatica.

6. Patologie non infettive (ulcera, esofagite, ecc.).
7. I principali atti normativi che regolamentano l'assistenza socio-sanitaria agli immigrati sono: – Legge 6 marzo 1998 n. 40 «Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero»; – Circ. Min. Sanità 22 aprile 1998 n. DPS X/40/98/1010 di applicazione della L. 40/98, D.L.vo 25 luglio 1998 n. 286 «T.U. delle disposizioni concernenti dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero - Disposizioni in materia sanitaria»; – DPR 31 agosto 1999 n. 394 «Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286»; – Circ. Min. Sanità 24 marzo 2000 n. 5 «Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286»; – L. 30 luglio 2002 n. 189 «Modifica della normativa in materia di immigrazione e di asilo».
8. Art. 32 Costituzione: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti».
9. Gli Ambulatori STP sono stati collocati all'interno dei presidi ospedalieri, nei dipartimenti di prevenzione, nel territorio, anche sulla base di accordi con organizzazioni dedicate all'accoglienza degli immigrati.
10. A seguito del corso di formazione regionale «Accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata della regione Marche» svolto dall'Agenzia regionale sanitaria nel periodo dicembre 2000-febbraio 2001, le direzioni delle Zone territoriali marchigiane si assunsero l'impegno di attivare ambulatori di Medicina generale per gli immigrati STP, e il distretto venne identificato come il luogo fisico più adatto per la realizzazione di tali ambulatori.
11. «Documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato per il 2004-2006»: ottimizzazione qualitativa delle proprie attività come elemento chiave per la progressiva integrazione degli immigrati.
12. La mediazione culturale è garantita con un accordo tra la Zona territoriale 4 e l'associazione «Senza Confini» di Ancona, e si esplica sia in ospedale che sul territorio. Sono disponibili per due giorni a settimana una mediatrice in lingua cinese e una in lingua arabo-inglese.
13. Il calo delle registrazioni è verosimilmente legato alla regolarizzazione avvenuta nel periodo settembre-dicembre 2002 (Legge 30 luglio 2002, n. 189).
14. È ipotizzabile, senza tuttavia voler escludere altre possibilità (ad esempio un aumento del fenomeno degli accessi impropri), che l'aumento delle iscrizioni degli ultimi anni sia collegato alla riorganizzazione e al miglioramento dei percorsi di accesso e cura dedicati all'area materno infantile che ha avuto luogo in particolare nell'anno 2004.
15. Ricordiamo che – a tutela del diritto alla salute – gli STP non sono obbligati a lasciare i loro dati anagrafici che la prestazione può rimanere anonima.

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

- ALCARO G.R. (2006), «STP: verso il superamento di un codice anonimo», in A. Todisco, G. Gini, M.P. Volpini (a cura di), *Workshop I: Immigrazione, salute e partecipazione. Aspetti critici e nuove prospettive operative*, pp. 151-155.
- BARCIELLI A., GEDDES M., BALDI P., BIANCHINI E., PASQUA A., BIGGERI A. (2004), «Le disuguaglianze socioeconomiche», *Salute e Territorio*, 146, pp. 314-317.
- BONACCORSI G., LO PRESTI E., PAPINI D. (2002), «Il profilo epidemiologico nazionale», in *Igiene e Sanità Pubblica, Manuale per le professioni sanitarie*, Carocci Faber, Roma.
- CARLETTI P., FERREIRO M.S., MANCINI C. (2005), «L'immigrato», in Agenzia Regionale Sanitaria Marche. *Profilo di Salute delle Marche*, <http://www.ars.marche.it>.
- CEPOLINA S. (2002), «I servizi socio-sanitari. L'integrazione parte dall'analisi della domanda», *Mecosan*, 42, pp. 55-68.
- CIRCOLARE MINISTERO SANITÀ 22 APRILE 1998, N. DPS X/40/98/1010, Circolare 22 aprile 1998, n. DPS X/40/98/1010, Legge 6 marzo 1998, n. 40: «Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero».
- CIRCOLARE MINISTERO SANITÀ 24 MARZO 2000, N. 5, Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 «Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero - Disposizioni in materia sanitaria».
- DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 31 AGOSTO 1999, N. 394, *Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.
- DECRETO LEGISLATIVO 25 LUGLIO 1998, N. 286, *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero - Disposizioni in materia sanitaria*.
- GERACI S., MARCECA M. (2002), «Assistenza sanitaria agli stranieri in Italia: aspetti normativi e programmatici», *Panorama della Sanità*, 18, maggio, pp. 14-24.
- GERACI S. (2003), «Gli immigrati e la tutela della salute in Italia», in *Immigrati e rischio infortunistico in Italia*, capitolo 4, pp. 53-65.
- LEGGE 6 MARZO 1998, N. 40, *Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*.

- MACIOCCO G. (2002), «I fondamenti della sanità pubblica», in *Igiene e Sanità Pubblica, Manuale per le professioni sanitarie*, Carocci Faber, Roma.
- MARCECA M. (1999), «L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti», *Arco di Giano*, 22, pp. 27-35.
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008: gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali*.
- OSSERVATORIO DISUGUAGLIANZE AGENZIA REGIONALE SANITARIA REGIONE MARCHE, *L'assistenza sanitaria agli stranieri STP nella regione Marche*, in *www.ars.marche.it*, ultimo accesso luglio 2006.
- PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI (2006), Documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato per il 2004-2006.
- SPADEA T., COIS E., VANNONI F. (2004), «Il gradiente sociale», *Epidemiologia & Prevenzione*, anno 28, supplemento (3), maggio-giugno, pp. 19-25.

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.

Il Project finance e gli impatti sul profilo di rischio generale dell'azienda sanitaria

VERONICA VECCHI

The aim of the article is to answer to the dilemma of risk transfer/risk keeping in project finance (PF) ventures: could project finance be considered a risk management tool (to transfer risk outside the project) or does it impact negatively on the risk profile of the healthcare organisations? It suggests that there are opportunities for healthcare organisations for shifting risks to private operators only if they are able to improve their risk management skills. The analysis of seven Italian PF schemes shows that there is the urgency to introduce risk management tools to secure value for money and affordable ventures and above all to reduce the general risk profile of those healthcare organisations which signed or are willing to sign long – run contracts with private operators.

Keywords: risk management, project finance

Parole chiave: azienda sanitaria, trasferimento rischi, profilo di rischio

Note sull'autore

Veronica Vecchi, Cergas Università Bocconi e SDA Bocconi area Public Management & Policy

1. Introduzione

Uno degli elementi che caratterizzano le operazioni di *project finance* e che ne determinano la convenienza è rappresentato dal trasferimento dei rischi (Hood e McGarvey 2002) all'operatore privato. Nonostante esistano in letteratura raccomandazioni sulla tipologia dei rischi trasferibili (Henderson, 1999; Grimsey, Lewis, 2004) e sulle metodologie di analisi (Antikoye *et al.*, 1998), nella pratica, la valutazione dei rischi di progetto e la loro gestione risultano alquanto problematici. Con riferimento al Regno Unito, che rappresenta il Paese con la più lunga esperienza nella gestione delle *partnership* finanziarie soprattutto in relazione agli investimenti nel settore sanitario, Ankitoye *et al.* (1999) hanno evidenziato come esistano scarse competenze ed esperienza nella valutazione e gestione dei rischi; Broadbent e Laughlin (1999) segnalano come il trattamento dei rischi sia caratterizzato da elevata incertezza; Hood e Kelley (1999) sottolineano l'assenza di un coordinamento interno all'amministrazione nella valutazione dei rischi e Fone e Young (2000) la prevalenza di un approccio alla gestione dei rischi basato sulla sola gestione di polizze assicurative.

La letteratura sembra essere unanime nel ritenere che i rischi delle operazioni di *project finance* siano, nella migliore delle ipotesi, non adeguatamente valutati e gestiti e, nella peggiore, gestiti a vantaggio degli operatori privati (Hood, McGarvey, 2003; Ball *et al.*, 2000; Broadbent, Laughlin, 1999; Coleshill *et al.*, 1998; Gaffney, Pollock, 1997; Mayston, 1999; van Ham, Koppenjan, 2000).

In Italia, la valutazione dei rischi nelle operazioni di *project finance* è pressoché

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La distribuzione dei rischi
3. Valutazione degli effetti sul profilo di rischio complessivo aziendale
4. Distribuzione e profilo generale di rischio per l'azienda: una analisi di sette casi italiani
5. Conclusioni

inesistente e vi è una scarsa consapevolezza degli impatti delle operazioni sulla struttura dei rischi delle aziende sanitarie. Anche da un punto di vista della produzione scientifica e della manualistica (testi tecnici o operativi e linee guida messe a punto da istituzioni e agenzie pubbliche), mancano indicazioni sulla valutazione e sul trattamento dei rischi¹. L'unica analisi empirica sul trattamento dei rischi nelle operazioni di *project finance* per gli investimenti nel settore sanitario (Amatucci, Lecci, 2006), benché circoscritta², evidenzia come nei contratti di *project finance* italiani ci sia un trasferimento quasi totale dei rischi inerenti la costruzione, mentre molto più limitato è il trasferimento di rischi più complessi da valutare e gestire, come quelli relativi alla performance gestionale e alle innovazioni tecnologiche (tabella 1).

Risulta pertanto urgente, in Italia, definire un modello di valutazione dei rischi delle operazioni di *project finance* che permetta di ottimizzare il trasferimento di tali rischi all'operatore privato e di conseguire quindi maggiori livelli di convenienza. Nella prassi internazionale sono diffusi modelli di valutazione dei rischi basati su tecniche quantitative (Fone, Young, 2000) che difficilmente potrebbero trovare applicazione alle aziende pubbliche, in cui vi è sempre stato un dominio della cultura giuridica su quella di tipo aziendale.

L'ottimale trasferimento dei rischi di progetto contribuisce, come evidenziato in letteratura (Gaffney *et al.*, 1999; Edwards, Shaoul, 2003; Shaoul *et al.*, 2004), a conseguire il *value for money* dell'operazione, in altre parole, a rendere conveniente lo strumento rispetto a soluzioni alternative. Esso però dovrebbe essere ricondotto e analizzato nell'ambito della struttura dei rischi d'azienda, al fine di poter esprimere valutazioni circa gli effetti che il *project finance* genera sull'equilibrio aziendale di lungo periodo. Si

tratta di un ambito di valutazione che non è mai stato affrontato in letteratura, proprio per il prevalere di un approccio di management allo studio del *project finance*, rispetto ad un approccio di tipo aziendale, che è interessato non solo all'equilibrio dell'operazione, ma in particolare agli effetti dell'operazione sugli equilibri d'azienda.

