

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XVII – N. 67 LUGLIO-SETTEMBRE 2008

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

3 Verso il federalismo fiscale

Elio Borgonovi

SAGGI

9 Assetti istituzionali, corporate governance e aziende sanitarie pubbliche

Mario Del Vecchio

21 Confronto tra PDTA ospedalieri: il caso del carcinoma del colon retto

Valeria Tozzi

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

39 Criteri di valutazione delle prestazioni riabilitative ambulatoriali in Piemonte

A. Bennati, M. Burchio, M. Fanì, A. Gaffuri, N. Giorgione, G.C. Rovere, M.P. Truscello, G. Vanni, V. Demicheli

53 La specialistica ambulatoriale nell'Azienda Usl di Bologna: prime evidenze di uno studio

I. Castaldini, A. Danielli, L. Grazia, A. Protonotari, A. Renopi

71 Assicurazione integrativa mutualistica: un'analisi economica

Carlo De Pietro

85 La «presa in carico» della persona nel punto unico di accesso: il modello di governance sociosanitaria della Asl di Cagliari

G. Frau, G. Gumirato, G.M. Soro, F. Vidotto

105 Magnet Hospitals: accreditamento, basi razionali, diffusione ed esiti organizzativi

A. Palese, P. De Lucia, B. Lavia, L. Deroma

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

115 Professioni e professionalità in sanità: nuovi adattamenti per nuovi bisogni

Forum Risorse Umane & Sanità

129 Novità bibliografiche

134 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 Barretta

Antonio Botti

Pier Luigi Catalfo

Denita Cepiku

Lino Cinquini

Luca Del Bene

Andrea Francesconi

Manuela S. Macinati

Antonio Nisio

Elisabetta Reginato

Salvatore Russo

Paola Saracino

Massimo Sargiacomo

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Tanno

DIRETTORE EDITORIALE

Anna Gemma Gonzales

MECOSAN (MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA)

Aims & scope della Rivista

Mecosan is the premier quarterly journal in Italy in the field of healthcare management. Its mission is to improve the understanding of how healthcare organizations and systems function and to promote the diffusion of good managerial practices at all levels.

In order to pursue its mission, the journal draws together and learns from different academic disciplines (economics, statistics, medicine, sociology and law), although its conceptual roots are firmly grounded in the Italian approach to managerial studies. Considering the role of the public sector in healthcare systems, public management and administration research is a relevant basis for contributions.

Mecosan aims at providing a forum for sharing the results of rigorous and relevant research, case studies and practical experiences in healthcare so that managerial practices can be influenced and improved. The target audience includes academics, researchers, consultants and practitioners. Contributions from different academic disciplines and professional experiences on managerial themes in the field of healthcare organizations are welcome. Authors can submit conceptual articles, original empirical works, theoretical overviews or reviews, or articles on good practices. All submissions will be comprehensively refereed by at least two anonymous reviewers according to internationally accepted standards. *Mecosan* considers reviewing to be a developmental process aimed at improving the quality of individual papers rather than a mere process of selection.

The journal also welcomes papers from non Italian authors written in English.

Mecosan è una rivista trimestrale leader in Italia nel campo della gestione delle aziende sanitarie. La sua missione è di contribuire ad una migliore comprensione del funzionamento dei sistemi e delle aziende sanitarie e di promuovere la diffusione delle buone pratiche manageriali a tutti i livelli.

Per realizzare la sua missione la rivista accoglie contributi di campi disciplinari diversi (economia, statistica, medicina, sociologia e scienze giuridiche) sebbene le sue radici disciplinari siano chiaramente riferibili alla Economia Aziendale. Considerando il ruolo del settore pubblico nei sistemi sanitari la ricerca sul funzionamento delle aziende e delle amministrazioni pubbliche rappresenta un punto di riferimento importante per i contributi.

Mecosan intende rappresentare un luogo per la condivisione dei risultati di rilevanti e rigorose ricerche, casi di studio ed esperienze nel campo della sanità affinché le pratiche manageriali possano essere influenzate e migliorate. Il pubblico di riferimento include accademici, ricercatori, consulenti e operatori.

Sono benvenuti contributi su temi manageriali nel campo delle aziende e dei sistemi sanitari provenienti da differenti campi disciplinari ed esperienze professionali. Gli autori possono inoltrare saggi teorici, lavori empirici originali, rassegne di letteratura, articoli su buone pratiche manageriali. Tutti i materiali pervenuti saranno sottoposti ad un processo di referaggio di almeno due referee anonimi secondo gli standard internazionali comunemente accettati. *Mecosan* considera il referaggio come un processo finalizzato al miglioramento della qualità dei contributi piuttosto che un mero processo di selezione.

La rivista accetta anche contributi di autori non italiani o scritti in inglese.

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.

Verso il federalismo fiscale

ELIO BORGONOVÌ

Già da alcuni anni le Regioni godono di ampia autonomia nel settore della sanità che sarà più completa e responsabilizzante con l'approvazione del federalismo fiscale che è uno degli impegni/obiettivi primari del Governo. Le motivazioni che hanno spinto al decentramento e che sostengono le proposte di federalismo possono essere riassunte nei seguenti termini.

Motivazione di carattere tecnico, operativo e decisionale. Il progressivo passaggio dal principio di «garantire diritti formali» a quello di «garantire servizi di pubblica utilità o di pubblico interesse», impone alle amministrazioni pubbliche di adattare la propria azione, le risposte ai bisogni reali nei diversi settori di intervento, alle specificità dei vari contesti. Ciò è accaduto anche alle imprese manifatturiere che hanno centralizzato la produzione in grandi impianti (spesso localizzati nei Paesi a più basso costo di produzione) mentre hanno potenziato le reti di vendita dei prodotti in forme varie, dalla creazione di una capillare rete commerciale o di distribuzione, al postal market (che in verità non ha avuto quel successo preconizzato alcuni anni fa), alla attivazione di acquisti on-line e consegna a domicilio. In questi casi, il fattore di successo non è stato individuato nelle economie di dimensione, ma nelle cosiddette economie di prossimità o di capillarizzazione che consistono sia nella rapidità di raggiungere il consumatore, sia nel fatto che il consumatore può richiedere non il bene standardizzato, ma il bene che risponde meglio alle sue esigenze. Dai punti di vendita queste esigenze vengono inviate in tempo reale (con le moderne tecnologie) alla linea di produzione e si hanno un adattamento e una consegna del bene richiesto in tempi brevi. Nelle aziende di servizi, per le quali produzione e consumo sono contestuali, il decentramento e la capillarizzazione sono coesenziali: più numerosi sono i punti di produzione e servizio e migliore è la qualità di ognuno di essi (ossia la corrispondenza alle caratteristiche e ai bisogni di specifici gruppi di popolazione che accedono ad essi), maggiore è la capacità di essere competitivi tramite la penetrazione del mercato.

La tutela della salute è per eccellenza un'attività di erogazione di servizi che dipendono dalle caratteristiche della popolazione e del territorio in cui essa vive (esempio il clima, il livello di inquinamento, ecc.), da fattori culturali (come viene vissuta la malattia o quale attenzione si pone alla prevenzione, alla popolazione e alla riabilitazione), demografici e sociali (invecchiamento della popolazione, presenza di nuclei familiari più o meno ampi, relazioni che si stabiliscono nelle comunità locali e che entrano in gioco nel caso di bisogno di assistenza). Infine, determinante è il rapporto medico-paziente che rimane fondamentale, nonostante oggi sia fortemente condizionato dalle scelte in campo finanziario, organizzativo e gestionale (che influenzano il comportamento di entrambi), oltre che dal tradizionale rapporto di fiducia che non va mai dimenticato.

Decentrare poteri, funzioni e responsabilità alle Regioni è essenziale in un Paese molto differenziato come l'Italia, poiché consente di operare scelte che riguardano la dinamica della domanda e la struttura del sistema di offerta alle specificità locali. A sua volta, il decentramento alle Regioni dovrebbe essere logicamente collegato al decentramento e ad una certa autonomia delle aziende territoriali della salute e delle aziende ospedaliere e dovrebbe prevedere forti sistemi di coinvolgimento e di collaborazione con gli altri enti locali (specie Comuni), in particolare con riferimento ai servizi territoriali. Si è usato il condizionale perché l'esperienza del recente passato ha dimostrato che l'autonomia decisionale delle Regioni non sempre è stata usata positivamente (si vedano Regioni in crisi finanziaria e con bassa

qualità dei servizi) e l'autonomia alle aziende erogatrici di servizi è stata limitata, così come è stato limitato (e in vari casi nullo) il coinvolgimento e il coordinamento con gli enti locali che sono titolari di funzioni riguardanti altri «servizi alla persona» (servizi sociali, socio-assistenziali, ecc.).

Motivazione legata alla maggiore responsabilizzazione. Nasce da esigenze di carattere macroeconomico generale e dai vincoli di finanza pubblica e si fonda sul seguente presupposto: attribuendo alle Regioni una ampia autonomia in campo legislativo, programmatico, di organizzazione del sistema di offerta, compresi i rapporti con il privato, di finanziamento alle strutture di erogazione dei servizi (pubbliche e private) e la possibilità di imporre compartecipazioni dei privati alla spesa o contributi e tributi specificamente collegati ai servizi di tutela della salute, si rende più forte il sistema di responsabilizzazione delle Regioni con riferimento al rispetto dell'equilibrio finanziario complessivo. Le Regioni, infatti, possono perseguire tale equilibrio tramite la razionalizzazione del sistema di offerta (riduzione del numero di ospedali e di altre strutture di offerta di servizi con la selezione dei migliori), tramite misure di recupero di qualità (riduzione di servizi non appropriati), di efficienza e produttività, applicazione di forme di compartecipazione alla spesa e imposizione regionale «finalizzata» (che comporta costi sul piano politico) per perseguire e conservare l'equilibrio finanziario regionale e, cumulativamente, quello nazionale. I dati degli ultimi anni dimostrano che le politiche, le misure, gli interventi dettati da questa motivazione, oltre al fatto di essere fortemente condizionati da esigenze di breve periodo, non hanno funzionato, non sono stati efficaci, dato che esistono varie Regioni «in dissesto finanziario» cui è stato imposto dal Governo di predisporre «piani di rientro». Senza entrare nel merito delle responsabilità di tali situazioni, che coinvolgono diversi livelli decisionali (nazionale, regionale, locale, di singole unità operative) e vari aspetti (ipertrofia e confusione legislativa, criteri di finanziamento dello Stato alle Regioni e delle Regioni alle aziende sanitarie), la mancata efficacia può essere ricondotta ad una ragione logica basilare che vale in tutte le istituzioni-organizzazioni complesse e per sistemi di esse. I vincoli finanziari di spesa, i tagli o la riduzione del tasso di interesse di per sé non determinano la razionalizzazione e il recupero di efficienza, ma vale il contrario: interventi di razionalizzazione del sistema di offerta e di recupero di efficienza organizzativa e gestionale sono la condizione per poter conseguire una situazione di equilibrio finanziario solido nel breve e nel medio-lungo periodo. Del resto, i risanamenti reali ed effettivi delle imprese sono quelli per i quali sono stati predisposti piani industriali coerenti con la realtà e con le dinamiche previste, mentre non sono stati ottenuti risultati positivi nelle imprese nelle quali hanno prevalso i «piani finanziari», i «budget», i provvedimenti di «semplice taglio dei costi». Alcuni mesi fa, un noto editorialista del «Corriere della Sera», il Professor Francesco Giavazzi, commentando le politiche del Governo relative al settore pubblico, intitolava significativamente il suo pezzo «Tagliare e riorganizzare». Personalmente avrei suggerito un titolo leggermente diverso: «Riorganizzare per tagliare (ancor meglio riqualificare) la spesa pubblica» che forse è più coerente con i principi di una seria economia reale, molto diversa dalla «economia finanziaria» che ha causato una crisi strutturale dell'economia di mercato.

Il federalismo fiscale è finalizzato e potenzialmente è un sistema che rafforza il livello di responsabilizzazione delle Regioni. Infatti, la riduzione dei trasferimenti da parte dello Stato, collegata ai soli livelli essenziali di assistenza, l'aumento della quota di finanziamento attribuita direttamente alle Regioni tramite il trattenimento di una quota dei tributi raccolti nel proprio territorio e la possibilità di applicare tributi autonomi o forme di contribuzione generale per tutti i settori o «finalizzata» alla tutela della salute, unita ad un'ampia autonomia sulle funzioni e sulle decisioni di spesa, riunisce in un unico soggetto istituzionale la responsabilità di assicurare livelli di assistenza effettivi con le risorse a disposizione. Le Regioni che saranno in grado di razionalizzare il sistema globale di offerta e di stimolare più elevati livelli di appropriatezza, efficacia ed efficienza nell'offerta di servizi di tutela della salute, saranno in grado di farlo utilizzando le risorse trasferite dallo Stato e applicando

bassi livelli di tributi/contributi a livello regionale. Le Regioni che, a parità di appropriatezza ed efficienza, decideranno di garantire livelli di assistenza qualitativamente e quantitativamente più elevati, potranno farlo incrementando i livelli dei tributi/contributi locali, ma dovranno essere in grado di dimostrare che la qualità dell'assistenza è effettivamente più elevata e dovranno essere in grado di «convincere» la popolazione che i benefici aggiuntivi sono superiori ai sacrifici di maggiori tributi e contributi. Il vantaggio, anche in termini di maggior consenso, derivante da migliori servizi che richiedono una spesa maggiore, dovrà essere «conquistato sul campo», perché di fronte ad essi si hanno i costi, anche sul piano del consenso politico, derivanti dai più elevati livelli di tributi e contributi destinati alla tutela della salute.

Le Regioni che, invece, vorranno tenere più bassi i tributi e i contributi regionali, lo potranno fare solo se saranno in grado di aumentare il livello di appropriatezza, efficacia ed efficienza nella erogazione dei servizi. Oppure, potranno farlo se si limiteranno a garantire i livelli essenziali di assistenza o se sapranno motivare «in modo convincente» alla propria popolazione i minori livelli di tutela della salute rispetto ad altre Regioni. O ancora, potranno tenere alti i livelli di assistenza, riducendo però le risorse regionali destinate ad altri settori di servizi pubblici.

Questo è l'obiettivo, la previsione e l'auspicio di chi sostiene e promuove il federalismo: ogni comunità regionale (o locale) deve essere direttamente toccata e deve poter valutare con immediatezza i benefici e i costi delle scelte dei propri amministratori che, in ragione di ciò, si sentiranno non solo rappresentanti delle comunità, non solo cercheranno il consenso politico-elettorale, ma dovranno rispondere delle proprie scelte e saranno valutati sulla capacità di definire priorità condivise nell'uso del denaro pubblico, di adottare politiche coerenti con i valori e le aspettative della popolazione e con la loro evoluzione (che oggi è rapida e non può essere seguita dal centro), sulla capacità delle amministrazioni pubbliche e di soggetti privati di dare corretta attuazione alle politiche. Il federalismo fiscale, che completa quello funzionale, dovrebbe rendere più forte il «circuito virtuoso» che collega il consenso politico al radicamento sul territorio (capacità di cogliere i valori, le attese, gli umori), alla buona amministrazione pubblica, intesa come amministrazione che è attenta agli interessi della comunità e degli amministrati e non agli interessi di chi è stato «abile nel conquistare il consenso politico» (con strumenti vari) e lo usa però per perseguire interessi personali o comunque «di parte».

L'uso del condizionale è d'obbligo per tre ordini di motivi:

a) il consenso politico dipende da una molteplicità di fattori, nella società dell'informazione mediatica e sempre più fortemente condizionata dall'amplificazione di fenomeni che colpiscono l'emotività collettiva, dall'effetto «promesse di miglioramento, non sempre mantenute» e non necessariamente dalla buona amministrazione: anzi spesso chi è occupato ad amministrare bene non ha il tempo, i mezzi e gli strumenti per conservare o acquisire il consenso;

b) spesso gli effetti di una buona amministrazione si evidenziano nel tempo lungo e quindi chi «semina non raccoglie»: questa condizione è particolarmente paralizzante in una società che cambia velocemente, che corre, che è impregnata di una cultura di «mordi e fuggi», che vuole risultati nel breve periodo e nella quale è perciò sempre più difficile collegare «il fare all'apparire»;

c) la oggettiva difficoltà nella individuazione e nella separazione delle responsabilità: se si vuole mantenere un sistema nazionale di copertura assistenziale generalizzata, esisterà sempre strutturalmente un problema di «contenzioso» sulla coerenza tra livelli essenziali di assistenza definiti a livello nazionale e quantità/tempi di trasferimento delle risorse, in quanto le Regioni affermeranno (e cercheranno di dimostrare con dati) che le risorse trasferite dallo Stato non sono adeguate ai livelli essenziali imposti, mentre lo Stato affermerà (e cercherà di dimostrare con dati) che le risorse trasferite sono adeguate e che eventuali disavanzi sono dovuti ad inefficienze delle Regioni e delle aziende sanitarie.

Motivazione dell'emulazione positiva. Si sostiene, inoltre, che uno degli obiettivi del federalismo fiscale è quello di stimolare la competizione che, generando più elevati livelli di efficacia e di efficienza di tutte le Regioni, consente di ottenere in modo più agevole l'equilibrio finanziario complessivo del Paese e più elevati livelli di soddisfazione dell'intera popolazione. A parte le considerazioni, doverose in questo periodo storico, sul fatto che la competizione può produrre effetti estremamente negativi se non regolata (si vedano le riflessioni critiche e autocritiche sulla competizione globale non regolata che ha prodotto la crisi finanziaria e l'esplosione di fenomeni di sofisticazioni e falsificazioni varie di prodotti, spesso anche nocivi per la salute), si ritiene preferibile in questo scritto proporre il concetto di stimolo all'emulazione positiva. Infatti, in un sistema nazionale di tutela della salute, l'obiettivo delle singole Regioni non è (o non dovrebbe essere) quello di attrarre pazienti sottraendoli ad altre Regioni, ma di fare in modo che ogni Regione sia in grado di garantire livelli di assistenza sempre più elevati ai propri cittadini.

Eventualmente l'obiettivo dovrebbe e potrebbe essere quello di attrarre pazienti da altri Paesi (con beneficio per la bilancia dei pagamenti). Il disegno del federalismo fiscale dovrebbe essere quello di realizzare condizioni per fare in modo che le Regioni attualmente caratterizzate da sistemi di offerta meno efficienti e di qualità più bassa, siano indotte, a seguito della responsabilizzazione di cui si è scritto in precedenza, ad apprendere dalle Regioni con sistemi più avanzati e quindi a migliorare. L'obiettivo, la speranza, l'auspicio sono quelli di attivare tramite il federalismo fiscale un processo di emulazione positiva capace di ridurre il gap tra Regioni più avanzate e Regioni meno avanzate e, contemporaneamente, di elevare il livello globale del sistema. L'obiettivo è quello di attivare, promuovere e sostenere un processo nel quale le Regioni più avanzate costituiscano il punto di riferimento per un miglioramento complessivo del sistema, tramite il trasferimento di conoscenze e di best practices. L'obiettivo, la speranza (wishful thinking) è quello di creare maggiore spazio per valorizzare le differenze positive (tramite l'autonomia e la responsabilizzazione) e ridurre le differenze negative (oggi attribuite alla deresponsabilizzazione delle Regioni e a forme di assistenzialismo quali sono i ripiani dei disavanzi a consuntivo). La domanda che tuttavia ci si deve porre, se non si vuole fare la politica dello struzzo e nascondere la testa sotto la sabbia e se si vuole veramente governare il processo di federalismo fiscale, è la seguente: e se l'effetto emulazione non dovesse funzionare e il gap tra le Regioni dovesse aumentare (ipotesi non certo infondata, che taluni ritengono addirittura assai probabile), il sistema sarebbe sostenibile o cosa si potrebbe fare? Prevenire è meglio che curare, e quindi cercare di evitare che gli effetti negativi indesiderati si manifestino e prevedere soluzioni «in anticipo» è dovere soprattutto degli studiosi, oltre che di coloro che decidono le politiche.

Federalismo solidale. Proprio per evitare la divaricazione tra le Regioni, si parla di e si propone il federalismo solidale. Ossia una modalità e un processo nel quale le Regioni «più deboli» sul piano economico e della funzionalità amministrativa dovranno essere aiutate e messe alla pari delle Regioni più ricche, tramite un fondo perequativo di cui gli esperti cercano di quantificare le dimensioni in relazione alle diverse ipotesi di quota di tributi «lasciati» alle Regioni di provenienza e alla definizione dei livelli essenziali con riguardo alla tutela della salute, o con riguardo ad altri.

In questi termini il problema appare posto in modo semplificato e semplificatorio. Infatti, la capacità di rispondere ai problemi di salute, di erogare servizi di elevata qualità non può essere ridotta alla dimensione finanziaria. Per evitare che il divario tra le Regioni si allarghi e diventi socialmente e politicamente insostenibile, occorre riequilibrare la dotazione di conoscenze, competenze e capacità professionali di medici, infermieri, altri operatori, rilanciare la loro professionalità e la loro motivazione, ricostruire un clima di «fiducia» della popolazione nei confronti delle strutture di offerta delle Regioni oggi considerate più deboli, riequilibrare la dotazione di apparecchiature, attrezzature e tecnologie mediche avanzate e

innovative. Non è sufficiente garantire uno stesso livello di risorse finanziarie pro-capite per garantire una parità di livelli assistenziali.

Occorre intervenire sulla gestione di ospedali e altre strutture per aumentare l'efficacia e l'efficienza e, soprattutto, occorre intervenire sulle condizioni di contesto, legale e sociale, per evitare che la sanità continui ad essere, o diventi ancor di più, terreno di conquista della malavita organizzata e ambito nel quale si realizzano forme di nepotismo, clientelismo, confronto per l'acquisizione del consenso o terreno di scontro politico.

Il federalismo fiscale pone una drammatica alternativa:

a) se non si attribuiscono maggiori risorse finanziarie alle Regioni più deboli, esse diventeranno sempre più deboli sul piano della qualità dell'assistenza e la mobilità sanitaria in uscita aumenterà;

b) se si attribuiranno maggiori risorse finanziarie senza contestualmente migliorare la qualità dell'offerta e senza difendere la sanità anche sul piano della legalità e della sicurezza di chi intende agire correttamente, le maggiori risorse finiranno solo per alimentare e rafforzare il circuito dell'economia illecita e della malavita organizzata, o della malas sanità.

Federalismo fiscale vuol dire quindi progettare da subito e attuare, appena esso sarà applicato, un grande progetto di cooperazione e di assistenza tecnico-professionale e manageriale tramite cui trasferire alle Regioni deboli le competenze e le capacità di dare una offerta adeguata alle esigenze dei cittadini e tale da ricostituire un rapporto di fiducia da parte dei cittadini stessi nei confronti del sistema di offerta delle proprie Regioni.

Le recenti vicende della globalizzazione e la crisi della finanza hanno ampiamente e inequivocabilmente dimostrato che il mercato e la competizione non sono in grado di promuovere il riequilibrio, anzi accentuano le differenze e gli squilibri. Con il federalismo sarebbe opportuno evitare gli errori commessi dalla economia del mercato globale: lasciare operare il mercato e poi attuare interventi statali di dimensioni mai provate nella storia precedente per porre rimedi ai guasti di un mercato non regolato e per evitare la crisi strutturale dell'economia. Meglio progettare e realizzare programmi di cooperazione da parte dello Stato e delle Regioni con sistemi di tutela della salute avanzati nei confronti delle Regioni caratterizzate da sistemi di tutela della salute deboli, che sperare nella razionalizzazione promossa dalla competizione e dalla emulazione positiva, magari dalle privatizzazioni spinte, come è avvenuto per le banche, e poi dover far intervenire lo Stato quando la situazione si sarà ulteriormente aggravata.

Non va peraltro dimenticato che il processo di federalismo fiscale viene proposto in un periodo nel quale molte Regioni italiane sono sotto la pressione dei «piani di rientro» da precedenti posizioni di debiti accumulati, pressione che spesso determina un orientamento di breve periodo. Prevale la logica di «taglio delle spese», specie di quelle non rigide, il che può indebolire ulteriormente le condizioni strutturali di lungo periodo.

Perciò, mentre si discute in Parlamento e procede l'iter di approvazione del federalismo fiscale, sarebbe necessario avviare da subito interventi e programmi per preparare le condizioni affinché esso possa essere attuato producendo gli effetti positivi attesi e sperati ed evitando (o limitando) gli effetti non voluti di tipo negativo, primo fra tutti una ulteriore divaricazione tra i livelli assistenziali effettivi delle varie Regioni. Il federalismo fiscale ha lo scopo di non frenare ed anzi di dare maggiore vigore alle Regioni e alle comunità più attive e responsabilizzate. Ma fa parte della logica di sussidiarietà, orizzontale o verticale che si voglia, diffondere le conoscenze e le capacità attuative ed evitare che vi sia una «polarizzazione» tra le Regioni che progrediscono più velocemente e le Regioni che arretrano in termini comparativi. Occorre evitare che il federalismo porti ad una evoluzione del sistema di tutela della salute «a due o tre velocità» poiché gli effetti sarebbero imprevedibili e, forse, insostenibili. È, infatti, sufficiente fare la seguente considerazione: se una impresa non riesce ad

essere competitiva sul mercato, essa viene acquisita da un'altra, oppure muore e viene sostituita da altre, a meno di «salvataggi pubblici» come sta avvenendo oggi in tutti i Paesi (USA in testa) per le banche e le istituzioni finanziarie. Se una o più Regioni non dovessero essere in grado di garantire i livelli essenziali, o accettabili, di tutela della salute, non potrebbero certo essere «acquisite» da altre Regioni e anche i provvedimenti di «commissariamento» non sarebbero sufficienti a risolvere i problemi. Lo Stato, e le altre Regioni, dovrebbero comunque intervenire. Quindi, è molto meglio avviare da subito un programma di formazione del personale a tutti i livelli, centrale, regionale, delle aziende sanitarie, rivolto ai decisori delle politiche, ai manager e ai professionisti che si potrebbe denominare «Progetto per preparare un federalismo fiscale finanziario, solidale e fattibile».

Assetti istituzionali, corporate governance e aziende sanitarie pubbliche

MARIO DEL VECCHIO

The paper analyses the evolution of the institutional framework and the role of management in the history of Italian NHS. The main thesis is that some opportunities for a stronger legitimation and a more solid foundation of management in public healthcare organizations have been missed during the nineties when politics was weak, the general environment simpler and the quasi-market mechanisms made the functioning of public organizations similar to private companies. The multidimensionality of public management has been neglected in favor of an approach focused almost only on the economic and financial dimension. A decade later the situation has completely changed and a more comprehensive approach is needed to cope with a more complex environment and the necessity, at the same time, to compete and cooperate with many other institutions in the field. The responsibility to include new dimensions in the managerial framework rests both on scholars as well as on practitioners.

Keywords: corporate governance, public management, healthcare organizations

Parole chiave: corporate governance, public management, aziende sanitarie

Note sull'autore

Mario Del Vecchio è professore associato presso l'Università degli Studi di Firenze - CER GAS Bocconi; mario.delvecchio@unifi.it

1. Introduzione

Gli spazi di autonomia concessi all'azienda e le condizioni di esercizio di tale autonomia effettivamente sperimentati dal management sono sempre stati elementi di particolare criticità nel contesto pubblico.

Per quanto concerne l'azienda, parti rilevanti degli assetti istituzionali – come, ad esempio, quelli definiti da alcune regole di contesto o dall'inserimento in un sistema sovraziendale o gruppo pubblico – possono, in vari modi, circoscriverne l'autonomia. Così, non è infrequente che lo spazio per una autonomia interpretazione dei fini venga drasticamente limitato, che vengano prescritti specifici corsi di azione o impediti altri, che scelte tipicamente aziendali – come, ad esempio, quelle relative agli assetti organizzativi – siano sottratte ai normali meccanismi decisionali. Per quanto concerne il management, l'esercizio della discrezionalità è condizionato non solo dagli spazi, più o meno larghi, offerti dagli assetti istituzionali, ma anche dalla peculiarità del meccanismo attraverso il quale si esprimono gli interessi che convergono nell'istituto. Da questo punto di vista, i rapporti del management con la sfera della politica – e gli organi di governo delle aziende e dei sistemi che essa esprime – sono significativamente diversi dai corrispondenti rapporti che nel caso delle imprese si instaurano tra proprietà e management. Le diverse fonti della legittimazione a governare – i diritti di proprietà, in un caso, e il consenso, dall'altro – pongono quindi in maniera diversa il comune tema della *corporate governance*, di come cioè assicurare che il management persegua i fini istituzionali così come declinati dai legittimi organi di governo¹.

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Aziendalizzazione, autonomia e management
3. Il ritorno della complessità istituzionale
4. Conclusioni: assetti e visioni per un management pubblico

Il riconoscimento, ormai pienamente consolidato, della rilevanza dei temi appena accennati non è stato un processo semplice e può essere fatto coincidere, nel contesto italiano, con il superamento sul piano concettuale del modello tradizionale di pubblica amministrazione e sul piano degli assetti istituzionali con una serie di riforme tese ad allargare gli spazi di autonomia delle aziende e, all'interno di queste, il ruolo della dirigenza. Il caso del Servizio sanitario nazionale (Ssn) e delle aziende che lo compongono è, in questa prospettiva, particolarmente significativo. Esso mostra come, da una parte, interventi sugli assetti istituzionali abbiano potuto creare condizioni favorevoli per il riconoscimento e l'esercizio di quella autonomia funzione del management che è alla base di ogni modello aziendale e, dall'altra, come le trasformazioni attualmente in atto negli stessi assetti imponessero un approfondimento delle peculiarità del management nel contesto pubblico.

2. Aziendalizzazione, autonomia e management

Dalla sua costituzione con la legge 833/78 alle riforme dei primi anni '90, il Ssn aveva conservato per le sue aziende un quadro di assetti istituzionali relativamente stabile. Il modello di riferimento adottato era chiaramente riconducibile al paradigma tradizionale, così come fino allora declinato nell'esperienza degli enti locali. Le Usl, aziende responsabili per tutti i servizi sanitari in un'area, erano, infatti, state costituite come «strutture operative» dei Comuni, su cui il Comune stesso (o l'Assemblea dei Comuni) esercitava il controllo politico-istituzionale, sia tramite una serie di prerogative quali l'approvazione o il parere obbligatorio su alcuni atti fondamentali (bilanci, piani e programmi pluriennali) o l'esercizio di poteri di controllo e verifica dell'operato, sia – e soprattutto – attraverso la nomina dei componenti e del Presidente del Comitato di Gestione (inizialmente 12/15 ridotti dopo il 1986 a 5/7) che rappresentava l'organo massimo di governo.

È noto che il Comitato di Gestione (CdG) non esercitava solo un ruolo di indirizzo, governo e definizione delle politiche sanitarie, come sarebbe stato lecito attendersi da un organo di natura politica, ma, a seguito

dell'adozione del modello deliberativo classico per cui tutte le manifestazioni di volontà dovevano tradursi in atti formali dell'organo di governo (delibere), finiva per essere coinvolto a pieno titolo nell'amministrazione corrente. A fronte di un CdG dotato di ampi poteri di intervento stava una dirigenza tecnico-amministrativa che, anche per via della frammentazione organizzativa, risultava strutturalmente debole come interlocutore complessivo. Il modello organizzativo di riferimento vedeva, infatti, da dieci a venti unità organizzative di primo livello (Servizi) dotate di «autonomia tecnico-organizzativa» i cui responsabili costituivano l'organo collegiale di direzione (Ufficio di Direzione - UdD) e tra cui venivano scelti in posizione di «primi tra pari» i coordinatori Sanitario e Amministrativo ai quali venivano affidate responsabilità generali sul funzionamento della Usl².

Verso la fine degli anni '80 le criticità degli assetti istituzionali, ma non solo di quelli, diventano evidenti e non più sostenibili. Si avvia un complesso processo di riforme, inscrivibile culturalmente nel quadro del *New Public Management*, che culmina col D.L.vo 517/1993. Per l'economia del ragionamento qui proposto è sufficiente sottolinearne tre aspetti.

Il ruolo della Regione

Il primo attiene a quella che in termini meramente evocativi potrebbe essere definita la questione della proprietà, che, in parte, veniva, poi, inevitabilmente ad intrecciarsi con la questione della presenza o meno a livello aziendale di un organo collegiale di governo economico (del tipo CdG o CdA). L'impianto della 833 prevedeva una solida prevalenza dei Comuni attraverso il ruolo esercitato dal CdG, nonostante la Usl fosse poi incardinata nel sistema regionale, sia per quanto concerneva sia il funzionamento interno, sia per le regole d'ambiente rilevanti. La duplicità della «dipendenza istituzionale», se intendeva rispondere alla necessità di assicurare adeguata rappresentanza ai diversi interessi, configurava una situazione di evidente disequilibrio, con un potere diretto, molto vicino alla gestione, per gli enti locali, in presenza, tuttavia, di una formale responsabilità complessiva in

capo alla Regione. Tale condizione è potuta essere mantenuta solo fino a quando alle Regioni non è stata chiesta una assunzione della responsabilità economico-finanziaria. Nel momento in cui il «terzo pagante», il livello centrale, non è stato più in grado di rispondere delle conseguenze economiche generate dalla condivisione delle responsabilità tra Regioni ed enti locali ed è emersa la necessità di responsabilizzare, anche economicamente, le Regioni, l'impianto di fondo dell'assetto istituzionale ha subito un mutamento, graduale nella sua genesi, ma deciso nella direzione assunta.