La letteratura si è, infatti, a lungo concentrata sull'analisi e gestione dei rischi della singola operazione o di progetto ma non è mai stato approfondito come il *project finance* produca effetti sulla struttura dei rischi d'azienda. Uno degli elementi che risulta ancora non chiaramente definito è se il *project finance* possa essere considerato, oltre che uno strumento di finanziamento, anche un contratto in grado di trasferire rischi nell'ambito della funzione di *risk management* d'azienda (Drennan, McConnell, 2007) o se, nella pratica, esso diventi una forma contrattuale che aumenta il profilo di rischio d'azienda (Fone, Young, 2000).

Obiettivo di questo articolo è quello di analizzare gli impatti sulla struttura aziendale dei rischi generata dal *project finance* e comprendere se lo strumento possa essere considerato un metodo di gestione dei rischi o se esso trasferisca maggiori rischi sull'azienda sanitaria compromettendone quindi l'economicità.

2. La distribuzione dei rischi

Come già detto, uno degli elementi distintivi del *project finance* è la possibilità per l'azienda pubblica di trasferire alcuni rischi di progetto all'operatore privato. Questo elemento è stato considerato, nella teoria, uno dei principali vantaggi sia di carattere operativo che economico finanziario derivante dallo strumento. Le considerazioni esposte nell'introduzione evidenziano, invece, come la valutazione del rischio nella pratica sia,

Tabella 1

Livello di trasferimento dei rischi all'operatore privato

Fonte: Amatucci, Lecci (2006)

Clausole contrattuali sul trasferimento dei rischi	Numero	%
Clausola sul trasferimento del rischio tecnologico	2	7,50%
Clausola sul trasferimento dei rischi di costruzione	27	100%
Clausola sul trasferimento del rischio di qualità dei servizi <i>non core</i>	14	52%
Clausola sul trasferimento del rischio relativo al volume dei servizi <i>non core</i>	9	33%

in realtà, un elemento ambiguo e utilizzato in modo arbitrario per dimostrare la convenienza economica dello strumento e il suo impatto positivo sull'equilibrio reddituale d'azienda.

Molteplici sono le tecniche di valutazione dei rischi ampiamente utilizzate dalle imprese private che solo recentemente sono state introdotte nelle aziende pubbliche, specialmente a livello internazionale, anche se queste valutazioni hanno prevalentemente riguardato la dimensione professionale (come l'analisi dei rischi clinici) (Vincent, 1996). Nell'utilizzare schemi di analisi e interpretativi tipici delle imprese private è necessario evidenziare che le amministrazioni pubbliche fronteggiano le stesse tipologie di rischio, con la differenza che esse ne devono rispondere a una moltitudine di *stakeholder* (i cittadini o gli utenti del servizio pubblico) ben più ampia di quelli di una impresa privata e che le decisioni che esse prendono hanno impatti di tipo politico, sociale ed economico sicuramente maggiori (Drennan, Mc Connell, 2007). Infatti, se un'impresa privata è chiamata a massimizzare il ritorno sul capitale dei suoi azionisti nelle decisioni che essa assume, le amministrazioni pubbliche sono chiamate a massimizzare la qualità e l'efficacia dei servizi pubblici.

Un elemento che risulta molto interessante ai fini di una valutazione del *project finance*, secondo il paradigma dell'economia aziendale e non del management (nell'ambito della quale sono stati studiati prevalentemente i rischi delle operazioni), è l'analisi degli effetti che le operazioni di *project finance* producono sulla struttura dei rischi d'azienda. Froud e Shaoul (2001) hanno evidenziato, per la prima volta, nell'ambito degli studi sulla convenienza e sostenibilità del *project finance*, come non esista alcuna valutazione dei nuovi rischi che contratti così lunghi producono sull'azienda sanitaria.

Per analizzare tali nuovi rischi è necessario considerare quelli specificatamente generati dalla sottoscrizione di contratti da parte delle amministrazioni, facendo riferimento a ciò che Fone e Young (2000) hanno chiamato COCA, che è l'acronimo di *contracts* (contratti), *obligations* (obbligazioni), *commitments* (impegni) e *agreements* (accordi). I COCA rappresentano per l'azienda l'ori-

gine o il veicolo dei rischi (Fone, Young, 2000).

I contratti, che sono uno dei quattro elementi dei COCA e costituiscono l'ambito di questa analisi, visto che il *project finance* è un contratto tra azienda pubblica e società privata di progetto, rappresentano, *in primis*, il punto di accesso all'azienda di quei rischi che si originano dall'ambiente esterno: essi possono, come punto di accesso, favorire il contatto tra azienda e rischio o possono ridurre l'esposizione. Ma i contratti rappresentano anche una fonte di rischio di per sé, capace di incrementare l'esposizione al rischio dell'azienda.

Una differente interpretazione dei contratti, e in particolare di quelli relativi a *partnership* pubblico privato, è data da Drennan e McConnell (2007) che considerano il contratto una delle modalità di gestione del rischio, in altre parole ciò che consente all'azienda il trasferimento dei rischi³. È possibile affermare che questa interpretazione è la più diffusa negli studi relativi al *project finance*, che considera tra i suoi vantaggi anche il trasferimento dei rischi a quei soggetti privati che sono in grado, meglio di un'amministrazione, di gestirli e mitigarli. Fone e Young (2000) ritengono che, nell'ambito delle *partnership*, il trasferimento dei rischi all'operatore privato determina l'insorgenza di due tipi di conseguenze e quindi di potenziali costi sull'amministrazione, quello relativo al monitoraggio delle attività gestite dall'operatore privato e quello derivante dalla perdita di controllo diretto sull'erogazione dei servizi.

Si tratta, anche in questo caso, di una visione parziale del problema, che può essere più propriamente riconducibile al rapporto agente-principale (Kee, Forrer, 2002) piuttosto che al *risk management*.

In generale, le fonti di rischio esterne all'azienda sono rappresentate da (Fone, Young, 2000):

- 1) ambiente fisico (rischi climatici o geologici);
- 2) ambiente sociale (rischio di cambiamento delle caratteristiche della domanda di servizi pubblici);
- 3) ambiente giuridico (rischio che si determini un differente assetto delle responsabilità a seguito di nuove norme o regolamenti);

4) ambiente legale (rischio di insorgenza di diritti o obbligazioni derivanti dal contratto o dall'interpretazione del contratto in base alle norme vigenti);

5) ambiente economico (rischio che si modificano le condizioni generali del sistema economico, quali modifiche dei tassi di interesse o del costo delle materie prime);

6) ambiente operativo (rischio che si modificano le modalità di erogazione dei servizi);

7) ambiente cognitivo (rischio che non sia disponibile *know how* o informazioni).

L'esposizione dell'azienda, per effetto dei contratti, a queste fonti di rischio, sia per sé che come punto di accesso, origina differenti tipologie di esposizione che Fone e Young (2000) hanno categorizzato in:

- 1) esposizione relativa agli *asset* fisici;
- 2) esposizione relativa agli *asset* finanziari;
- 3) esposizione relativa agli *asset* organizzativi e al personale;
- 4) esposizione relativa ad obbligazioni legali;
- 5) esposizione morale.

La questione non è di limitata rilevanza, visto che le aziende pubbliche che stipulano un contratto di *project finance* hanno una scarsa percezione del fattore rischio che, nella maggior parte dei casi, non viene valutato e, se viene considerato, è solo in relazione al suo trasferimento all'operatore privato. In altre parole, prevale un approccio non aziendale al rischio, visto che le aziende si limitano ad un'analisi, spesso approssimativa causata da scarse competenze ed esperienze (Akintoye *et al.*, 2003)⁴, dei rischi specifici dell'operazione.

Un approccio più corretto consisterebbe, invece, in un processo di valutazione più strutturato finalizzato a:

- 1) valutare e misurare i rischi trasferibili all'operatore privato relativi all'operazione;
- 2) valutare e misurare i rischi specifici dell'operazione che rimangono a carico dell'azienda pubblica e gli effetti che essi potrebbero generare a seguito di una loro possibile manifestazione;

3) valutare e misurare i rischi che il contratto di lungo periodo con un operatore privato può generare sull'azienda nel suo complesso.

In relazione ai primi due punti, si rimanda alla letteratura nazionale e internazionale (Grimsey, Lewis, 2004; Vecchi, 2008); ci si concentra qui, invece, sul terzo punto, che consente di rispondere alla domanda di ricerca alla base di questo lavoro.

In particolare, si ritiene che l'approccio delineato debba essere sviluppato nell'ambito dei processi di gestione dei rischi ampiamente diffusi presso le imprese private e basati sulle attività di identificazione, analisi, misurazione e controllo (Forestieri, 1996), finalizzati a trasformare il profilo di rischio iniziale in un profilo di rischio più coerente con gli obiettivi aziendali di lungo periodo.

CIPFA (2006) identifica una lista di rischi che insorgono per una amministrazione pubblica nell'ambito di una *partnership*, tra cui i più significativi sono:

- non rispetto delle clausole contrattuali;
- mancata erogazione di servizi di qualità ed eccessiva focalizzazione dell'operatore privato sulla redditività dell'operazione;
- fallimento dell'operatore privato;
- aumento dei costi di produzione dei servizi;
- cambiamento delle priorità gestionali dell'azienda a seguito di modifiche legislative o delle caratteristiche della domanda;
- errata negoziazione degli standard qualitativi e quantitativi relativi alla gestione dei servizi;
- perdita di controllo sull'erogazione dei servizi;
- impossibilità di rispettare le obbligazioni contrattuali da parte dell'azienda sanitaria, soprattutto quelle relative al pagamento dei canoni.

Al fine di ricondurre questo elenco non esaustivo di rischi che possono insorgere a seguito della stipula di un contratto di *project finance* nell'ambito di un quadro teorico più generale, si riprende la classificazione delle fonti di rischio proposta da Fone e Young (2000), che rappresenta una generalizzazione ampiamente diffusa sia tra gli accademici che tra gli operatori. In particolare, il manca-

to rispetto delle clausole contrattuali o l'errata negoziazione degli standard di servizio rientrano tra quei rischi generati nell'ambito dell'ambiente legale; l'aumento dei costi di approvvigionamento, da cui derivano possibili maggiori tariffe a carico dell'azienda pubblica, o il fallimento dell'operatore privato afferiscono all'ambiente economico; il cambiamento delle priorità gestionali può afferire all'ambiente sociale o all'ambiente operativo; la perdita di controllo sull'erogazione dei servizi all'ambiente cognitivo; l'impossibilità di sostenere i maggiori costi derivanti dal contratto afferisce all'ambiente giuridico, in quanto si possono modificare le modalità di formazione del *budget* o le regole di finanza pubblica.

L'insorgenza di questi rischi legati all'operazione *project finance*, ma esterni alla *partnership*, o meglio non disciplinati dal contratto di *partnership* e, anzi, derivanti da esso, producono effetti soprattutto su alcune delle dimensioni aziendali e in particolare sugli equilibri reddituali e monetari dell'azienda, ma anche sulla capacità di rispondere ai fabbisogni dei cittadini e conseguentemente hanno effetti negativi sulla legittimazione ad agire della stessa (Borgonovi, 2005).

Gli effetti sull'equilibrio reddituale e monetario derivano dal fatto che l'insorgenza delle tipologie di rischio evidenziate producono maggiori costi di gestione o di investimento per l'azienda, con evidenti conseguenze anche sull'andamento dei flussi monetari. Gli effetti sulla capacità di risposta ai fabbisogni derivano dal fatto che la maggior parte dei rischi analizzati potrebbe non consentire all'azienda di erogare i servizi secondo livelli adeguati, e qualsiasi azione finalizzata a migliorare il livello di qualità dei servizi, di quantità o, in generale, di risposta ai fabbisogni dei cittadini genera maggiori costi di approvvigionamento e di investimento per l'azienda, la necessità di dotarsi di risorse umane o di modificare i propri assetti gestionali e organizzativi. La manifestazione di una delle tipologie di rischio evidenziate determina la perdita di legittimazione ad agire da parte dell'azienda sanitaria, con una conseguente riduzione del consenso e non accettazione dei livelli di imposizione fiscale.

Questa analisi ha evidenziato che il *project finance* come forma di *partnership* finanziaria permette di trasferire alcuni rischi spe-

cifici di progetto all'operatore privato, ma al contempo esso, come contratto, determina l'insorgenza di ulteriori rischi in capo all'azienda nel suo complesso. Da ciò deriva l'esigenza per le aziende sanitarie di applicare le più diffuse tecniche di valutazione dei rischi sia in relazione all'operazione in sé, sia in relazione agli equilibri d'azienda, e di individuare adeguate modalità di trattamento degli stessi. Il *risk management* è una funzione aziendale strettamente correlata ai processi decisionali d'azienda: qualsiasi scelta capace di produrre effetti sull'economicità d'azienda di lungo periodo richiede un'attenta analisi dei rischi che essa può generare, la cui manifestazione potrebbe compromettere gli equilibri dell'azienda stessa e l'obiettivo di massimizzazione del valore (Forestieri, 1996), in questo specifico caso, pubblico.

La sfida futura è rappresentata dunque dalla volontà e capacità delle aziende pubbliche di investire risorse per lo sviluppo di tale funzione aziendale che, ad oggi, risulta scarsamente sviluppata, non solo in Italia ma anche a livello internazionale. Per questo motivo, non si approfondiscono in questa sede i modelli di analisi e valutazione dei rischi tipicamente adottati nelle imprese private, in quanto si ritiene che sia prematuro in questo momento sviluppare sofisticati strumenti operativi quando manca un contesto aziendale che sia consapevole dell'importanza di tale dimensione e in grado di utilizzare lo strumento a supporto dei processi decisionali e non come fine a sé, come mera innovazione manageriale. Si ritiene, al contrario, molto più utile analizzare i rischi da un punto di vista qualitativo, pur consci dei limiti oggettivi di un'analisi di tal tipo, al fine di stimolare una riflessione e la maturazione di una consapevolezza sul tema.

3. Valutazione degli effetti sul profilo di rischio complessivo aziendale

L'applicazione del *risk management* alle decisioni d'azienda prevede un percorso basato su alcune fasi: l'identificazione dei rischi, la valutazione e la risposta al rischio.

La prima fase, quella di identificazione, prevede l'utilizzo di un approccio di tipo sistemico, basato sia sull'adozione di tecniche qualitative che quantitative. Si tratta di una fase molto importante (Fink, 1986), dal

cui completo e corretto svolgimento in gran parte dipende la buona riuscita dell'attività di gestione dei rischi. Infatti, la capacità di cogliere minimi segnali di rischio può essere determinante nella capacità di ridurre la probabilità o la magnitudine del rischio (Hengsen *et al.*, 2003). Le tecniche generalmente utilizzate nell'identificazione dei rischi sono il *braistorming*, questionari e indagini, analisi statistiche su dati storici, ispezioni o analisi dei flussi di attività che individuano responsabilità, sovrapposizione di azioni o mancato presidio di talune aree critiche (Drennan, McConnell, 2007).

Ai fini della definizione di un modello di valutazione da applicare alle operazioni di *project finance* e date le considerazioni sull'assenza di esperienze e competenze nel *risk management* nelle aziende pubbliche, è opportuno che queste prediligano tecniche e strumenti di identificazione del rischio facilmente applicabili, anche se meno efficaci: talvolta la scelta di strumenti complessi in contesti poco sviluppati determina ingenti costi emergenti, che riducono o neutralizzano i vantaggi derivanti da una loro applicazione.

Il prodotto dell'attività di identificazione è una sorta di registro dei rischi, che mette a sintesi i principali rischi per l'azienda derivanti dall'operazione di *project finance* e individua le misure preventive che possono essere attuate. Questo primo prodotto è funzionale alla fase successiva di valutazione del rischio. Anche tale attività può essere condotta attraverso l'utilizzo di tecniche qualitative o quantitative: la valutazione può infatti avvenire attraverso l'identificazione per ciascun rischio della probabilità di manifestazione, o più semplicemente della sua frequenza (certo, molto probabile, possibile, poco probabile e raro), o della sua magnitudine che valuta la dimensione gli effetti prodotti dalla manifestazione del rischio sull'azienda (catastrofico, alto, moderato, minimo e insignificante) (Herman *et al.*, 2004). Le misurazioni quantitative del rischio, oltre a essere molto complesse, sono addirittura spesso criticate per il carattere soggettivo della percezione del rischio e dunque, anche in tal caso, soprattutto nelle prime esperienze, sono preferibili approcci qualitativi finalizzati a valutare la frequenza e la magnitudine. La probabilità di manifestazione e la magnitudine degli effetti che un rischio può determinare sono alla ba-

se della scelta della tipologia di strategia da adottare per il suo trattamento.

Il trattamento del rischio è, infatti, il processo di selezione e di implementazione delle misure in grado di modificare il rischio. Tra queste misure le più utilizzate sono il controllo del rischio e la sua mitigazione, il trasferimento, la tolleranza e la sua eliminazione (AIRMIC, ALARM e IRM, 2002)

Di seguito, si propone una breve sintesi del significato delle principali misure (Drennan, McConnell, 2007) e di come esse possano trovare applicazione nella gestione dei rischi generati dai contratti di *project finance* nell'azienda nel suo complesso.

Tolleranza: prevede che l'azienda accetti e trattienga il rischio e le conseguenze positive⁵ e negative che ne possono derivare. Questa misura potrebbe essere accettata in situazioni in cui i costi derivanti dalla manifestazione dei rischi risultino minori rispetto ai costi necessari per attuare una qualsiasi forma di gestione e controllo. La decisione di tollerare un rischio implica la necessità di adottare azioni di monitoraggio costante sulle fonti del rischio stesso. Nel caso della stipula di un contratto di *project finance* si ritiene che nessuna delle tipologie di rischio analizzate sopra possa comportare la scelta di tolleranza, in quanto, come si scrive di seguito, le misure che possono essere messe in atto non comportano la manifestazione di costi eccessivi per l'azienda.

Eliminazione: consiste nella scelta di eliminare o evitare la causa che genera tale rischio. Nel caso del *project finance*, la scelta di eliminare il rischio risulta pressoché impossibile, in quanto il contratto in sé, come già detto, è alla base della manifestazione di rischi. È possibile però, all'interno del contratto, prevedere delle clausole o dei comportamenti finalizzati a eliminare il rischio, come nel caso di quello di errata negoziazione del contratto: esso può essere facilmente eliminato attraverso investimenti in *know how* e consulenze mirate.

Trasferimento del rischio: tale modalità di trattamento rappresenta l'elemento alla base della domanda di ricerca del presente lavoro. Infatti, come dimostrato, ogni azione finalizzata a trasferire il rischio (come il *project finance*) genera l'insorgenza di altri rischi. Nel caso specifico, è opportuno che l'azienda valuti attentamente che le clausole

contrattuali relative a rischi che essa intende e può trasferire siano coerenti con questo obiettivo. Il rischio di aumento dei costi di erogazione dei servizi è considerato un rischio trasferibile all'operatore privato, ma nella pratica sono inserite delle clausole contrattuali che ne riducono, nei fatti, il trasferimento, causando possibili maggiori oneri a carico all'amministrazione. Quindi, anche in questo caso, il trasferimento, per essere efficace, deve essere accompagnato da investimenti nel processo di negoziazione e di definizione dei contratti.

Trattamento: consiste nell'adozione di specifiche azioni finalizzate a contenere e controllare il rischio. Queste misure possono essere di tipo fisico (finalizzate a proteggere i beni materiali e le persone dell'azienda), di tipo gestionale (afferenti alla sfera dei sistemi gestionali d'azienda) e di tipo finanziario (pratiche di rendicontazione e *auditing* o anche il finanziamento delle azioni conseguenti a risultati negativi causati dalla manifestazione, anche parziale, del rischio) e sono finalizzate a ridurre la probabilità di manifestazione dei rischi o l'entità degli effetti derivanti dalla loro stessa manifestazione. La scelta della o delle misure⁶ (è infatti possibile combinare più misure, OGC 2002) dipende dal costo relativo all'implementazione dell'azione e al suo monitoraggio e controllo e dai benefici che ne derivano. Va evidenziato come anche il costo relativo alla non azione debba essere considerato nel processo decisionale, soprattutto quando si tratta di una amministrazione pubblica che è chiamata ad agire secondo criteri di rendicontazione, trasparenza e prudenza, specie nell'utilizzo delle risorse pubbliche (Drennan, McConnell, 2007). Il non rispetto delle clausole contrattuali da parte dell'operatore privato, il fallimento dell'operatore privato o la riduzione della qualità dei servizi erogati, sono rischi che possono essere gestiti attraverso azioni preventive, quali: l'attento monitoraggio dell'operato della società di progetto e il controllo dei suoi bilanci; l'applicazione corretta e costante delle penali previste contrattualmente; l'individuazione di potenziali operatori in grado di subentrare nel contratto in caso di manifestazione di situazioni critiche relative alla capacità della società di progetto di rispettare le obbligazioni contrattuali. Il rischio connesso all'incapacità di sostenere i costi dell'operazione

può essere controllato attraverso misure di *auditing* finanziario, mentre la modifica delle modalità di erogazione del servizio derivanti da cambiamenti legislativi può comportare il finanziamento completo degli effetti derivanti dalla manifestazione di tale rischio, anche se specifiche azioni di management permettono di ridurre tali costi emergenti.

4. Distribuzione e profilo generale di rischio per l'azienda: una analisi di sette casi italiani

Al fine di valutare la distribuzione dei rischi e il loro impatto sull'azienda nelle operazioni di *project finance* per il finanziamento degli investimenti nel settore sanitario italiano, si è scelto di utilizzare la metodologia dei casi (Yin, 1994). Sette casi sono stati selezionati dall'universo delle 40 operazioni di *project finance* di valore superiore a € 10 milioni⁷ presenti in Italia al momento della stesura di questo lavoro (Amatucci, Germani, Vecchi, 2007)⁸.