Già nel 1991 la legge 111 sposta decisamente il baricentro della proprietà verso la Regione. Attribuisce sostanzialmente alla Giunta regionale i poteri che nel modello precedente erano dei Comuni, introduce la figura dell'Amministratore straordinario (As), nominato dalla Giunta regionale, che eredita dal Presidente del CdG tutti i poteri di gestione e la legale rappresentanza e trasforma il CdG in Comitato dei garanti. Il cambiamento nel ruolo del comitato non è solo terminologico, in quanto da una responsabilità diretta di gestione (tutti gli atti amministrativi) si passa a una funzione caratterizzata da contenuti di indirizzo e controllo (tendenzialmente sindacato del governo economico). Nello stesso periodo, e prima di arrivare alla soluzione definitiva nel '93, viene discussa una serie di proposte che prevedono tutte la costituzione di un vero e proprio C.d.A. con funzioni più o meno vicine alla gestione e con composizioni che includono, oltre ai rappresentanti di Regione ed enti locali, assistiti e esperti di diversa matrice. È evidente che se il modello di *governance* avesse previsto un organo rappresentativo degli interessi, questo non avrebbe potuto escludere gli enti locali, rischiando per tale via di attenuare la responsabilizzazione regionale. Insieme alla necessità di rispondere alle esigenze di «depoliticizzazione» che venivano dall'opinione pubblica, ciò può contribuire a spiegare perché alla fine ha prevalso l'idea di eliminare completamente ogni interposizione tra la «proprietà regionale» e il management, lasciando agli enti locali (Conferenza dei sindaci) solo alcuni poteri di controllo.

La monocraticità

Un secondo aspetto rilevante è il superamento del principio di collegialità nella direzione e l'enfasi posta sulla monocraticità nel disegno del modello di gestione. Da questo punto di vista, l'introduzione di un Direttore generale (Dg) dotato di tutti i poteri e nominato direttamente dalla «proprietà regionale» su base fiduciaria, ha rappresentato una rottura evidente nei confronti del modello precedente. Anche sulla spinta di una allora diffusa e crescente delegittimazione della politica, si afferma il principio che la funzione di temperamento degli interessi e la responsabilità della loro realizzazione vengono, a livello aziendale, affidate esclusivamente al management. In particolare essa viene affidata a un Dg che – salvo per una «apertura di credito» iniziale, da verificarsi periodicamente – dovrebbe tenere lontana la politica e confrontarsi esclusivamente con gli strumenti di indirizzo e controllo della Regione, da una parte, e con la funzione di verifica dell'operato affidata agli enti locali, dall'altra. Il rafforzamento deciso del ruolo manageriale è ulteriormente sancito dallo smantellamento della struttura organizzativa a «canne d'organo», tipica del modello burocratico, e l'autonomia esplicitamente concessa al Dg di nominare i responsabili delle diverse strutture. Si realizza così una unicità di comando – robusta nel disegno, anche se sicuramente meno netta nella sua declinazione pratica – frutto del collassamento sul ruolo del Dg della dimensione verticale (eliminazione del CdG o di organi equivalenti)³ e di quella orizzontale (Servizi e UDD).

Il finanziamento e le logiche di quasi mercato

Un terzo aspetto da considerare è l'introduzione delle logiche di quasi mercato nei sistemi di finanziamento e le conseguenze da queste generate. Il passaggio da sistemi di matrice amministrativa, con orientamenti di tipo *ex post* nella distribuzione delle risorse finanziarie a sistemi caratterizzati da una enfasi sul momento *ex ante* con criteri tendenzialmente capitari e compensazione della mobilità, nel caso delle Asl, e pagamento della produzione, nel caso delle aziende ospedaliere, ha mutato profondamente

il quadro di riferimento⁴. Ciò non tanto per una supposta e impraticabile redistribuzione dei rischi economici tra sistema regionale e aziende sanitarie pubbliche – in fondo in presenza di *deficit* non può essere che la proprietà ad assumersi il rischio, quella stessa proprietà che definisce le regole d'ambiente – quanto per la rilevanza che è riuscita a fare assumere al tema dell'equilibrio economico nella effettiva conduzione delle aziende. Il principio del procapite, da una parte, e il collegamento parziale del finanziamento ai livelli di attività, dall'altra, attribuiscono maggiore significatività ai risultati di bilancio in quanto frutto di meccanismi considerati tendenzialmente equi, ma soprattutto impersonali ed automatici nella loro applicazione. Si tratta, in sintesi, di una trasformazione che rafforza l'autonomia dell'azienda e del management fornendo un terreno di verifica e legittimazione apparentemente sganciato dal consenso e dalle sue forme di espressione.

Se si considera l'articolato insieme di interessi e di attese cui, soprattutto nel caso delle aziende territoriali, l'azienda deve dare risposta, ovvero e specularmente, la pluralità dei piani rispetto ai quali si esprimono i risultati, è difficile non notare dal quadro appena delineato una oggettiva «scarsità» dell'assetto di *governance*. Sul piano del disegno e dei meccanismi formalmente in atto, aziende con missioni complesse e dimensioni rilevanti sono, infatti, affidate a un Dg i cui pieni poteri non sembrano trovare coerenti elementi di bilanciamento. La dimensione economica – che si esprime in un più efficace vincolo di rispetto dell'equilibrio di bilancio e seppur maggiormente espressiva, rispetto al passato, del conseguimento delle finalità – rimane comunque una, e una soltanto, delle dimensioni di apprezzamento dei risultati. La «supervisione» e l'orientamento dell'operato del Dg, in assenza di organi, risulta prevalentemente lasciata al rapporto con il momento politico-istituzionale. Considerando, da una parte, la debolezza, per alcuni versi strutturale, dei meccanismi di valutazione esplicita dell'operato e dei connessi sistemi di definizione degli obiettivi e, dall'altra, la «straordinarietà» dello strumento «rimozione dall'incarico», non è sorprendente che tale rapporto risulti in larga misura implicito, caratterizzato quindi da elementi di erraticità e, anche in questo caso, di debolezza. Se

a ciò si aggiungono le difficoltà di governo sperimentate da molti sistemi regionali nella guida delle aziende, si delinea una situazione di potenziale deficit di *accountability*, simile a quello lamentato per l'NHS inglese da alcuni critici delle riforme della fine degli anni '80⁵.

È bene chiarire che non è qui in questione se l'operato dei Dg sia poi stato effettivamente ed efficacemente orientato al perseguimento delle finalità istituzionali. L'interpretazione proposta è che, a fronte di una missione complessa, l'assetto istituzionale riusciva ad esprimere capacità di governo – e quindi di orientamento intenzionale e supervisione sui comportamenti – prevalentemente lungo la dimensione economica, in una situazione nella quale, peraltro, i poteri del management venivano concentrati e rafforzati. Ciò lasciava potenzialmente al management uno spazio ampio di autonomia e, al contempo, ne focalizzava l'attenzione sulla dimensione oggetto del presidio più attento. In questa prospettiva, l'ascesa del management e la diffusione dello stesso concetto di aziendalizzazione hanno finito per coincidere con il prevalere della dimensione economica, intesa in senso stretto, di rispetto dei vincoli sulle risorse, rispetto declinato, per di più, nella sua versione più formalistica e meno praticabile di obbligo del pareggio di bilancio.

Questo intreccio e le sue conseguenze possono essere considerati da diversi punti di vista. Sicuramente hanno collocato il management sul terreno più consolidato, rendendo più agevole l'utilizzo di quell'ampio patrimonio di concetti e strumenti da tempo sviluppati per le aziende di produzione, anche, purtroppo, nelle loro versioni più superate. Ne hanno anche rafforzata la legittimazione, riducendo la gestione al solo razionamento delle risorse e al loro uso efficiente in senso tecnico, ambiti, questi, collettivamente riconosciuti di pertinenza quasi esclusiva del management.

È necessario, però, considerare almeno due aspetti di criticità. Il primo è che, a partire dalla sovrapposizione tra il tema delle risorse e quello del management e dell'approccio aziendale, viene spesso operata dai critici dell'aziendalizzazione – e diffusa nella percezione comune – una inversione logica per cui l'introduzione di logiche manageriali

non è la risposta alla necessità di garantire il perseguimento delle finalità nel rispetto dell'equilibrio economico, ma l'origine dei vincoli che condizionano e ostacolano il raggiungimento dei risultati desiderati.

Il secondo, che rimanda alla responsabilità degli aziendalisti, è la debolezza degli stimoli per lo sviluppo di concezioni e strumenti di management coerenti con la natura pubblica dell'azienda, con la multidimensionalità che caratterizza i risultati da realizzare, con la pluralità degli interessi da contemperare e degli attori che ne sono portatori, con i meccanismi e le arene nelle quali interessi e attori si esprimono. Non sempre il rischio della diffusione di concezioni semplificate è stato, in questa prospettiva, evitato. Se il «management, come è ben noto, ha il mandato di assicurare la funzionalità duratura dell'azienda che gli è affidata, realizzando così lo specifico ruolo o missione che l'azienda ha nella società» (Coda, 1989), tale mandato non può che includere tutte le dimensioni rilevanti nella tutela della funzionalità duratura. Evidentemente ciò implica un pieno superamento di tutte quelle concezioni, di matrice tradizionale, che pretendono di tracciare netti confini tra politica e management. Una più compiuta riflessione e diffusione di modelli concettuali adeguati, nella direzione indicata, avrebbe probabilmente consentito al management e alla cultura aziendale di affrontare meglio le sfide poste dalla fase successiva.

3. Il ritorno della complessità istituzionale

Se si guarda con sufficiente attenzione agli assetti istituzionali come si configurano oggi nei diversi sistemi sanitari regionali, è possibile cogliere, nonostante l'estendersi degli effetti prodotti dall'esercizio dell'autonomia regionale, alcuni tratti comuni che contribuiscono a definire scenari profondamente mutati rispetto a quelli appena disegnati. Si tratta di cambiamenti negli assetti che, a differenza di quanto è tradizionalmente avvenuto nel nostro sistema nel passato, non sono il frutto di una «grande riforma» (es. la legge 833 o il D.L.vo 502/517), ma di processi graduali che, con tempi e modalità diversi, hanno coinvolto, a partire dai primi anni 2000, la maggior parte dei sistemi regionali. Ancora una volta, rispetto ad un pa-

norama molto complesso, la scelta è quella di limitarsi a pochi tratti essenziali, ma che si ritengono sufficienti a chiarire il senso del ragionamento.

Finanziamento e nuovo attori istituzionali

Una prima dinamica da prendere in considerazione, concerne i rapporti dell'azienda con l'ambiente esterno. Un utile punto di partenza può essere dato dai sistemi di finanziamento. Come già precedentemente accennato, l'adozione delle logiche di quasi mercato tendeva a accentuare gli spazi di autonomia dell'azienda, che si trovava a confrontarsi con un insieme di regole automatiche ed impersonali, rispetto alle quali l'azienda stessa era libera di determinare i comportamenti che meglio realizzavano il perseguimento delle finalità. L'idea di fondo era che proprio dalla ricerca delle convenienze «locali» da parte di ogni azienda sarebbero conseguiti i risultati migliori per il sistema nel suo complesso. In realtà, già nell'ultima parte degli anni '90, molte Regioni avevano introdotto una serie di misure tese a limitare gli incentivi verso atteggiamenti troppo «competitivi» soprattutto nei confronti delle aziende ospedaliere (es. diverse tipologie di tetti finanziari). È, tuttavia, con i primi anni 2000 che l'impostazione muta decisamente; la postura generalizzata delle Regioni tende a fare emergere e catturare sinergie e vantaggi di sistema rispetto alla ricerca di convenienze a livello aziendale. Le nuove logiche, che vogliono stimolare la cooperazione, si traducono in un sostanziale indebolimento dei meccanismi automatici di quasi mercato⁶. Insieme al progressivo sganciamento dei sistemi di finanziamento dai livelli di attività, si assiste al rafforzamento dei meccanismi di programmazione e coordinamento delle stesse attività a livello sovra-aziendale. Esaurita l'enfasi sui meccanismi automatici, viene stimolato il dialogo tra le aziende della medesima area, cui si richiede di avviare processi di negoziazione tesi a definire preventivamente i rispettivi corsi di azione e, in relazione a questi, l'allocazione delle risorse disponibili. È il caso delle aree vaste in Toscana o dei quadranti in Piemonte.

Nell'esperienza di molte Regioni, tale evoluzione si è poi accentuata in almeno due direzioni. La prima è l'estendersi delle forme

di coordinamento e collaborazione interaziendale, dalla predefinizione dei risultati e l'allocazione delle risorse alla messa in comune di alcuni processi, a partire da quelli di acquisto. È ancora il caso della Toscana, della Emilia-Romagna e del Friuli-Venezia Giulia, per citare solo le esperienze più avanzate. La seconda è il rafforzamento attraverso un vero e proprio intervento a livello istituzionale. Così si costituiscono nuove entità aziendali per gestire gli acquisti e i processi logistici comuni o addirittura si accorpano le aziende esistenti.

Il caso della Toscana⁷ è paradigmatico rispetto alle tendenze appena descritte. Già nel 2000 la Regione aveva individuato nelle tre aree vaste (pisana, senese e fiorentina) – ambiti geografici interprovinciali connotati dalla presenza di almeno una azienda ospedaliera – il livello «ottimale per atti di concertazione» attinenti la programmazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi. In tale ambito veniva anche prevista la possibilità di concordare tra le aziende le tariffe, e in generale le condizioni di finanziamento, delle aziende ospedaliere. Successivamente la Regione ha rafforzato il ruolo attribuito all'area vasta imponendo un più stretto coordinamento tra i piani strategici delle aziende partecipanti e la creazione di organismi stabili di concertazione. Nel 2002 sono stati costituiti i Consorzi di area vasta successivamente trasformati in ESTAV (Ente per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta) con competenze progressivamente estese dall'approvvigionamento di beni e servizi alla gestione dei magazzini e della logistica all'amministrazione e reclutamento del personale.

Pur nella sua estrema sinteticità, dovrebbe apparire evidente dalla descrizione appena proposta l'entità della trasformazione occorsa nell'ambiente di riferimento. Laddove in precedenza l'azienda e il suo management erano chiamati a confrontarsi con un ambiente tendenzialmente caratterizzato da regole neutrali, ora il confronto avviene su un terreno popolato di soggetti che concorrono alla realizzazione dei risultati, ma che a volte possono assumere il ruolo di competitori, specialmente per quanto concerne le risorse. Le responsabilità diventano necessariamente meno chiare, perché condivise; le regole sono il frutto di processi negoziali e, quindi,

inevitabilmente meno impersonali e più politiche. La stessa legittimazione della ricerca dell'equilibrio economico come elemento fondamentale della vita aziendale tende a modificarsi, per lasciare spazio a processi maggiormente frammentati di negoziazione e allocazione di risorse specifiche.

In sintesi, l'ambiente è sempre meno simile a un mercato ed è sempre più segnato da dinamiche istituzionali ed interaziendali.

Il ritorno degli enti locali

Una seconda dinamica che è venuta a delinearsi con sufficiente chiarezza negli ultimi anni è relativa alla rilevanza degli enti locali. Se i processi di aziendalizzazione ne avevano complessivamente – seppure con intensità variabile nei diversi contesti – marginalizzato il ruolo, soprattutto in relazione all'assunzione dei rischi economici da parte della Regione, una serie di fenomeni ne hanno rivalutato il peso effettivo e ciò si sta traducendo anche in concrete modificazioni dell'assetto istituzionale.

Se si considera, ad esempio, l'esperienza della Regione Emilia-Romagna, è interessante notare come la legge 29/04 e le direttive che sono seguite, frutto di un intenso e prolungato dibattito, abbiano ricercato un esplicito rafforzamento del ruolo dei Comuni nel governo della sanità. Tale rafforzamento passa attraverso un ruolo diverso del distretto che, da livello di decentramento delle responsabilità gestionali su base geografica, diventa articolazione del governo aziendale in funzione dello sviluppo di «... nuove e più incisive forme di collaborazione fra aziende sanitarie ed enti locali», fino al punto che il Comitato di distretto, composto dai Sindaci dei Comuni facenti parte del territorio del distretto, concorre alla nomina del direttore di distretto da parte del direttore generale e ne può chiedere la revoca. In direzione di una autonomizzazione del distretto anche sul terreno istituzionale giocano pure le previsioni della stessa legge 29/04 relative alla equità nella attribuzione delle risorse aziendali ai diversi ambiti distrettuali e alla autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. Anche le Conferenze dei sindaci (l'interlocutore istituzionale della Asl nel suo complesso) stanno negli ultimi

anni riqualficando il loro ruolo attraverso una più robusta strutturazione (acquisizione su base stabile di professionalità specifiche) della cosiddetta funzione di committenza. Si tratta di una vera discontinuità, in quanto uno degli elementi di debolezza degli enti locali è sempre stato la difficoltà ad esercitare le non irrilevanti funzioni loro attribuite in termini di approvazione e verifica dei principali documenti di programmazione delle aziende. L'esercizio sostanziale delle facoltà previste, da questo punto di vista, è destinato a mutare «gli equilibri reali» definiti dagli assetti istituzionali.

La Regione Toscana si è incamminata nella stessa direzione con la sperimentazione, prima, e la conferma poi delle Società della salute (Sds)⁸. Si tratta di un nuovo soggetto pubblico che unisce in forma di consorzio Asl e Comuni per l'esercizio di funzioni di programmazione e gestione di servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e sanitari a livello distrettuale. Gli organi della Società della salute sono la Giunta, composta da Sindaci o Assessori delegati dei Comuni e il Direttore generale dell'Azienda Usl, il Presidente, individuato tra i rappresentanti dei Comuni presenti nella Giunta, il Collegio dei revisori e il Direttore. L'organo di governo delle Società della salute assume le funzioni e le competenze che hanno le articolazioni zonali della conferenza dei sindaci. Anche se non è ancora chiaro il concreto bilanciamento che le singole Sds sono in grado di realizzare tra funzioni di governo e funzioni operative, la portata dell'innovazione sul funzionamento del sistema e il governo delle Asl è di assoluto rilievo.

Ciò che è importante sottolineare rispetto a questo ritrovato ruolo degli enti locali è la base non ideologica del mutamento in atto. Per spiegare il fenomeno, piuttosto che richiamare dibattiti di natura politico-istituzionale sulla sussidiarietà verticale tra enti, che vedrebbe il Comune in posizione privilegiata, è, infatti, più utile guardare alle trasformazioni strutturali che stanno investendo la sanità. Si tratta, in particolare, delle dinamiche demografiche e scientifiche che stanno decisamente spostando l'asse dei bisogni e dei servizi dall'area dell'acuzie a quella della cronicità e a quella, in parte collegata, della domiciliarità. È, infatti, noto che una quota crescente di risorse dei sistemi sanitari è

destinata al soddisfacimento di bisogni che trovano nei contesti locali e in collegamento con una complessa rete di servizi, spesso non sanitari, la migliore (più efficace ed efficiente) forma di risposta. La stessa auspicata evoluzione dei sistemi sanitari da logiche di *health care* a logiche di *well-being* sposta il *focus* dalla singola istituzione alla rete (prevalentemente pubblica) di istituzioni che solo complessivamente intese sono in grado di dare risposta a bisogni più complessi e sempre più difficilmente separabili. Insomma, gli enti locali sono in posizione di contribuire sostanzialmente al perseguimento delle finalità delle aziende sanitarie e a tale funzione non può che corrispondere un rafforzato ruolo istituzionale.

Clinical governance e collegialità della direzione

È opportuno, infine, riflettere sulla diffusione nelle aziende sanitarie pubbliche italiane del concetto di *clinical governance*, sui suoi presupposti e sulle sue conseguenze. Come ha ben documentato Rea (2006) l'ascesa del tema della *clinical governance* – intesa come la necessità di creare le condizioni per una attenzione costante alla qualità e appropriatezza dell'assistenza e una tensione verso l'eccellenza clinica – si è accompagnata e ha preso la forma di una critica alla aziendalizzazione e, in particolare, del potere monocratico affidato al Dg⁹. In tale prospettiva è stata accentuata sul piano logico la necessità di collegare le esigenze di responsabilizzazione dei professionisti con l'instaurarsi di relazioni col management basate sulla fiducia e sulla condivisione degli obiettivi, per poi concludere che tali relazioni implicano necessariamente la partecipazione degli operatori al governo aziendale¹⁰.

Senza volere qui discutere l'effettiva consistenza del ragionamento, è necessario segnalare come in molte esperienze aziendali e regionali si stia assistendo ad un rafforzamento del ruolo del Collegio di direzione, un organismo aziendale, fino a tempi recenti poco valorizzato, previsto dal D.L.vo 229/99 (cosiddetta riforma *ter*) al fine di stimolare il confronto tra la componente professionale e la direzione generale sui principali temi della gestione. Lo stimolo ad una assunzione di responsabilità da parte dei professionisti è

venuto spesso dalle stesse direzioni generali all'interno del quadro istituzionale esistente, attraverso una regolare convocazione del Collegio, l'alimentazione del dibattito, una sua valorizzazione come ambito sostanziale di decisione. La Regione Emilia-Romagna, nel quadro della già citata legge 29/04, è andata oltre ed è intervenuta sugli assetti istituzionali – in termini simbolici, ma significativi – elevando il rango del Collegio di direzione a quello di organo aziendale.

Anche in questo caso, come per gli enti locali, è possibile chiedersi quali elementi abbiano potuto rendere più critico rispetto al passato il contributo degli operatori, al punto da porre all'ordine del giorno la loro più intensa partecipazione alle funzioni di governo aziendale. In realtà, i professionisti e gli operatori in genere sono sempre stati centrali per il funzionamento delle aziende sanitarie. Alcuni elementi emersi nel recente passato, e tuttora in evoluzione, possono però avere prodotto un salto significativo in termini di natura e intensità nel rapporto tra professionisti e aziende. Tra questi è possibile, molto sinteticamente, citare:

- l'esigenza di affiancare ai sistemi di guida basati sull'efficienza (controllo di gestione) meccanismi aziendali in grado di governare i contenuti delle attività (governo clinico)¹¹;

- la progressiva tendenziale trasformazione del paziente in «cliente» che, se da una parte ha diminuito il potere esercitabile dal singolo professionista, dall'altra impone una più stretta alleanza tra professionisti e azienda per riuscire ad esercitare forme minimamente significative di governo della domanda;

- le dinamiche demografiche, tecnologiche ed economiche presenti nell'ambiente, che rendono lo stesso governo della domanda e la ricerca della appropriatezza condizioni necessarie per la sopravvivenza delle aziende e del sistema pubblico nel suo complesso;

- la natura sempre più *knowledge intensive* dell'assistenza sanitaria e la progressiva professionalizzazione degli operatori coinvolti, che impongono l'adozione di modelli profondamente rinnovati di relazioni tra azienda e persone che in essa operano.

A fronte dello scenario appena sommariamente delineato, non sembra possano esistere

re dubbi sulla necessità di adeguare poteri e responsabilità formali e sostanziali alla criticità del ruolo già oggi esercitato dai professionisti in azienda.

L'insieme delle trasformazioni appena descritte consegna un panorama profondamente modificato rispetto a quello che caratterizzava la fase ascendente del processo di aziendalizzazione. L'ambiente è più «istituzionalizzato», o comunque popolato di attori che interagiscono con l'azienda nel perseguimento delle finalità e competono con essa per le risorse disponibili. Il ruolo speciale giocato dai livelli istituzionalmente competenti a rappresentare ed esprimere gli interessi prevalenti da soddisfare viene ridistribuito tra Regione ed enti locali, aggiungendo una «nuova proprietà» che attraverso «l'ancoraggio» offerto dalla dimensione del distretto riesce a farsi sentire anche dall'interno del perimetro aziendale. La concentrazione del potere decisionale nella figura del Dg, che era stata considerata per lungo tempo una condizione indispensabile per garantire l'unitarietà dell'azienda rispetto alla frammentazione delle esperienze precedenti, viene messa in discussione ed emerge la necessità di strutturare i processi decisionali in modo da consentire una maggiore partecipazione a interessi e punti di vista ritenuti fondamentali nella vita dell'azienda.

Tali cambiamenti modificano, evidentemente, gli spazi a disposizione dell'azienda e il ruolo e le possibilità di azione del management. Al di là dell'effetto – difficilmente annoverabile tra quelli positivi – generato da una minore legittimazione a priori di cui sembra godere l'approccio aziendale e l'azione manageriale nella nuova condizione, potrebbe rimanere il tema se gli spazi di azione, le condizioni oggettive per l'esercizio dell'autonomia si siano ridotte o espanse.

Una interpretazione pessimistica potrebbe sottolineare come il rafforzarsi di una dimensione istituzionale dell'ambiente porti con sé il rischio di una nuova politicizzazione, o comunque di un allontanamento dalle razionalità forti di matrice economico-produttiva. Inoltre, la presenza di una pluralità di attori aumenta le pressioni contrastanti cui è soggetta l'azienda e ciò ne potrebbe comprimere le potenzialità di manovra nell'ambiente. Infine, la messa in discussione della monocentricità potrebbe diluire l'efficacia del processo

decisionale, alimentando le strutturali spinte centrifughe in aziende a debole tenuta unitaria, imponendo la ricerca di nuovi compromessi e allungando i tempi delle decisioni.

A tali considerazioni potrebbe essere opposto che la dimensione istituzionale e negoziale apre all'azienda possibilità di dialogo e di configurazione (intervento attivo e orientato) molto più ampie di quelle disponibili nell'assetto precedente. Inoltre, un aumento dell'intensità delle pressioni esercitate sull'azienda, non necessariamente diminuisce i gradi di libertà disponibili, anzi una pluralità di attori ed interessi potrebbe offrire più ampie possibilità di ristrutturazione del campo di forze. Infine, l'efficacia dei processi decisionali dovrebbe essere considerata in relazione a due dimensioni molto spesso correlate: la capacità di contemperare visioni e interessi legittimamente presenti in azienda, la probabilità che le stesse decisioni si traducano in corsi di azione effettivi. Una maggiore enfasi sulla collegialità potrebbe, da questo punto di vista, rappresentare un deciso miglioramento rispetto a molte delle situazioni in essere nelle aziende sanitarie pubbliche del nostro Paese.

Se l'interpretazione fin qui proposta è corretta – quella cioè secondo cui i mutamenti descritti sono prevalentemente la risposta a trasformazioni «strutturali e reali» in atto nel sistema e non la semplice adozione di visioni diverse da quelle precedenti – interrogarsi in astratto sulla questione posta può non essere produttivo, diventa, al contrario, molto più ragionevole riflettere sulle condizioni che possono rendere più probabile il realizzarsi della seconda interpretazione.

4. Conclusioni: assetti e visioni per un management pubblico

Un utile punto di partenza per alcune riflessioni conclusive è proprio l'osservazione appena proposta di una dinamica in cui l'adeguamento degli assetti istituzionali costituisce una risposta ad alcune modificazioni nelle condizioni di funzionamento del sistema, piuttosto che rappresentare la concretizzazione di una volontà riformatrice. La complessità del mondo reale e delle sue principali dinamiche renderebbero, da questo punto di vista, il sistema sanitario sempre meno ordinabile a priori attraverso i disegni

istituzionali (*government*) e sempre più dipendente dalle proprie capacità di ordinarsi, capacità che possono essere favorite da opportuni interventi sugli assetti istituzionali (*governance*).

Ascrivere la spinta al cambiamento all'area dei fenomeni reali – e quindi alla necessità da questi generata di intervenire su strutture e meccanismi in modo che favoriscano il perseguimento e mantenimento di un equilibrio tra contributi e ricompense per i diversi attori coinvolti – non implica necessariamente assumere che le modifiche introdotte siano la migliore risposta possibile agli stimoli da esse raccolti. In termini generali, due possono essere considerati i principali limiti, in parte collegati, mostrati dagli interventi qui descritti.

Il primo attiene alla tendenza di alcuni interventi a sovrapporsi piuttosto che a sostituirsi agli assetti in essere. A fronte dell'emergere di una qualche necessità o opportunità di intervento, le logiche politico-istituzionali tendono a privilegiare risposte visibili e centrate sulle strutture rispetto ai meccanismi, risposte che prendono inevitabilmente un carattere additivo. Se si considerano, ad esempio, alcuni interventi sul ruolo degli enti locali, si avverte la mancanza di una riflessione compiuta sui motivi che avevano impedito agli assetti precedenti di realizzare i loro scopi. Infatti, non è che nell'assetto istituzionale conseguente al D.L.vo 517 mancassero i meccanismi di intervento dei Comuni sul funzionamento delle Asl. Una diagnosi sugli elementi di debolezza avrebbe forse consentito di «economizzare» gli interventi – rivitalizzando, ad esempio, alcuni elementi o intervenendo sui meccanismi – e comunque di fondare gli stessi interventi su basi più solide. Ragionamenti del tutto analoghi potrebbero essere svolti per quanto concerne il Collegio di direzione. Il risultato è il permanere di una certa ridondanza nel disegno complessivo, il che, peraltro, aumenta il rischio di potenziali incoerenze.

Il secondo deriva dall'origine prevalentemente politica delle innovazioni. È del tutto fisiologico, infatti, che il disegno istituzionale e le sue modificazioni siano pienamente collocati nell'ambito di responsabilità della politica, riguardando gli interessi da considerare e tutelare, le loro modalità di espressione e rappresentazione, i meccanismi che ne

garantiscono un accettabile temperamento. Tuttavia, al crescere della complessità dei sistemi – sia sul piano istituzionale, sia sul piano delle condizioni di funzionamento delle aziende che ne fanno parte – è sempre più necessario che siano attentamente disegnate le condizioni che ne assicurano una reale attuabilità e efficace funzionamento. Da questo punto vista, alcune innovazioni istituzionali sono rimaste troppo allo stadio del disegno politico, senza una coerente maturazione sul terreno tecnico e operativo, lasciando potenzialmente così al sistema e alle aziende l'onere di trovare nel concreto gli opportuni aggiustamenti e aprendo, di fatto, spazi per ulteriori interventi – questa volta impliciti e puntuali – della politica. Più che richiedere un cambiamento nei comportamenti della politica, l'osservazione dovrebbe stimolare un rafforzamento nella capacità delle strutture regionali di assolvere meglio alle funzioni di supporto ai processi di innovazione e trasformazione istituzionale, aiutando le aziende a funzionare meglio e chiudendo, così, anche spazi ad interventi impropri.

Detto che i disegni avrebbero potuto essere più razionali e richiedere, quindi, una minore capacità di aggiustamento ai sistemi e alle aziende, rimane il ruolo che il management sarà in grado di assolvere nel nuovo contesto, se la cultura aziendale riuscirà ad aiutare la concreta realizzazione di uno scenario positivo. Il venir meno di alcune condizioni che caratterizzavano il quadro semplificato descritto nella prima parte di questo contributo suggerisce l'opportunità, nel caso del management pubblico e delle sue condizioni di esercizio, di adottare impianti concettuali più rispondenti ad una realtà caratterizzata dalla presenza di una pluralità di interessi – spesso divaricati e, comunque, non omogenei – da contemperare e una pluralità di attori che li rappresentano, dalla difficoltà di misurare i risultati e la complessità dei meccanismi che concorrono al loro apprezzamento, da uno spazio di azione che interseca piani diversi come quelli del consenso o del dialogo interistituzionale. Le coordinate di riferimento sono ampiamente conosciute, sono quelle dell'economia aziendale con la sua capacità di collocare i fenomeni economici nelle specificità dei differenti contesti istituzionali¹², per cui le aziende del Ssn sono «aziende

pubbliche di servizi», prima ancora di essere «aziende di servizi pubblici».

L'importanza di un quadro concettuale adeguato non deve essere sottovalutato, anche in relazione agli spazi che esso può offrire al concreto operare del management, ed è questa una responsabilità aggiuntiva per gli studiosi. Solo in una visione che veda l'azienda e il suo management confrontarsi legittimamente con le diverse dimensioni che qualificano l'azienda pubblica, possono, infatti, essere trovati quegli spazi di azione che consentono una autonoma ricerca e il perseguimento delle condizioni di funzionalità duratura, che consentono, in sintesi, all'azienda di contribuire al benessere della collettività.

Note

1. Per un quadro di riferimento sul tema si rimanda a Ruffini, Valotti (1994), Paletta (1999) e Del Vecchio (2001).
2. Per una descrizione e interpretazione del periodo in questione si veda Borgonovi (1988).
3. L'eliminazione di un organo come il Comitato di Gestione non implica necessariamente un ampliamento del ruolo del Dg, in quanto i poteri potrebbero essere riallocati alla Regione e, in parte, agli enti locali. In realtà così non è stato né sul piano formale, né su quello sostanziale, come dimostrano una serie di atti aziendali, nei quali, in nome di una malintesa autonomia della dirigenza, il ruolo del Dg è assimilato a quello del CdG, enfatizzandone implicitamente l'investitura politica.
4. Sui sistemi di finanziamento nel Ssn e la loro evoluzione si rimanda a Jommi (2004).
5. «... NHS has been transformed into a series of quangos directed mostly by businessmen ... No body of administrative law has been developed to regulate their activities. Equipped with a mission statement of effectiveness and efficiency, they have been freed from the constraints of formal accountability to those who use the NHS and pay for it through taxes.» (Pfeffer, Pollock 1993).
6. Si veda Anessi Pessina E., Cantu E., Jommi C. (2004).
7. Si veda Barretta (2007) e Del Vecchio, Rossi (2004).
8. Per una descrizione dei presupposti dell'innovazione si veda Garifo (2004).
9. «... sembrerebbe potersi sostenere che, nell'immaginario probabilmente più diffuso tra i professionisti sanitari, il governo clinico "sta" ai medici, come l'aziendalizzazione "sta" ai direttori generali delle aziende sanitarie e che la sua adozione e diffusione è tesa a ripristinare la primazia dei medici all'interno delle organizzazioni sanitarie a danno di quei tecnocrati e manager che sono stati i protagonisti sinora dell'aziendalizzazione della sanità» (Rea, 2006, p. 382).

10. Un esempio di tale approccio è nel diffuso testo di Grilli, Taroni (2004).
11. Da questo punto di vista bisogna anche segnalare una progressiva «normalizzazione» della funzione assoluta dagli stessi sistemi di controllo di gestione che, dopo una fase nella quale sono risultati spesso logicamente indistinguibili dalla gestione stessa, si stanno progressivamente focalizzando sulle sole variabili economiche. Galli e Vendramini (2005) registrano una coerente progressiva specializzazione delle unità Controllo di Gestione.
12. È la lezione di Masini ribadita da Coda (2000) e che ispira i contributi di Borgonovi (per tutti si veda Borgonovi, 2004). Masini già nel '59 scriveva «Nell'ospedale, singolare azienda di produzione, convergono e perciò *debbono contemperarsi le seguenti vaste sfere di interessi*:
- a) quella degli assistiti effettivi e potenziali;
 - b) quella dei collaboratori (amministrativi, sanitari, ecc.) che compongono la comunità di lavoro del singolo ospedale;
 - c) quella della più vasta comunità ordinata nello Stato per gli interventi propri dell'applicazione del principio di solidarietà nell'ambito dello Stato» (Masini, 1959, p. 2).