Le dimensioni considerate per la scelta dei casi oggetto di analisi sono le seguenti:

- distribuzione geografica;
- tipologia di aziende sanitarie (locale od ospedaliera);
- tipologia di investimento oggetto dell'operazione (costruzione *ex novo*, ristrutturazione, ampliamento, realizzazione di strutture accessorie);
- stato attuale del progetto (in fase di gara, in costruzione, in gestione) (**tabella 2**).

In **tabella 3** si riportano le principali caratteristiche del campione in relazione all'universo dei 40 progetti⁹.

Il livello di trasferimento dei rischi all'operatore privato è analizzato attraverso un confronto tra le convenzioni di *project finance* e la matrice dei rischi standard o ottimale (Grimsey, Lewis, 2004; Vecchi, 2008), che indica il soggetto più idoneo alla gestione dei rischi inerenti al sito, ai rischi di progettazione e costruzione, ai rischi finanziari, ai rischi operativi, ai rischi di mercato, ai rischi legislativi o politici, ai rischi di forza maggiore a quelli di fallimento o risoluzione del contratto.

Tale analisi non prende in considerazione le modalità con cui le aziende hanno nego-

Tabella 2

Il campione di analisi

Id	Localizz.	Azienda	Tipologia investimento	Fase
A	Nord	Ao	Ristrutturaz. ampliamento	In gara/non aggiud.
B	Nord	Asl	Ristrutturaz. ampliamento	Lavori/gestione
C	Nord	Ao	Strutture accessorie	Lavori
D	Centro	Asl	Strutture accessorie	In gara
E	Sud	Asl	Padiglione	Lavori
F	Sud	Asl	Nuovo ospedale	In gara/non aggiud.
G	Sud	Ao	Nuovo ospedale	In gara/non aggiud.

ziato le convenzioni con gli operatori privati, in quanto si tratta di una variabile di difficile valutazione e particolarmente influenzabile da giudizi di tipo personale dei responsabili del procedimento. Tale analisi, infatti, richiederebbe l'osservazione delle dinamiche negoziali da parte del ricercatore e, nei fatti, non è possibile poiché si tratta di una ricerca condotta *ex post* su operazioni svoltesi in

periodi diversi e che spesso hanno sperimentato processi negoziali lunghi e articolati in differenti fasi temporali.

Tabella 3

La rappresentatività del campione oggetto di analisi

Dimensioni di analisi	Universo	Campione
<i>Distribuzione geografica</i>		
Nord	24	3
Centro	5	1
Sud	10	3
<i>Azienda</i>		
Asl	23	4
Ao	14	3
Altro	3	
<i>Tipologia investimento</i>		
Nuovo ospedale	17	1
Nuovo padiglione	5	2
Riconversione	2	
Ristrutturazione	5	
Ristrutturazione/ampliamento	3	2
Strutture per servizi accessori	8	2
<i>Stato attuale del progetto</i>		
Fase di gestione	8	
Lavori in corso	10	2
Parziale consegna	3	1
Non aggiudicati	18	4
Sospesi	1	
<i>Valore dell'investimento</i>		
Valore medio	86 mln €	79 mln €

4.1. Rischi inerenti al sito (tabella 4)

Dal quadro sinottico si evince che nella maggior parte dei casi i contratti non disciplinano tali tipologie di rischi. In particolare, il rischio relativo alle strutture preesistenti, alle condizioni del sito, alle caratteristiche ambientali e alla disponibilità del sito non è regolato dai contratti. Solo nel caso dell'azienda G, che prevede il trasferimento di patrimonio disponibile dell'azienda e del vecchio presidio sanitario al Concessionario, la gestione di tali rischi è trattata, anche se in modo parzialmente differente rispetto all'allocatione ottimale: il rischio ambientale e di disponibilità del sito sono, infatti, condivisi e non totalmente trasferiti all'operatore privato, come invece accade nel caso del rischio relativo alle strutture preesistenti.

Il rischio di ritrovamenti archeologici è disciplinato per le aziende C e G: in entrambi i casi si prevede una condivisione nel caso in cui i costi derivanti dalla manifestazione del rischio siano contenuti entro un determinato limite, oltre il quale i maggiori oneri sono a carico del Concedente.

Il rischio di maggiori oneri o di un allungamento dei tempi necessari per la predisposizione della progettazione e per la realizzazione dei lavori a seguito di ritardi nell'ottenimento delle necessarie autorizzazioni è disciplinato in tutti i casi e prevede, come nel caso della matrice ottimale, una condivisione del rischio tra le parti. Ciò significa che pubblico e privato devono collaborare per l'ottenimento delle autorizzazioni e che eventuali maggiori costi o un allungamento dei tempi

RISCHI	DESCRIZIONE	ALLOCAZIONE	A	B	C	D	E	F	G
Rischi inerenti al sito									
Strutture preesistenti	Rischio che le strutture preesistenti siano inadeguate a supportare lo sviluppo di nuove infrastrutture	Privato	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Privato
Condizioni del sito	Rischio che il sito si riveli inadeguato allo sviluppo del progetto infrastrutturale, causando un aumento dei costi o ritardi	Privato	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Approvazioni	L'infrastrutturazione del sito è subordinata all'ottenimento di autorizzazioni che potrebbero non essere ottenute o potrebbero essere ottenute sotto particolari condizioni	Pubblico o misto	Misto	Misto	Misto	Misto	Misto	Misto	Misto
Ambiente	Rischio di contaminazione del sito con conseguente aumento dei costi e dei tempi	Privato	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Misto
Patrimonio culturale	Rischio di ritrovamenti archeologici	Pubblico	ND	ND	Misto/ pubblico	ND	ND	ND	Misto/ pubblico
Disponibilità del sito	Rischio che il sito, non di proprietà della amministrazione pubblica o del privato, non possa essere acquisito o possa essere acquisito a un costo superiore a quello atteso di mercato	Privato	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Misto/ pubblico

comportano una revisione del piano economico e finanziario.

4.2. Rischi di progettazione e costruzione (tabella 5)

Il rischio che le specifiche richieste dall'azienda non siano sufficientemente dettagliate o che il progetto non sia adeguato alle caratteristiche dei servizi da erogare non è disciplinato da alcun contratto esaminato. In tutti i casi i rischi relativi all'esito del collaudo e alle modifiche richieste dalla stazione appaltante sono allocati in modo ottimale (rispettivamente sul privato e sul pubblico). Il rischio che accadano eventi tali da ritardare o da causare un aumento del costo di costruzione è trasferito all'operatore privato quando è esplicitamente causato da questo, ma in tutti gli altri casi si prevede la revisione del piano economico e finanzia-

rio, determinando dunque una condivisione del rischio.

4.3. Rischi finanziari (tabella 6)

Solo il rischio inerente alla non disponibilità del finanziamento è disciplinato e peraltro in modo differente all'allocazione ottimale: in tutti i casi si può ritenere che esso sia condiviso nel senso che i contratti prevedono che le aziende rilascino le necessarie garanzie affinché i finanziatori erogino il finanziamento necessario per la copertura dei costi di costruzione.

4.4. Rischi operativi (tabella 7)

I rischi operativi sono disciplinati in modo differente nei casi analizzati. Nel caso in cui l'amministrazione richieda modifiche ai livelli quali-quantitativi relativi all'erogazione dei

Tabella 4
Rischi inerenti al sito

Tabella 5

Rischi di progettazione e costruzione

RISCHI	DESCRIZIONE	ALLOCAZIONE	A	B	C	D	E	F	G
Rischi di progettazione e costruzione									
Progettazione	Rischio che le specifiche inserite nei capitolati di gara non siano esaustive	Pubblico	ND						
Progettazione	Rischio che la progettazione dell'opera sia inadeguata al tipo di servizi da erogare	Privato	ND						
Costruzione	Rischio che eventi possano ritardare la realizzazione dell'opera e aumentarne il costo	Privato	Misto	Misto	Misto	Misto	ND	Misto	Misto
Collaudo	Rischio che l'infrastruttura e gli impianti non superino i collaudi	Privato	Privato	Privato	Privato	Privato	ND	Privato	Privato
Modifiche richieste dall'amministrazione	Rischio di un aumento dei costi o ritardi nella progettazione, nella costruzione a seguito di modifiche richieste all'amministrazione	Pubblico	Pubblico	Pubblico	Pubblico	Pubblico	Pubblico	Pubblico	Pubblico

RISCHI	DESCRIZIONE	ALLOCAZIONE	A	B	C	D	E	F	G
Rischi finanziari									
Aumento del tasso durante la costruzione	Rischio di un aumento dei tassi con conseguente aumento del costo del progetto	Misto	ND						
Finanziamento non disponibile	Rischio che il capitale di rischio o di debito siano indisponibili	Privato	Misto						

Tabella 6

Rischi finanziari

servizi è previsto, come nel caso della matrice ottimale, un trattenimento del rischio. Il rischio relativo alle manutenzioni delle strutture realizzate è nella maggior parte dei casi allocato in modo ottimale all'operatore privato (solo nel caso dell'azienda F è condiviso). Gli altri rischi operativi, in generale, non sono allocati in modo ottimale e la maggior parte dei contratti prevede un eccessivo trattenimento di questi da parte delle aziende.

In particolare, va evidenziato il rischio di obsolescenza tecnica, la cui manifestazione potrebbe comportare l'insorgenza di costi non previsti tali da modificare gli equilibri di lungo termine delle aziende.

4.5. Rischi di mercato (tabella 8)

Essi, in generale, non sono disciplinati dai contratti analizzati in quanto si tratta di ope-

Tabella 7

Rischi operativi

RISCHI	DEFINIZIONE	ALLOCAZIONE	A	B	C	D	E	F	G
Rischi operativi									
<i>Input</i>	Rischio di aumento del costo dei fattori produttivi del progetto, o siano inadeguati o indisponibili	Privato	Misto	Misto/ pubblico	Misto	Pubblico	ND	Misto	Pubblico
Manutenzioni e ristrutturazioni	Rischio che la progettazione o la costruzione non siano di qualità adeguata tale da comportare un aumento dei costi di manutenzione	Privato	Privato	Privato	Privato	Privato	ND	Misto	Privato
Cambiamenti nei livelli quali e quantitativi di erogazione dei servizi	Rischio che l'amministrazione richieda modifiche agli standard pattuiti per l'erogazione dei servizi	Pubblico	Pubblico	Pubblico	Pubblico	Pubblico	ND	Pubblico	Pubblico
Non rispetto degli standard di qualità gestionali	Rischio che il Gestore non sia in grado di erogare servizi secondo gli standard qualitativi pattuiti	Privato	Privato/ misto (step in right)	Privato/ misto (step in right)	Privato/ misto (step in right)	Privato/ misto (step in right)	ND	Privato/ misto (step in right)	Privato/ misto (step in right)
Fallimento del gestore	Rischio che il gestore/subcontraente fallisca o sia inadeguato per l'erogazione dei servizi secondo gli standard stabiliti	Privato	Misto	ND	Misto	ND	ND	ND	ND
Obsolescenza tecnica	Rischio di una più rapida obsolescenza tecnica degli impianti e delle attrezzature	Privato	Pubblico	Misto	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	ND

Tabella 8

Rischi di mercato

RISCHI	DESCRIZIONE	ALLOCAZIONE	A	B	C	D	E	F	G
Rischi di mercato									
Fallimento del gestore	Rischio di una contrazione della domanda nel caso di servizi a tariffazione sull'utenza e nel caso in cui non siano previste integrazioni di ricavo da parte dell'amministrazione	Privato o misto	ND	ND	Privato	Misto/ pubblico	ND	ND	ND
Obsolescenza tecnica	Rischio di ingresso nel mercato di un competitor nel caso di servizi a tariffazione sull'utenza	Privato o misto	ND	ND	Privato	ND	ND	ND	ND
Inflazione	Rischio di un aumento dell'inflazione oltre i livelli stabiliti contrattualmente	Privato o misto	Misto	Misto	Misto	Pubblico	ND	Misto	Pubblico

razioni a tariffazione sulla pubblica amministrazione che non sono soggette al rischio di mercato o di offerta da parte di operatori concorrenti. Solo nel caso dell'azienda C tali rischi sono trasferiti in modo ottimale all'operatore privato, in quanto si tratta di un progetto per la realizzazione di un parcheggio per gli utenti della struttura sanitaria.

Da evidenziare, invece, il rischio di inflazione, che da un punto di vista teorico dovrebbe essere allocato all'operatore privato o condiviso: in due casi, D e G, esso è trattenuto dalle aziende sanitarie e nei casi A, B, C e F è condiviso. La condivisione comporta che nel caso in cui l'inflazione effettiva sia superiore a quella prevista nel piano economico e finanziario le parti sono obbligate a rinegoziare il contratto.

4.6. Rischi legislativi e politici (tabella 9)

Le modifiche al quadro legislativo e regolamentare sono trattenute dalle aziende, come previsto dalla matrice ottimale. Da evidenziare, invece, il rischio relativo al cambiamento della disciplina fiscale: nei casi A, D e G esso è trattenuto dalle aziende; nei casi B, C e F esso è condiviso, mentre l'allocazione ottimale prevedrebbe un completo trasferimento all'operatore privato, in quanto trattasi di un tipico rischio imprenditoriale.

4.7. Rischi di forza maggiore (tabella 10)

Il rischio di forza maggiore è, come previsto dalla matrice di allocazione ottimale,

condiviso nei casi A, B, C e F; nei casi D e G è invece completamente trattenuto.

4.8. Rischi di fallimento (tabella 11)

Il rischio di fallimento è disciplinato in modo ottimale, sia quando è causato da motivi pubblici (trattenuto dalle aziende), sia quando è determinato da cause riconducibili al Concessionario (trasferito al privato). Va comunque sottolineato che in tutti i casi tale rischio non può essere interamente considerato trasferito, in quanto i contratti prevedono, in caso di fallimento e quindi di risoluzione del contratto, il pagamento al concessionario dell'investimento effettuato e, talvolta, dei costi accessori derivanti dall'interruzione del rapporto contrattuale. Inoltre, la normativa nazionale in materia di *project finance* prevede il diritto per i finanziatori di esercitare il cosiddetto «step in right», in altre parole la sostituzione del soggetto concessionario (art. 159 D.L.vo 163/2996) in caso di risoluzione del contratto per fatti riconducibili all'operatore privato. Si tratta di una opzione che prevede l'individuazione di un nuovo Concessionario che subentri nella gestione dei servizi oggetto del contratto. L'esercizio di tale opzione, se da un lato permette la continuità del contratto, dall'altro, implica la manifestazione di costi aggiuntivi per l'azienda, dovuti alla ricerca di un soggetto concessionario adeguato, in collaborazione con i finanziatori, e al necessario periodo di sostituzione ed entrata a regime del nuovo operatore. Va, inoltre, evidenziato

Tabella 9

Rischi legislativi e politici

RISCHI	DESCRIZIONE	ALLOCAZIONE	A	B	C	D	E	F	G
Rischi legislativi e politici									
Cambiamenti nel quadro legislativo o politico	Rischio dell'insorgenza di modifiche legislative non prevedibili contrattualmente	Pubblico	Pubblico	Pubblico	Pubblico	Pubblico	ND	Pubblico	Pubblico
Quadro regolamentare	Rischio che il quadro regolamentare che disciplina l'erogazione dei servizi oggetto del contratto muti	Pubblico	Pubblico	Pubblico	Pubblico	Pubblico	ND	Pubblico	Pubblico
Cambiamento nella disciplina fiscale	Rischio che il progetto sia sottoposto a un diverso trattamento fiscale	Privato	Pubblico	Misto	Misto	Pubblico	ND	Misto	Pubblico

Tabella 10

Rischi di forza maggiore

RISCHI	DESCRIZIONE	ALLOCAZIONE	A	B	C	D	E	F	G
Rischi di fallimento o risoluzione del contratto									
Fallimento dell'amministrazione	Rischio che l'amministrazione non possa onorare le obbligazioni nei confronti del concessionario	Pubblico	Pubblico	Pubblico	ND	Pubblico	ND	Pubblico	Pubblico
Fallimento del concessionario	Rischio di fallimento della società di progetto e individuazione di un soggetto alternativo con competenze tali da subentrare nella gestione <i>step in right</i> esercitato dagli enti finanziatori con aumento generale dei costi del contratto	Privato	Privato/misto	Privato/misto	Privato/misto	ND	ND	Privato/misto	Privato/misto
Fallimento del concessionario con risoluzione del contratto	Rischio che l'esercizio del diritto di <i>step in right</i> non vada a buon fine	Privato	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

RISCHI	DESCRIZIONE	ALLOCAZIONE	A	B	C	D	E	F	G
Forza maggiore									
Forza maggiore	Rischio che eventi imprevedibili rendano impossibile l'implementazione dei lavori o dell'erogazione dei servizi	Misto	Misto	Misto	Misto	Pubblico	ND	Misto	Pubblico
Valore residuo	Rischio che al termine della concessione il valore residuo dell'opera sia inferiore a quello stabilito	Pubblico o misto	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

che il vigente quadro normativo attribuisce il diritto di ricercare un nuovo soggetto Concessionario al soggetto finanziatore. Questo può essere causa di un ulteriore rischio per le aziende, dovuto all'impossibilità di indirizzare la scelta del finanziatore che sarà più interessato ad individuare un operatore privato solido dal punto di vista finanziario e capace di fornire adeguate garanzie piuttosto che un soggetto adeguato alla gestione dei servizi previsti contrattualmente. Tale ri-

schio verrebbe ad essere, comunque, neutralizzato dal fatto che il subentrante è tenuto ad avere requisiti idonei per l'erogazione di servizi secondo gli standard, onde evitare penali che ridurrebbero i ricavi gestionali destinati al servizio del debito. Naturalmente tale incentivo esiste solo nel caso in cui le penali definite contrattualmente siano definite in modo efficace.

Nei casi D ed E detti rischi non sono disciplinati.

Tabella 11
Rischi di fallimento o risoluzione del contratto

Da evidenziare che il contratto sottoscritto dall'azienda E è quello che appare più debole e che espone potenzialmente l'azienda a maggiori rischi proprio per il fatto che non disciplina il trattamento di molti di essi. Il contratto sottoscritto dall'azienda E nel 2003 rappresenta, infatti, una delle prime esperienze di *project finance* in Italia, e pertanto appare naturale che esso non disciplini alcuni dei rischi tipicamente associabili ad operazioni così complesse. Tale contratto è stato peraltro rinegoziato dall'azienda nel 2005 al fine di ottenere condizioni economiche più vantaggiose. Il nuovo contratto prevede, infatti, un investimento maggiore di circa € 10,5 milioni e una riduzione dei canoni corrisposti al Concessionario del 40% circa. Tale rinegoziazione non ha comunque rappresentato occasione per integrare il contratto con alcune clausole che permettessero all'azienda di disciplinare già al momento della sottoscrizione il trattamento dei più comuni rischi associabili ad una operazione di *project finance*.

5. Conclusioni

Dall'analisi effettuata è possibile evincere che i contratti contengono clausole che non permettono alle aziende di trasferire completamente i rischi relativi al progetto. La manifestazione di cause che determinano un aumento dei costi o un allungamento dei tempi di realizzazione delle opere, quando non effettivamente riconducibili all'operatore privato, danno luogo alla revisione del piano economico e finanziario o, in mancanza di un accordo, alla risoluzione del contratto. La revisione del piano economico e finanziario richiede lo sviluppo di competenze *ad hoc* finalizzate a verificare che le modifiche apportate non rappresentino un eccessivo vantaggio per l'operatore privato. Infatti, nei casi di condivisione dei rischi, la revisione dovrebbe comportare maggiori oneri o maggiori benefici per entrambe le parti. Poiché i modelli finanziari utilizzati sono spesso complessi, le modifiche sono gestite dalle banche finanziatrici o dai consulenti in modo unilaterale e le condizioni finanziarie relative al servizio del debito sono molto spesso non note, la verifica della correttezza, della convenienza e dell'accettabilità delle modifiche risulta di frequente difficoltosa per le aziende.

Qualora, invece, si dovessero manifestare situazioni tali da comportare la risoluzione del contratto per l'impossibilità di raggiungere un accordo tra le parti, l'azienda ha l'obbligo di corrispondere all'operatore privato almeno le somme relative all'investimento non ancora ammortizzato e ai costi derivanti dall'interruzione del contratto. Inoltre, se la sua capacità negoziale è debole, essa potrebbe essere obbligata a corrispondere un indennizzo per i minori guadagni dell'operatore privato.

Un ulteriore rischio si potrebbe manifestare nel caso di risoluzione del contratto per cause attribuibili al Concessionario con l'esercizio del diritto di sostituzione (il cosiddetto *step in right*). Come già detto, l'esercizio di tale diritto da parte dei soggetti finanziari potrebbe esporre l'amministrazione al rischio di interruzione dell'erogazione dei servizi, ai maggiori oneri derivanti da costi di transazione legati alla scelta del nuovo Concessionario e ai costi derivanti dalla sua entrata a regime.

In sintesi, è possibile affermare che, in tutti i casi analizzati, il tentativo di disciplinare alcuni rischi relativi al contratto di *project finance* comporta l'insorgenza di ulteriori rischi in capo all'azienda che ne aumentano il profilo di rischio generale: si tratta del rischio di rinegoziazione o revisione del piano economico e finanziario, del rischio di risoluzione del contratto per cause non chiaramente attribuibili all'operatore privato e del rischio di sostituzione del concessionario.

Tali situazioni rappresentano, peraltro, come illustrato in **tabella 12**, le tre modalità che tutti i contratti analizzati prevedono per la gestione dei rischi di *partnership* (CIPFA, 2006), che sono stati definiti quali cause di un possibile aumento del profilo generale di rischio d'azienda.