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

- ANESSI PESSINA E., CANTU E., JOMMI C. (2004), «Phasing Out Market Mechanisms in the Italian National Health Service», *Public Money & Management*, October, Vol. 24, No. 5, pp. 309-316.
- BARRETTA A. (2007), «Il dualismo competizione/cooperazione fra aziende sanitarie pubbliche: un'analisi esplorativa», *Mecosan*, 61, pp. 49-67.
- BORGONOV E. (a cura di) (1988), *Il SSN: caratteristiche strutturali e funzionali*, Centro Studi Confindustria.
- BORGONOV E. (2004), *Ripensare le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- CODA V. (1989), «Management pubblico e privato per la competitività del paese», *Economia e Management*, Vol. 10.
- CODA V. (2000), «Per un buon governo delle aziende sanitarie pubbliche», *Azienda Pubblica*, 2-3.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M., ROSSI A.M. (2004), «I Consorzi di Area Vasta in Toscana: il caso del CAVC tra innovazione gestionale e trasformazione istituzionale», in E. Anessi Pessina, E. Cantu (a cura di), *Rapporto OASI*, Egea, Milano.
- GALLI D., VENDRAMINI E. (2005), «Il ruolo dell'unità operativa Controllo di Gestione: un'indagine nazionale», in E. Anessi Pessina, E. Cantu (a cura di), *Rapporto OASI*, Egea, Milano.
- GARIFO K. (2004), «Nuove forme di gestione dei servizi sociali dei Comuni: la sperimentazione delle società della salute in Toscana» *Mecosan*, 51, pp. 79-81.
- GRILLI R., TARONI F. (2004), *Governo clinico*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- JOMMI C. (a cura di) (2004), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano.
- MASINI C. (1959), *L'intervento dello Stato nelle aziende pubbliche ospedaliere*, Giuffrè Editore, Milano.
- PALETTA A. (1999), *Aspetti istituzionale ed economicità dell'azienda pubblica*, Cedam, Padova.
- PFEFFER N., POLLOCK A. (1993), «Public Opinion and the NHS», *British Medical Journal*, 307, pp. 750-1.
- REA M.A. (2006), *Il modello aziendale in sanità: percorsi evolutivi, primi risultati e nuove prospettive*, Aracne, Roma.
- RUFFINI R., VALOTTI G. (a cura di) (1994), *Aspetti istituzionali e governo delle aziende pubbliche*, Milano, Egea.

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, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

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 devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

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 e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) 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

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

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.

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.

Pubblicazioni con più autori

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

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

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

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**.

Confronto tra PDTA ospedalieri: il caso del carcinoma del colon retto

VALERIA TOZZI

This article presents the results of a research managed in partnership by CERGAS Bocconi and AIOM (Association of Italian Medical Oncologists) on the clinical and organizational pathways for the Colon Rectum Cancer. The study presents a comparison of organizational models and costs of the pathways for Colon Rectum Cancer in 7 Italian Hospitals, representative for geographical areas and different institutional forms (Independent Hospitals, Teaching Hospitals, Hospitals managed by Local Health Authorities). The Hospital deeply differ in several indicators concerning their pathways for Colon Rectum Cancer (cost of the pathway, length of stay, hospitalization rate and number of accesses). The weight of the pharmaceutical expenditure on the overall costs of the pathways is in average 15% (if considered the full cost of the pharmaceuticals) or 6% (if excluded those pharmaceutical not directly used to treat the Colon Rectum Cancer). The evidence of wide differences among main indicators of costs and activity of the pathways could be explained by the presence of different organizational models.

Keywords: clinical pathways, cost analysis, Colon Rectum Cancer

Parole chiave: PDTA, analisi dei costi, carcinoma del colon retto

Note sull'autrice

Valeria Tozzi è ricercatrice e responsabile di ricerca PDTA, CERGAS Bocconi

1. La ricerca PDTA ospedalieri per il carcinoma del colon retto

Obiettivo del presente contributo è quello di proporre e discutere i risultati di una ricerca che ha confrontato i PDTA (percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali) per il tumore del colon e del retto (di seguito CCR) in sette aziende sanitarie.

La ricerca *PDTA ospedalieri per il CCR* ha avuto natura esplorativa nella misura in cui ha consentito di acquisire informazioni relativamente all'oggetto PDTA per il problema di salute CCR. Nello specifico, sono state studiate le attività ospedaliere svolte in sette contesti aziendali. La ricerca si è sviluppata grazie alla collaborazione scientifica tra Cergas Bocconi e Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) e con la sponsorizzazione di Roche. Gli obiettivi della ricerca sono stati i seguenti: 1) conoscere quanto differenti possono essere i modelli organizzativo-assistenziali di offerta per il CCR; 2) ricostruire il *mix* medio di prestazioni erogato nel 2006 (anno di osservazione dello studio¹) per pazienti con CCR; 3) stimare il costo del PDTA e del trattamento farmacologico.

Nella ricerca è stato preso in considerazione il «segmento ospedaliero» del PDTA: sono quindi state escluse le attività erogate sul «territorio» ed al di fuori delle aziende considerate. In ragione della natura e degli obiettivi dello studio sono state reclutate aziende istituzionalmente differenti ed i criteri di selezione sono stati i seguenti:

– numerosità dei ricoveri aziendali nel 2004 con diagnosi di CCR non inferiore a 50, allo scopo di evitare di osservare modelli

SOMMARIO

1. La ricerca PDTA ospedalieri per il carcinoma del colon retto
2. I PDTA: implicazioni per la ricerca
3. Studi sui costi per la diagnosi e cura del CCR
4. La metodologia di raccolta dati
5. Il confronto dei modelli organizzativi
6. Il costo del PDTA
7. Il costo del farmaco
8. Riflessioni conclusive

assistenziali in oncologia aspecifici rispetto alla malattia;

- differente dotazione di posti-letto, allo scopo di osservare «tipologie» di aziende diverse;

- eterogeneità istituzionale. L'obiettivo atteso è stato di studiare almeno un presidio di azienda sanitaria territoriale, un'azienda ospedaliera del sistema sanitario regionale, un Irccs oncologico ed uno non oncologico e una azienda ospedaliero-universitaria;

- distribuzione nazionale del campione di aziende per osservare realtà aziendali non solo non afferenti alla medesima regione ma il più possibile distribuite tra nord, centro e sud Italia;

- patrimonio informativo aziendale capace di associare la diagnosi alle prestazioni erogate in ogni regime di assistenza (ricovero ordinario, *day hospital*, ambulatoriale anche per prestazioni quali laboratorio analisi, anatomia patologica, diagnostica per immagini).

Il campione delle aziende sulle quali è stato compiuto lo studio è stato il seguente: Aso San Giovanni Battista - le Molinette - di Torino; OO.RR. di Bergamo; Centro di riferimento oncologico di Aviano - Irccs; Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo - Irccs; Az. Ospedaliera di Ragusa; Azienda provinciale per i servizi sanitari - Provincia Autonoma di Trento; Azienda Usl di Forlì.

La ricerca ha previsto una fase di studio qualitativa ed una quantitativa: la prima ha consentito di ricostruire il flusso logico delle attività che compone il PDTA attraverso i *focus group* con i professionisti coinvolti nella diagnosi e cura del CCR; l'insieme delle informazioni raccolte ha consentito di mappare l'intero PDTA. Nella fase quantitativa sono state raccolte informazioni in modo *top down*, attraverso i flussi informativi gestiti dai sistemi operativi di azienda (flussi di attività, costi attribuiti ai vari centri di responsabilità, spesa dei farmaci per centro di responsabilità, ecc.) e non si è fatto ricorso ad alcun dato proveniente direttamente da cartella clinica. Tale scelta è motivata dal fatto che lo studio ha voluto investigare come le aziende governano i loro processi erogativi per il CCR e quali sono le risorse impiegate al loro interno e non il costo per paziente

e per stadiazione. Sia la fase qualitativa sia quella quantitativa sono state sviluppate grazie ai professionisti clinici ed amministrativi delle sette aziende.

2. I PDTA: Implicazioni per la ricerca

Il PDTA è il risultato dell'introduzione di logiche di *process management* nelle aziende sanitarie (relativamente ai processi «primari», come si dirà in seguito) e si rifà all'inquadramento logico concettuale dell'economia aziendale: quindi il PDTA è l'insieme delle risposte organizzative (servizi, prestazioni) che ogni contesto aziendale dà ad uno specifico bisogno di salute, mentre il processo primario ne rappresenta la sua astrazione teorica.

I processi sono insiemi di attività tra loro coordinati che concorrono alla produzione di un risultato intermedio (*output* intermedio) e che, tra loro interconnessi e interrelati, contribuiscono alla realizzazione del prodotto finito (*output* finale). Per una trattazione diffusa sulla gestione per processi si rimanda ad altri contributi (Champy, 1995; Lega, 1998; Casati, Vichi, 2002; Tozzi, 2004).

All'interno delle aziende sanitarie esistono differenti tipologie di processo (**figura 1**), ognuna delle quali ha un proprio specifico «oggetto» di gestione, una differente vocazione alla standardizzazione ed un proprio approccio. I PDTA identificano il processo di erogazione di servizi per soddisfare un fabbisogno di salute, partendo dalla fase di diagnosi fino a quella di *follow-up*/risoluzione del problema e possono avere una estensione extra aziendale. Se i processi sanitari di supporto, che raggruppano attività e sottoprocessi di natura sanitaria a supporto di quelli primari, possono in alcuni casi trovare nella standardizzazione e nella stabilizzazione delle attività un requisito di qualità (si pensi agli esami di laboratorio piuttosto che alla distribuzione e somministrazione del farmaco), quelli primari devono garantire una «personalizzazione» delle prestazioni erogate anche per quelle patologie il cui processo di diagnosi e cura ha routine professionali e organizzative stabili e consolidate.

In sintesi, analizzare e gestire i PDTA significa conoscere e governare il sistema delle attività di diagnosi, trattamento e cura di un bisogno di salute che rappresentano un

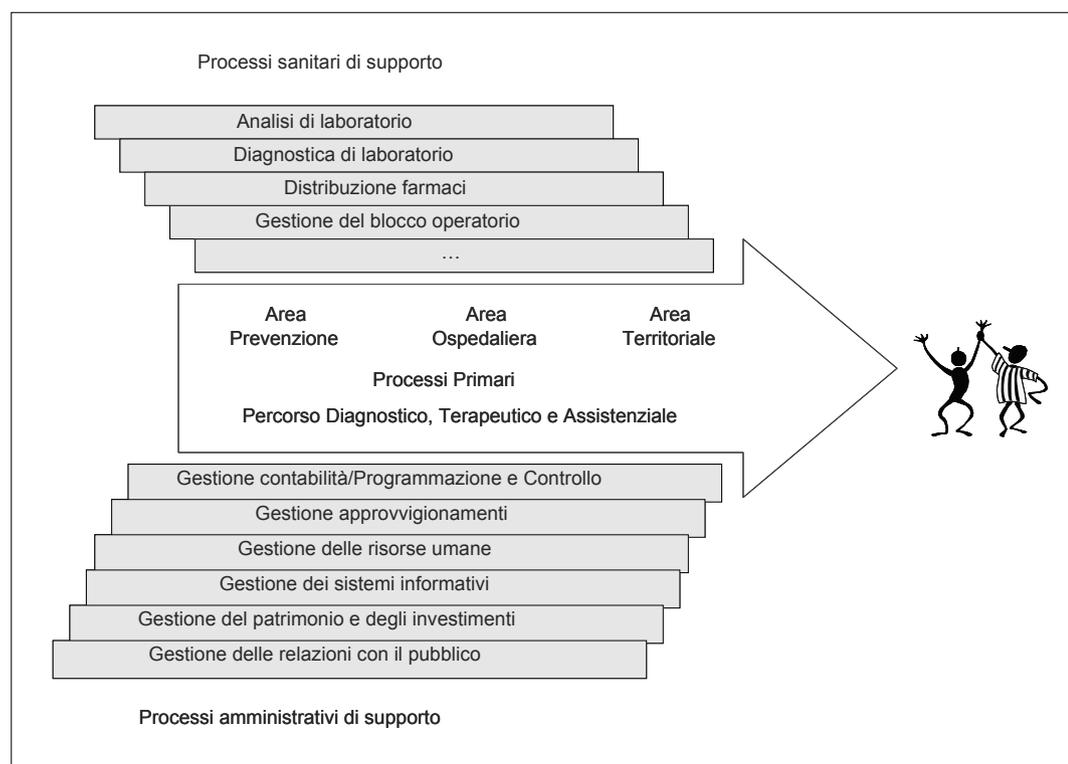


Figura 1
Le tipologie di processo
nella aziende sanitarie

determinato processo erogativo primario. All'interno del medesimo processo si ritrovano pazienti con severità differenti ed in fasi diverse rispetto alla diagnosi ed al trattamento della malattia. Volendo esplicitare alcune delle peculiarità dei PDTA possiamo dire che esso (Tozzi, 2004):

- rappresenta la sequenza spaziale e temporale delle attività ed è scomponibile in *output* intermedi, detti episodi clinici di valutazione e stadiazione- trattamento e stabilizzazione- *follow-up*;

- è relativo ad un problema di salute nella misura in cui fa riferimento a tutti i livelli di severità propri di una patologia in senso lato;

- è l'approccio attraverso il quale si passa dal governo delle risorse per strutture organizzative, a prescindere dalla attività per problema di salute, ad un'analisi e allocazione delle risorse per tipologia di processo primario;

- è governabile attraverso i sistemi operativi d'azienda;

- è contingente, in quanto è condizionato dall'ambiente di riferimento (ad esempio, le

indicazioni regionali), dalle risorse professionali (ad esempio, la presenza di specifiche professionalità e competenze), dalla dotazione tecnologica a disposizione e dalla logistica aziendale.

Da qui la necessità di conoscere i PDTA per omogenei problemi di salute tra aziende in differenti contesti, fabbisogno non facilmente soddisfabile per l'esiguità di contributi in tal senso.

3. Studi sui costi per la diagnosi e cura del CCR

Diversi sono i contributi sulla dimensione economica per la diagnosi e cura del CCR, riconducibili a differenti filoni di analisi: analisi costo-benefici o valorizzazione dei costi di singole parti del percorso clinico (ad esempio *screening*, o pazienti in fase avanzata); analisi volte alla rilevazione dell'intero percorso, più ridotti come numerosità in letteratura e spesso congiunti ad analisi di sensitività per l'individuazione delle migliori alternative in ottica di efficienza economica e micro-organizzativa. Per entrambi i filoni

Figura 2

Gli studi sui costi del CCR (Ghislandi, 2007)

	Ramsey <i>et al.</i>	O'Brien <i>et al.</i>	Brown <i>et al.</i>
	Costo per stadiazione fino a 12 mesi dopo la diagnosi	Costo per stadiazione della degenza ospedaliera	Costo <i>lifetime</i> per stadiazione
Stadio 1	18.357 con <i>screening</i> - 25.380 senza <i>screening</i>	5.416	76.943 colon 74.236 retto
Stadio 2	29.367 con <i>screening</i> - 35.651 senza <i>screening</i>	7.583	70.800 colon 71.217 retto
Stadio 3	32.274 con <i>screening</i> - 35.063 senza <i>screening</i>	7.807	68.301 colon 74.757 retto
Stadio 4	38.221 con <i>screening</i> - 31.502 senza <i>screening</i>	9.276	37.691 colon 38.524 retto

di studio, si possono evidenziare le seguenti caratteristiche: a) si tratta essenzialmente di studi di costo efficacia (dove il costo monetario delle alternative è comparato con indicatori di efficacia clinica del trattamento, come l'aspettativa di vita o il rischio di complicanze); b) prevale in tutti questi studi un tipo di trattamento statistico dei dati di costo (tramite analisi di sensitività), mentre è assente una valutazione del «costo effettivo» e del relativo onere a carico delle strutture aziendali competenti; c) la stima del costo complessivo è fatta basandosi sull'applicazione delle linee guida.

Si segnalano i seguenti studi: Taplin, Barlow, 1995; Brown *et al.*, 1999; Cavallo, *et al.*, 2001; O'Brien *et al.*, 2001; Sonnenberg, Delcò, Cost, 2002; Leshno, Halpern, Arber, 2003; Ramsey, Mandelson, Berry, Etzioni, Harrison, 2003; Ghislandi 2007².

Lo studio di Taplin e Barlow (su 388.000 pazienti, tra il 1990 e il 1991) è l'unico studio che valuti il costo dell'intero processo per tre tipologie di cancro (tra cui colon e retto). Lo studio suddivide il percorso in tre fasi principali, a seconda della progressione della patologia: 1) fase iniziale; 2) fase intermedia; 3) fase finale. A livello di metodo di analisi, vengono prese in considerazione 4 variabili (stadiazione, sesso, età, comorbidità), attraverso l'uso di un modello di regressione multivariata. Lo studio rileva i seguenti risultati principali: i) il costo varia a seconda della stadiazione; ii) il costo non varia a seconda del livello di comorbidità; iii) non si rilevano particolari evidenze re-

lative al sesso del paziente; iv) il costo del percorso diminuisce all'aumentare dell'età del paziente.

O'Brien *et al.* 2001 e Brown *et al.* nel 1999 stimano rispettivamente i costi ospedalieri del CCR, in uno studio retrospettivo su 553, e i costi ospedalieri *lifetime* del CCR, in uno studio con *modeling* sui registri dei pazienti in vari Stati. O'Brien stima che i costi crescono all'aumentare degli stadi di patologia, per quanto riguarda la valorizzazione dei soli costi ospedalieri; Brown, invece, rileva che il costo del percorso del retto è più rilevante di quello del colon e che il costo complessivo diminuisce all'aumentare della stadiazione. In **figura 2** sono confrontati gli esiti degli ultimi studi citati (i valori sono espressi in euro e corretti per l'inflazione).

Ghislandi, in uno studio del 2007, stima il costo annuo del CCR in Italia, basandosi su studi precedenti relativamente alla ricostruzione del *mix* medio di prestazione per singolo paziente³. Applicando le tariffe e i prezzi del Ssn come costi unitari, l'autore ha stimato il costo medio per paziente pari a 6.023 euro (chemioterapia esclusa) e 9.149 (chemioterapia per 12 mesi inclusa). Attraverso il tasso standardizzato di incidenza si stima il costo annuale del CCR è 39,6 milioni di euro nel caso degli uomini e 28,4 milioni di euro per le donne.

4. La metodologia di raccolta dati

La fase quantitativa è stata finalizzata all'identificazione della popolazione di pa-

zienti che rappresentano il PDTA CCR e del *mix* di attività per caso trattato. Le due questioni di metodo (identificazione della popolazione e del *mix* medio di prestazioni erogate nel 2006) sono tra di loro estremamente connesse. L'identificazione della popolazione trattata nel 2006 per CCR si è basata sul flusso informativo più «stabile e ricco» della produzione aziendale: il flusso dei ricoveri. L'intervento chirurgico per una patologia dell'intestino dal tenue al retto rappresenta un indicatore importante per rintracciare il campione di pazienti che meglio rappresentano il processo primario (la patologia). Infatti, partendo dalla produzione 2006 della chirurgia sono stati selezionati i casi con Drg associabili all'intervento chirurgico sull'intestino (**tabella 1**). Sono stati, quindi, identificati i ricoveri che hanno generato un Drg correlato ad una patologia dell'intestino. Poiché l'analisi è rivolta alla ricerca di pazienti con CCR, sono stati «filtrati» i casi per i quali l'intervento chirurgico fosse riconducibile alla diagnosi di tali tumori. Utilizzando i campi «diagnosi principale» e «diagnosi secondarie» (**tabella 2**), è stato possibile identificare i pazienti con un ricovero per diagnosi di CCR. La popolazione della ricerca in oggetto «nasce», quindi, in chirurgia per motivi di rintracciabilità attraverso i sistemi informativi aziendali.

Per questa popolazione sono state ricostruite tutte le prestazioni erogate prima e dopo l'intervento direttamente imputabili agli episodi clinici (valutazione e stadiazione - trattamento e stabilizzazione - *follow-up*). Questa scelta di metodo deriva dalla necessità di rintracciare i casi con CCR che hanno sviluppato all'interno dell'azienda l'intero iter di diagnosi e cura. Come anticipato, la raccolta dati non ha previsto l'utilizzo di cartelle cliniche ma solo i *database* aziendali relativamente all'attività erogata, ai costi ed ai consumi per unità organizzativa gestiti dall'ufficio controllo di gestione, dagli staff di direzione sanitaria e servizio farmaceutico aziendale. Le ricadute di tali scelte sono le seguenti:

– la numerosità della popolazione osservata in ciascuna azienda deriva dalla «specializzazione» dell'attività chirurgica sul tumore del colon o del retto. Infatti, come si vedrà

Tabella 1

Drg associabili al cancro del colon retto

Drg	Tipo	Descrizione
146	C	RESEZIONE RETTALE CON CC
147	C	RESEZIONE RETTALE NO CC
148	C	INTERVENTI MAGG. SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC
149	C	INTERVENTI MAGG. SU INTESTINO CRASSO E TENUE NO CC
152	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC
153	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE NO CC
157	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA CON CC
158	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA NO CC

Tabella 2

Elenco diagnosi associabili al cancro del colon o del retto

CD9CM	Descrizione diagnosi
1530	Tumori maligni del flessura epatica
1531	Tumori maligni del colon trasverso
1532	Tumori maligni del colon discendente
1533	Tumori maligni del sigma
1534	Tumori maligni del ceco
1535	Tumori maligni dell'appendice
1536	Tumori maligni del colon ascendente
1537	Tumori maligni della flessura splenica
1538	Tumori maligni di altre sedi (specificate) del grosso intestino
1539	Tumori maligni del colon, non specificato
1540	Tumori maligni della giunzione rettosigmoidea
1541	Tumori maligni del retto
1542	Tumori maligni del canale anale
1543	Tumori maligni dell'ano, non specificato
1548	Altri tumori maligni del retto, della giunzione retto-sigmoidea e dell'ano
1588	Tumori maligni di parti specificate del peritoneo
1589	Tumori maligni del peritoneo, non specificato
1590	Tumori maligni del tratto intestinale, parte non specificata
1952	Tumori maligni dell'addome
2113	Tumori benigni del colon
2303	Carcinomi in situ del colon
2304	Carcinomi in situ del retto
2305	Carcinomi in situ del canale anale
2306	Carcinomi in situ dell'ano, non specificato
56969	Altra complicanza da colostomia ed enterostomia
V1005	Anamnesi di tumore del colon
V1006	Anamnesi di tumore del retto/canale anale
V552	Controllo di ileostomia
V553	Controllo di colostomia

in seguito, il confronto tra la popolazione reclutata dalla ricerca e la casistica complessiva di pazienti con CCR trattati in oncologia e radioterapia ha consentito di comprendere il posizionamento di ogni azienda sui diversi episodi clinici;

– solo in caso di una elevata numerosità aziendale di casi che rientrano nello studio, il modello organizzativo di PDTA può essere interpretato come routine organizzativa delle unità operative coinvolte;

– le prestazioni associate alla popolazione dello studio sono state disarticolate per episodi clinici (è stato ricostruito il *mix medio/paziente* di prestazioni per gli episodi clinici di valutazione e stadiazione - trattamento e stabilizzazione - *follow-up*).

I criteri di esclusione sono stati i seguenti: a) ricoveri chirurgici in regime di DH, in quanto i pazienti che hanno effettuato il ricovero in tale regime non possono avere rimosso il tumore poiché questo tipo di intervento deve essere fatto in regime ordinario; b) assenza della data dell'intervento chirurgico di colectomia o resezione del retto; c) più di un ricovero in chirurgia nello stesso anno in

regime di ricovero ordinario con procedura chirurgica.

Sulla base delle informazioni relative al campione di pazienti così selezionato, sono state ricostruite le prestazioni ad esso imputabili attraverso il codice fiscale dei pazienti o il codice sanitario: prestazioni in regime di ricovero (ordinario e DH) erogate dalla oncologia e radioterapia; prestazioni intermedie in regime ambulatoriale (erogate non durante il ricovero, «prestazioni per interni») di laboratorio analisi, diagnostica, anatomia patologica.

Qui di seguito nelle **tabelle 3 e 4** viene presentato il numero di pazienti che per ogni azienda compone la popolazione reclutata all'interno della ricerca. Fino a questo momento si è genericamente parlato di popolazione di pazienti affetti da CCR, mentre in realtà si tratta di due problemi di salute distinti (cancro del colon piuttosto che del retto) che rientrano all'interno del medesimo processo erogativo sanitario.

Il numero complessivo di pazienti reclutati nella ricerca è stato rispettivamente di 906 per il carcinoma del colon e 509 per

Tabella 3

Popolazione campione con diagnosi di carcinoma del colon

POPOLAZIONE CAMPIONE CA COLON	Azienda 1	Azienda 2	Azienda 3	Azienda 4	Azienda 5	Azienda 6	Azienda 7	Totale pazienti reclutati nella ricerca
		51	73	115	20	98	401	148
Totale pazienti reclutati nella ricerca e trattati in Oncologia	12	19	35	7	38	106	21	238
Totale pazienti con diagnosi di CCR trattati in Oncologia	182	169	213	105	263	296	106	1334
Totale pazienti trattati in Oncologia	2007	1411	1398	955	2091	2445	1072	11379
	Azienda 1	Azienda 2	Azienda 3	Azienda 4	Azienda 5	Azienda 6	Azienda 7	Media
Incidenza % di presa in carico dell'Oncologia dei pazienti reclutati nella ricerca	24%	26%	30%	35%	39%	26%	14%	28%
Incidenza % della casistica Ca Colon sulla casistica complessiva trattata in Oncologia	9%	12%	8%	11%	13%	12%	10%	11%
Incidenza % casistica CCR sulla casistica complessiva dell'Oncologia	18%	19%	11%	19%	18%	22%	21%	18%

quello del retto. Relativamente ai dati di popolazione individuati, occorre precisare che:

– il numero di casi trattati dall’Uo di oncologia di ciascuna azienda è differente rispetto al numero di pazienti reclutati nello studio in oggetto. Come emerge dalle tabelle precedenti è stato rintracciato in oncologia il 28% della popolazione con diagnosi di cancro al colon ed il 47% di quella con diagnosi di cancro al retto;

– nelle sette aziende la casistica di pazienti con CCR rappresenta mediamente il 18% della casistica complessivamente trattata in oncologia;

– la popolazione reclutata nello studio non è riconducibile ad alcun tipo di classificazione o stadiazione clinica (esempio TNM) in quanto l’oggetto di osservazione è l’intero processo erogativo sanitario CCR a prescindere dalla complessità dei pazienti⁴. La complessità della casistica trattata potrebbe indirettamente influenzare il *mix* medio di prestazioni.

Le scelte di metodo compiute per disarti-

colare il *mix* di prestazioni per episodi clinici sono state le seguenti:

– l’episodio clinico *valutazione e stadiazione* è composto da tutte le prestazioni erogate per la popolazione campione nell’arco temporale che va dalla data del ricovero chirurgico fino a 3 mesi prima;

– l’episodio clinico *trattamento e stabilizzazione* comprende: a) la terapia neoadiuvante per i casi di carcinoma del retto (prestazioni di trattamento radioterapico, Drg medici di trattamento chemio-terapico erogati nell’arco temporale che va dal ricovero fino a 60 gg prima); b) le attività di ristadiazione relativa alle prestazioni erogate dalla data del ricovero a quella dell’intervento; c) le attività di valutazione post-operatoria composte dalle prestazioni effettuate dalla data di intervento fino alla dimissione; d) le terapie adiuvanti somministrate fino a 60 gg. dopo la dimissione;

– l’episodio clinico *follow-up* comprende le prestazioni erogate nell’arco temporale che va da 60 gg. dopo la dimissione fino alla fine dell’anno.

Tabella 4
Popolazione campione con diagnosi di carcinoma del retto

POPOLAZIONE CAMPIONE CA RETTO	Azienda 1	Azienda 2	Azienda 3	Azienda 4	Azienda 5	Azienda 6	Azienda 7	Totale pazienti reclutati nella ricerca
		35	30	38	6	4	243	153
Totale pazienti reclutati nella ricerca e trattati in Oncologia	4	15	22	4	4	53	30	132
Totale pazienti con diagnosi di CCR trattati in Oncologia	172	94	64	72	123	246	118	889
Totale pazienti trattati in Oncologia	2007	1411	1398	955	2091	2445	1072	11379
	Azienda 1	Azienda 2	Azienda 3	Azienda 4	Azienda 5	Azienda 6	Azienda 7	Media
Incidenza % di presa in carico dell’Oncologia dei pazienti reclutati nella ricerca	11%	50%	58%	67%	100%	22%	20%	47%
Incidenza % della casistica Ca Colon sulla casistica complessiva trattata in Oncologia	9%	7%	3%	8%	6%	10%	11%	7%
Incidenza % casistica CCR sulla casistica complessiva dell’Oncologia	18%	19%	11%	19%	18%	22%	21%	18%

5. Il confronto dei modelli organizzativi

L'analisi dei modelli organizzativi praticati, che emerge dall'analisi qualitativa di mappatura dei PDTA, consente di sviluppare le seguenti riflessioni.

Esiste un dipartimento oncologico in ognuna delle sette aziende del campione, confermando la diffusione del dipartimento oncologico, come testimoniato dal Libro bianco dell'oncologia italiana - AIOM. L'organizzazione dipartimentale rappresenta una soluzione adottata in aziende differenti per natura istituzionale e per dotazione di posti letto⁵. Il dipartimento è composto in media da circa 7 unità operative (Uuoo) (con un minimo di 3 ed un massimo di 12), con un numero medio complessivo di 107 posti letto (da un minimo di 39 ad un massimo di 341) ed una degenza media di circa 8 gg.

Molteplici sono i «canali di ingresso» del PDTA all'interno dell'azienda e differenti le scelte di gestione del paziente nei diversi episodi clinici (valutazione e stadi azione, trattamento e stabilizzazione, *follow-up*). Infatti, a seconda dell'ambulatorio che intercetta il paziente può essere eterogeneo il *mix* di prestazioni per la valutazione e la stadiazione (**figura 3**). Le «vie» di ingresso del paziente sono almeno due (gastroenterologia e oncologia) mentre, relativamente al regime adottato, si osserva che una azienda pratica il ricovero ordinario, mentre in due realtà è stato organizzato il *day service* ed in tre il regime transitorio del prericovery. La richiesta di prestazioni diagnostiche per la stadiazione (sia del colon sia del retto) vede una forte presenza dell'Uo di chirurgia oltre che di oncologia e gastroenterologia: relativamente al coordinamento multi professionale si osserva che in un caso è stato realizzato attraverso un ambulatorio multidisciplinare (che però non rappresenta l'unico canale di ingresso), mentre in due aziende è prevista la routine della valutazione multidisciplinare (a prescindere da un luogo fisico condiviso) da parte dei professionisti oncologi e/o gastroenterologi e/o chirurghi. Il *mix* di prestazioni richiesto è eterogeneo non solo tra aziende, ma può esserlo anche all'interno della medesima azienda, a seconda della specialità intercetta il paziente. Relativamente all'episodio trattamento e stabilizzazione si osserva che: a) in tre strutture è possibile eseguire l'intervento

in laparoscopia, in una si esegue la radioterapia intraoperatoria e l'endoscopia intraoperatoria; b) in 2 casi si adotta il trattamento neoadiuvante preferibilmente per os e, per le restanti, il catetere venoso centrale è esterno (PIC) o sottocutaneo (STI) in un'azienda.

L'episodio clinico «follow-up» si sviluppa esclusivamente nelle oncologie all'interno delle quali (in tre casi) possono esserci dei programmi strutturati di dimissione post-acute del paziente con invio a specifiche strutture. Per qual che concerne il *timing* previsto per il trattamento in *follow-up*, nelle sette realtà si sono osservati approcci differenti (**figura 4**).

Si osserva un diverso utilizzo della risorsa «ricovero» sia in chirurgia sia in oncologia nelle sette aziende. Per quel che concerne il ricovero in chirurgia si osserva una differenza relativamente alla degenza media (**tabella 5**).

Per quel che concerne il ricovero in chirurgia, la degenza media è di 15,2 gg. per i pazienti con cancro del colon e 14,9 per quelli con il cancro del retto. Per la prima tipologia di pazienti, c'è una differenza di circa 5 gg. tra la degenza dell'azienda 3 (12,4 gg.) e quella della 5 (17,7 gg.). Per i casi di cancro del retto, l'azienda 1 ha una degenza di 11,6 gg. mentre la 4 di 18,7 gg (con una differenza tra entrambe di circa 7 gg.).

Osservando il numero complessivo dei ricoveri in oncologia associabile alla popolazione di pazienti con cancro del colon o del retto (**tabella 6**), si deduce che i ricoveri in *day hospital* rappresentano poco meno del 75% dei fenomeni di ricovero, mentre quelli ordinari il restante 25% circa. Vi sono però scostamenti da tale media all'interno del campione: vi è una prevalenza per l'azienda 5 di ricoveri in regime ordinario in contrapposizione alle restanti aziende che attivano prevalentemente il regime *day hospital* in oncologia; il *mix* osservato per il trattamento del tumore al colon varia nel caso del cancro del retto, pur rimanendo lontano dalla media del campione. Tali informazioni sono fortemente condizionate dal numero di pazienti che sono stati presi in carico dall'oncologia e che rientrano nel campione di pazienti osservato dalla ricerca (vedi **tabella 3** e **4**): certamente la numerosità più elevata della casistica presa in carico per il cancro del colon all'interno delle Uuoo di oncologia rende le considerazioni in merito al modello orga-

nizzativo adottato più significative per tale patologia. Viceversa, l'azienda 7 impiega il day hospital nel 95,5% dei casi di cancro al colon e nel 92% di quelli di cancro del retto.

Utili appaiono le informazioni di dettaglio relative al numero medio di accessi in DH piuttosto che di ricoveri in regime ordinario (tabella 7).