Da questa analisi emerge come il *project finance* può essere considerato uno strumento di finanziamento conveniente per la realizzazione di investimenti nel settore sanitario solo nel caso in cui le aziende siano effettivamente in grado di:

– applicare gli strumenti del *risk management* e quindi di trasferire all'operatore privato quei rischi di progetto per cui esso ha adeguate competenze e conoscenze per una loro gestione e mitigazione (Vecchi 2008) e

RISCHI RELATIVI ALLE PARTNERSHIP (cfr. § 4.3)	POSSIBILI AZIONI
Non rispetto delle clausole contrattuali	Risoluzione del contratto
Mancata erogazione di servizi di qualità ed eccessiva focalizzazione dell'operatore privato sulla redditività dell'operazione	Risoluzione per pubblico interesse Sostituzione del concessionario
Fallimento dell'operatore privato	Sostituzione del concessionario
Aumento dei costi di produzione dei servizi	Revisione del piano economico e finanziario
Cambiamento delle priorità gestionali dell'azienda a seguito di modifiche legislative o delle caratteristiche della domanda	Rinegoziazione del contratto o risoluzione per motivi di pubblico interesse
Errata negoziazione degli standard qualitativi e quantitativi relativi alla gestione dei servizi	Rinegoziazione del contratto con modifiche al piano economico e finanziario
Perdita di controllo sull'erogazione dei servizi	Risoluzione del contratto per pubblico interesse
Impossibilità di rispettare le obbligazioni contrattuali da parte dell'azienda sanitaria, soprattutto quelle relative al pagamento dei canoni	Risoluzione del contratto per motivi del concessionario

Tabella 12
Azioni previste nei contratti analizzati come conseguenza della manifestazione di alcuni rischi relativi alle *partnership*

– comprendere che effetto possono avere sulla struttura dei rischi generali d'azienda quelli che rimangono in capo alla stessa e quelli che si generano da un contratto con un operatore privato di durata medio-lunga.

Se si vorrà continuare a realizzare investimenti in *project finance*, condizione che sembra essere molto probabile, a meno che non si ripensi il sistema complessivo della spesa in conto capitale nel settore sanitario, è necessario investire in adeguate competenze di *risk management* per evitare che in futuro le aziende, e quindi il Ssn stesso, si trovino a pagare per la manifestazione di rischi generati da questi contratti, per cui peraltro hanno e stanno già pagando, considerando che i rendimenti assicurati da queste operazioni agli operatori privati sono molto

più elevati rispetto alla media di mercato (Amatucci, Germani, Vecchi, 2007) e che, come dimostrato dall'analisi presentata, non riflettono l'effettivo rischio che essi si sono assunti.

Il fatto che il valore relativo ai rischi trasferiti all'operatore privato sia sovrastimato è evidenziato anche nella letteratura internazionale in relazione all'esperienza anglosassone: Standard & Poor's nella valutazione dei *rating* delle operazioni di *project finance* finanziate attraverso emissione obbligatoria ha dichiarato che si tratta di progetti caratterizzati da flussi finanziari stabili e a basso rischio (Shaoul *et al.*, 2004) e questo è confermato anche dal livello contenuto dei tassi di interesse a cui le società di progetto ottengono i finanziamenti (Froud, Shaoul, 2001).

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

- AIRMIC, ALARM, IRM (2002), A Risk management Standard, http://www.theirm.org/publications/documents/Risk_Management_Standard_030820.pdf
- AMATUCCI F., LECCI F. (2006), *Le operazioni di partnership finanziaria pubblico-privato in sanità: un'analisi critica*, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- AMATUCCI F., GERMANI A., VECCHI V. (2007), *Il project finance in sanità: un'analisi delle caratteristiche economico e finanziarie*, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2007*, Egea, Milano.
- AKINTOYE A., TAYLOR C., FITZGERALD E. (1988), «Risk analysis and management of private finance initiative projects», *Engineering, Construction and Architectural management*, 5(1), pp. 9-21.
- AKINTOYE A., FITZGERALD E., HARDCASTLE C. (1999), *Risk management for local authorities' private finance initiative projects*, Working paper Cobra.
- AKINTOYE A., HARDCASTLE C., BECK M., CHINYO E., ASENOVA D. (2003), «Achieving best value in private finance initiative project procurement», *Construction management and economics*, 21, pp. 461-470.
- BALL R., HEAFEY M., KING D. (2000), «Private Finance initiative - a good deal for the public purse or a drain to future generation?», *Policy and Politics*, 29(1), pp. 95-108.
- BORGONOVÌ E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, 5ª Edizione. Egea, Milano.
- BROADBENT J., LAUGHLIN R. (1999), «The Private Finance Initiative: clarification of a future research agenda», *Financial Accountability & Management*, 15 (2), pp. 95-114.
- CHARTERED INSTITUTE OF PUBLIC FINANCE AND ACCOUNTANCY (CIPFA) (2006), *Risk management Guidance n. 11*.
- COLESHILL P., GIBSON A., JACONELLI A., SHEFFIELD J. (1988), *The private Finance Initiative: private opportunity at the public's cost?* *Scottish Affairs*, 24: 128-142.
- DREANNAN L.T., MCCONNELL A. (2007), *Risk and crisis management in the public sector*, Routledge, London, New York.
- EDWARDS P., SHAOUL J. (2003), «Partnerships: for better, for worse?», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 16(3), pp. 397-421.
- FINK S. (1986), *Crisis management: planning for the inevitable*, American management Association, New York.
- FONE M., YOUNG P. (2000), *Public Sector risk management*, Butterworth Heinemann, Oxford.
- Forestieri G. (1996), *Risk management: strumenti e politiche per la gestione dei rischi puri dell'impresa*, Egea, Milano.
- FROUD J., SHAOUL J. (2001), «Appraising and Evaluating PFI for NHS Hospitals», *Financial Accountability and Management*, 17 (3), pp. 247-270.
- GAFFNEY D., POLLOCK M. (1997), *Can the NHS afford the private finance initiative?*, BMA Health Policy and Economic Research Unit, London.
- GAFFNEY G., POLLOCK A., PRICE D., SHAOUL J. (1999), «NHS capital expenditure and the private finance initiative - expansion or contraction?», *British Medical Journal*, 310, pp. 48-51.
- GRIMSEY D., LEWIS M.K. (2004), *Public private partnerships: the worldwide revolution in infrastructure provision and project finance*, Elgar, Cheltenham.
- HENDERSON J. (1999), *The place of risk in the private finance initiative*, Paper presented at 1999 CIPFA Scottish Risk Management Conference, Edinburgh.
- HENGSEN T., DESOUSA K.C., KRAFT G.D. (2003), «Games, signal detection and processing in the context of crisis management», *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 11(2), pp. 67-77.
- HERMAN M.L., HEAD G.L., JACKSON P.M., FOGARTY T.E. (2004), *Managing Risk in Nonprofit Organisation: A comprehensive Guide*, John Wiley, Hoboken, NJ.
- HOOD J., KELLY S. (1999), «The emergence of public sector risk management: the case of Local Authorities in Scotland», *Policy Studies* 20(4), pp. 273-283.
- HOOD J., MCGARVEY N. (2002), «Managing the Risks of Public-Private Partnerships in Scottish Local Government», *Policy Studies*, 23(1), pp. 21-35.
- KEE J.E., FORRER J. (2002), *Private Finance Initiative. The theory behind the practice*, 14th Annual Conference of the Association for Budgeting and Financial Management October 10-12, 2002, Kansas City, Missouri.
- MAYSTON D.G. (1999), «The Private Finance Initiative in the National Health Service: An Unhealthy Development in New Public Management?», *Financial Accountability & Management*, 15 (3&4), pp. 249-274.
- OFFICE OF GOVERNMENT COMMERCE (OGC) (2002), *Management of Risk: Guidance for practitioners*, The stationery Office, London.
- SHAOUL J., EDWARDS P., STAFFORD A. (2004), *Evaluating the operation of PFI in roads and hospital*, ACCA.
- VANHAM H., KOPPENJAN J. (2000), *Public Private partnership in port development: assessing and managing risk*, Paper presented at the 4th International Symposium on Public Management, Erasmus University, Rotterdam.
- VINCENT J. (1996), «Managing risk in public services - a review of the international literature», *International Journal of Public Sector Management*, 9(2), pp. 57-64.
- VECCHI V. (2008), *Il project finance per gli investimenti pubblici, profile di convenienza e sostenibilità e applicazioni al settore sanitario*, Egea, Milano.
- YIN R.K. (1994), *Case study research, Design and Methods* (2ª ed.), Sage Publication, Thousand Oaks (US).

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Astrid

Giorgio Macciotta (a cura di)

LA SALUTE E IL MERCATO. LA RICERCA FARMACEUTICA TRA STATO, INDUSTRIA E CITTADINI

IL SOLE 24 ORE, MILANO, 2008, PP. 284, € 49

La ricerca scientifica è uno dei pochi casi nei quali le regole dell'Unione europea consentono l'erogazione di aiuti di Stato per «accrescere l'efficienza economica ... e contribuire in tal modo alla crescita sostenibile e all'occupazione». Tanto più si giustifica un intervento pubblico se punta a promuovere la ricerca scientifica nel settore farmaceutico, utile a migliorare le condizioni di vita di miliardi di esseri umani. In Italia, le erogazioni pubbliche non hanno, peraltro, favorito lo sviluppo di un'attività di ricerca nel settore, comparabile sia con il rilievo del mercato italiano (il sesto per consumi su scala internazionale) sia con l'esistenza di un sistema clinico che anche recenti studi comparativi indicano tra i migliori del mondo. Ancor meno hanno giovato gli interventi in materia di prezzi dei farmaci. La ricerca farmaceutica vive una situazione di grave crisi determinata dall'esistenza di una complessa serie di strozzature che riguardano, in parte, il mercato italiano (dalla rendita di posizione del settore distributivo all'opacità e vischiosità burocratica delle procedure di regolazione), ma in parte derivano da una distorsione, comune ai Paesi industrializzati, che impedisce di guardare al settore in una prospettiva realmente globalizzata: miliardi di donne e uomini sono esclusi dai benefici della ricerca e della produzione farmaceutica. Partendo da tali premesse, Astrid (che ha potuto giovare di qualificati contributi di centri di ricerca e di studiosi specialisti della materia) delinea in queste pagine un ventaglio di proposte idonee a migliorare l'efficienza della sanità pubblica nell'interesse dei cittadini, senza trascurare i vincoli di finanza pubblica che hanno segnato molte delle misure in materia di spesa farmaceutica. Esse spaziano dal migliore coordinamento tra ricerca, sperimentazione (industriale e clinica) e produzione, alla riforma della filiera della distribuzione (con una netta opzione per il mercato), dalla riorganizzazione degli strumenti e delle politiche di intervento pubblico (dalla riforma dell'AIFA a una più attiva politica fiscale), alla costruzione di strumenti idonei a determinare un coinvolgimento attivo degli operatori e dei cittadini.