Figura 3
Modalità di valutazione e stadiazione

Episodio clinico organizzativo «Valutazione e Stadiazione»							
Aziende	Ambulatori	Regime di attività	Rettoscopia	Colonscopia in narcosi	Diagnostica per la stadiazione del colon(1)	Diagnostica per la stadiazione del retto(1)	Valutazione multidisciplinare (Strutturata/ Informale/ Assente)
1	– Gastroenterologia – Oncologia Medica – Oncologia Chirurgica – Oncologia Radioterapica	– Prericovero	No	No	Onc.: 1; 2; 6	Onc.: 1; 2; 4; 5; 6; 9	S
2	– Divisione Chirurgia – Oncologia – Gastroenterologia	– Prericovero	No	No	Chir.: 1; 6; 8	Chir.: 5; 6; 8	I
3	– Prevenzione Oncologica – Gastroenterologia – Chirurgia – Oncologia	– Day Service	Sì	No	Chir.: 1; 2; 6; 8	Chir.: 1; 2; 6; 8; 11	I
4	– Divisione Chirurgia – Endoscopia Chirurgica – Endoscopia Medica – Endoscopia Oncologica – Divisione Oncologica	– Prericovero	Sì	No	Chir.: 1; 3; 6	Chir.: 1; 6; 7; 8; 10	A
5	– Gastroenterologia – Chirurgia Addominale – Oncologia	– Ricovero	Sì	No	Gastr.: 1; 3; 6 Chir.: 1; 3; 6 Onc.: 1; 6; 8	Gastr.: 1; 2; 3; 4; 6 Chir.: 1; 2; 3; 4 o 5; 6 Onc.: 1; 2; 4 o 5; 6	I
6	– Chirurgia Oncologica – Gastroenterologia – Chirurgia 2 – Chirurgia 6 – Chirurgia 7 – Ambulatorio multidisciplinare	– Day Service	No	Sì	Ambulat. multidiscipl.: 1; 2; 4; 5; 6; 9	Chir.: 6; 4; 5; 6; 8 Ambulat. multidiscipl.: 1; 2; 4; 5; 6; 9	S
7	– Gastroenterologia – Oncologia	– Day Service o prericovero (a seconda dello stabilimento)	No	Sì	Gastr.: 1; 3; 6; 8 Chir. 1: 1; 3; 6; 8 Chir. 2: 1; 3; 6; 8	Gastr.: 1; 2; 6 e opz. 3; 4; 5 Chir. 1: 1; 3; 4; 6; 8 Chir. 2: 1; 2; 6 e opz. 3; 4; 5	I o A (a seconda degli stabilimenti)

Legenda: esami per la stadiazione:

- 1 Tac Addome
- 2 Tac Torace
- 3 Eco Addome
- 4 Eco Endoscopia
- 5 RMN Addome+Pelvi
- 6 Es. Biomorali e CEA, CA19.9
- 7 Ecografia epatica
- 8 Rx Torace
- 9 PET Total Body
- 10 Group Tape Screening
- 11 Ecografia Trans-rettale

Figura 4

Tempi e durata per il trattamento in *follow-up*

Episodio clinico organizzativo «Follow-Up»				
Aziende	Data del primo <i>Follow-Up</i> paziente con terapia adiuvante Colon	Data del primo <i>Follow-Up</i> paziente con terapia adiuvante Retto	Data del primo <i>Follow-Up</i> paziente senza terapia adiuvante Colon	Data del primo <i>Follow-Up</i> paziente senza terapia adiuvante Retto
1	3 mesi x 2 anni	3 mesi x 2 anni	3 mesi x 2 anni	3 mesi x 2 anni
2	3 mesi x 2 anni	3 mesi x 2 anni	3 mesi x 2 anni	3 mesi x 2 anni
3	6 mesi poi ogni 3 mesi x 3 anni	4 mesi poi ogni 6 mesi x 3 anni	3 mesi x 2 anni	6 mesi x 2 anni
4	6 mesi x 3 anni	6 mesi x 3 anni	6 mesi x 3 anni	6 mesi x 3 anni
5	3 mesi x 2 anni	3 mesi x 2 anni	3 mesi x 2 anni	3 mesi x 2 anni
6	4 mesi x 3 anni	2 mesi poi ogni 4 mesi x 3 anni	4 mesi x 3 anni	4 mesi x 3 anni
7	4-6 mesi x 3 anni	4-6 mesi x 3 anni	4-6 mesi x 2 anni	4-6 mesi x 2 anni

Tabella 5

Confronto degenza media in chirurgia PDTA colon e retto

Degenza media in chirurgia in ricovero ordinario		
Azienda	PDTA colon	PDTA retto
1	13,6	11,6
2	14,7	13,1
3	12,4	14,4
4	17,5	18,7
5	17,7	14,5
6	14,7	15,3
7	16,1	16,6
Mediana	14,7	14,5
Media	15,2	14,9

La tabella sottolinea come, in presenza di una media di circa 15 accessi in *day hospital* per paziente con cancro al colon, l'azienda 3 ne ha erogati circa 30 (approssimabili a 40 nel caso del retto), pur avendo un numero medio di ricoveri ordinari superiore al dop-

Tabella 6

Percentuale di regime di ricovero in oncologia

Regime di Ricovero PDTA colon	Azienda 5	Azienda 1	Azienda 2	Azienda 4	Azienda 3	Azienda 6	Azienda 7	Mediana	Media
Ordinario	70,8%	26,7%	25,0%	22,2%	20,5%	18,8%	4,5%	22,2%	26,9%
DH	29,2%	73,3%	75,0%	77,8%	79,5%	81,2%	95,5%	77,8%	73,1%
Regime di Ricovero PDTA retto	Azienda 5	Azienda 3	Azienda 4	Azienda 1	Azienda 7	Azienda 2	Azienda 6	Mediana	Media
Ordinario	57,1%	37,9%	33,3%	20,0%	12,5%	12,5%	7,4%	20,0%	25,8%
DH	42,9%	62,1%	66,7%	80,0%	87,5%	87,5%	92,6%	80,0%	74,2%

pio della media delle altre aziende. In questo caso nulla può dirsi della complessità della casistica trattata dalle informazioni disponibili.

Altro fenomeno da segnalare è che esiste un «posizionamento» delle aziende relativamente agli episodi clinici. Le informazioni relative al numero di pazienti per episodio clinico, ha permesso di verificare una sorta di «specializzazione di processo»: infatti, difficilmente le aziende presidiano l'intero PDTA (per l'appunto composto dalle fasi di diagnosi trattamento e *follow-up* - detti episodi clinici), ma più naturalmente si focalizzano su uno o più episodi in ragione di molteplici fenomeni, tra i quali si segnala: la reputazione e attrattività delle specialità coinvolte; la dotazione di tecnologie avanzate; la presenza di altre aziende direttamente concorrenti per i servizi erogati per le medesime patologie; la dislocazione territoriale che rende difficile per i pazienti seguire l'intero PDTA all'interno della medesima azienda (ad esempio, molti pazienti decidono di migrare verso aziende fuori regione

PDTA colon	Azienda 4	Azienda 7	Azienda 2	Azienda 6	Azienda 5	Azienda 3	Azienda 1	Mediana	Media
N. medio RO/pz	1,0	1,0	1,2	2,7	3,4	5,4	6,5	1,2	1,9
N. medio accessi DH/pz	14,3	23,0	6,2	20,0	5,3	29,4	9,9	14,3	15,4
PDTA retto	Azienda 4	Azienda 2	Azienda 7	Azienda 3	Azienda 6	Azienda 5	Azienda 1	Mediana	Media
N. medio RO/pz	1,5	1,5	2,3	3,1	3,3	3,5	4,0	2,3	2,3
N. medio accessi DH/pz	13,0	7,6	20,9	39,7	19,1	5,7	4,0	3,1	15,7

per il trattamento chirurgico e rientrano nei loro territori di residenza per farsi seguire in *follow-up*). La rappresentazione di posizionamento è stata realizzata considerando a) il rapporto tra il numero totale dei pazienti del campione della ricerca e la loro distribuzione tra gli episodi; b) la casistica trattata nelle Uuoo di oncologia con diagnosi di cancro del colon o del retto. All'interno del campione di 7 aziende si è osservato il seguente posizionamento di processo (figura 5). Due aziende (una territoriale e l'altra ospedaliero-universitaria) intermediano attraverso il loro processo erogativo tutti gli episodi clinici. Tutte le aziende del campione presidiano l'episodio di *follow-up*; in quattro casi si associa anche il presidio dell'episodio trattamento e stabilizzazione.

Si osserva, inoltre (tabella 8), che la numerosità e tipologia di prestazioni di natura specialistica, dette «intermedie», risulta es-

sere differente per i PDTA delle sette aziende: in media il 77% circa delle prestazioni intermedie è rappresentato dagli esami di laboratorio, l'11% circa dalle prestazioni ambulatoriali, l'8% circa da quelle di diagnostica per immagini ed il 3% circa da quelle di anatomia patologica. Si discostano da tali valori, le aziende 1, 3 e 6 che impiegano più dell'80% di prestazioni di analisi di laboratorio, riducendo la percentuale media di prestazioni ambulatoriali. È come se operasse la legge dei «vasi comunicanti» tra le prestazioni di analisi di laboratorio e quelle ambulatoriali. Per quel che concerne le aziende con un numero basso di prestazioni si può ipotizzare che le prestazioni vengano erogate all'esterno dell'azienda o, al peggio, una pratica non adeguata di codifica. Nel caso dell'azienda 3 l'86% di prestazioni di analisi di laboratorio è relativo a più di 187 prestazioni. Da tali informazioni è possibile dedurre che:

Tabella 7

Confronto tra numero medio ricoveri ordinari e accessi in DH per paziente in oncologia - PDTA colon e retto

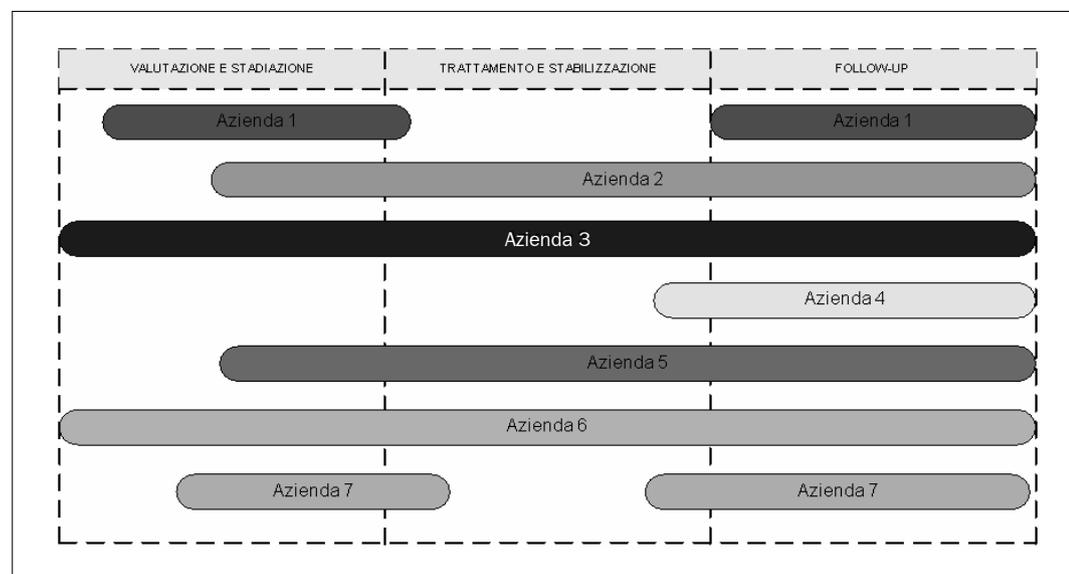


Figura 5

Posizionamento aziende per episodio clinico

Tipologia prestazioni	Azienda 1		Azienda 2		Azienda 3		Azienda 4		Azienda 5		Azienda 6		Azienda 7		Mediana		Media	
	Valore	%	Valore	%	Valore	%												
Specialistica ambulatoriale	4	5,0%	7	10,9%	11	5,3%	16	32,8%	7	38,0%	13	10,6%	12	11,2%	11	13,7%	10	10,8%
Diagnostica	5	6,8%	7	10,8%	14	6,4%	8	15,9%	4	19,0%	6	5,1%	6	6,2%	6	7,7%	7	7,7%
Laboratorio analisi	62	82,7%	49	74,6%	187	86,2%	23	48,0%	7	35,0%	100	81,0%	79	76,9%	62	73,9%	72	77,7%
Anatomia patologica	4	5,5%	2	3,7%	5	2,2%	2	3,0%	2	8,0%	4	3,2%	6	5,6%	4	4,8%	4	3,8%
	75	100%	66	100%	216	100%	49	100%	20	100%	123	100%	103	100%	83	100%	93	100%

Tabella 8

Mix medio prestazioni intermedie per paziente con cancro del colon

– il numero di prestazioni intermedie mediamente impiegate nel PDTA del cancro del colon non varia in ragione dell'assetto istituzionale: non è univoco che le Aou, chiamate a sviluppare attività di ricerca, adottino un numero medio di prestazioni più elevato;

– nel caso dell'azienda 3 si osserva un posizionamento su tutti i tre episodi clinici ed un numero medio di accessi di *day-hospital* in oncologia superiore alla media del campione;

– nei casi aziendali in cui si osserva un *mix* percentuale inferiore alla media del campione, si può dedurre che l'azienda non intermedia l'intero PDTA o l'intero episodio clinico (situazione presumibile nel caso di aziende che non si posizionano su tutti i tre episodi, ma hanno una focalizzazione forte su alcuni episodi).

In sintesi, organizzazione dipartimentale, molteplicità dei canali di ingresso al percorso e diverse routine di prestazioni mediamente erogate negli episodi clinici, oltre a un modello di ricovero maggiormente orientato al regime ordinario piuttosto che *day hospital*, sembrano le sostanziali differenze dal punto di vista organizzativo. Se le scelte di dipartimentalizzazione e quelle di dotazione tecnologica sono molto spesso compiute dalle direzioni delle aziende, quelle relative al numero medio di prestazioni intermedie ed al loro *mix* sono più facilmente ascrivibili al livello professionale.

6. Il costo del PDTA

Le scelte di metodo compiute per la valorizzazione hanno previsto l'identificazione di uno «standard» (Casati, 2000) da adottare nelle 7 aziende. In assenza di un sistema di «costi effettivi» (che potesse essere normalizzato o standardizzato per la valorizzazione

interaziendale), si è deciso di adottare le tariffe previste dal nomenclatore nazionale delle prestazioni di assistenza specialistica (DM 22 luglio 1996) e di ricovero (ex D.M. 30 giugno 1997). Tutte le stime di costo proposte nel prosieguo del documento sono da intendersi «standardizzate» attraverso l'adozione del sistema tariffario⁶.

La **tabella 9** presenta i valori di costi stimati per i PDTA del cancro del colon e del retto nelle sette aziende. La stima complessiva deriva dalla valorizzazione per ogni azienda del numero medio per paziente di ricoveri in oncologia (oltre al ricovero in chirurgia), del numero medio di prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica, di analisi di laboratorio e di anatomia patologica. La media del valore di costo del primo è di euro 22.154 mentre quello del PDTA cancro del retto è di euro 21.078 (la differenza tra il valore della media e quello della mediana è più significativa nella seconda patologia: circa euro 2.000). Si osserva che: a) non si rileva un valore maggiore di costo per il PDTA del cancro del retto rispetto a quello del colon; b) l'episodio clinico del trattamento e stabilizzazione assorbe il 90% delle risorse complessive del PDTA.

Se l'azienda 3 ha i valori di costo più elevati in entrambi i PDTA, la 2 ha quelli più bassi per il cancro del colon mentre la 1 per quello del retto. Le aziende con un debole posizionamento nell'episodio trattamento e stabilizzazione (che comprende l'attività di ricovero) non hanno univocamente costi di processo più bassi (l'azienda 1 solo per il cancro del retto). Il numero e la tipologia di prestazioni intermedie e di accessi in *day hospital* per caso trattato possono compensare il costo del ricovero ordinario in chirurgia.

La **tabella 10** presenta il costo medio per paziente ricoverato in oncologia (condizio-

Aziende	Valutazione e stadiazione	Trattamento e stabilizzazione	Follow-up	Costo PDTA colon
1	€ 222	€ 24.379	€ 343	€ 24.944
2	€ 318	€ 13.333	€ 313	€ 13.964
3	€ 703	€ 32.191	€ 607	€ 33.501
4	€ 378	€ 17.082	€ 565	€ 18.025
5	€ 282	€ 18.746	€ 352	€ 19.380
6	€ 447	€ 22.012	€ 548	€ 23.007
7	€ 283	€ 21.659	€ 293	€ 22.234
Mediana	€ 318	€ 21.659	€ 352	€ 22.234
Media	€ 376	€ 21.343	€ 432	€ 22.154

Aziende	Valutazione e stadiazione	Trattamento e stabilizzazione	Follow-up	Costo PDTA retto
1	€ 140	€ 15.563	€ 209	€ 15.912
2	€ 470	€ 18.270	€ 366	€ 19.106
3	€ 549	€ 28.746	€ 830	€ 30.124
4	€ 218	€ 16.686	€ 636	€ 17.540
5	€ 383	€ 18.189	€ 409	€ 18.981
6	€ 521	€ 22.448	€ 530	€ 23.499
7	€ 267	€ 21.842	€ 278	€ 22.387
Mediana	€ 383	€ 18.270	€ 409	€ 19.106
Media	€ 364	€ 20.249	€ 465	€ 21.078

Tabella 9
Costo PDTA colon e retto totale e suddiviso per episodi

nato dal numero medio di ricoveri per pazienti). Si segnala che nelle aziende 1 e 3 i valori di costo medio dell'attività di ricovero per paziente con carcinoma del colon e del retto appaiono particolarmente rilevanti.

Per entrambe le patologie emerge chiaramente il peso dell'attività di ricovero in oncologia rispetto al valore complessivo dell'intero PDTA: essa concorre per i due regimi ad alimentare circa il 50% del costo complessivo.

Osservando la suddivisione del costo del PDTA tra gli episodi clinici è possibile fare le seguenti considerazioni: a) per entrambi i PDTA, 2/3 dei costi di percorso sono generati dall'episodio clinico trattamento e stabilizzazione (che comprende gli eventi di ricovero) che ha un costo medio a pz. di euro 21.343; ciò implica che qualsiasi sforzo di razionalizzazione delle risorse deve focalizzarsi su tale episodio; b) l'episodio clinico di trattamento e stabilizzazione ha il suo valore più basso nell'azienda 2 e quello più elevato nella 3 per il tumore del colon: tali aziende sono rispettivamente al di sotto ed al di so-

Aziende	Regime di ricovero	Costo medio ricoveri PDTA colon	Costo medio ricoveri PDTA retto
1	RO DH	€ 12.139 € 3.473	€ 7.470 € 1.402
2	RO DH	€ 2.001 € 2.594	€ 4.688 € 3.215
3	RO DH	€ 11.697 € 12.313	€ 6.691 € 16.240
4	RO DH	€ 5.238 € 4.965	€ 6.670 € 4.557
5	RO DH	€ 7.332 € 1.842	€ 6.726 € 1.986
6	RO DH	€ 6.241 € 7.000	€ 5.767 € 6.689
7	RO DH	€ 5.906 € 8.062	€ 4.393 € 6.596
Media	RO DH	€ 7.222 € 5.750	€ 6.058 € 5.812
Mediana	RO DH	€ 6.241 € 4.965	€ 6.670 € 4.557

Tabella 10
Costo medio ricoveri in oncologia per PDTA colon e retto

pra della media del campione per il numero medio di ricoveri in ordinario ed accessi in *day hospital*; b) per quel che concerne il cancro del retto, l'azienda 3 ha il valore di costo più elevato in ragione dei circa 30-40 accessi medi in *day hospital* per il trattamento del cancro del colon e del retto, mentre l'azienda 1 ha il valore più basso probabilmente in virtù del basso numero di accessi medi in *day hospital*; c) il valore di costo dell'episodio *follow-up* è condizionato dal numero e dalla frequenza di prestazioni erogate per la verifica dell'esito dei trattamenti chemioterapici.

7. Il costo del farmaco

Le scelte di metodo relativamente alla valorizzazione dell'intero PDTA hanno prodotto alcune implicazioni relativamente alla valorizzazione delle risorse non direttamente imputabili al processo di diagnosi e cura, quali il farmaco: a) il valore di costo dell'intero PDTA comprende quello del farmaco (così come altri costi indiretti): ad esempio, la valorizzazione dell'evento ricovero attraverso la tariffa include già il valore del costo del farmaco utilizzato durante il ricovero stesso del paziente; b) non potendo «estrapolare» il valore del costo del farmaco, è stata adottata una metodologia di analisi e valorizzazione che ha consentito di stimare il consumo di farmaco all'interno del PDTA. L'ipotesi alla base del calcolo dei costi del farmaco è che la «presa in carico» del trattamento farmacologico per questa tipologia di pazienti è delle Uuoo di oncologia. Ciò significa che si riesce a stimare il costo del farmaco partendo dalla spesa farmaceutica complessiva delle Uuoo di oncologia. Si precisa che:

- la prospettiva dei PDTA è quella dell'azienda e, nel dettaglio della risorsa farmaco, è di interesse il costo sostenuto dall'azienda per la gestione dell'intero processo di diagnosi cura e *follow-up*;

- la popolazione presa in considerazione per la stima di costo del farmaco è stata l'intera casistica trattata in oncologia nel 2006; quindi, la popolazione considerata non coincide necessariamente con quella che identifica l'intero PDTA.

Dal punto di vista operativo, è stata rilevata la spesa complessiva per farmaci nel

2006 delle Uuoo di oncologia suddivisa per ATC 1 in ognuna delle sette aziende. Poiché la classe L (farmaci antineoplastici e immunomodulatori) rappresenta la classe di spesa più rilevante per importo e per rilevanza nel trattamento dei tumori si è proceduto alla definizione di più configurazioni di costo che consentissero di individuare le molecole utilizzate per trattare i casi di cancro del colon e del retto e all'esclusione di tutte quelle che certamente non hanno indicazione e pratica per il loro trattamento.

Sono state elaborate tre configurazioni di costo, differenti tra di loro solo relativamente al valore della spesa per la classe ATC 1 L:

- *la configurazione detta CCR* individua il costo del farmaco attraverso una ripartizione della spesa complessiva (relativa a tutte le classi ATC1) per il numero di casi trattati nell'Uo di oncologia di ogni singola azienda con diagnosi di tumore del colon o del retto (pazienti con CCR/tot pazienti trattati in oncologia). Questa configurazione rappresenta una stima di costo che riconduce l'assorbimento di risorse alla numerosità di casi trattati, senza poterle distinguere per patologia; il valore di costo è dipendente dal rapporto tra la casistica complessiva della struttura organizzativa ed il peso dei casi con CCR;

- *la configurazione di costo detta CEP* prevede un «ribaltamento» di tutte le classi ATC1 sulla casistica CCR, come fatto nella configurazione precedente, ad eccezione della classe L; essa è stata scomposta in molecole, il cui costo è stato definito in modo differente a seconda dell'indicazione o meno al trattamento dei pazienti con cancro del colon o del retto. In dettaglio: a) sono state escluse tutte le molecole non utilizzate nel trattamento del CCR (come, ad esempio, la terapia ormonale sostitutiva), b) sono state individuate quelle indicate per il trattamento di più patologie oncologiche (tra le quali il anche il CCR), c) sono state individuate quelle con indicazione esclusiva per il CCR. L'acronimo CEP individua le molecole utilizzate in modo Condiviso nel trattamento di altre patologie oncologiche oltre al CCR, quelle Esclusive nel trattamento del CCR e quelle con una indicazione al trattamento del CCR ma Poco utilizzate nella pratica clinica (secondo indicazione dei professionisti, la frequenza di utilizzo dichiarata è intorno

all'1-2% della casistica CCR). Il **box 1** elenca le molecole considerate nelle differenti configurazioni. La spesa per le molecole che rientrano nel trattamento esclusivo del CCR è stata attribuita direttamente alla casistica, mentre quella relativa alle molecole condivise e poco usate è stata attribuita indirettamente sulla base del rapporto tra casistica con CCR e totale dei casi trattati in oncologia;

– la *configurazione di costo denominata CE*, esclude da quella precedente le molecole che sono poco utilizzate nella pratica di trattamento dei pazienti con CCR: tale elenco è stato elaborato e validato dai professionisti delle sette aziende.

Le configurazioni di costo CEP e CE rispondono meglio al fabbisogno di individuare il costo dei farmaci «speciali» per il PDTA CCR: occorre però fare un distinguo tra di esse, se la prima consente di escludere sostanzialmente i farmaci che non hanno alcuna indicazione al trattamento del cancro del colon e del retto, quella CE esclude anche le molecole di utilizzo meno frequente ma con indicazione per il trattamento in oggetto.

Nella **tabella 11** viene presentato il confronto interaziendale dai i valori di costo del farmaco (per tutte le classi ATC 1) nelle diverse configurazioni.

Come è possibile osservare vi sono grandi differenze nel valore di costo per le configurazioni CCR e CEP/CE: si va da una media di 3.242 euro ad una di circa 1.250 euro. Non si rileva, invece, grande differenza nel valore di costo tra le configurazioni CEP e CE. Tra le diverse classi, la L risulta avere un peso determinante nel valore di costo complessivo: tale peso va da un valore medio tra le aziende dell'89% nella configurazione CCR ad uno di 72% nella configurazione CE (**tabella 12**).

Si precisa che nelle stime di costo sono stati considerati i farmaci di classe L del file F (imputati per il peso della casistica CCR), mentre sono stati esclusi i farmaci di classe J (antivirali) del file F.

Sebbene non sia «scomponibile» il costo del PDTA per dedurre il valore del costo del farmaco (con la metodologia adottata), è possibile metterli a confronto (**tabella 13**). Confrontando il costo del PDTA del tumore del colon con il valore medio del costo del farmaco nella configurazione CCR, si osser-

CONDIVISI	ATC
BEVACIZUMAB	L01XC07
CETUXIMAB	L01XC06
FLUOROURACILE	L01BC02
MITOMICINA	L01DC03
OXALIPLATINO	L01XA03
IRINOTECAN	L01XX19
ESCLUSIVI	ATC
TEGAFUR	L01BC53
RALTITREXED	L01BA03
POCO USATI	ATC
CISPLATINO	L01XA01
METOTREXATO	L01BA01
MITOXANTRONE	L01DB07

Box 1
Configurazioni CEP

va un'incidenza percentuale del 16,2%. Ciò è riscontrabile anche per il PDTA del cancro del retto (16,4%). Se si osserva, invece, il rapporto tra il costo del PDTA e le configurazioni CEP del costo del farmaco, esso è in media del 6,04% mentre nel cancro del retto è del 6,18%.

È opportuno prendere in considerazione il fatto che l'anno 2006 prevedeva una limitata indicazione all'utilizzo dei farmaci monoclonali; ciò implica che la stima del costo del farmaco (in tutte le configurazioni realizzate) è valida per l'arco temporale osservato. Inoltre, occorre adottare opportune cautele nell'utilizzare il dato di costo come *proxy* della spesa attuale per il farmaco non solo per quanto appena affermato, ma anche per il fatto che lo studio ha considerato un

Tabella 11
Costo medio procapite per farmaci (tutte le classi TC1) nelle diverse configurazioni di costo

	Configurazione CCR	Configurazione CEP	Configurazione CE
Azienda 1	€ 4.293	€ 1.350	€ 1.339
Azienda 2	€ 4.876	€ 1.294	€ 1.275
Azienda 3	€ 2.716	€ 915	€ 900
Azienda 4	€ 2.852	€ 1.165	€ 1.153
Azienda 5	€ 2.621	€ 992	€ 984
Azienda 6	€ 1.804	€ 1.749	€ 1.748
Azienda 7	€ 3.534	€ 1.267	€ 1.254
Mediana	€ 2.852	€ 1.267	€ 1.254
Media	€ 3.242	€ 1.247	€ 1.236

	Configurazione CCR	Configurazione CEP	Configurazione CE
Azienda 1	85%	54%	53%
Azienda 2	95%	79%	79%
Azienda 3	88%	66%	65%
Azienda 4	83%	58%	57%
Azienda 5	90%	72%	72%
Azienda 6	94%	94%	94%
Azienda 7	91%	75%	75%
Mediana	84%	57%	57%
Media	89%	73%	72%

Tabella 12

Incidenza costo medio procapite per farmaci classe ATC L sul costo medio procapite per farmaci (tutte le classi ATC1)

numero limitato di aziende istituzionalmente diverse.

8. Riflessioni conclusive

Il lavoro di ricerca qui presentato rappresenta il primo tentativo di comprendere, attraverso l'osservazione ed il confronto di sette realtà aziendali, l'organizzazione ed il valore economico dei processi di diagnosi e cura (PDTA) per il CCR. Molte sono state le riflessioni che l'approccio dei PDTA ha consentito di fare nel caso del trattamento del cancro del colon e del retto; le più significative sono:

- la tipologia istituzionale delle aziende non condiziona il costo di PDTA: non si sono osservati valori di costo simili per aziende simili istituzionalmente;

- il modello organizzativo è la variabile che condiziona maggiormente le differenze di costo: è stato osservato come esso dipenda dal numero medio per paziente di accessi in *day hospital* e di ricoveri in regime ordinario. Appare difficile valutare se dette scelte sono fatte in ragione delle politiche tariffarie delle regioni, della convinzione professionale dei medici piuttosto che dalla casistica trattata (per esempio, elevata percentuale di pazienti fuori regione);

- i valori di costo emersi (sia per il PDTA sia rispetto al farmaco) si riferiscono alle risorse governate dalle aziende e direttamente associabili al processo di diagnosi e cura del CCR: ciò significa che il singolo caso trattato avrà certamente un costo differente da quanto emerso. Questo, in generale, giustifica la differenza tra i dati di costo presenti

in letteratura e quelli emersi nella presente ricerca. Vi è un sostanziale allineamento sui dati relativi al costo della degenza emerso nella ricerca e quello medio riportato negli studi di O'Brien.

Sebbene i *database* delle aziende sanitarie siano molto ricchi di informazioni, è poco frequente la routine gestionale di rileggere le informazioni sull'attività o sui costi per processo primario. A parere di chi scrive l'adozione di tale comportamento organizzativo è il presupposto per qualsiasi orientamento al governo clinico. Infatti, alcune delle scelte di «processo» sono proprie del livello professionale (si pensi alla scelta del regime o al numero di ricoveri/accessi) e sistemi informativi che interpretino i dati di attività per diagnosi (ad esempio) potrebbero rivelarsi preziosi per allineare le scelte dei professionisti e quelle del management.

Specifiche indicazioni da parte delle direzioni delle aziende piuttosto che dalle Regioni sulla modalità di codifica delle prestazioni hanno condizionato la «tracciabilità» delle informazioni di consumo da rilevare. Sistemi di classificazione per severità delle patologie all'interno delle SDO potrebbero consentire di «agganciare» le informazioni di attività alla complessità del paziente.

Cosa che preme sottolineare è che tra i risultati emersi non consentono di proporre alcun modello predittivo rispetto all'organizzazione ed al consumo di risorse (corollario della natura esplorativa del lavoro e dell'eterogeneità delle osservazioni). Inoltre, si osserva che il mondo della specialità oncologica sta sviluppando ipotesi di modelli organizzativi nuovi ed alternativi per la cura del malato oncologico. Ci si riferisce al *simultaneous care model* (Tozzi, Zagonel, 2007) che tenta, ad esempio, di anticipare alcuni degli interventi tradizionalmente di *follow-up* (ad esempio, le cure palliative) nella fase di trattamento e propone forme di organizzazione interdisciplinare all'interno della medesima azienda e tra aziende differenti, per garantire continuità e coerenza tra gli episodi clinici. Se i professionisti possono incidere sui modelli organizzativi dei percorsi, occorre che i sistemi operativi evolvano nella medesima direzione. Governare reti di professionisti e di strutture di siffatta specie è possibile solo attraverso una configurazione «processuale»

Tabella 13

Incidenza del costo farmaci (configurazione CCR) sul costo PDTA Carcinoma del colon.		Incidenza del costo farmaci (configurazione CCR) sul costo PDTA Carcinoma del retto.	
Aziende	Incidenza	Aziende	Incidenza
1	17,2%	1	27,0%
2	34,9%	2	25,5%
3	8,1%	3	9,0%
4	15,8%	4	16,3%
5	13,5%	5	13,8%
6	7,8%	6	7,7%
7	15,9%	7	15,8%
Mediana	15,8%	Mediana	15,8%
Media	16,2%	Media	16,4%
Incidenza del costo farmaci (configurazione CEP) sul costo PDTA Carcinoma del colon.		Incidenza del costo farmaci (configurazione CEP) sul costo PDTA Carcinoma del retto.	
Aziende	Incidenza	Aziende	Incidenza
1	5,41%	1	8,48%
2	9,25%	2	6,77%
3	2,73%	3	3,04%
4	6,47%	4	6,64%
5	5,12%	5	5,23%
6	7,60%	6	7,44%
7	5,70%	7	5,66%
Mediana	5,70%	Mediana	6,64%
Media	6,04%	Media	6,18%

dei sistemi operativi di azienda ed approcci quali i PDTA.

Il rischio è che i sistemi non sostengano l'innovazione dell'assistenza promossa dai clinici facendo fare un balzo indietro a quella del management.