INDICE PREFAZIONE - 1. IL CONFRONTO INTERNAZIONALE TRA PREZZI DEI FARMACI: ASPETTI METODOLOGICI, PRINCIPALI RISULTATI IN LETTERATURA E STUDIO SUI FARMACI CON OBBLIGO DI PRESCRIZIONE - 2. LA RICERCA DI NUOVI FARMACI - 3. REGOLAZIONE DI PREZZO, INNOVAZIONE E CICLO DI VITA DEI PRODOTTI: PER UNA RIFORMA DEL SISTEMA DI PRICING NEL SETTORE FARMACEUTICO - 4. UNA POSSIBILE METODOLOGIA DI FISSAZIONE DEI PREZZI DEI FARMACI IN ITALIA - 5. I SISTEMI DI INCENTIVAZIONE PER IL RILANCIO DELLA RICERCA - 6. LA DISTRIBUZIONE AL DETTAGLIO DEI FARMACI: TRA REGOLAZIONE EFFICIENTE E MERCATO - 7. IL REGIME FISCALE DELL'ATTIVITÀ FARMACEUTICA. IDEE E SUGGERIMENTI PER FAVORIRE LA RICERCA SCIENTIFICA E RIDURRE IL COSTO DEI FARMACI - 8. AIFA, ORGANIZZAZIONE E PROCEDURE: CRITICITÀ E SOLUZIONI - 9. LA RICETTA ELETTRONICA: PRECONDIZIONE PER UN SISTEMA SANITARIO INFORMATIZZATO E PER MONITORARE LA SPESA FARMACEUTICA - 10. PROPOSTA DI UN SISTEMA INFORMATIVO PER CONTRASTARE COMPORTAMENTI LOCALI DI SPESA FARMACEUTICA FUORI NORMA

Giorgio Bert

MEDICINA NARRATIVA. STORIE E PAROLE NELLA RELAZIONE DI CURA

IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE, ROMA, 2007, PP. 270, € 25

La medicina narrativa non è una disciplina, ma un atteggiamento mentale del medico e questo libro non è un manuale di tecniche, ma una mappa per scoprire un territorio vasto, affascinante e in gran parte ancora ignoto: il mondo dell'altro, del paziente. Il medico non può accettare d'essere relegato alla figura del tecnico esperto poiché il paziente non è un apparecchio da riparare. Non bastano complicatissimi strumenti tecnologici, ma sono necessarie competenze che hanno a che fare con la relazione. E poiché la relazione consiste in uno scambio di «narrazioni», è opportuno che il medico apprenda a leggere le narrazioni dell'altro e a scoprire il mondo di significati, convinzioni e miti che fanno del paziente (come di ogni persona) un'entità unica e irripetibile. Il libro mostra alcuni dei percorsi formativi che contribuiscono a costruire questo atteggiamento mentale e traccia un percorso utile al medico che voglia intraprendere l'avventura della medicina narrativa.

INDICE PARTE I - I MALATI RACCONTANO STORIE, I MEDICI ANCHE - 1. NARRAZIONE: PERCHÉ - 2. DUE MONDI, DUE CULTURE - 3. LA RELAZIONE TERAPEUTICA - 4. NARRAZIONE E MEDICINA NARRATIVA - 5. MALATTIA E IDENTITÀ PERSONALE - 6. NARRAZIONI IN CONFLITTO, NARRAZIONI DOMINANTI - 7. LE RADICI DELLA NARRAZIONE IN MEDICINA - 8. UNO STRUMENTO NARRATIVO PREZIOSO: LA CARTELLA PARALLELA - 9. MEDICINA NARRATIVA: UN PO' DI STORIA - 10. GLI ASPETTI NARRATIVI DELLA MEDICINA - 11. LA STRUTTURA NARRATIVA DEL COLLOQUIO MEDICO - 12. COSA NON È MEDICINA NARRATIVA - 13. L'INIZIO DELLA STORIA: IL SINTOMO - 14. MEDICINA NARRATIVA E TERAPIA NARRATIVA - PARTE II - 15. MEDICINA NARRATIVA E MEDICINA EVIDENCE-BASED MEDICINE - 16. IL MONDO DEL MALATO - 17. DEI FOSSATI E DEI PONTI - 18. ORGOGLIO E PREGIUDIZI - 19. MEDICI ALLO SPECCHIO - 20. COME DIRE DI SÉ - 21. MEDICINA E OBLIO - PARTE III LEGGERE E SCRIVERE - 22. PERCHÉ LEGGERE, COSA LEGGERE, COME LEGGERE - 23. NARRAZIONE DEL PAZIENTE E NARRAZIONE LETTERARIA - 24. SCRIVERE: ISTRUZIONI PER L'USO - 25. METAFORE - 26. MITIGAZIONI - 27. RIFLETTERE E DUBITARE. L'IRRIVERENZA - 28. LE PERSONE CURIOSI FANNO DOMANDE - BIBLIOGRAFIA - INDICE ANALITICO

Antonio Federici (a cura di)

SCREENING. PROFILO COMPLESSO DI ASSISTENZA

IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE, ROMA, 2007, PP. 297, € 32

Il successo di un programma di screening è una sfida di grande complessità: essa investe le capacità delle Regioni, dei professionisti, del sistema sanitario nel suo insieme e perfino il livello di maturità della società civile. Il volume si propone come strumento per capire e gestire gli screening e al contempo come riflessione sugli aspetti più controversi di questa pratica di prevenzione, che non è certo una novità, ma fino ad oggi troppo spesso monopolio di specialisti. I programmi di screening costituiscono un «indicatore biologico» della capacità del sistema sanitario di offrire a tutti, con equità e giustizia, percorsi di salute scientificamente fondati ed eticamente di grande nobiltà. Ciò che accade nei programmi di screening fornisce all'intero Paese elementi di profonda riflessione sulla tutela e l'esercizio del diritto costituzionale alla salute, nonché sul valore e sui valori del servizio sanitario pubblico.

INDICE PREFAZIONE - PREMESA - 1. INTRODUZIONE AGLI SCREENING - 2. COSA SONO I PROGRAMMI DI SCREENING - 3. GARANTIRE IL DISEASE MANAGEMENT - 4. GARANTIRE L'APPROPRIATEZZA (USO APPROPRIATO DELLE TECNOLOGIE) - 5. GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE CONSAPEVOLE - 6. GARANTIRE LA SICUREZZA - 7. GARANTIRE LA VALUTAZIONE - 8. GARANTIRE I PRINCIPALI STRUMENTI MANAGERIALI - 9. GARANTIRE IL MIGLIORAMENTO CONTINUO - 10. GARANTIRE RICERCA E SVILUPPO - 11. I PROGRAMMI DI SCREENING COME SOTTOSISTEMA DEL SISTEMA SANITARIO - 12. GLI SCREENING IN EUROPA

Imogen Evans, Hazel Thornton, Iain Chalmers

**COME SAPERE SE UNA CURA FUNZIONA. UNA MIGLIORE RICERCA
PER UN'ASSISTENZA MIGLIORE**

IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE, ROMA, 2007, PP. 141, € 16,00

Come facciamo a sapere se un certo farmaco o una certa terapia funzionano? Le prove cliniche sono affidabili e realmente imparziali? La ricerca in corso è veramente focalizzata sui reali bisogni dei pazienti? Queste e molte altre le questioni di attualità che vengono sollevate e chiarite nelle pagine del libro. Una panoramica rigorosa sulla ricerca clinica di oggi, che mette in luce le numerose e significative ricadute sulla pratica quotidiana dell'assistenza al malato. Preoccupazione rilevante di medici e operatori sanitari dovrebbe essere quella di rendere operativo e fattibile il coinvolgimento degli utenti e dei pazienti nella ricerca. Il testo stimola riflessioni sul rapporto tra medicina e potere nella sua espressione economica, quella che influenza le priorità dell'industria della salute, e in quella ideologica, quella di chi usa il potere gerarchico e l'idea della superiorità dell'esperto per marginalizzare l'emergere dei bisogni assistenziali reali. La ricerca deve rispondere a priorità dettate dai malati e non dai ricercatori e dall'industria, ma per realizzare ciò occorre coinvolgimento e dialogo tra medici e pazienti, spesso considerati meramente come destinatari inerti dell'assistenza sanitaria. La legittima richiesta che maggiori disponibilità finanziarie siano dedicate alla ricerca non può non accompagnarsi a una grande operazione di trasparenza.

INDICE PREFAZIONE - INTRODUZIONE - 1. NUOVO - MA NON NECESSARIAMENTE MIGLIORE O MAGARI ANCHE PEGGIORE - 2. UTILIZZATI SENZA ADEGUATA SPERIMENTAZIONE - 3. I CONCETTI CHIAVE PER SAPERE SE UNA CURA FUNZIONA - 4. AFFRONTARE L'INCERTEZZA SUGLI EFFETTI DEI TRATTAMENTI - 5. LA RICERCA CLINICA: LA BUONA, LA CATTIVA E L'INUTILE - 6. MENO RICERCA, METODOLOGIE RIGOROSE E QUESITI RILEVANTI - 7. MIGLIORE QUALITÀ E RILEVANZA DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE È INTERESSE DI TUTTI - 8. IL MANIFESTO PER UNA RIVOLUZIONE - BIBLIOGRAFIA - RISORSE ADDIZIONALI - INDICE ANALITICO

Manuela S. Macinati

LE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE.

LA RICERCA DELL'ECONOMICITÀ TRA VINCOLI E MARGINI DI AZIONE

FRANCO ANGELI, MILANO, PP. 233, € 22,50

A oltre dieci anni dall'emanazione dei decreti di riforma del Servizio sanitario nazionale i risultati del cosiddetto processo di aziendalizzazione non sono apparsi del tutto coerenti rispetto alle attese, tanto da far presagire ad alcuni la necessità di un cambiamento di rotta rispetto al modello aziendale. Ciò nondimeno, il modello aziendale è connaturato allo svolgimento dell'attività economica di produzione e consumo di prestazioni sanitarie e può contribuire concretamente al conseguimento della finalità del soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini. La logica aziendale, funzionale rispetto al conseguimento delle finalità istituzionali, assume pieno significato rispetto alla soddisfazione dei bisogni pubblici in quanto criterio-guida per un uso razionale e responsabile delle risorse disponibili. Per contro, da un lato, sembrerebbe essere ancora diffuso un approccio che interpreta la realtà aziendale come meccanicisticamente determinata da norme prescrittive piuttosto che da comportamenti umani, operazioni, processi tecnici ed economici finalizzati alla ricerca dell'economicità della gestione. D'altro canto, il perseguimento dell'economicità della gestione richiede che siano ben delineati e utilmente impiegati dal management sanitario gli spazi di azione riservati all'azienda sanitaria pubblica. Questo lavoro, impiegando la prospettiva economico-aziendale, interpreta il perseguimento dell'economicità della gestione come un comportamento che si esplica tra i vincoli di varia natura e margini di autonomia che provengono all'azienda sanitaria dal modello istituzionale di riferimento. All'interno degli spazi di azione concessi, il perseguimento dell'economicità della gestione può essere favorito dall'impiego di strumenti e tecniche

di ispirazione economico aziendale che guidano verso il conseguimento di risultati coerenti con la finalità del soddisfacimento dei bisogni di salute e la responsabilizzazione economica attribuita alle aziende sanitarie pubbliche.