Note

- Lo studio è iniziato a giugno 2007 ed ha avuto termine a luglio 2008.
- Nel presente scritto si recupera la sistematizzazione degli studi di Ramsey *et al.*, O'Brien *et al.*, Brown *et al.*, fatta da Ghislandi (2007).
- Si tratta di uno studio retrospettivo sull'utilizzo delle risorse nel trattamento del CCR avanzato, realizzato in dieci Centri europei per un totale di cinque Nazioni (Italia, Regno Unito, Germania Belgio e Francia). L'analisi, iniziata nel Gennaio 1992, è stata basata su un campione di 160 pazienti: 84 allo stadio III iniziale e 76 allo stadio VI iniziale, con età media di 64 anni e *follow-up* medio di 530 giorni. I pazienti sono stati sottoposti a intervento chirurgico e ricoverati in ospedale in media per 42 giorni; 86 pazienti hanno ricevuto un trattamento chemioterapico. Centoquarantaneve pazienti non degenti sono stati sottoposti a visita specialistica (in media 10 visite per ogni paziente); 52 pazienti non degenti hanno ricevuto un consulto specialistico relativo alla somministrazione della chemioterapia (in media 30 consulti per ogni paziente).
- La metodologia di identificazione della popolazione rappresentativa del PDTA CCR, escludendo un doppio ricovero in chirurgia, indirettamente potrebbe eliminare i pazienti più complessi.
- Si osservi la differenza tra le aziende rispetto alla dotazione di posti-letto.
- Si ricorda che le tariffe, nella loro natura di rimborso delle prestazioni di assistenza, sono omnicomprensive di tutte le tipologie di costo sostenuti per l'erogazione (generali, indiretti).

Ringraziamenti

Il contributo è il frutto dello studio compiuto all'interno dell'area di ricerca PDTA del Cergas Bocconi. Si ringraziano i colleghi Giacomo Corica, Guglielmo Pacileo e Stefano Tasselli per il lavoro svolto ed per il contributo allo sviluppo della discussione dei risultati. I referenti AIOM per la ricerca in oggetto sono stati il dott. Carmelo Iacono, e la dottessa Vittorina Zagonel ai quali va un sentito ringraziamento per il contributo offerto.

La ricerca è stata compiuta grazie al prezioso contributo dei «referenti aziendali» delle sette aziende che si intendono ringraziare per il contributo offerto: Sergio Frustaci, Angela Buonadonna, Cristina Andreetta, M. Grazia Stagni, Sebastiano Calpona, Paola Rosetti, Cesare Bini, Alessandro Canelli, Carmelo Iacono, Lucia Saddemi, Evaristo Maiello, Nino Messina, Mario Mastroianno, Libero Ciuffreda, Patrizia Racca, Laura Franchini, Andrea Morgagni, Francesco di Giulio, Enzo Galligioni, Giovanni Ambrosini, Giuseppe Lorenzin.

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

- AIOM (2006), *Libro Bianco dell'Oncologia Italiana*, III edizione, Intermedia editore.
- CASATI G. (2000), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- CASATI G., VICHI M.C. (a cura di) (2002), *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, McGraw Hill, Milano.
- CAVALLO M.C., GERZELI S. *et al.* (2001), «Il costo del trattamento del carcinoma del colon retto in stadio avanzato», *Pharmaco Economics*, Italian Research Articles, pp. 49-59.
- GHISLANDI S. (2007), «I costi del cancro al colon retto: revisione della letteratura ed estensione al caso italiano», 3 marzo, www.astrazeneca.it/1028163/?itemId=2829913.
- LEGA F. (1998), «Il process re-engineering nelle aziende sanitarie», *Organizzazione Sanitaria*, 4.
- LESHNO M., HALPERN Z., ARBER N. (2003), «Cost-effectiveness of colorectal cancer screening in the average risk population», *Health Care Management Science*, 6, pp. 165-174.
- O'BRIEN B.D., BROWN M.G., KEPHART G. (2001), «Estimation of hospital costs for colorectal cancer care in Nova Scotia», *Can J. Gastroenter.*, Vol. 15, 1, pp. 43-47.
- BROWN M.L., RILEY G. F., POTOSKY A.L., ETZIONI R.D. (1999), «Obtaining long-term disease specific costs of care: application to Medicare enrollees diagnosed with colorectal cancer», *Med Care*, 37, pp. 1249-59.
- RAMSEY S.D., MANDELSON M.T., BERRY K., ETZIONI R., HARRISON R. (2003), «Cancer-attributable costs of diagnosis and care for persons with screen-detected versus symptom-detected colorectal cancer», *Gastroenterology*, 125 (6), pp. 1645-50.
- SONNENBERG A., DELCÒ F. (2002), «Cost effectiveness of a single colonoscopy in screening for colorectal cancer», *Arch Intern Med*, 162.
- TAPLIN S.H., BARLOW W. *et al.* (1995), «Stage, age, comorbidity, and direct costs of colon, prostate, and breast cancer», *J. Natl. Cancer Inst.*, 15, pp. 417-26.
- TOZZI V. (2002), «La progettazione dei percorsi», in G. Casati, M.C. Vichi (a cura di), *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, McGraw Hill, Milano.
- VANOUNOU T., PRATT W., FISCHER J., VOLLMER C. JR., CALLERY M. (2004), «Deviation-Based Cost Modeling: A Novel Model to Evaluate the Clinical and Economic Impact of Clinical Pathways», *Journal of the American College of Surgeons*, Vol. 204, 4, pp. 570-579.
- TOZZI V. (2004), «La gestione per processi in sanità», *Mecosan*, 50.
- TOZZI V., ZAGONEI V. (2007), «PDTA: una nuova prospettiva per analizzare e gestire i servizi aziendali, Innovazione e gestione in oncologia», *Economia e Politica del farmaco*, suppl. n. 10, ISSN, 9.

Criteria di valutazione delle prestazioni riabilitative ambulatoriali in Piemonte

A. BENNATI, M. BURCHIO, M. FANI, A. GAFFURI, N. GIORGIONE, G.C. ROVERE,
M.P. TRUSCELLO, G. VANNI, V. DEMICHELÌ

The Department of Health's Piedmont region has tried to assess the rehabilitation outpatient care according to criteria of equal access to benefits, network coverage of health care, and appropriateness. The data are analyzed for the period 2004-2006 and they have highlighted some problems, mainly related to a territorial differences of the rehabilitative offer that conditions the consumptions. Experience has shown is not so much need for increases in services, but rather to their redeployment in the region, a review of production among accredited public service and private accredited, and a greater investment in terms of quality performance.

Keywords: rehabilitation outpatient, criteria analysis, needs for rehabilitation services

Parole chiave: riabilitazione ambulatoriale, criteri di analisi, fabbisogno di prestazioni riabilitative

Note sugli autori

A. Bennati, M. Burchio sono funzionarie dell'Assessorato alla Tutela della salute e sanità della Regione Piemonte, M. Fani è Direttore della struttura complessa Assistenza sanitaria territoriale dell'Asl TO 1, A. Gaffuri è Direttore del Dipartimento di Post acuzie dell'Asl TO 5, N. Giorgione è Direttore generale dell'Azienda Ospedaliera S.S. Antonio e Biagio e C. Arrigo di AL, G.C. Rovere è Direttore del Dipartimento di Riabilitazione e post acuzie dell'Asl AL, M.P. Truscillo è Direttore della struttura complessa Recupero rieducazione funzionale dell'Asl AT, G. Vanni è Direttore della struttura complessa Recupero rieducazione funzionale dell'Asl VCO, V. Demicheli è Direttore regionale della Direzione sanità dell'Assessorato alla Tutela della salute e sanità della Regione Piemonte

1. Introduzione

L'equità di accesso a trattamenti efficaci in relazione alla distribuzione dei bisogni di salute rappresenta l'obiettivo principale di un sistema sanitario a carattere universalistico, ed il criterio per la definizione di formule allocative delle risorse. I meccanismi di finanziamento del servizio sanitario pubblico presentano grande variabilità nei paesi occidentali. È tuttavia opinione consolidata che la ripartizione delle risorse sanitarie debba essere effettuata in relazione al fabbisogno di assistenza delle comunità, strettamente legato allo stato di salute della popolazione. La soluzione operativa più frequentemente utilizzata, nei Paesi con sistemi sanitari basati sul prelievo fiscale, ipotizza che il fabbisogno di servizi sanitari possa essere approssimato con l'uso dei servizi che può essere a sua volta misurato in termini di volumi di prestazioni o di costi.

Ovviamente la domanda di servizi sanitari si discosta dal bisogno reale di assistenza, da un lato, per la possibilità che intervengano fattori limitanti l'accesso alle cure e, dall'altro, dalla possibilità di inapproprietezza nell'utilizzo (Montanelli, Gerzeli, 2001; Spandonaro *et al.*, 2004).

Bisogna inoltre considerare il ruolo esercitato dall'offerta che condiziona l'uso dei servizi, per la tendenza ad un maggior uso di servizi, laddove la disponibilità e la facilità di accesso risultano più elevate e all'effetto di induzione dovuto alla natura percepita della disponibilità di offerta.

La popolazione residente in Piemonte al 1° gennaio 2007 ammontava a poco più di 4.350.000 persone, di cui il 22,4% con più di 65 anni. I residenti si concentrano nelle aree

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Metodi e risultati
3. Conclusioni

più urbanizzate di pianura e collina vicine ai capoluoghi di provincia, e in particolare, in quelle prossime a Torino, al confine con la Lombardia e nelle Langhe. Nelle aree di montagna, oltre alla città di Torino, la presenza di anziani è maggiore.

Il maggior ricorso ai servizi di assistenza specialistica, considerati nel loro complesso, si riscontra fra 65 ed 84 anni, e si osserva un consumo maggiore di prestazioni ambulatoriali nelle aree con maggiore presenza di disoccupati; c'è una relazione fra maggior consumo di risorse e bassa scolarità, ma anche nelle aree in cui la percentuale di soggetti con altra scolarità è elevata si registra un maggior consumo. Infine, maggiore è la distanza ai servizi e minore è il loro impiego.

Le prestazioni riabilitative in Piemonte sono state ridefinite con la deliberazione di Giunta regionale n. 49-6478 del 1° luglio 2002, applicativa dei Livelli essenziali di assistenza. Il principio fondante è il collegamento della menomazione (quadro clinico-patologico) con categorie definite di disabilità, attraverso la presa in carico dei soggetti per mezzo di progetti riabilitativi individuali. Secondo questo principio sono state individuate sei tipologie di disabilità.

Le disabilità di *tipo 1* sono quelle per le quali si erogano prestazioni in esclusivo regime di ricovero ordinario o di *day hospital*.

Le disabilità di *tipo 2* non richiedono ospedalizzazione, ma necessitano di interventi altamente sofisticati; le disabilità di *tipo 3* si riferiscono a situazioni di entità rilevante, croniche o in fase di stabilizzazione, per le quali si prevedono interventi non complessi, né intensivi, ma protratti nel tempo. Alle disabilità di *tipo 4* appartengono eventi di entità contenuta, ma a recente insorgenza e a rapida risoluzione, mentre le disabilità di *tipo 5* sono croniche stabilizzate, di entità contenuta, che possono giovare di trattamenti di mantenimento, di prevenzione del degrado motorio funzionale e/o di un'attività didattico-formativa. Infine, le disabilità di *tipo 6* sono quelle minimali, croniche, i cui interventi sono caratterizzati prevalentemente da terapia strumentale.

Pertanto le prestazioni ambulatoriali interessano le tipologie di disabilità che vanno da 2 a 6, e che sono state classificate secondo gli eventi disabilitanti (**tabella 1**).

Ogni evento disabilitante è stato articolato in patologie principali, e sono stati definiti i tempi entro cui attivare i progetti riabilitativi con le relative prestazioni. Queste ultime, infine, sono raccolte in un nomenclatore tariffario regionale, e individuate da appositi codici. Esse sono raggruppabili in tre categorie: le valutazioni (clinico-strumentali e protesiche, delle funzioni, *counselling*, potenziali evocati, elettromiografia, stimolazioni, ecc.), i trattamenti (rieducazione, mobilizzazioni, manipolazioni, iniezioni intrarticolari, ecc.) e le prestazioni di terapia fisica, per lo più strumentale.

Oltre alle prestazioni, si è proceduto alla codifica delle patologie utilizzando l'IDC9-CM e sono state individuate alcune prestazioni traccianti per verificare le liste d'attesa.

Il fabbisogno in Riabilitazione non è di univoca definizione per la mancanza di standard di riferimento che permettano una lettura sull'appropriatezza dei percorsi nelle strutture riabilitative che, a vario titolo, intervengono erogando prestazioni; inoltre, il numero e la complessità dei percorsi disabilità-dipendenti rendono arduo misurare e valutare le reali necessità. Per questa ragione, alla fine del 2006, presso l'Assessorato alla Tutela della salute e sanità della Regione Piemonte è stato costituito un gruppo di lavoro composto da funzionari regionali, fisioterapisti e medici dell'organizzazione, con l'obiettivo di rivisitare l'assetto dei servizi di riabilitazione, pubblici e privati accreditati.

Sono state recuperate le informazioni disponibili sulle prestazioni riabilitative ambulatoriali al fine di capire il fabbisogno reale in ordine a principi quali l'equità di accesso alle prestazioni, la copertura della rete dei servizi, l'appropriatezza, la garanzia di una coerente successione e integrazione degli interventi, la presenza di un progetto riabilitativo individuale, l'erogazione di interventi di validità riconosciuta e condivisa (Ambrosino *et al.*, 1997; Mininni, 2000; Wade, 2003; Bozzolini, 2006; Menichetti, 2008).

2. Metodi e risultati

Si è utilizzato il sistema informativo regionale sull'attività riabilitativa ambulatoriale, così le fonti sono state:

DISABILITÀ	DESCRIZIONE	
TIPO 1	Altamente complesse, che richiedono ricovero	
	DESCRIZIONE	EVENTI DISABILITANTI
TIPO 2	Complesse che non richiedono ricovero, ma un intervento, per competenza ed attrezzature, altamente sofisticato	Conseguenze di lesioni del sistema nervoso Conseguenze di patologie ortopedico-traumatologiche Conseguenze di patologie oncologiche Disfunzioni del sistema autonomo
TIPO 3	Di entità rilevante, croniche o in fase di stabilizzazione che richiedono un intervento riabilitativo non complesso né intensivo, ma protratto nel tempo	Conseguenze di lesioni del sistema nervoso Conseguenze di patologie ortopedico-traumatologiche Conseguenze di patologie oncologiche Disfunzioni del sistema autonomo Conseguenze di patologie cardio-respiratorie Patologie vascolari periferiche
TIPO 4	Di entità contenuta, di recente insorgenza ed a rapida risoluzione	Patologie ortopedico-traumatologiche
TIPO 5	Croniche stabilizzate, di entità contenuta, per le quali possono essere necessari interventi riabilitativi «di mantenimento» o di «prevenzione del degrado motorio-funzionale acquisito» e/o un'attività «didattico-formativa»	Patologie ortopedico-reumatologiche Patologie metaboliche dell'osso
TIPO 6	Minimali, croniche, i cui interventi riabilitativi sono caratterizzati prevalentemente da prestazioni di fisioterapia strumentale	Patologie osteoarticolari degenerative a prevalente componente infiammatoria/algica

Tabella 1
Descrizione dei tipi di disabilità secondo gli eventi disabilitanti. Regione Piemonte

– i flussi informativi regionali - tracciato record tipo C (derivanti dal citato provvedimento del 2002);

– la regolamentazione regionale sul contenimento dei tempi di attesa;

– la normativa regionale di riorganizzazione delle Asl piemontesi;

– la letteratura in materia di qualità nella riabilitazione e le linee guida nazionali e regionali in materia di appropriatezza;

– l'elenco delle strutture riabilitative ambulatoriali pubbliche e private provvisoriamente o definitivamente accreditate, e la loro distribuzione territoriale.

Su queste basi, il gruppo ha individuato diverse direttrici di indagine, al fine di cogliere gli aspetti oggettivi più utili per tentare un'analisi:

1) i tempi di attesa e l'andamento attrazione - fuga per il 2006 ed il 2007;

2) l'evoluzione della domanda di riabilitazione nel triennio 2004-2006;

3) il panorama dell'attività riabilitativa per AFS (Aree funzionali sovrazonali);

4) le tipologie di prestazioni a rischio di utilizzo inappropriato;

5) la distribuzione delle prestazioni per prevalenza di diagnosi ICD9CM per AFS.

2.1. I tempi di attesa e l'andamento attrazione - fuga

Sono state esaminate le liste d'attesa mensili degli anni 2006 e 2007, considerando l'offerta di tutte le strutture pubbliche e private accreditate presenti nel territorio delle AFS (Aree funzionali sovrazonali). Le AFS individuate sono 4: l'AFS 1 corrisponde a Torino e provincia, la AFS 2 alle Provincie di Novara, Verbano Cusio Ossola, Vercelli e Biella, la AFS 3 corrispondente al cuneese e l'AFS 4 che abbraccia le Provincie di Asti ed Alessandria.

Considerare le liste d'attesa nel solo territorio delle Asl non è di per sé un'informazione adeguata, in quanto fino alla fine del 2007

esistevano ancora Aziende di dimensioni limitate, sicché presidi situati in zone confinanti fra le diverse Asl potevano soddisfare la domanda. Inoltre, si è palesata con molta evidenza una concentrazione di strutture nelle zone metropolitane.

Nella Regione si erano definiti dei parametri di rilevazione per particolari prestazioni indice, verificando ogni mese la lista d'attesa. Per quanto riguarda la riabilitazione sono stati considerati i tempi di attesa per la prima visita a pazienti post acuti (standard 7 giorni) e per la prima visita a pazienti stabilizzati (standard 30 giorni).

Dall'analisi dei *report* non si riscontrano particolari criticità che sottendano un bisogno di un'offerta riabilitativa ambulatoriale aggiuntiva.

I tempi d'attesa, tuttavia, non permettono di evidenziare se sono garantiti dei veri e propri percorsi e per quali disabilità. Pertanto, l'aggregazione del dato «tempo d'attesa» alla complessità della disabilità consentirebbe in futuro di avere maggiori informazioni utili a definire priorità di accesso ai servizi.

Si sono poi prese in considerazione tutte le prestazioni riabilitative ambulatoriali secondo l'andamento attrazione e fuga nelle AFS, per verificare se nell'ambito di territori omogenei si rilevavano zone di particolare attrazione per residenti di territori distanti o, al contrario, se da alcune AFS si verificavano migrazioni verso altre zone.

Esaminando le prestazioni del 2006, si è visto che quelle erogate al di fuori dell'AFS di residenza rappresentano una percentuale minima di quelle complessivamente fornite, ed il saldo percentuale fra attrazione e fuga è a vantaggio della prima in quasi tutte le AFS. Soltanto l'AFS 4 mostra un saldo negativo del 4%, ma si tratta di circa 19.000 prestazioni, quindi un fenomeno marginale, soprattutto se si tiene conto che i cicli di terapia sono

composti da più prestazioni per ogni singolo soggetto (**tabella 2**).

Infine, sia in termini di attrazione, sia di fuga, i dati assoluti verificati per ogni singola AFS sono irrilevanti, considerando che il totale delle prestazioni riabilitative regionali ammonta ad oltre 6,6 milioni.

2.2. L'evoluzione della domanda di riabilitazione ambulatoriale nel triennio 2004-2006

In Piemonte la riabilitazione rappresenta circa il 10% del totale delle prestazioni ambulatoriali, nei tre anni considerati. La tendenza nel triennio è all'aumento, ed il rapporto proporzionale fra prestazioni riabilitative e le altre prestazioni ambulatoriali si mantiene costante.

Esaminando le sole visite fisiatriche, nel periodo 2004-2006 i dati mettono in evidenza un aumento, passando dalle 246.589 del 2004 alle 285.550 del 2006.

Fra il 2004 ed il 2005 l'incremento è stato del 15% (di cui il 10% nel privato); fra il 2005 e il 2006 è stato del 2% (di cui il 3% circa a carico del privato, con concomitante riduzione del pubblico).

Nello stesso periodo c'è stato, conseguentemente, anche un incremento di prestazioni riabilitative. Tali prestazioni, al netto delle visite fisiatriche, sono passate da 6,1 milioni circa del 2004 a 6,5 milioni nel 2006.

Dal 2004 al 2006 c'è stata una flessione delle prestazioni rese dal servizio pubblico (- 3,3%), ed un aumento del privato accreditato (+ 13%), che hanno comportato un incremento complessivo del 5,5%. L'andamento della produzione fra pubblico e privato è illustrato nel **grafico 1**.

Fra il 2004 ed il 2005 si è registrato un aumento delle visite, quindi ci si aspettava parimenti un aumento importante del numero di prestazioni, tuttavia questo è stato in parte frenato dalle misure di contenimento della spesa (ad esempio la limitazione della prescrizione a 3 cicli per ricetta).

Nel 2006 le prestazioni hanno mostrato una nuova tendenza incrementale, a carico del privato accreditato, mentre si consolida una flessione nel pubblico.

Sono poi state esaminate le prestazioni di terapia fisica, che dal 2004 al 2006 sono aumentate del 10,4% (**tabella 3**).

Tabella 2

Percentuale di prestazioni riabilitative ambulatoriali in attrazione e fuga per Aree funzionali sovrazonali (AFS). Regione Piemonte. Anno 2006

	Attrazione	Fuga	Saldo
AFS 1	0,5	0,5	0,0
AFS 2	1,8	0,4	- 1,4
AFS 3	3,3	2,4	- 0,9
AFS 4	1,0	5,0	4,0

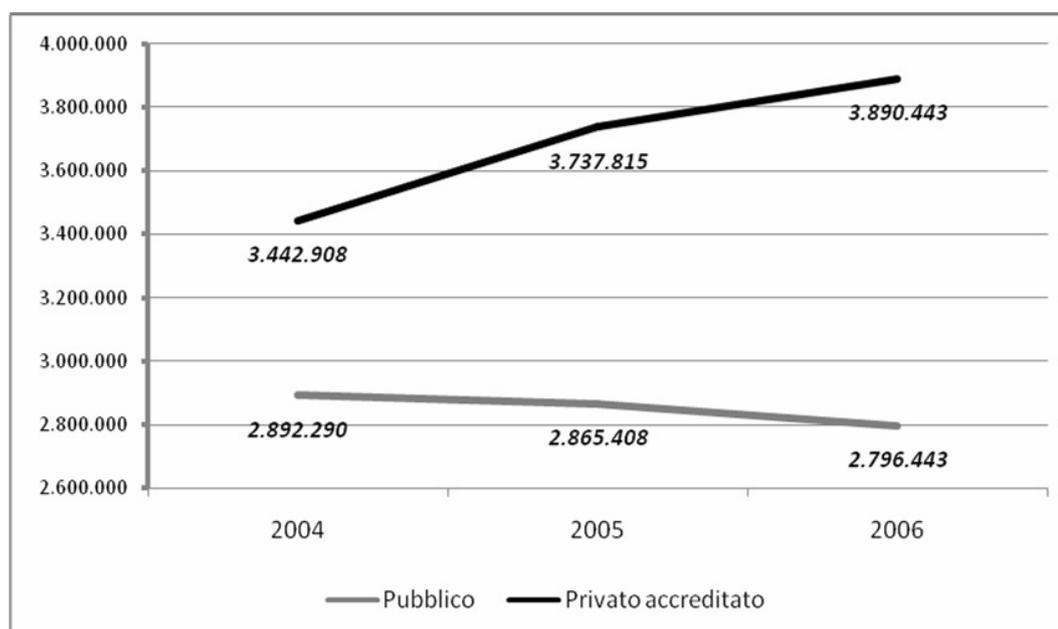


Grafico 1
Prestazioni riabilitative ambulatoriali erogate dal servizio pubblico e dal privato accreditato. Valori assoluti. Regione Piemonte. Triennio 2004-2006

	Pubblico	Privato accreditato
2004	2.892.290	3.442.908
2005	2.865.408	3.737.815
2006	2.796.443	3.890.443

Le strutture private erogano la maggior parte di queste prestazioni, fornendo il 63% del totale nel 2004 fino al 66,1% nel 2006. Parallelamente il servizio pubblico è passato dal 37 al 33,9% nello stesso periodo.

La crescita delle prestazioni di rieducazione nel triennio è stata del 4% circa, per arrivare ad un totale, in valore assoluto, di circa 1,9 milioni nel 2006 (tabella 4).

In questo caso è il pubblico a prevalere sul privato accreditato, per quanto nel triennio il privato sta incrementando la produzione fino a quasi pareggiarla. Infatti, nel 2004 il servizio pubblico erogava le prestazioni di rieducazione per il 55,9% contro il 44,1% del privato, mentre nel 2006 le ha ridotte al 51,4% a fronte di un incremento del privato accreditato al 48,6%.

Le cosiddette «altre prestazioni RRF» non sono numerose, e sono erogate per la maggior parte dal servizio pubblico (tabella 5).

Anche queste, pur decrescendo complessivamente, registrano un progresso nel settore privato.

2.3. Il panorama dell'attività riabilitativa per AFS

Le prestazioni erogate per AFS sono state rapportate alla popolazione. Si sono scelte le visite fisiatriche e le prestazioni per 100 residenti. Ci si è concentrati, in particolare, sulle prestazioni di terapia fisica e di rieducazione, disaggregate fra produzione pubblica e privata accreditata.

Entrando nel merito delle attività per macro-tipologie di prestazioni e per AFS, si evidenzia una disparità distributiva negli anni, in modo costante e crescente, tra l'AFS 1 e le altre AFS.

Tabella 3
Prestazioni di terapia fisica ambulatoriale erogate dal servizio pubblico e dal privato accreditato. Valori assoluti. Regione Piemonte. Triennio 2004-2006

	2004	2005	2006
Pubblico	1.197.662	1.210.878	1.209.660
Privato accreditato	2.038.117	2.258.002	2.362.181
Totale	3.235.779	3.468.880	3.571.841

	2004	2005	2006
Pubblico	1.051.482	1.035.622	1.006.832
Privato accreditato	829.954	897.427	950.180
Totale	1.881.436	1.933.049	1.957.012

Tabella 4

Prestazioni di rieducazione ambulatoriale erogate dal servizio pubblico e dal privato accreditato. Valori assoluti. Regione Piemonte. Triennio 2004-2006

Si sono analizzate le visite fisiatriche, rapportate alla popolazione, per operare confronti fra le diverse AFS (**grafico 2**).

È evidente che le visite fisiatriche sono di gran lunga superiori nell'AFS 1 rispetto al resto del Piemonte, con un valore massimo di 8 visite ogni 100 residenti nell'AFS 1, riscontrato nel 2005 e nel 2006, ad un minimo di 4 visite ogni 100 residenti nell'AFS 3, l'unica realtà che mostra una riduzione nel tempo.

Le prestazioni di terapia fisica, erogate anch'esse in modo difforme fra le diverse AFS, sono quelle che hanno contribuito al maggior incremento, soprattutto nel privato accreditato (**grafico 3**).

Questo tipo di prestazioni mostra la differenza fra AFS 1, con 105,6 prestazioni per 100 residenti nel 2006, e le altre AFS. Si tratta di una quantità 1,4 volte superiore all'AFS 2, e tre volte superiore all'AFS 4.

Anche le prestazioni di rieducazione, rapportate a 100 residenti, sono decisamente superiori nell'AFS 1 rispetto al resto del Piemonte (**grafico 4**).

Le prestazioni per rieducazione nell'AFS 1 sono da 1,2 a 2,8 volte superiori a quanto accade nelle altre realtà.

Nell'AFS 1 la popolazione consuma il 63,5% delle visite regionali, il 67,5% delle prestazioni di terapia fisica ed il 72,3% di quelle di rieducazione. Il fenomeno è molto rilevante proprio nella città di Torino, ancorché vi sia una popolazione generale in con-

Tabella 5

Altre prestazioni riabilitative ambulatoriali* erogate dal servizio pubblico e dal privato accreditato. Valori assoluti. Regione Piemonte. Triennio 2004-2006

	2004	2005	2006
Pubblico	393.470	358.264	332.741
Privato accreditato	40.607	54.921	63.939
Totale	434.077	413.185	396.680

* Le «altre prestazioni RRF» sono: iniezioni intrarticolari, potenziali evocati, valutazioni cliniche, anche del SNC, dei disturbi motori e sensitivi, dei disturbi comunicativi, valutazioni protesiche, valutazioni strumentali, *counseling*, EMG, velocità di conduzione nervosa motoria o sensitiva, bendaggio funzionale, agopuntura.

dizioni di salute tendenzialmente migliori rispetto alle altre AFS, e con meno anziani rispetto al resto delle provincie piemontesi (**grafico 5**).

È indicativo che nell'AFS 1 insistono 21 strutture private accreditate delle 32 totali del Piemonte, a conferma del condizionamento della domanda da parte dell'offerta (**tabella 6**).

2.4. Le tipologie di prestazioni a rischio di utilizzo inappropriato

Si è concordato di considerare, fra le prestazioni utilizzate in modo potenzialmente inappropriato, la «*mobilizzazione della colonna vertebrale, manipolazione della colonna vertebrale*» e la «*mobilizzazione di altre articolazioni, manipolazione incurata di rigidità di piccole articolazioni*». La prima presenta un «uso esagerato», in quanto l'eccesso di tali prestazioni pro capite non è coerente con le indicazioni della letteratura che al contrario prevede un massimo di quattro sedute per paziente 3 volte l'anno e solo a seguito di efficacia documentata del primo ciclo terapeutico ed in presenza di sintomatologia dolorosa acuta.

Il secondo tipo di prestazione è, secondo indicazioni regionali, da utilizzare come voce aggiuntiva alla prestazione «*rieducazione dei disturbi motorio-sensitivi a minore disabilità*» in caso di rigidità persistente» e quindi a rischio di utilizzo come voce «*pass-partout*» per incrementare la valorizzazione della prestazione principale.

Entrambe sono state esaminate distinguendo la produzione fra pubblico e privato accreditato e si è notata una riduzione dell'8,6% nel triennio 2004-2006, sia nel settore pubblico, sia nel privato, ma c'è da considerare che gli ordini di grandezza fra i due erogatori sono diversi. A titolo esemplificativo nel settore pubblico, nel 2006, sono state erogate circa 109.000 prestazioni, mentre nel privato 437.000. Ciò significa che l'80% circa del totale delle prestazioni a rischio di uso inappropriato è rilevabile nel settore privato accreditato e questa percentuale è stata praticamente costante nel triennio considerato.

Il **grafico 6** documenta che la distribuzione percentuale fra erogatori della prestazione «*mobilizzazione della colonna vertebrale, manipolazione della colonna vertebrale*» è a

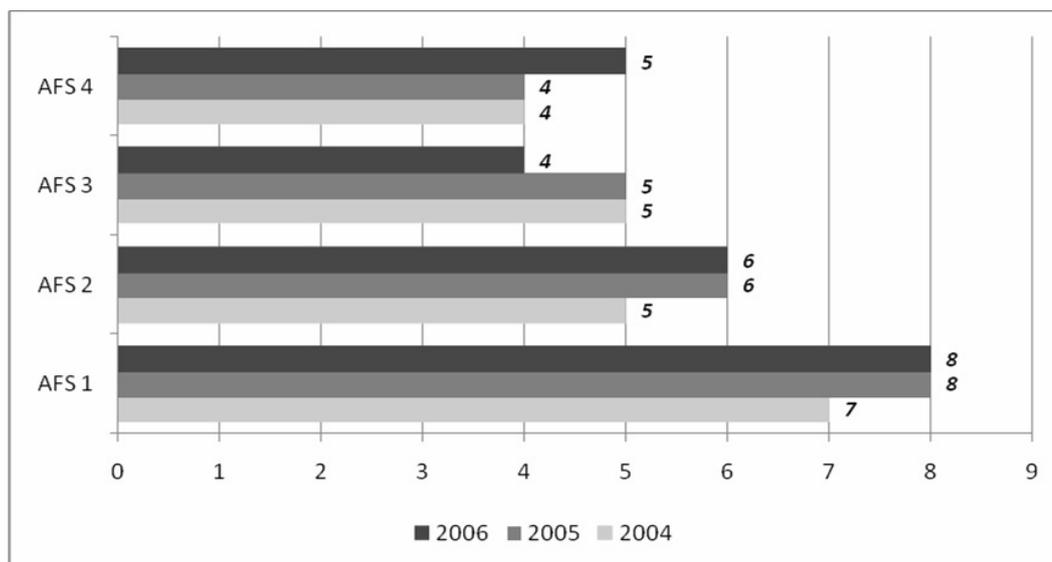


Grafico 2
Visite fisiatriche ambulatoriali per 100 residenti. Ripartizione secondo le AFS. Regione Piemonte. Triennio 2004-2006

	2004	2005	2006
AFS 1	7	8	8
AFS 2	5	6	6
AFS 3	5	5	4
AFS 3	4	4	5

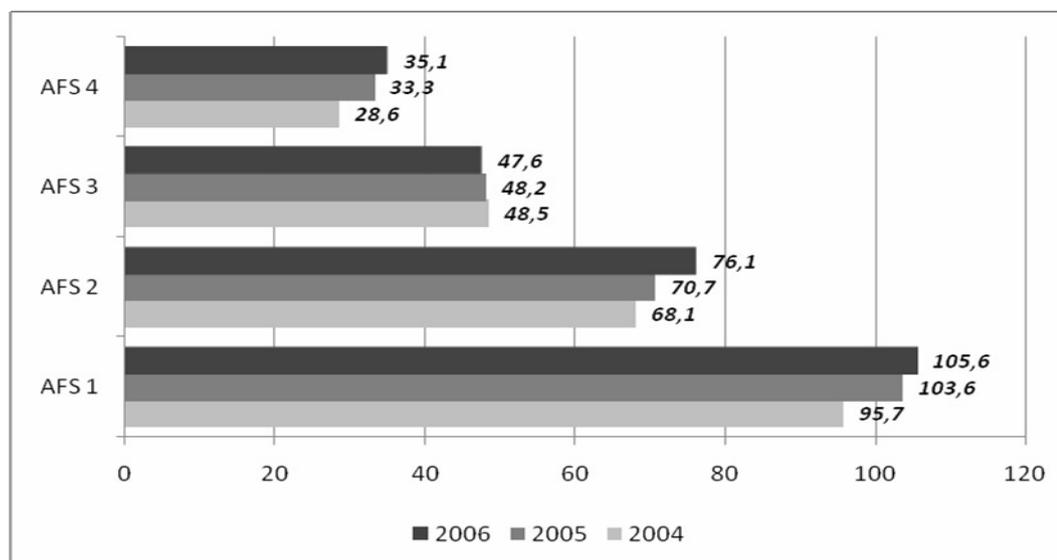
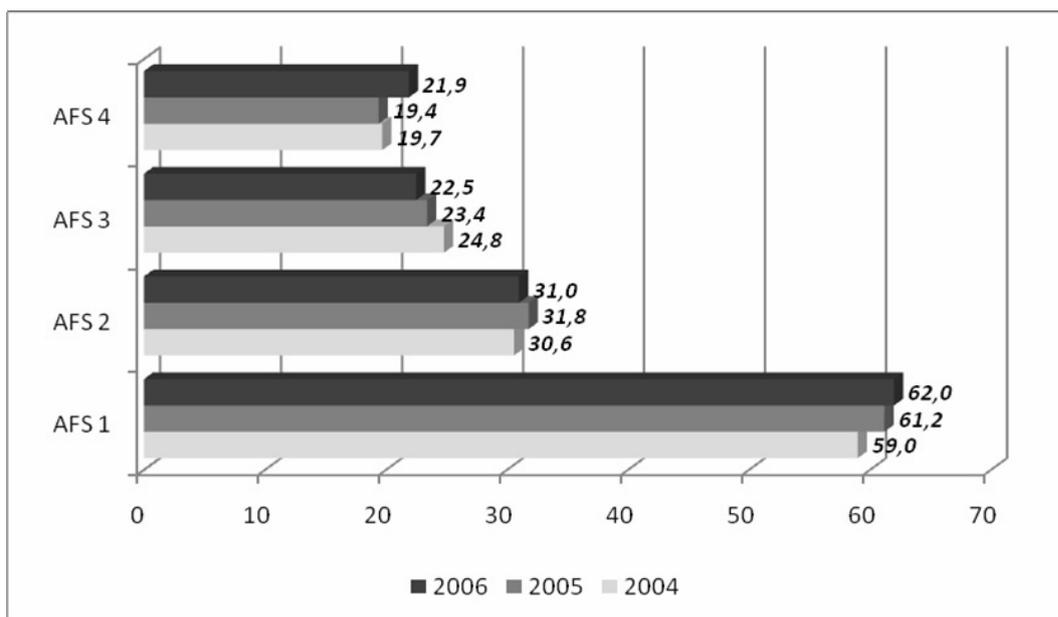


Grafico 3
Prestazioni ambulatoriali di terapia fisica per 100 residenti. Ripartizione secondo le AFS. Regione Piemonte. Triennio 2004-2006

	2004	2005	2006
AFS 1	95,7	103,6	105,6
AFS 2	68,1	70,7	76,1
AFS 3	48,5	48,2	47,6
AFS 4	28,6	33,3	35,1

Grafico 4

Prestazioni ambulatoriali di rieducazione per 100 residenti. Ripartizione secondo le AFS. Regione Piemonte. Triennio 2004-2006



	2004	2005	2006
AFS 1	59,0	61,2	62,0
AFS 2	30,6	31,8	31,0
AFS 3	24,8	23,4	22,5
AFS 4	19,7	19,4	21,9

carico pressoché completamente del settore privato accreditato.

Per questa prestazione si registra una produzione differente secondo i territori. La distribuzione per AFS nel triennio 2004-2006 avvalorata la disomogeneità territoriale, perché le 14,5 prestazioni ogni 100 residenti dell'AFS 1 nel 2006 sono da 3,4 a 24,2 volte superiori alle altre AFS (**grafico 7**).

Ancorché in riduzione nel triennio, l'AFS 1 condiziona la media regionale in quanto contribuisce con quasi il 90% al complesso delle prestazioni erogate dal privato accreditato in tutto il Piemonte.

La prestazione «mobilizzazione di altre articolazioni, manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni» si è rivelata assai meno significativa in termini assoluti, poiché l'ammontare annuo è stato di circa 169.000 prestazioni. In questo caso prevale il servizio pubblico, e la tendenza nel triennio mostra un duplice andamento, con un incremento di produzione del servizio pubblico nel 2005, ma una riduzione successiva, con

progressivo parallelo aumento del privato accreditato.

In termini assoluti la maggior produzione la si riscontra ancora nell'AFS 1, a carico del servizio pubblico, ma verificando il rapporto fra prestazioni per 100 residenti, si evidenzia un maggior contributo da parte del servizio pubblico nell'AFS 3. Nel 2006 il range di prestazioni va da 4 ogni 100 residenti (erogate dal servizio pubblico dell'AFS 3) fino a 4 fra i privati accreditati nella stessa AFS.

2.5. La distribuzione di prestazioni per prevalenza di diagnosi ICD9CM per AFS

Sono state analizzate le prestazioni ambulatoriali per le quali è possibile un confronto fra pubblico e privato accreditato. Quindi, in questo lavoro non si considerano le prestazioni ambulatoriali erogate a pazienti con disabilità maggiori, che nella Regione Piemonte sono di esclusiva competenza pubblica.

Si è verificato che la popolazione, nelle fasce di età 18-64 anni e oltre 64 anni, assorbe

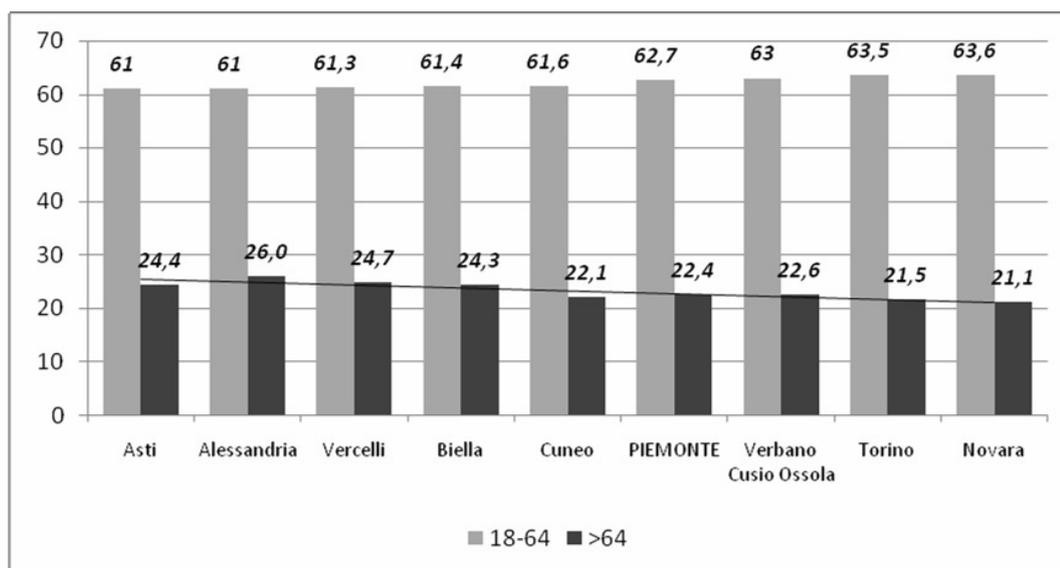


Grafico 5
Percentuale di residenti nelle fasce di età 18-64 anni e > 64 anni per provincia. Regione Piemonte. Dati al 1/1/2007

	18-64	>64
Asti	61	24,4
Alessandria	61	26,0
Vercelli	61,3	24,7
Biella	61,4	24,3
Cuneo	61,6	22,1
PIEMONTE	62,7	22,4
Verbanò Cusio Ossola	63	22,6
Torino	63,5	21,5
Novara	63,6	21,1

la massima parte delle risorse ambulatoriali (rispettivamente il 56,2% ed il 42,4%).

Ci si è concentrati sulla popolazione residente fra 18 e 64 anni per AFS. Sono state selezionate le prime 20 diagnosi del 2006, che comportano più dell'80% di tutte le prestazioni per questa fascia di età.

Le diagnosi relative alle prestazioni sono state poi raggruppate secondo le macroaggregazioni ICD9 715-784 (patologie ortopedico-reumatologiche) e ICD9 812-847 (patologie traumatologiche). Sono state considerate tutte le prestazioni, ad esclusione delle visite (tabella 7).

In ogni realtà territoriale si evidenzia l'assoluta prevalenza del raggruppamento delle patologie ortopedico-reumatologiche. Mentre per il servizio pubblico c'è una certa omogeneità della distribuzione percentuale nelle diverse AFS, fra gli erogatori privati ci sono picchi nell'AFS 2 e 4 che arrivano ad

oltre il 93%. Queste sono disabilità di tipo 5 o 6, per patologie croniche stabilizzate, di entità contenuta o minimale.

Si è utilizzato un indice *proxy*, mettendo in relazione le visite secondo le diagnosi con le prestazioni erogate per quelle stesse diagnosi.

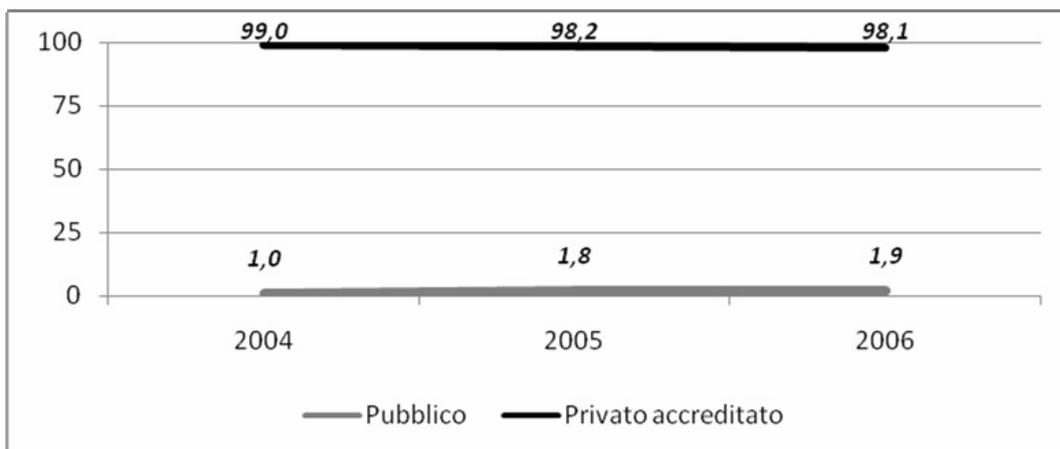
Si è visto che da ogni visita per patologie ortopedico-reumatologiche (es. entesopatie, spondilosi e artrosi, patologie di muscoli ten-

Tabella 6
Strutture ambulatoriali di riabilitazione private accreditate e private pure per AFS. Regione Piemonte. Marzo 2008

	Private accreditate	Private	Totale
AFS 1	21	23	44
AFS 2	7	13	20
AFS 3	1	10	11
AFS 4	3	11	14
Totale	32	57	89

Grafico 6

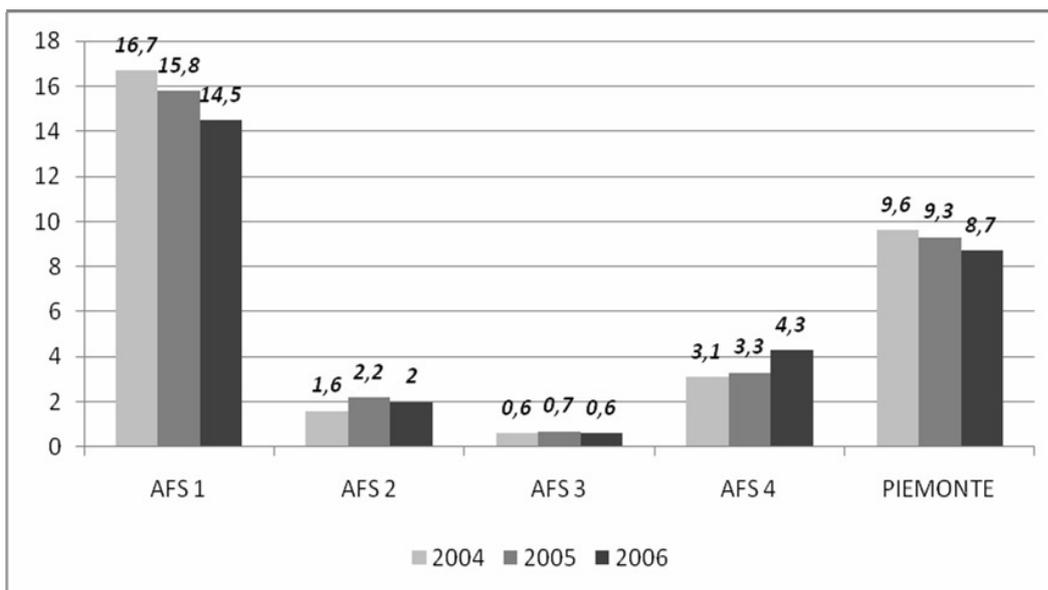
Prestazioni di mobilizzazione della colonna vertebrale erogate dal servizio pubblico e dal privato accreditato. Ripartizione percentuale. Regione Piemonte. Triennio 2004-2006



	Pubblico	Privato accreditato
2004	1,0	99,0
2005	1,8	98,2
2006	1,9	98,1

Grafico 7

Prestazioni di mobilizzazione della colonna vertebrale per 100 residenti secondo le AFS. Regione Piemonte. Triennio 2004-2006



	2004	2005	2006
AFS 1	16,7	15,8	14,5
AFS 2	1,6	2,2	2,0
AFS 3	0,6	0,7	0,6
AFS 4	3,1	3,3	4,3
PIEMONTE	9,6	9,3	8,7

dini e fasce, ecc.) emerge un diverso comportamento fra pubblico e privato secondo le AFS. Infatti, mentre nell'AFS 2 il rapporto prestazioni/visite è simile fra servizio pubblico e privato accreditato, esso è leggermente superiore nell'AFS 4 nel caso del privato.

Le maggiori differenze si riscontrano nell'AFS 3 e nell'AFS 1, dove il privato eroga prestazioni con valori da 5 volte fino a 38 volte superiori. Nell'AFS 3, tuttavia, insiste una sola struttura privata accreditata, mentre nell'AFS ce ne sono 21, quindi i volumi complessivi sono evidentemente differenti. Un esempio è il numero di prestazioni in relazione alle visite per una patologia molto frequente come quella artrosica: nel servizio pubblico dell'AFS 1 da una visita derivano mediamente 17,3 prestazioni, nel privato accreditato ne scaturiscono 127,7.

Si sono successivamente considerate le patologie traumatologiche in quanto si presume che da ogni visita debba scaturire un maggior numero di prestazioni rispetto alle altre, ancorché gli eventi siano in numero inferiore rispetto a quelli ortopedico-reumatologici.

Per queste diagnosi c'è un comportamento simile nel servizio pubblico delle 4 AFS, mentre fra le strutture private ci sono differenze importanti, evidenti nuovamente nell'AFS 1.

Le prestazioni traumatologiche ai pazienti nella fascia di età 18-64 anni in ordine di frequenza sono:

847 (*distorsione e distrazione di altre e non specificate parti del dorso*)

845 (*distorsione e distrazione della caviglia e del piede*)

823 (*frattura della tibia e del perone*)

813 (*frattura del radio e dell'ulna*)

812 (*frattura dell'omero*).

Anche per il complesso di queste cinque diagnosi si sono messe in relazione le visite con le prestazioni. Nell'anno considerato si è confermata la sproporzione fra l'AFS 1, dove ad una visita seguono 49 prestazioni, e gli altri territori: si sono registrate 31 prestazioni nell'AFS 3, 25 nell'AFS 4 e 20 nell'AFS 2 (**grafico 8**).

Le prestazioni per le cinque diagnosi considerate sono erogate in modo trascurabile (6-7%) dal privato accreditato nelle AFS 2,

	% prestazioni ortopedico reumatologiche	
	PUBBLICO	PRIVATO
AFS 1	74,8	76,2
AFS 2	77,8	93,0
AFS 3	76,7	86,6
AFS 4	75,4	93,8
Totale	75,9	78,0

% prestazioni traumatologiche	
PUBBLICO	PRIVATO
18,2	23,8
19,8	5,8
17,8	8,9
21,2	3,8
19,0	21,7

3 e 4. Nell'AFS 1 il privato supera la produzione pubblica per le sole diagnosi di distorsione (codici 847 e 845), contribuendo per l'85,1% del totale in questa realtà.

Si è infine raffinato un dettaglio, esaminando la sola diagnosi codificata come 847 (*distorsione e distrazione di altre e non specificate parti del dorso*).

Nel 2006 le prestazioni erogate ai residenti età 18-64 anni per questa diagnosi, per AFS, mostrano quadri diversi secondo i territori. La percentuale di visite di AFS 1 è il 72,3% del totale regionale.

Le visite dell'AFS 1 comportano mediamente 51 prestazioni pro capite e l'86% di queste è fornito dal privato.

Nell'AFS 2 le visite comportano 16 prestazioni pro capite, effettuate nel 92% in strutture pubbliche e nell'8% in quelle private. Questa distribuzione delle prestazioni tra pubblico e privato (92 e 8%) si conferma nell'AFS 3 dove ogni visita comporta 25 prestazioni.

19 prestazioni pro capite derivano dalle visite dell'AFS 4, e queste prestazioni sono erogate dal servizio pubblico nell'87,4%.

La difformità di comportamento fra le AFS risalta quindi non solo esaminando i macroaggregati, ma anche considerando singole diagnosi.

3. Conclusioni

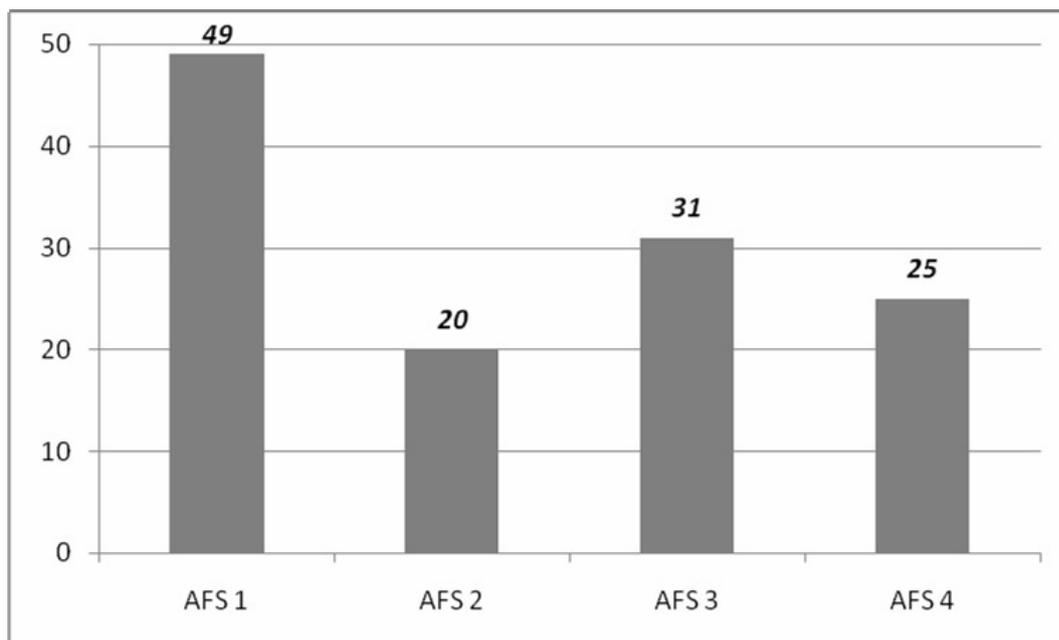
Le diverse prospettive di valutazione dimostrano che la domanda è soddisfatta all'interno delle AFS, ma in ogni tipo di indagine si conferma uno squilibrio dell'offerta e dei consumi fra i diversi territori. Anche l'utilizzo di prestazioni potenzialmente inappropriate è localizzato in maggior misura nell'AFS 1.

Tabella 7

Percentuale di prestazioni secondo principali raggruppamenti sulle prime 20 diagnosi e secondo gli erogatori per i residenti fra 18 e 64 anni e per AFS. Regione Piemonte. Anno 2006

Grafico 8

Numero medio di prestazioni derivanti da una visita*.
Ripartizione per AFS.
Regione Piemonte.
Anno 2006



	Prest./visita
AFS 1	49
AFS 2	20
AFS 3	31
AFS 4	25

* Visite con diagnosi di tipo traumatologico (ICD9-847-845-823-813-812)

Da questo tipo di analisi emerge che la riabilitazione ambulatoriale nella Regione Piemonte non necessita tanto di un'implementazione di prestazioni, quanto piuttosto di una rivisitazione organizzativa ed in termini di qualità (Donabedian, 1997).

Il gruppo di lavoro regionale ha quindi prodotto un documento che si è poi tradotto in una deliberazione di Giunta dell'aprile del 2007 dal titolo «Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte - Prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali».

I principi della riorganizzazione vertono su una visione in rete dei servizi pubblici e privati accreditati, tale che il paziente abbia la garanzia di essere seguito lungo tutto l'iter che va dalla diagnosi al termine del trattamento, superando l'approccio per patologia di organo e operando secondo le disabilità prevalenti.

Una delle novità del provvedimento regionale è relativa all'individuazione del garante del percorso riabilitativo nello specialista in medicina fisica e riabilitazione della struttura complessa di Recupero e rieducazione funzionale (RRF) dell'Asl di appartenenza del paziente. I percorsi sono promossi e supportati dal Distretto, attraverso le sue funzioni di programmazione, di sviluppo delle reti assistenziali, e dei sistemi di valutazione di *outcome* (Wilkerson *et al.*, 2000; Bernardini *et al.*, 2006). Le attività riabilitative prevedono una presa in carico globale della persona e lo strumento è il progetto riabilitativo individuale, articolato in uno o più programmi e attuato in modo interdisciplinare ed interprofessionale (Basaglia, 2002).

In coerenza con le indicazioni internazionali di letteratura (Donabedian, 1992), oltre che con le norme nazionali e regionali, in ogni Azienda sanitaria si prevedono percorsi

predefiniti di continuità assistenziale, in rete fra ospedale e territorio e disabilità-dipendenti, che possano offrire risposte diversificate in relazione alle diverse caratteristiche e complessità dei casi (Basaglia, Pace, 1995; Salvia *et al.*, 2004; Barat, Franchignoni, 2004). Sono previste attività diffuse di primo e secondo livello in ogni Asl, ed attività di terzo livello in ciascuna AFS secondo le diverse peculiarità, frequenza e complessità delle disabilità, che si traducono in un uso modulato delle risorse sanitarie.

La del. G. reg. n. 10-5605 del 2 aprile 2007 è una deliberazione quadro, orientata a delineare i principi e gli sviluppi futuri. Rendendosi necessari gli strumenti applicativi,

nello stesso anno un altro provvedimento regionale ha definito nuovi obiettivi per il gruppo di lavoro, relativi a nuovi strumenti ed indicatori di controllo e verifica.

Indubbiamente occorre investire ancora in termini di EBM, poiché l'eterogeneità e la molteplicità dei quadri ha reso abbastanza difficoltoso fino ad ora delineare puntualmente l'appropriatezza delle singole prestazioni rispetto alle disabilità derivanti da specifiche patologie e/o sintomatologie.

Si ritiene, pertanto, che questa sia una scelta utile ad un ripensamento delle attività riabilitative ambulatoriali, anche in relazione all'imminente emanazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza.

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

- AMBROSINO N., BAZZINI G., CORBELLI F., FRANCHIGNONI F., GIANNUZZI P., RAMPOLLA C., VITACCA M. (1997), *Percorsi valutativi e terapeutici in medicina riabilitativa. Linee guida operative*, Fondazione Salvatore Maugeri.
- BARAT M., FRANCHIGNONI F. (2004), «Views and Perspectives. Advances in Rehabilitation», *Assessment in Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 16, pp. 45-78, Maugeri Foundation Books, Pavia.
- BASAGLIA N., PACE P. (1995), «Il miglioramento della qualità in medicina riabilitativa», in N. Basaglia, P. Pace, *Valutazione e qualità dell'assistenza in medicina riabilitativa*, Gnocchi-Idelson Editore, Napoli.
- BASAGLIA N. (a cura di) (2002), *Progettare la riabilitazione. Il lavoro in team interprofessionale*, EdiErmes, Milano.
- BERNARDINI B., BELLELLI G., PAGANI M., GUAITA A. (2006), «Definizione e implementazione di una cartella clinica per la riabilitazione. I Luoghi della Cura», *Gruppo Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) della Lombardia*, Anno IV, n. 4.
- BOZZOLINI G. (2001), «La gestione della riabilitazione pubblica o privata?», *Difesa Sociale*, 3, pp. 93-96.
- CIRCOLARE (2004) n. 13401/DO28/28.5 del 10/9/2004 «Aggiornamento del Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale».
- DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE (22 febbraio 2000), n. 616-3149 «Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione».
- DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE (22 ottobre 2007), n. 136-39452.
- DEL. G. REG. PIEMONTE (2/8/1999) n. 40/28002, «Approvazione direttive alle ASR per le attività di RRF».
- DEL. G. REG. 1° luglio 2002 n. 49-6478 «Linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale».
- DEL. G. REG. PIEMONTE (26/7/2004) n. 73-13176, «Aggiornamento del Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili, nell'ambito de SSR, dalle strutture pubbliche e equiparate, dalle strutture sanitarie e dai professionisti accreditati e provvisoriamente accreditati».
- DEL. G. REG. PIEMONTE (2006) n. 43-2860 del 15 maggio.
- DEL. G. REG. PIEMONTE (2007) n. 10-5605 del 2 aprile «Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte - Prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali».
- DEL. G. REG. PIEMONTE (24/10/2007) n. 13740212 «Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010».
- DEL. G. REG. (7 Aprile 2006), «Approvazione del "Piano Sanitario Nazionale" 2006-2008» (G.U. n. 139 del 17 giugno 2006).
- DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE REGIONALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA della Regione Piemonte (18.09.2006) n. 208.
- DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE DELL'ASSESSORATO ALLA TUTELA DELLA SALUTE E SANITÀ della Regione Piemonte (22/10/2007) n. 26.
- DONABEDIAN A. (1992), «Quality Assurance. Structure, process and outcome», *Nurs. Stand.*, 7, pp. 4-5.
- DONABEDIAN A. (1997), «The quality of care. How can it be assessed», *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 121, pp. 45-50.

- MENICETTI M. (2008), *Riabilitare in ospedale. Profili di assistenza*, EdiErmes editore, Milano.
- MININNI N. (2000), «L'etica dell'appropriatezza e l'appropriatezza dell'etica», *Ital. Heart. J. Suppl.*, 1 (4), pp. 543-546.
- MINISTRO DELLA SANITÀ PER LE ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE (1998), *Linee-guida*, GU 30 maggio, n. 124.
- MONTANELLI R., GERZELI L. (2001), «Introduzione agli studi di costo sociale in sanità», *Reumatismo*, 53(1), pp. 68-74.
- NEW ZEALAND GUIDELINES GROUP (October 2003), Best-practice evidence-based guideline, Assessment processes for older people.
- PIEMONTEINCFRE. (2007) Annuario Statistico Regionale, http://www.piemonteincifre.it/set_i.html.
- PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI (2006), Comitato Nazionale per la Bioetica, Bioetica e Riabilitazione, 17/3/2006, http://www.governo.it/bioetica/testi/BIOETICA_riabilitazione.pdf.
- PROVINCIA DI TORINO (2001), Relazione sullo Stato di Salute nella Provincia di Torino, http://www.provincia.torino.it/salute/studi/relazione_salute/index.htm.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA (2008), «Linee Guida della Regione Emilia-Romagna» www.geocities.com/HotSprings/3385/acuta.html?200828.
- SALVIA A., REBELLA V., PAPALIA F., AMATO S. (2004), «Appropriatezza e qualità delle prestazioni riabilitative», *G Gerontol.*, 52, pp. 211-217.
- SPANDONARO F., MENNINI F.S., ATELLA V. (2004), «Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano», *Politiche Sanitarie*, 5, pp. 27-32.
- WADE D.T. (2003), «Outcome measures for clinical rehabilitation trials: impairment, function, quality of life, or value?», *Am J Phys Med Rehabil.*, 82(10 Suppl), pp. S26-31.
- WILKERSON D., MIGAS N., SLAVEN T. (2000), «Outcome-oriented standards and performance indicators for substance dependency rehabilitation programs, Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF)», *Subst Use Misuse*, 35(12-14), pp. 1679-703.

La specialistica ambulatoriale nell'Azienda UsI di Bologna: prime evidenze di uno studio

I. CASTALDINI, A. DANIELLI, L. GRAZIA, A. PROTONOTARI, A. RENOPI

The National Health Service must grant a fair and simple access to out-patient care. The health performance has to be supplied within an acceptable time, adequate to the clinical issue. The Local Health Authority of Bologna has analyzed the offer and use of the outpatient care service. The results point out a wide and well-constructed system satisfying people's needs and demands, but with a marked difference in specific areas, and a direct relation between health service offer and use. It has emerged that two profiles of consumer prevail: an elderly, fragile citizen with chronic illness, eager to find his/her health problems at local level, the other well-informed and willing to travel to other areas to find appropriate treatment.

Keywords: ambulatory care, supply-induced demand

Parole chiave: specialistica ambulatoriale, densità di offerta, indice di consumo

Note sugli autori

Azienda UsI di Bologna
Adalgisa Protonotari è direttore dell'Unità operativa Programmazione sanitaria e project management; Lucia Grazia, Ilaria Castaldini, Alessandra Renopi lavorano presso l'Unità operativa Programmazione sanitaria e project management; Alessandra Danielli è responsabile dell'Unità operativa Flussi informativi

1. Introduzione

L'assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta la più diffusa modalità di accesso al Servizio sanitario nazionale, con oltre un miliardo di prestazioni erogate ogni anno, di cui 858 milioni di laboratorio (Ministero della Salute, 2005). Le scelte che si stanno operando vanno verso la diffusione di modelli alternativi al ricovero, quali l'Osservazione breve intensiva affiancata al Pronto soccorso e il *day service* ambulatoriale medico e chirurgico. La profonda trasformazione dell'ospedale, che si connota sempre più come struttura specializzata, ad alta intensità tecnologica e ad elevato grado di sapere, dedicata alla fase acuta della malattia, sta spostando l'intervento clinico e assistenziale sempre più verso il domicilio del paziente. Nella Regione Emilia Romagna (RER), attraverso la crescita culturale ed organizzativa dei Nuclei di cure primarie, si sta realizzando una valorizzazione dell'Assistenza domiciliare con una maggiore presa in carico del cittadino sul territorio. Di conseguenza, si sta verificando una progressiva riduzione del tasso di ospedalizzazione e un incremento delle dimissioni protette che hanno permesso di ridurre la degenza media del ricovero. Contemporaneamente, però, si è registrato un aumento considerevole dell'attività specialistica ambulatoriale, che dal 2002 è cresciuta del 23%, con un incremento ancora più significativo (55,8%) del valore corrispondente. Questo è collegato alla revisione del Nomenclatore tariffario regionale e al progresso tecnologico che ha consentito di potenziare le prestazioni di diagnostica complessa e trasferire in *day service* ambulatoriale¹ alcuni trattamenti chirurgici prima effettuati in re-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Materiale e metodi
3. Risultati
4. Discussione

gime di *day hospital*. Complessivamente, si tratta di un volume di oltre 76 milioni di prestazioni, di cui 58 milioni di laboratorio, che richiede un attento monitoraggio e governo, affinché non si verifichino criticità sul sistema dell'accesso.

L'erogazione dell'attività entro tempi appropriati costituisce una componente fondamentale del percorso di diagnosi e cura, a garanzia del diritto dei cittadini ad accedere ai livelli essenziali di assistenza. È, però, noto come, nelle organizzazioni sanitarie avanzate, con sistemi di *welfare* pubblici che assicurano la copertura universale delle prestazioni, i lunghi tempi delle liste di attesa rappresentino un problema che ancora non ha trovato soluzioni adeguate. La difficoltà nell'individuare modalità di intervento risolutive è in gran parte attribuibile all'eterogeneità dei contenuti da affrontare e dei soggetti coinvolti nelle possibili azioni di razionalizzazione dell'offerta di prestazioni e di qualificazione della domanda. Pertanto, è necessario agire contemporaneamente sul sistema dell'offerta e sull'appropriatezza della richiesta, in una logica di programmazione non più settoriale, ma di sistema.

Anche per l'Azienda unità sanitaria locale (Ausl) di Bologna il tema dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale presenta alcune criticità. L'Azienda, che si colloca al centro della Regione Emilia Romagna, ha una popolazione di 836.511 residenti distribuiti su 50 comuni. Il territorio è per il 26% montuoso, per il 30% collinare e per il 44% pianeggiante, con una densità di popolazione che va da 21 abitanti per Km² del Comune montano di Camugnano a 2.646 del Comune di Bologna. Quasi un quarto della popolazione è costituito da anziani (200.847 ultrasessantacinquenni) e il 7% da grandi anziani (80 anni e più). I sei Distretti sanitari in cui è articolata l'azienda comprendono aree territoriali fortemente differenziate dal punto di vista orografico e socio-demografico. Il Distretto Città di Bologna che coincide con l'area del Comune di Bologna, come tutte le aree metropolitane, ha una popolazione con caratteristiche sociali ed economiche diversificate: una elevata percentuale di anziani, tanti studenti universitari, una quota rilevante di stranieri in parte non regolarmente registrati, molte famiglie monocomponenti. Ha il livello culturale ed

economico più avanzato, ma allo stesso tempo più disomogeneo, formato da un tessuto sociale prevalentemente benestante, attorno al quale stanno progressivamente crescendo fasce di povertà ed emarginazione. In questo Distretto sono concentrati i quattro ospedali più importanti della Provincia: gli Ospedali Maggiore e Bellaria, il Policlinico Universitario Sant'Orsola Malpighi e l'Istituto Ortopedico Rizzoli e 9 degli 11 Ospedali Privati accreditati presenti sul territorio dell'Ausl. I Distretti di San Lazzaro di Savena e Casalecchio di Reno sono collinari, con una popolazione che ha caratteristiche simili a quella cittadina, anche perché in parte ubicata nei comuni che comprendono il territorio della cintura metropolitana, della quale utilizzano i servizi. Entrambi, però, sono caratterizzati anche da zone isolate a scarsa viabilità. I Distretti Pianura Est e Pianura Ovest sono collocati su un territorio totalmente pianeggiante sul quale progressivamente si sta trasferendo la popolazione giovane di Bologna, perché il costo di acquisto delle case è notevolmente inferiore. Il Distretto di Porretta Terme è, invece, esclusivamente montano e costituito da valli con una viabilità difficoltosa. Ha uno sviluppo culturale ed economico più rallentato, un costante incremento dei cittadini extracomunitari, che qui trovano facilità di locazione abitativa, e presenta un spostamento pendolare dei residenti verso il capoluogo per motivi di lavoro e studio. Ciascuno dei cinque Distretti più piccoli ha al proprio interno un Ospedale pubblico (il Distretto Pianura Est ne ha due) di ridotte dimensioni.