INDICE PRAFAZIONE, DI EUGENIO ANESSI PESSINA - INTRODUZIONE - CAPITOLO 1. PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E SISTEMA AZIENDALE - 1.1. INTRODUZIONE - 1.2. PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ED ECONOMIA AZIENDALE - 1.3. L'AZIENDA PUBBLICA E GLI ELEMENTI CHE NE INFLUENZANO LA GESTIONE - 1.4. L'AZIENDA PUBBLICA E I CRITERI DI RAZIONALITÀ ECONOMICA - 1.5. UN MODELLO DI RIFERIMENTO PER LO STUDIO DELL'AZIENDA PUBBLICA - 1.6. L'AZIENDA PUBBLICA E L'ASSETTO ISTITUZIONALE - 1.7. L'AZIENDA PUBBLICA, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO E L'ORGANISMO PERSONALE: CENNI - CAPITOLO 2. LE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE TRA VINCOLI E MARGINI D'AZIONE - 2.1. INTRODUZIONE - L'AZIENDA SANITARIA PUBBLICA - 2.2. L'AZIENDA SANITARIA PUBBLICA E I VINCOLI DI SISTEMA - 2.3. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: LE VARIABILI DEMOGRAFICHE, EPIDEMIOLOGICHE, CULTURALI, TECNOLOGICHE ED ECONOMICHE E IL SISTEMA ISTITUZIONALE E NORMATIVO - 2.4. L'ASSETTO ISTITUZIONALE DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: I SOGGETTI, I CONTRIBUTI E LE RICOMPENSE - 2.5. L'ASSETTO ISTITUZIONALE DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: PREROGATIVE DI GOVERNO ECONOMICO E RIFORME ISTITUZIONALI - 2.6. LE COMBINAZIONI ECONOMICHE DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 2.7. L'ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 2.8. L'ORGANISMO PERSONALE DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 2.9. IL PATRIMONIO DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - CAPITOLO 3. LE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE E I MARGINI DI AZIONE: GLI STRUMENTI E LE SCELTE PER LA RICERCA DELL'ECONOMICITÀ - 3.1. INTRODUZIONE - 3.2. LE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE E GLI SPAZI DI AZIONE - 3.3. GLI STRUMENTI PER LA MISURAZIONE, LA PROGRAMMAZIONE E IL CONTROLLO DEI RISULTATI AZIENDALI - 3.4. GLI STRUMENTI EVOLUTI PER LA MISURAZIONE, LA PROGRAMMAZIONE E IL CONTROLLO DEI RISULTATI AZIENDALI: IL BILANCIO SOCIALE, LA BALANCED SCORECARD E L'ACTIVITY BASED COSTING - 3.5. LE SCELTE AZIENDALI PER IL PERSEGUIMENTO DELL'ECONOMICITÀ DELLA GESTIONE - BIBLIOGRAFIA

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

TURENNE M.N., HIRTH R.A., PAN Q., WOLFE R.A., MESSANA J.M.,
WHEELER J.R.

Using knowledge of multiple levels of variation in care to target performance incentives to providers
Medical Care, 2008, Feb, 46(2), pp. 120-6

DOIRON D., JONES G., SAVAGE E.

Healthy, wealthy and insured? The role of self-assessed health in the demand for private health insurance
Health Economics, 2008, 17(3), pp. 317-34

RODRÍGUEZ M., STOYANOVA A.

Changes in the demand for private medical insurance following a shift in tax incentives
Health Economics, 2008, 17(2), pp. 185-202

CITONI G., SOLIPACA A.

La privatizzazione strisciante della sanità italiana: un'analisi descrittiva e alcuni temi equitativi
Politiche Sanitarie, 2007, 8(4), pp. 188-205

GRAVELLE H., SICILIANI L.

Is waiting-time prioritisation welfare improving?
Health Economics, 2008, 17(2), pp. 167-84

GRIGNON M., PERRONNIN M., LAVIS J.N.

Does free complementary health insurance help the poor to access health care? Evidence from France
Health Economics, 2008, 17(2), pp. 203-19

FREUDENBERG N., GALEA S.

The impact of corporate practices on health: implications for health policy
Journal of Public Health Policy 2008, 29(1), pp. 86-104

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

POWELL-JACKSON T., MILLS A.

A review of health resource tracking in developing countries
Health Policy and Planning, 2007 Nov, 22(6), pp. 353-62

URQUAHART B., MITTON C., PEACOCK S.

Introducing priority setting and resource allocation in home and community care programs
Journal of Health Services Research & Policy, 2008, 13 (suppl.1), pp. 41-45

ZHANG J.

A DID analysis of the impact of health insurance reform in the city of Hangzhou

Health Economics, 2007, 16(12), pp. 1389-402

OKORAFOR O.A., THOMAS S.

Protecting resources for primary health care under fiscal federalism: options for resource allocation
Health Policy and Planning, 2007, 22(6), pp. 415-26

ECONOMIA DEL FARMACO

FATTORE G., JOMMI C.

The last decade of Italian pharmaceutical policy: instability or consolidation?
Pharmacoeconomics, 2008, 26(1), pp. 5-15

GARATTINI L., MOTTERLINI N., CORNAGO D.

Prices and distribution margins of in-patent drugs in pharmacy: A comparison in seven European countries
Health Policy, 2008, 16(3), pp. 305-13

YFANTOPOULOS J.

Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece
European Journal of Health Economics, 2008, 9(1), pp. 87-97

GARCÍA-GOÑI M., IBERN P.

Predictability of drug expenditures: an application using morbidity data
Health Economics, 2008, 17(1), pp. 119-26

HAIVAS I., GRIGORE B.

Pharmaceutical pricing and reimbursement in Romania
Eurohealth, 2007, 13(3), pp. 24-26

DORAN E., DAVID H.

Australian Pharmaceutical Policy, price control, equity and drug innovation in Australia
Journal of Public Health Policy, 2008, 29(1), pp. 106-120

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

FARSI M., FILIPPINI M.

Effects of ownership, subsidization and teaching activities on hospital costs in Switzerland
Health Economics, 2008, 17(3), pp. 335-50

HERNÁNDEZ QUEVEDO C.

Health inequalities in the decentralised Spanish health care system
Eurohealth, 2007, 13(3), pp. 9-11

EGGLESTON K., LING L., QINGYUE M., LINDELOW M., WAGSTAFF A.
Health service delivery in China: a literature review
Health Economics, 2008 Feb, 17(2), pp. 149-65

MILEWA T.
Representation and legitimacy in health policy formulation at a national level: Perspectives from a study of health technology eligibility procedures in the United Kingdom
Health Policy, 2008, 85(3), pp. 356-62

MACINATI M.S.
The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service
Health Policy, 2008, 85(2), pp. 228-41

VALLGÅRDA S.
Social inequality in health: dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes
Health Policy, 2008 Jan, 85(1), pp. 71-82

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

SCHALM C.
Implementing a balanced scorecard as a strategic management tool in a long-term care
Journal of Health Services Research & Policy, 2008, 13 (suppl.1), pp. 8-14

BLEGEN M.A., VAUGHN T., VOJIR C.P.
Nurse staffing levels: impact of organizational characteristics and registered nurse supply
Health Services Research, 2008, 43(1 Pt 1), pp. 154-73

VLASTARAKOS P.V., NIKOLOPOULOS T.P.
The interdisciplinary model of hospital administration: do health professionals and managers look at it in the same way?
European Journal of Public Health, 2008, 18(1), pp. 71-6

LEGA F.
The rise and fall(acy) of clinical directorates in Italy
Health Policy, 2008, 85(2), pp. 252-62

NEWHOUSE J.P., SINAIKO A.D.
Estimates of physician productivity: an evaluation
Health Care Financing Review, 2007-2008, 29(2), pp. 33-40

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

BOTTLE A., AYLIN P.
Intelligent information: a national system for monitoring clinical performance
Health Services Research, 2008, 43(1 Pt 1), pp. 10-31

VIAPPANI L.
L'aziendalizzazione sanitaria e il ruolo dell'atto aziendale
Sanità Pubblica e Privata, 2008, 1, pp. 52-63

RASHIDIAN A., ECCLES M.P., RUSSELL I.
Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care
Health Policy, 2008, 85(2), pp. 148-61

RUFFINO D.E., CORONA M., BRUNO L.
Il bilancio delle aziende sanitarie ospedaliere
ASI, 2008, 16(11), pp. 18-21

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

LÓPEZ-VALCÁRCEL B.G., PINILLA J.
The impact of medical technology on health: a longitudinal analysis of ischemic heart disease
Value in Health, 2008 Jan-Feb, 11(1), pp. 88-96

LAFORTUNE L., FARAND L., MONDOU I., SCOTTE C., BATTISTA R.
Assessing the performance of health technology assessment organizations: a framework
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2008, 24(1), pp. 76-86

FENNEL M.L.
The new medical technologies and the organizations of medical science and treatment
Health Services Research, 2008 Feb, 43(1 Pt 1), 1-9

PIETZSCH J., PATÉ-CORNELL E.
Early technology assessment of new medical devices
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2008, 24(1), pp. 76-86

VALUTAZIONI ECONOMICHE

CLABAUGH G., WARD M.M.
Cost-of-illness studies in the United States: a systematic review of methodologies used for direct cost
Value in Health, 2008, 11(1), pp. 13-21

KIM SY, GOLDIE SJ
Cost-effectiveness analyses of vaccination programme: a focused review of modelling approaches
Pharmacoeconomics, 2008, 26(3), pp. 191-215

FENWICK E., CLAXTON K., SCULPHER M.
The value of implementation and the value of information: combined and uneven development
Medical Decision Making, 2008, 28(1), pp. 12-20

COOPER N.J., SUTTON A.J., ADES A.E., PAISLEY S., JONES D.R.
Use of evidence in economic decision models: practical issues and methodological challenges
Health Economics, 2007, 16(12), pp. 1277-86

LAMBERT P.C., BILLINGHAM L.J., COOPER N.J., SUTTON A.J., ABRAMS K.R.
Estimating the cost-effectiveness of an intervention in a clinical trial when partial cost information is available: a Bayesian approach
Health Economics, 2008, 17(1), pp. 67-81

STAHL J.E.
Modelling methods for pharmacoeconomics and health technology assessment : an overview and guide
Pharmacoeconomics, 2008, 26(2), pp. 131-48