L'offerta di servizi sanitari e sociosanitari aziendali a gestione diretta è estremamente varia e articolata: 9 stabilimenti ospedalieri (1.869 pl), 43 posti in Hospice, 8 sedi di Pronto soccorso, 46 strutture eroganti specialistica ambulatoriale, 41 Nuclei di cure primarie con 634 Medici di medicina generale e 114 Pediatri di libera scelta, 3.145 posti per anziani in strutture residenziali e semiresidenziali, 284 posti residenziali per la salute mentale e una rete capillare di servizi della sanità pubblica; quasi 9.000 operatori per un bilancio di oltre 1.660 mln di euro. L'offerta di servizi è completata da altre importanti strutture sanitarie pubbliche presenti sul territorio, con le quali esistono rapporti di *partnership* (l'Azienda Ospedaliero-Uni-

versitaria Sant'Orsola-Malpighi e l'Istituto Ortopedico Rizzoli) e numerose strutture private accreditate che erogano attività di specialistica ambulatoriale e ricovero.

La produzione di specialistica ammonta a quasi 15 milioni di prestazioni (oltre 10.500.000 di laboratorio), così ripartite: 47% erogate dalle strutture aziendali, 33% dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola-Malpighi, 17% dalle strutture private e 3% presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Nonostante la disponibilità di un'offerta consistente², il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni indicate nel piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008 (Intesa della Conferenza permanente per i rapporti Stato Regioni 28/3/2006) ed ampliate dalla Regione Emilia Romagna (Piano regionale sul Contenimento dei tempi di attesa del. G. reg. 1532/2006) evidenziava alcune aree problematiche.

L'esigenza di assicurare trasparenza e semplicità al sistema di accesso alle prestazioni per tutti i cittadini, entro tempi coerenti con i parametri di performance istituzionali e con modalità che soddisfino il principio di appropriatezza clinica ed organizzativa e di economicità nell'uso delle risorse, ha, quindi, richiesto uno studio approfondito delle dinamiche che influenzano l'utilizzo della specialistica ambulatoriale. È stata, pertanto, realizzata un'analisi approfondita su tipologia, quantità e distribuzione delle prestazioni offerte ed erogate ai cittadini residenti nelle strutture presenti sui singoli territori, con esame dei flussi di mobilità in entrata e in uscita anche fra i vari distretti.

2. Materiale e metodi

Le precedenti esperienze di analisi non erano state in grado di cogliere in modo esauriente i vari aspetti inerenti il tema della domanda e dell'offerta avendo utilizzato come classificatore delle prestazioni solo le Discipline ministeriali. La disciplina, infatti, non è un attributo della prestazione, ma dell'erogatore del quale identifica l'ambito specialistico di attività. Si tratta, quindi, di un tipo di aggregazione non adeguato a rappresentare la composizione di un *mix* di prestazioni. Pertanto, in questo studio, per

cogliere gli elementi rilevanti che incidono sul sistema della specialistica ambulatoriale, all'analisi sulle Discipline si è associata quella sui raggruppamenti omogenei individuati nella *classificazione FA-RE³* (tabella 1) in uso nella Regione Emilia Romagna. Questo sistema di aggregazione, partendo dal Nomenclatore tariffario regionale, distribuisce le prestazioni specialistiche in cinque gruppi principali: *visite, diagnostica, laboratorio, terapeutiche e riabilitazione*. Ciascuna di queste categorie è poi suddivisa in ulteriori sottogruppi (fino a quattro posizioni), creando una struttura ramificata nella quale ogni prestazione viene attribuita, in maniera univoca, ad una categoria. In questo lavoro si è utilizzato il primo livello di aggregazione, per una visione di sintesi, e il terzo per un maggiore grado di dettaglio.

L'associazione dei due sistemi di classificazione ha consentito di mettere a fuoco in modo preciso sia la tipologia delle prestazioni che l'ambito nel quale sono state erogate. Ha offerto da un lato una visione unitaria su prestazioni che possono essere erogate trasversalmente a diverse discipline (tipico esempio sono le ecografie) e dall'altro, nell'ambito di ogni disciplina, ha permesso di cogliere le differenze di *mix* dovute a condizioni logistiche, dotazione in attrezzature, livello di specializzazione non omogenei nei vari poliambulatori.

Le informazioni necessarie sono state attinte da diverse fonti e precisamente:

– *database Cup 2000* per i posti offerti in prenotazione (posti complessivamente offerti per singola settimana, per ogni struttura, branca specialistica, unità erogante ed agenda). Si tratta di un applicativo per il governo elettronico delle liste di attesa e per l'accesso ai servizi sanitari utilizzato dal Centro unico di prenotazione provinciale (Cup);

– *procedura Asa regionale* per le prestazioni prodotte nelle strutture private e pubbliche non aziendali. In quanto con la delibera di Giunta regionale n. 1296/1998 «Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'istituzione del sistema informativo» è stato istituito il *sistema informativo dell'Assistenza specialistica ambulatoriale (Asa)*, quale strumento per la rilevazione sistematica delle informazioni

Tabella 1
Raggruppamenti regionali FA-RE

FA-RE 1° livello	FA-RE 2° livello	FA-RE 3° livello
Diagnostica	D. con radiazioni D. senza radiazioni Biopsia Altra diagnostica	Radiologia tradizionale RX Tac Diagnostica vascolare Medicina nucleare Ecografia Ecocolordoppler Elettromiografia Endoscopia RM Altra diagnostica strumentale Biopsia Altra diagnostica
Laboratorio	Prelievi Chimica clinica Ematologia/coagulazione Immunoematologia e trasfusionale Microbiologia/virologia Anatomia ed istologia patologica Genetica/citogenetica	Prelievo sangue venoso Prelievo sangue arterioso Prelievo sangue capillare Prelievo sangue microbiologico Prelievo citologico Chimica clinica di base Chimica clinica Ematologia/coagulazione di base Ematologia/coagulazione Immunoematologia e trasfusionale di base Immunoematologia e trasfusionale Microbiologia/virologia di base Microbiologia/virologia Anatomia ed istologia patologica Genetica/citogenetica
Riabilitazione	Riab. diagnostica Riab. e rieducazione funzionale Terapia fisica Altra riabilitazione	Riab. diagnostica Riab. e rieducazione funzionale Lea No Lea Altra riabilitazione
P. terapeutica	Radioterapia Dialisi Odontoiatria Trasfusioni Chirurgia ambulatoriale Altre prestazioni terapeutiche	Radioterapia Dialisi Odontoiatria Trasfusioni Chirurgia ambulatoriale Altre prestazioni terapeutiche
Visita	Prima visita Visita di controllo Osservazione breve intensiva	Prima visita Visita di controllo Osservazione breve intensiva

anagrafiche e amministrative e sanitarie inerenti le prestazioni erogate;

– *Datawarehouse aziendale* per le prestazioni prodotte nelle strutture dell'azienda.

Dall'analisi sono state escluse alcune tipologie di prestazioni e/o discipline che per le particolari caratteristiche di erogazione dovranno essere analizzate con uno studio specifico:

- Laboratorio analisi: Disciplina 100;
- Pronto soccorso: Disciplina 106;

– Prestazioni effettuate nei consultori familiari.

Sono state, inoltre, escluse le prestazioni erogate in regime di libera professione.

Si è scelto di rappresentare mediante mappa sia la struttura complessiva dell'offerta dei Servizi che erogano specialistica ambulatoriale sul territorio dell'Azienda Usl, che l'intensità del ricorso alla specialistica dei residenti nelle diverse aree dell'azienda. Questa modalità, con una rappresentazione grafica semplificata dello spazio, ha consentito

di tradurre con efficacia ed immediatezza un gran numero di informazioni che sarebbero state di difficile lettura tramite l'utilizzo di sole tabelle.

L'analisi descrittiva della dislocazione geografica dei servizi è stata realizzata con un Sistema informativo geografico (Gis)⁴, utilizzando mappe qualitative (così chiamate in quanto rappresentano la distribuzione territoriale dei servizi) e differenziando la tipologia della struttura: ospedaliera pubblica, territoriale pubblica, privata.

Per analizzare l'offerta, in analogia con altri studi presenti in letteratura, come unità elementare di rilevazione è stato utilizzato il singolo *Punto di offerta* (Pedrelli, 2002 e Regione Emilia Romagna, 2004), che corrisponde alla presenza di una disciplina presso una struttura pubblica o privata, a prescindere dal numero di prestazioni effettivamente erogate nella struttura. Rapportando i punti di offerta presenti su un dato territorio alla popolazione residente nello stesso è stata calcolata la *Densità assoluta dell'offerta (Dao)*.

Per confrontare correttamente le diverse realtà distrettuali è stato necessario applicare un sistema di pesatura (*Punti di offerta pesati*), costruito rapportando il numero di prestazioni erogate in ogni punto di offerta con la media regionale di ogni disciplina, posta uguale a 1; in questo modo i punti di offerta vengono standardizzati in base alla loro produttività. Rapportando i Punti di offerta pesati di un distretto alla sua popolazione è stata ottenuta la *Densità dell'offerta pesata (Dop)*.

Il ricorso alla specialistica ambulatoriale è stato analizzato attraverso l'*indice di consumo*, che è dato dal rapporto fra numero di prestazioni utilizzate da una popolazione e la sua numerosità. Per confrontare indici di popolazioni differenti, è stato eliminato l'effetto della diversa composizione per età, operando una standardizzazione con il metodo diretto. L'*indice di consumo standardizzato (ICS)*, così calcolato, è una media ponderata degli indici specifici di consumo delle prestazioni ambulatoriali per età, in cui, per ogni età, i coefficienti di ponderazione sono ottenuti da una popolazione tipo scelta come riferimento. In analogia con le elaborazioni diffuse periodicamente dalla nostra Regione, come popolazione tipo, per la standardizzazione degli indici, si è presa quella residente

in Emilia Romagna al 1° gennaio 2005. L'Indice di consumo standardizzato è servito per confrontare il livello di utilizzo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale fra la Regione Emilia Romagna, l'Azienda, i Distretti e i Comuni. Sui Comuni l'indice è stato rappresentato con mappe quantitative «coropletiche», nelle quali una diversa colorazione dei poligoni è stata associata ai valori statistici assunti dalle aree geografiche, applicando come *cut-off* il metodo «Natural Breaks». Questo si basa sulla tecnica di ottimizzazione di Jenks e si costruisce massimizzando le differenze tra le classi e minimizzando le differenze all'interno delle stesse. In questo modo, le classi vengono calcolate sulla base delle discontinuità più significative nella distribuzione di frequenza e coincidono con i raggruppamenti naturalmente presenti nei dati.

Nell'ambito dell'offerta, come indicatore della capacità di attrazione delle strutture di ogni distretto, è stato preso in esame l'*indice di dipendenza delle strutture del distretto dalla popolazione*, che esprime percentualmente la provenienza degli utenti (stesso distretto, altri distretti dell'Azienda, altre aziende della Regione Emilia Romagna e altre Regioni italiane) ai quali sono state erogate le prestazioni. Insieme all'*indice di dipendenza della popolazione dalle strutture* è servito per identificare i flussi di mobilità infradistrettuali ed extraziendali sia in entrata che in uscita.

Come indicatore *proxy* di accessibilità al sistema della specialistica ambulatoriale nei singoli punti di offerta è stata utilizzata la percentuale di prestazioni erogate a seguito di una prenotazione tramite il sistema Cup.

3. Risultati

L'analisi, effettuata su una quantità consistente di dati (circa 18 milioni di record elaborati), ha fornito informazioni approfondite sulle diverse prospettive di osservazione dell'attività specialistica ambulatoriale. Attraverso l'utilizzo complementare dei due modelli di valutazione (Discipline e classificazione FA-RE) è stato possibile effettuare una buona lettura dei principali fenomeni, soprattutto perché le aggregazioni FA-RE hanno consentito di operare valutazioni di

sintesi, senza perdere importanti contenuti informativi.

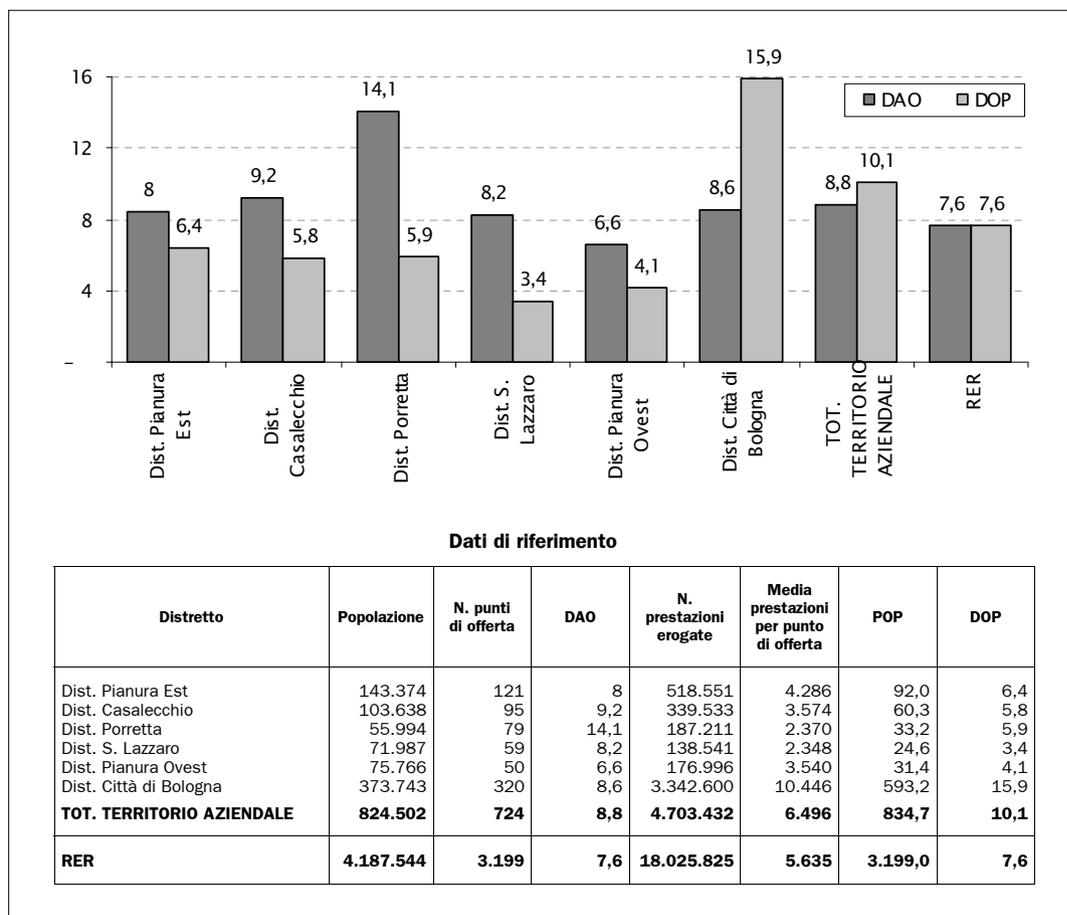
Gli elementi di maggior interesse emersi dallo studio riguardano la relazione fra offerta e utilizzo di prestazioni e le modalità con cui i nostri cittadini soddisfano la domanda di specialistica ambulatoriale.

Pur con un'offerta di prestazioni specialistiche garantita sul territorio dell'Azienda da un sistema molto vasto e articolato che comprende 87 strutture (46 pubbliche e 41 private), con 724 *punti di offerta* che coprono la quasi totalità delle esigenze cliniche e assistenziali della popolazione residente, se prendiamo in considerazione i singoli territori, si osserva una distribuzione fortemente differenziata. Si va dal Distretto Città di Bologna, che ha il maggior numero di sedi: 12 poliambulatori pubblici e i quattro grandi ospedali della provincia, e 25 strutture private, al Distretto Pianura Ovest che ha solo 5 poliambulatori pubblici, di cui uno ospedaliero.

Anche la *Densità assoluta dell'offerta* (8,8 per 10.000 abitanti) e la *Densità dell'offerta pesata* (10,1), superiori rispettivamente del 13% e del 32,9% al valore medio della Regione Emilia Romagna, presentano differenze fra le singole realtà distrettuali (**grafico 1**). Il Distretto Città di Bologna, che coincide con il territorio del comune capoluogo, è caratterizzato da un'offerta importante, concentrata in poche grandi strutture che contribuiscono in modo esclusivo alla determinazione di una densità di offerta così elevata. Infatti, in questo distretto, la Densità dell'offerta pesata è circa il doppio della Densità assoluta dell'offerta. Al contrario, gli altri distretti hanno una densità di offerta pesata minore di quella regionale e inferiore alla propria densità assoluta. In particolare Casalecchio di Reno e Porretta Terme, caratterizzati da un territorio collinare e montano, per favorire l'accessibilità ai servizi, rispetto alla numerosità della popolazione, hanno un

Grafico 1

DAO e DOP per distretto e azienda - Strutture pubbliche e private - Confronto con RER



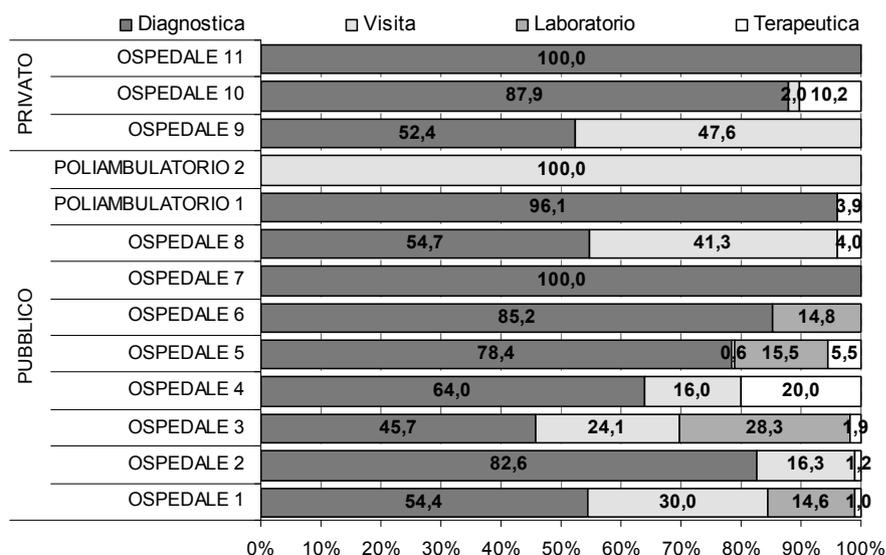
numero di Punti di offerta elevato, ciascuno dei quali garantisce, però, volumi di attività modesti.

Attraverso le aggregazioni FA-RE, nell'ambito della singola disciplina, è stato possibile cogliere le differenze di *mix* dovute alla diversa composizione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, visite e laboratorio. Questo ha consentito di distinguere i punti di offerta in grado di offrire una miscelanea di prestazioni sufficientemente complessa per completare un *iter* diagnostico-terapeutico, da quelli che, invece, necessitano del supporto di servizi distribuiti in altri punti della rete. Se prendiamo in

esame, per esempio, la gastroenterologia, su tredici strutture che erogano prestazioni appartenenti a questa disciplina, solo la metà è in grado di fornire un *set* completo che comprende visite, esami diagnostici e trattamenti terapeutici (**grafico 2**). Quindi, solo in sette strutture il paziente può terminare tutto il percorso nell'ambito dello stesso poliambulatorio, con evidenti vantaggi nella semplificazione dell'*iter* diagnostico-terapeutico, facilitato anche dal possibile confronto diretto fra i clinici.

Inoltre, come indicatore sintetico per una valutazione *proxy* della complessità del *mix* delle prestazioni erogate nelle singole strut-

Grafico 2
GASTROENTEROLOGIA -
Prestazioni erogate
per struttura.
Raggruppamenti FA-RE 1



Dati di riferimento

Struttura	Diagnostica		Visita		Laboratorio		Terapeutica		Totale Prest.
	Prest.	%	Prest.	%	Prest.	%	Prest.	%	
OSPEDALE 1	13.277	54,4%	7.314	30,0%	3.564	14,6%	244	1,0%	24.399
OSPEDALE 2	8.112	82,6%	1.597	16,3%			114	1,2%	9.823
OSPEDALE 3	338	45,7%	178	24,1%	209	28,3%	14	1,9%	739
OSPEDALE 4	1.080	64,0%	270	16,0%			337	20,0%	1.687
OSPEDALE 5	2.206	78,4%	16	0,6%	436	15,5%	154	5,5%	2.812
OSPEDALE 6	247	85,2%			43	14,8%			290
OSPEDALE 7	783	100,0%							783
OSPEDALE 8	3.417	54,7%	2.583	41,3%			252	4,0%	6.252
POLIAMBULATORIO 1	1.698	96,1%					68		1.766
POLIAMBULATORIO 2			729	100,0%					729
OSPEDALE 9	11	52,4%	10	47,6%					21
OSPEDALE 10	1.704	87,9%	38	2,0%			197	10,2%	1.939
OSPEDALE 11	7	100,0%							7

ture si è impiegata la valorizzazione media, calcolata sulla base delle tariffe previste dal Nomenclatore tariffario regionale. In questo modo si è differenziato il «peso» relativo delle diverse aggregazioni di prestazioni, e si è evidenziata la difformità fra le strutture non soltanto in termini di volumi, ma anche di complessità delle attività erogate.

Le prestazioni che si distinguono per la maggiore complessità sono quelle terapeutiche, con un valore medio elevato, pari a 67,8 euro. Benché rappresentino soltanto il 9,3% dei casi, costituiscono ben il 22,5% del valore totale della produzione aziendale. Seguono le prestazioni di Diagnostica strumentale, con un valore medio pari a 41,4 euro, che rappresentano il 31,3% delle prestazioni prodotte e il 46,1% del valore totale (grafico 3).

La valorizzazione media evidenzia bene la bassa complessità delle prestazioni offerte dalle strutture private accreditate. Quasi i due terzi della produzione specialistica erogata dal privato sono costituiti da prestazioni riabilitative poco complesse e di basso va-

lore economico: a fronte del 65,2% dei volumi, coprono soltanto il 18,9% del valore. Per contro, sempre nelle strutture private, le prestazioni terapeutiche mostrano un importante divario fra volumi di prestazioni e valore; infatti, a fronte di un'erogazione pari al 2,7% dell'intera casistica, il valore raggiunge il 20,5% (grafico 4). Questo è dovuto all'elevato numero di interventi chirurgici, cataratta e tunnel carpale, effettuati in regime ambulatoriale presso queste strutture.

A un'offerta così consistente corrispondono *indici di consumo grezzo e standardizzato* altrettanto elevati e superiori al valore regionale, pari rispettivamente a 5.530‰ (+ 26,4% vs. RER), e a 5.234‰ (+ 19,9% vs. RER) (figura 1).

Il maggior utilizzo di prestazioni da parte della nostra popolazione residente rispetto al resto della Regione è evidente in tutti i distretti ed è statisticamente significativo. Lo scostamento più rilevante dell'ICS si osserva nel Distretto Città di Bologna (+ 28% vs. RER) e nel Distretto Pianura Est (+ 19,5% vs. RER), in coincidenza con una offerta

Grafico 3

Distribuzione percentuale dei volumi e del valore economico delle prestazioni erogate. Raggruppamenti FA-RE 1

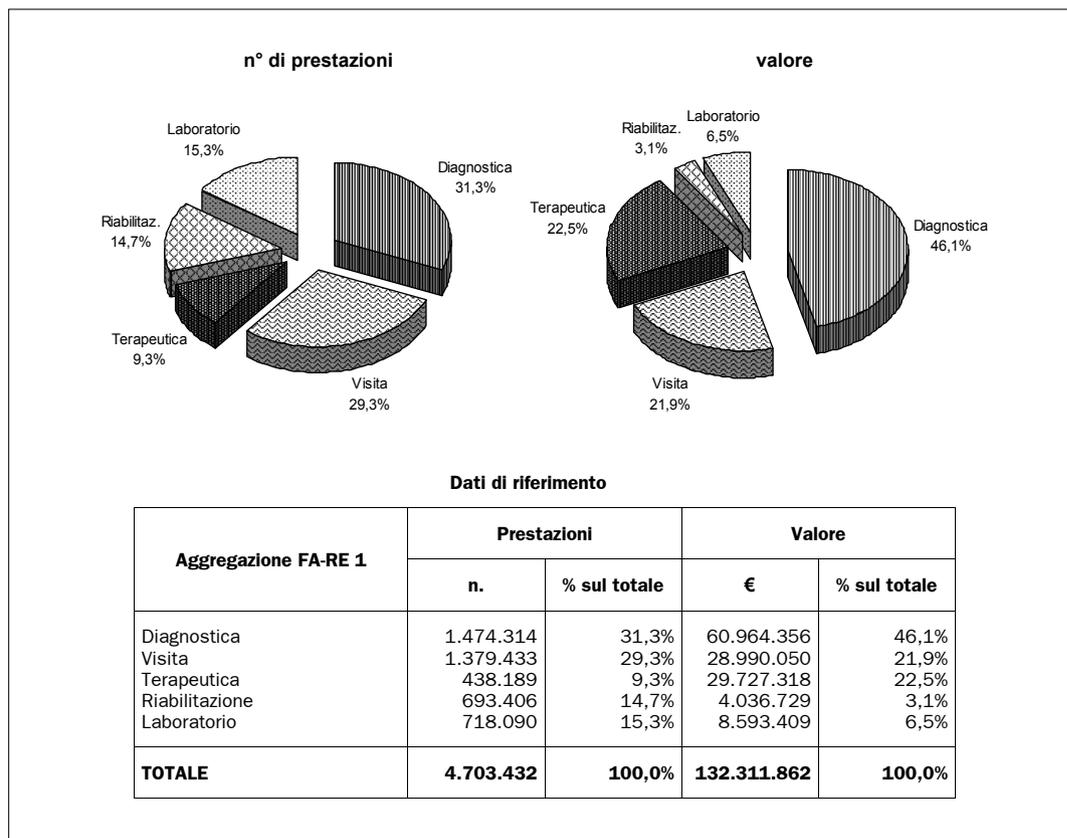
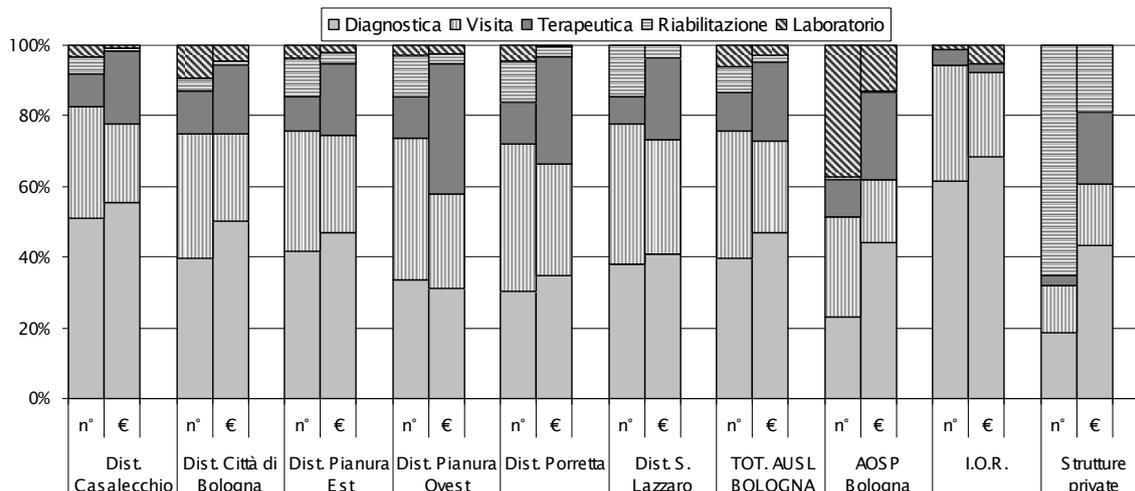


Grafico 4

Distribuzione percentuale dei volumi e del valore economico delle prestazioni erogate nelle diverse strutture - Raggruppamenti FA-RE 1

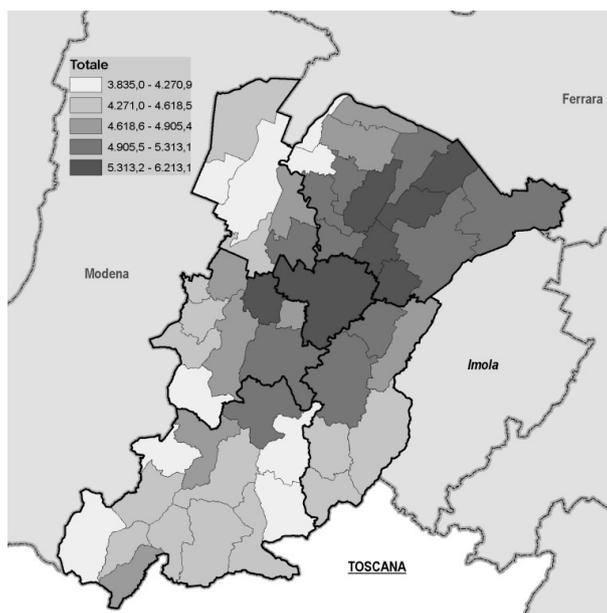


**Dati di riferimento
n. di prestazioni**

Distretto/struttura	Diagnostica	Visita	Terapeutica	Riabilitazione	Laboratorio	Totale
Dist. Casalecchio	109.040	68.325	19.926	9.948	7.365	214.604
Dist. Città di Bologna	432.025	382.467	132.435	41.366	99.078	1.087.371
Dist. Pianura Est	183.983	150.984	43.068	49.875	15.413	443.323
Dist. Pianura Ovest	58.404	69.251	20.590	20.298	4.995	173.538
Dist. Porretta	49.493	68.855	19.236	19.145	7.326	164.055
Dist. S. Lazzaro	47.949	50.119	9.701	18.470	54	126.293
Totale Ausl Bologna	880.894	790.001	244.956	159.102	134.231	2.209.184
Aosp Bologna	360.278	437.437	164.886	11.080	582.258	1.555.939
I.O.R.	83.553	43.992	6.339	0	1.593	135.477
Strutture private	149.589	108.003	22.008	523.224	8	802.832
Totale	1.474.314	1.379.433	438.189	693.406	718.090	4.703.432

Valore economico

Distretto/struttura	Diagnostica	Visita	Terapeutica	Riabilitazione	Laboratorio	Totale
Dist. Casalecchio	3.632.785	1.459.341	1.349.580	59.110	48.254	6.549.070
Dist. Città di Bologna	16.545.477	8.095.896	6.361.084	380.959	1.505.444	32.888.860
Dist. Pianura Est	5.554.015	3.250.207	2.386.980	399.541	231.754	11.822.497
Dist. Pianura Ovest	1.739.341	1.473.299	2.055.006	169.216	125.019	5.561.881
Dist. Porretta	1.596.986	1.438.915	1.381.705	142.069	14.067	4.573.741
Dist. S. Lazzaro	1.388.048	1.102.554	789.571	119.616	315	3.400.105
Totale Ausl Bologna	30.456.652	16.820.212	14.323.926	1.270.511	1.924.854	64.796.156
Aosp Bologna	21.987.502	8.876.978	12.420.988	89.928	6.489.011	49.864.407
I.O.R.	2.416.946	836.441	92.044	0	179.523	3.524.955
Strutture private	6.103.255	2.456.419	2.890.360	2.676.290	21	14.126.345
Totale	60.964.356	28.990.050	29.727.318	4.036.729	8.593.409	132.311.862



Dati di riferimento

DISTRETTO DI RESIDENZA	COMUNE DI RESIDENZA	ICS* 1.000 ab	DISTRETTO DI RESIDENZA	COMUNE DI RESIDENZA	ICS* 1.000 ab	
Dist. Casalecchio	BAZZANO	4.448,1	Dist. Pianura Ovest	ANZOLA DELL'EMILIA	4.508,5	
	CASALECCHIO DI RENO	4.885,9		CALDERARA DI RENO	5.247,9	
	CASTELLO DI SERRAVALLE	4.618,5		CREVALCORE	4.392,2	
	CREPELLANO	4.662,2		SALA BOLOGNESE	4.786,9	
	MONTE SAN PIETRO	4.808,6		SAN GIOVANNI IN P	4.270,9	
	MONTEVEGLIO	4.319,5		SANT'AGATA BOL	4.176,6	
	Dist. Città di Bologna	SASSO MARCONI	5.154,1	Dist. Porretta	CAMUGNANO	4.368,6
		SAVIGNO	4.258,6		CASTEL D'AIANO	4.142,2
		ZOLA PREDOSA	6.094,4		CASTEL DI CASIO	4.534,9
Dist. Pianura Est	BOLOGNA	5.587,3	CASTIGLIONE DEI PEPOLI		4.397,9	
	ARGELATO	5.007,6	GAGGIO MONTANO		4.485,9	
	BARICELLA	5.541,3	GRANAGLIONE		4.884,4	
	BENTIVOGLIO	5.753,4	GRIZZANA MORANDI		4.533,0	
	BUDRIO	5.269,4	LIZZANO IN BELVEDERE		3.835,0	
	CASTELLO D'ARGILE	4.063,7	MARZABOTTO		5.026,7	
	CASTEL MAGGIORE	5.284,1	MONZUNO	4.091,5		
	CASTENASO	6.213,1	PORRETTA TERME	4.426,8		
	GALLIERA	4.683,3	S BENEDETTO VAL DI S	3.891,9		
	GRANAROLO DELL'EMILIA	5.655,8	VERGATO	4.905,4		
	MALALBERGO	5.313,1	Dist. S. Lazzaro	LOIANO	4.497,0	
	MINERBIO	5.755,8		MONGHIDORO	4.493,6	
	MOLINELLA	5.106,3		MONTERENZIO	4.431,8	
	PIEVE DI CENTO	4.152,4		OZZANO DELL'EMILIA	4.818,5	
	SAN GIORGIO DI PIANO	5.054,5		PIANORO	5.028,6	
SAN PIETRO IN CASALE	4.734,8	SAN LAZZARO DI SAVENA		5.102,8		

Figura 1
ICS*1000 abitanti
per comune di residenza.
Metodo *Natural Breaks*
(Jenks)

maggiore; mentre i distretti più allineati al livello regionale sono Pianura Ovest (+ 3,5% vs. RER) e Porretta Terme (+ 1,7% vs. RER). Il confronto dei singoli ICS distrettuali con l'ICS medio aziendale (tutti statisticamente significativi, ad eccezione del distretto Pia-

nura Est) evidenzia che solo il Distretto Città di Bologna ha un consumo di prestazioni più elevato (+ 6,7% vs. Ausl).

Mettendo in correlazione la Densità dell'offerta pesata con l'indice di consumo standardizzato nei sei distretti si osserva

una relazione diretta fra offerta e utilizzo di prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte dei residenti ($R^2 = 0,60$) (**grafico 5**). La relazione è meno forte per i distretti di Porretta e San Lazzaro di Savena. Il primo, avendo un territorio collinare, ha molti punti di offerta relativi a prestazioni di primo livello, che alzano la Densità dell'offerta pesata, ma pochissimi erogano prestazioni complesse; di conseguenza il consumo è basso (ICS inferiore agli altri distretti), soprattutto sulle prestazioni di elevata tecnologia che non trovano una risposta locale. Il secondo ha un ICS alto per la facilità di accesso alle strutture ospedaliere dislocate nel Distretto Città di Bologna, che però non incidono nel calcolo della Densità dell'of-

ferta pesata che risulta così inferiore a quella degli altri distretti.

La relazione diretta fra offerta e consumo si osserva anche se si prendono in esame le singole discipline, sia considerando l'azienda nel suo complesso, che prendendo in esame i singoli distretti. Si riporta a titolo di esempio (**grafico 6**) l'Angiologia ($R^2 = 0,74$) dove la relazione, sempre escludendo il distretto di San Lazzaro, è praticamente perfettamente lineare ($R^2 = 0,95$).

La curva per età dei consumi di specialistica, come ci si attendeva, registra un incremento dopo i 40 anni per raggiungere il massimo fra i 70 e gli 80 anni (**grafico 7**). Se, però, prendiamo in esame le singole tipologie di prestazioni le curve assumono

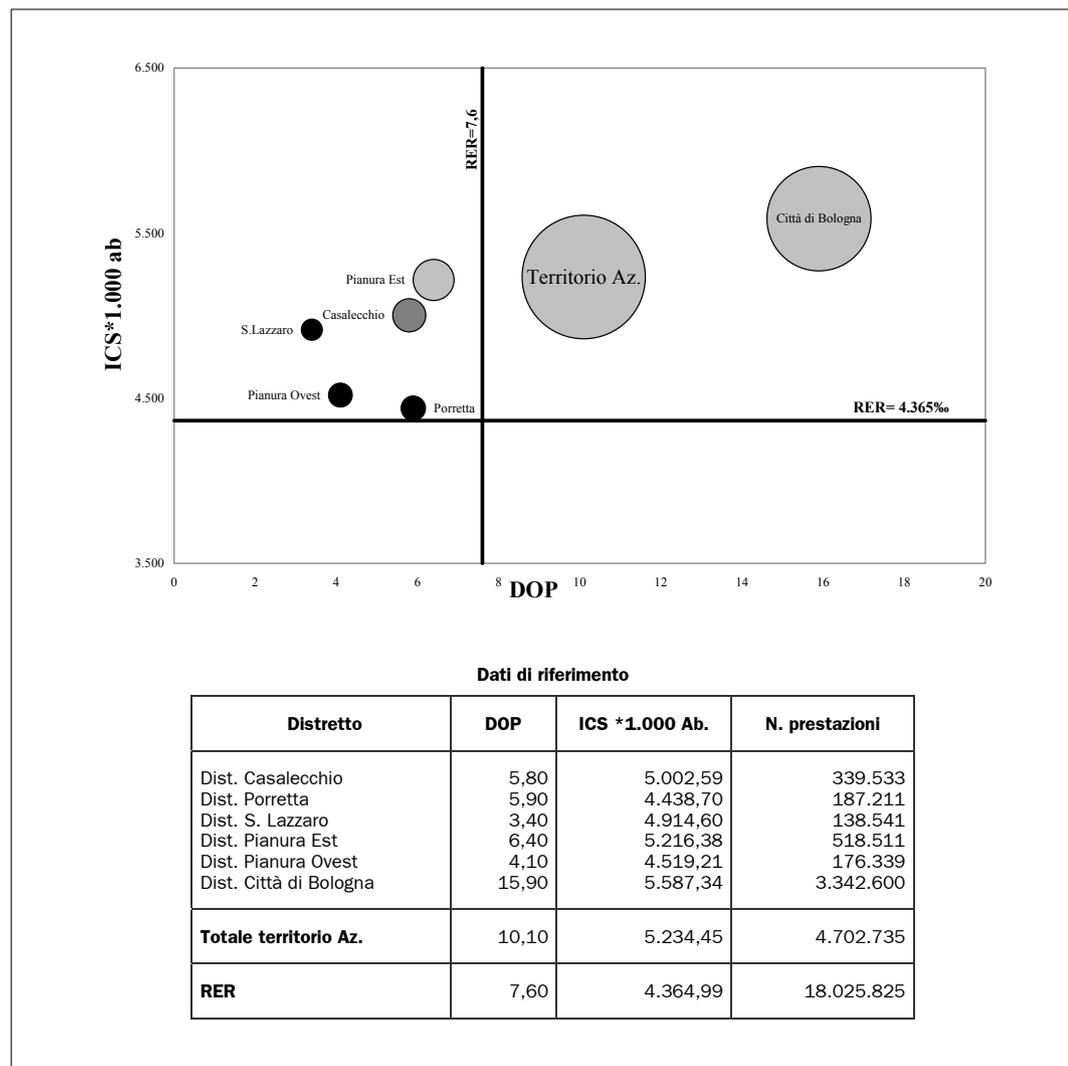
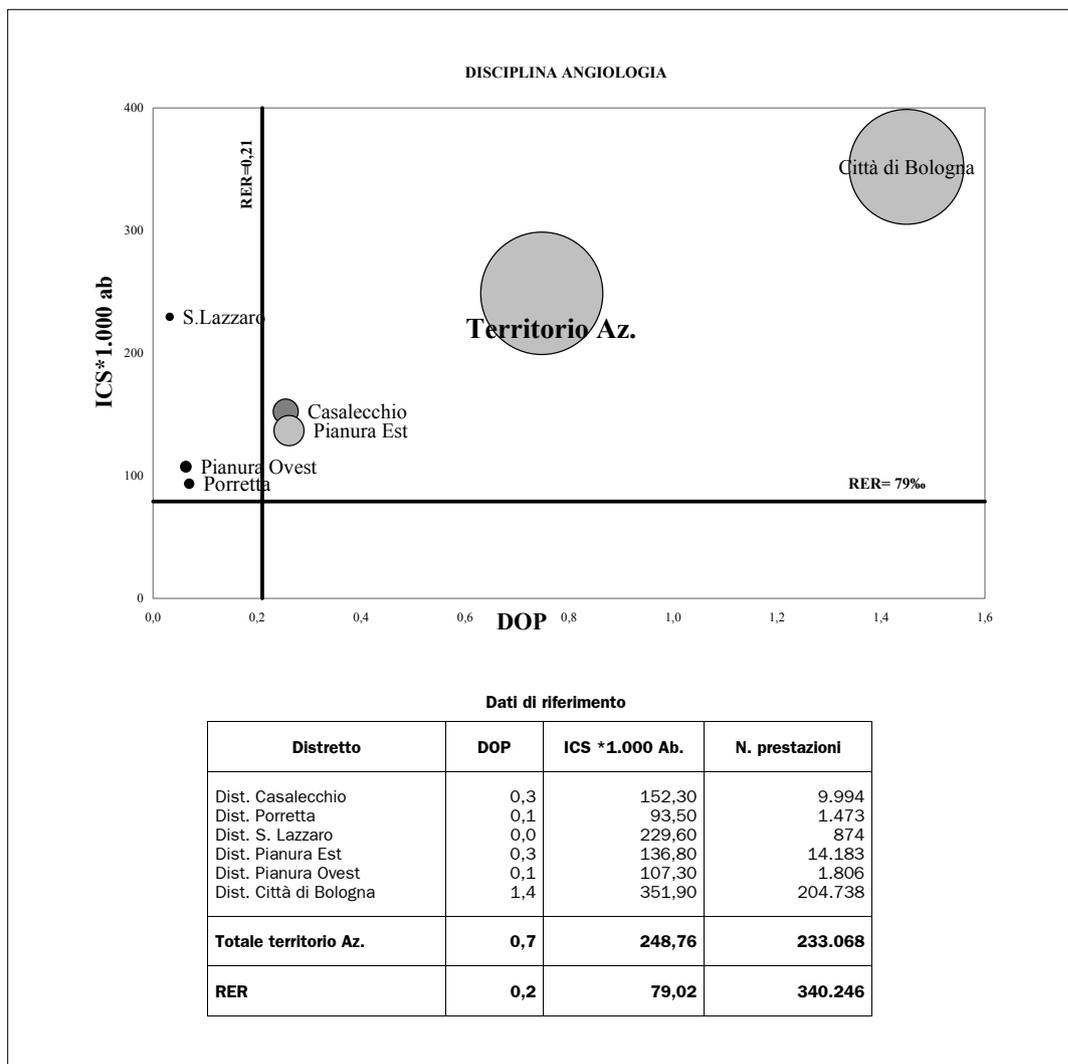


Grafico 5
Posizionamento rispetto a DOP e ICS*1000 ab. Dimensioni proporzionali al n. prestazioni erogate

Grafico 6

ANGIOLOGIA -

Posizionamento rispetto a DOP e ICS*1000 ab.
Dimensioni proporzionali al n. prestazioni erogate



andamenti differenziati. In particolare, mentre le distribuzioni delle prestazioni di bassa complessità riproducono l'andamento della curva generale, quelle di media e alta complessità, pur mantenendo un punto di massimo nell'età anziana, hanno una distribuzione sinistra più marcata, con un inizio della pendenza in età anticipata. La curva delle Risonanze magnetiche mostra bene questo comportamento (**grafico 8**).

Rispetto all'evidenza di un livello di utilizzo di prestazioni specialistiche superiore alla media regionale, sembrano delinearci due profili prevalenti di cittadino consumatore. Un utente anziano, cronico e fragile, che consuma volumi elevati di prestazioni,

ma ha bisogno di trovare la risposta alle proprie problematiche di salute in ambito locale e un utente informato e attivo, che vuole essere partecipe delle scelte riguardanti la propria salute e non ha difficoltà a spostarsi per ricercare la tecnologia e il professionista di fiducia.

Infatti, complessivamente l'autosufficienza territoriale raggiunge il 94,7%, con un contributo diverso dei vari erogatori: il 45,8% delle prestazioni vengono fruite in strutture a gestione diretta dell'azienda, il 28,9% presso l'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Orsola-Malpighi, il 17,7% nel privato accreditato e il 2,3% presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli (**tabella 2**).

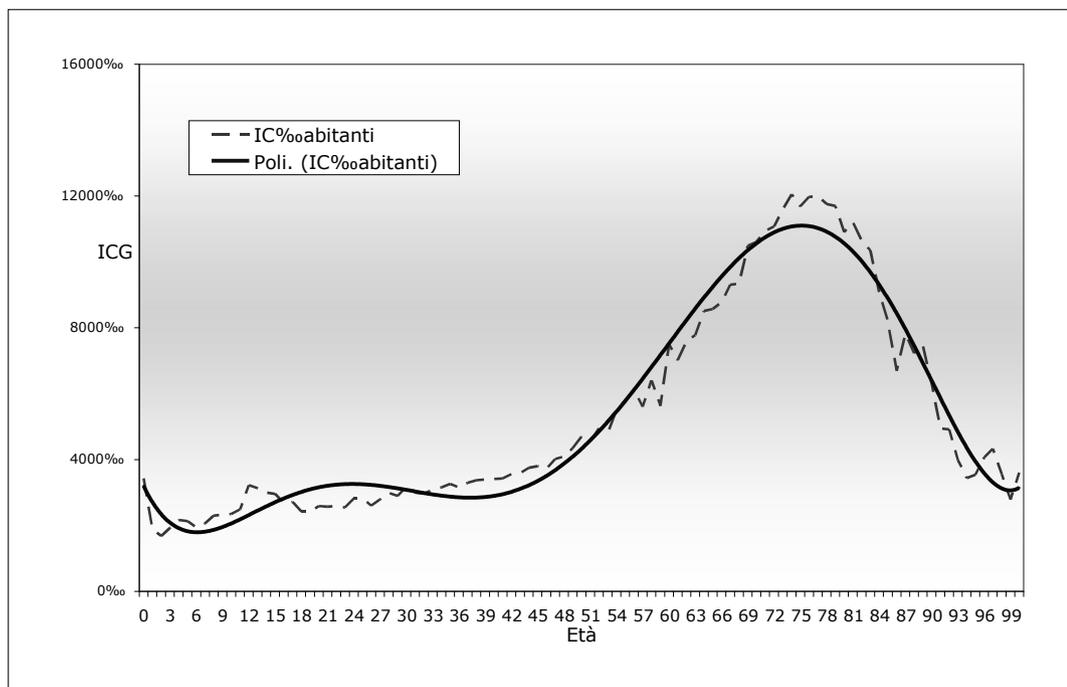


Grafico 7
TOTALE PRESTAZIONI -
Indice di consumo (ICG) *
1000 abitanti per singolo
anno d'età

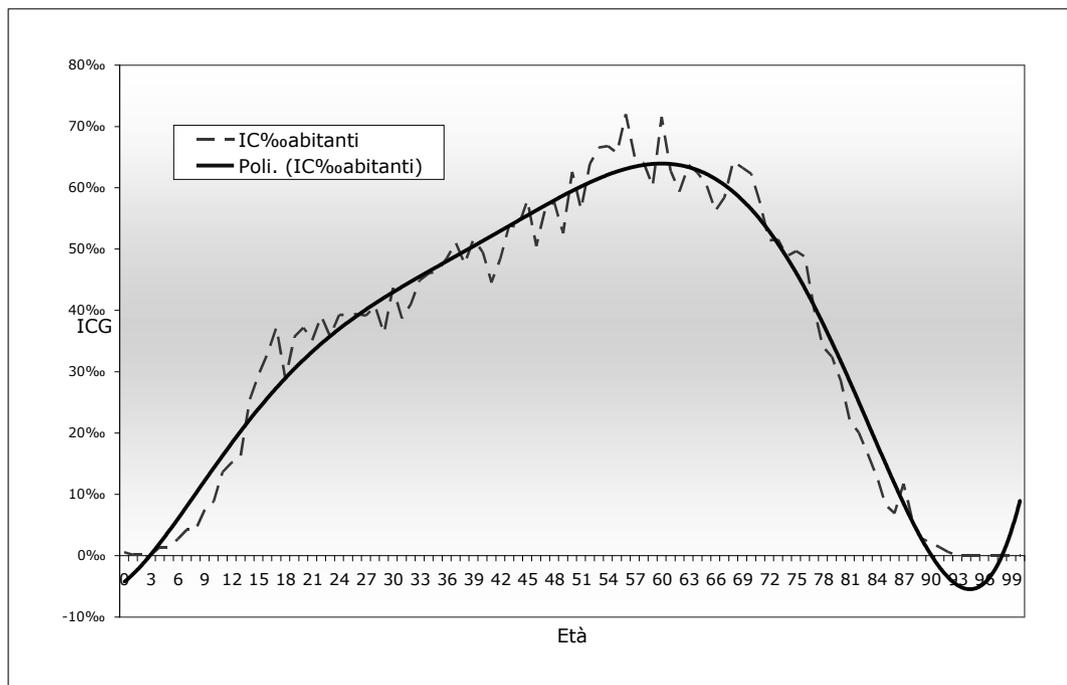


Grafico 8
RMN - Indice di consumo
(ICG) * 1000 abitanti
per singolo anno d'età

Ma l'esame dei flussi di mobilità mostra una tendenza allo spostamento dei cittadini verso strutture collocate al di fuori del proprio distretto. Il movimento infradistrettuale (tabella 3), che complessivamente interessa

il 28% delle prestazioni, assume andamenti differenti nei diversi territori, andando dal 15% dei residenti nel Distretto di Città di Bologna al 50% circa dei residenti dei distretti di Casalecchio, San Lazzaro, Pianura Ovest.

Tabella 2

Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture

Distretto di residenza	Azienda di erogazione						
	Strutture aziendali	AOSP Bologna	Strutture private aziendali	I.O.R.	Totale territoriale aziendale	Altre aziende	Totale
Dist. Città di Bologna	755.625 33,9%	866.260 38,9%	444.409 20,0%	62.494 2,8%	2.128.788 95,6%	97.129 4,4%	2.225.917 100,0%
Dist. Pianura Est	438.852 60,0%	119.670 16,4%	105.519 14,4%	10.126 1,4%	674.167 92,2%	57.429 7,8%	731.596 100,0%
Dist. Casalecchio	272.029 52,4%	96.779 18,6%	119.748 23,0%	9.791 1,9%	498.347 95,9%	21.273 4,1%	519.620 100,0%
Dist. Pianura Ovest	228.732 68,2%	47.486 14,2%	24.673 7,4%	4.710 1,4%	305.601 91,2%	28.589 8,6%	334.190 100,0%
Dist. Porretta	167.120 66,8%	34.201 13,7%	34.870 13,9%	2.036 0,8%	238.227 95,2%	12.123 4,8%	250.350 100,0%
Dist. S. Lazzaro	158.252 45,3%	112.827 32,3%	51.209 14,6%	11.303 3,2%	333.591 95,4%	16.075 4,6%	349.666 100,0%
Totale	2.020.610 45,8%	1.277.223 28,9%	780.428 17,7%	100.460 2,3%	4.178.721 94,7%	232.618 5,3%	4.411.339 100,0%

Tabella 3

Movimento infradistrettuale

Distretto di residenza	Distretto di erogazione		Totale strutture aziendali
	Stesso distretto	Altro distretto dell'azienda	
Dist. Città di Bologna	643.676 85,2%	111.949 14,8%	755.625 100,0%
Dist. Pianura Est	344.214 78,4%	94.638 21,6%	438.852 100,0%
Dist. Casalecchio	133.942 49,2%	138.087 50,8%	272.029 100,0%
Dist. Pianura Ovest	129.242 56,5%	99.490 43,5%	228.732 100,0%
Dist. Porretta	124.841 74,7%	42.279 25,3%	167.120 100,0%
Dist. S. Lazzaro	79.377 50,2%	78.875 49,8%	158.252 100,0%
Totale	1.455.292 72,0%	565.318 28,0%	2.020.610 100,0%

Questo perché il cittadino è sempre più disposto a spostarsi verso ambulatori distanti anche decine di chilometri dalla propria abitazione, pur di ricevere la prestazione in tempi brevi e/o dal professionista che ritiene più valido. La *mobilità passiva extra-regionale*, ad esempio, pur rappresentando solo il 2,7% del totale dei consumi, costituisce il 50,1% della mobilità sulle strutture esterne al territorio aziendale (**grafico 9**). Quest'ultima sale al 72,6% se prendiamo in esame il Distretto Città di Bologna. La mobilità si indirizza principalmente verso le grandi città della Toscana e della Lombardia e del Veneto. Questo flusso è legato da un lato all'attrazione esercitata da strutture ospedaliere di rilevanza nazionale su una tipologia di cittadini sempre più attenti alla ricerca di soluzioni anche lontane dal tradizionale luogo di cura, dall'altro alla presenza di strutture private che erogano risonanze magnetiche con un tempo di attesa di pochissimi giorni.

Il flusso di mobilità passiva extra-provinciale non è compensato da quello attivo. Il bilancio di mobilità, dato dal rapporto tra la mobilità attiva e la passiva, è pari a 0,8; vale a dire che su 100 prestazioni per le quali i nostri cittadini si recano al di fuori del ter-

ritorio aziendale, 80 vengono erogate dalle nostre strutture a persone non residenti. La produzione aziendale è dedicata quasi esclusivamente alla domanda locale e solo l'8,5% costituisce la *mobilità attiva*.

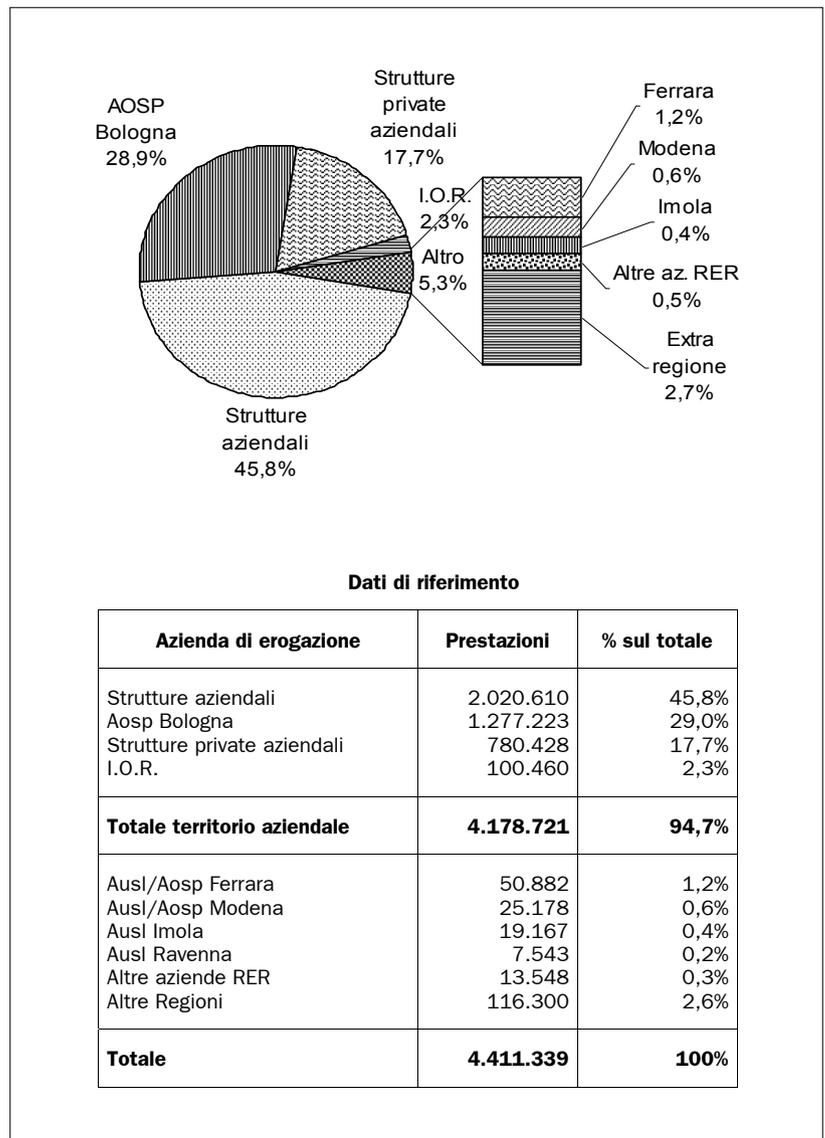
Il contributo di ciascun distretto è estremamente variabile (**grafico 10**). Il 62,4% della mobilità attiva è prodotto dalle strutture presenti nel Distretto Città di Bologna, non solo per la maggiore offerta, ma anche per l'attrazione determinata da alcune aree specialistiche di rilevanza nazionale, quali il polo delle neuroscienze. All'estremo opposto si trova il Distretto di San Lazzaro di Savena, che contribuisce solo al 2,5% della mobilità attiva aziendale avendo una offerta quantitativamente scarsa e poco specializzata, con un solo piccolo ospedale di montagna.

Il 47,6% dell'attrazione è rappresentato da residenti in altre regioni (**grafico 11**), in particolare sui distretti Città di Bologna e Porretta Terme. Per Bologna è dovuto alla presenza di studenti universitari e alla maggiore capacità di attrazione delle strutture di 2° livello con caratteristiche di eccellenza, invece, per Porretta Terme la mobilità extra regionale è prevalentemente determinata da utenti residenti nelle zone limitrofe della Toscana.

Il restante 41,7% della mobilità attiva è, invece, rappresentato da cittadini residenti nelle Ausl confinanti delle province di Imola, Modena e Ferrara.

La presenza sulla Provincia di Bologna di un Centro unico di prenotazione, che consente da ogni sportello la ricerca, la consultazione, la prenotazione e il pagamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale su tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate ubicate sul territorio provinciale, ha sicuramente favorito lo spostamento dei cittadini da un ambito distrettuale all'altro. Uno degli obiettivi dell'azienda è stato quello di rendere disponibili a Cup il maggior numero di prestazioni che non presentano caratteristiche di complessità tali da richiedere la prenotazione direttamente al servizio erogatore.

La percentuale di prestazioni prodotte a seguito di una prenotazione Cup è del 42% e sale a 70% se si comprende il laboratorio analisi. La percentuale è variabile fra i diversi punti di produzione. Tale variabilità è dovuta all'erogazione di prestazioni di elevata complessità accessibili solo tramite percorsi



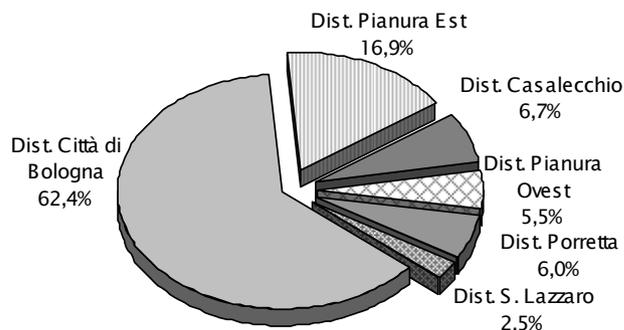
interni e ad una capacità di presa in carico dell'utente, con prenotazione diretta delle prestazioni successive al primo accesso, non ancora omogenea in tutte le strutture. In generale, la percentuale è ancora scarsa per le prestazioni erogate nelle strutture ospedaliere rispetto a quelle territoriali.

4. Discussione

L'analisi ha fatto emergere elementi significativi per la programmazione degli interventi e delle attività di specialistica ambulatoriale. L'esame integrato di una serie di indicatori ha permesso di costruire interessanti

Grafico 9
Distribuzione percentuale dei consumi dei residenti

Grafico 10
MOBILITÀ ATTIVA -
Contributo percentuale
di ciascun distretto



Dati di riferimento

Distretto di erogazione	Residenza dell'assistito					
	Ausl di Bologna		Altre aziende		Totale	
	Prestazioni	% sul totale	Prestazioni	% sul totale	Prestazioni	% sul totale
Dist. Città di Bologna	969.753	48,0%	117.618	62,4%	1.087.371	49,2%
Dist. Pianura Est	411.404	20,4%	31.919	16,9%	443.323	20,1%
Dist. Casalecchio	201.958	10,0%	12.646	6,7%	214.604	9,7%
Dist. Pianura Ovest	163.197	8,1%	10.341	5,5%	173.538	7,9%
Dist. Porretta	152.821	7,6%	11.234	6,0%	164.055	7,4%
Dist. S. Lazzaro	121.557	6,0%	4.736	2,5%	126.293	5,7%
Totale	2.020.690	100,0%	188.494	100,0%	2.209.184	100,0%

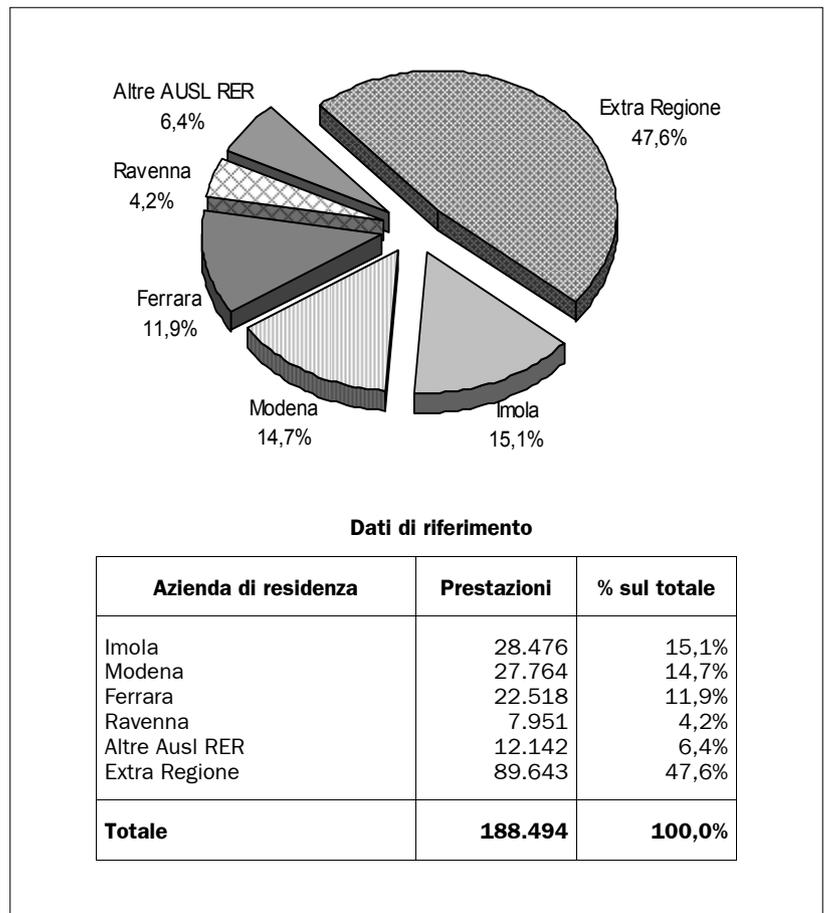
chiavi di lettura dei dati rilevati, spiegando alcune differenze importanti osservate nelle aree distrettuali. È il caso della Densità dell'offerta pesata e dell'Indice di consumo standardizzato, che hanno permesso di osservare che l'utilizzo di specialistica ambulatoriale risulta proporzionale all'offerta disponibile. Si rafforza, pertanto, la tesi che l'incremento dell'offerta di prestazioni, come risposta ai lunghi tempi di attesa, non accompagnato da interventi orientati al miglioramento dell'appropriatezza della richiesta, costituisca una soluzione solo temporanea, presto vanificata dall'aumento della domanda. Si riafferma, così, la necessità di intervenire non solo sul fronte dell'offerta, ma anche sul governo della prescrizione e sulla presa in carico degli utenti, soprattutto cronici, in modo da accompagnarli in percorsi clinici e riabilitativi omogenei ed appropriati su tutti i punti di erogazione, evitando il moltiplicarsi di richieste non necessarie.

La lettura combinata sui dati relativi all'offerta e ai flussi di mobilità nell'ambito di ciascun distretto ha evidenziato l'utilità di una revisione complessiva dei riferimenti territoriali di erogazione. Il distretto, infatti, non è più riconosciuto dal cittadino come riferimento esclusivo per la soddisfazione dei propri bisogni.

Per rispondere ai due profili di utenza che si stanno delineando: cittadino evoluto disposto a spostarsi e cittadino fragile (anziano, immigrato, multiproblematico), che non ha né i riferimenti culturali, né le condizioni sociali per cercare una risposta al di fuori del proprio territorio di riferimento, si ipotizzano due linee di intervento. Una va verso il superamento del distretto come ambito privilegiato nel quale assicurare l'erogazione di prestazioni complesse e verso il ridisegno dell'offerta per i residenti nei singoli territori su nuove aree sovradistrettuali che tengano conto delle tecnologie complesse già dispo-

nibili e delle vie di comunicazione presenti. L'altra ridefinisce e rafforza le relazioni fra gli specialisti e i Nuclei di cure primarie, con il duplice scopo di garantire maggiore continuità al percorso per i pazienti e al contempo ricondurre le prestazioni ad una maggiore appropriatezza. Recentemente, infatti, si vanno affermando alcune linee programmatiche che rendono possibile ipotizzare una reale integrazione fra cure primarie e assistenza specialistica. Si tratta di cambiare la logica per la quale il cittadino sceglie lo specialista all'interno dell'intera offerta del Ssn, andando dove trova, in tempi più rapidi, la prestazione disponibile o il professionista desiderato. Il fine è quello di costruire relazioni stabili tra Mmg e gruppi di specialisti, che assicurino facilità di percorso e presa in carico del paziente per una reale continuità clinica e assistenziale. Il collegamento dei Nuclei di cure primarie e dei poliambulatori, anche dal punto di vista informatico, favorirà sicuramente questo processo. Tra i progetti di *Health Patient Record*, il progetto SOLE - Sanità On Line della Regione Emilia Romagna si sta già muovendo in questa direzione. Il progetto è finalizzato a realizzare una rete telematica di collegamento tra i servizi ospedalieri e i servizi territoriali per agevolare la comunicazione tra gli operatori sanitari e, di conseguenza, l'erogazione delle prestazioni, con importanti e positive ricadute sulla continuità assistenziale e sulla semplificazione dell'accesso ai servizi per il cittadino. Una volta a regime, tale rete consentirà di gestire ed integrare tutto il ciclo informativo che dalla prescrizione del medico arriva al referto, implementare i servizi di comunicazione telematica sui piani di assistenza domiciliare tra i medici di famiglia e gli altri professionisti; ricostruire la storia clinica dell'ammalato attraverso l'accesso del medico di famiglia ai dati sanitari.

Il completamento di tutto il sistema di *Information and Communication Technology* è, infatti, di fondamentale importanza, sia per il miglioramento dell'accessibilità al sistema di prenotazione, sia per la costruzione di *data repository* clinici. Questo porterà alla semplificazione dell'accesso ai percorsi diagnostici e terapeutici, e in un prossimo futuro, alla possibilità di prenotazione diretta delle prestazioni dal punto in cui si origina la prescrizione. Anche il



monitoraggio sistematico di alcuni indicatori di offerta, accessibilità e utilizzo di prestazioni, ormai consolidati nel sistema, dovrebbe consentire una miglior programmazione delle attività e di conseguenza una gestione tempestiva delle situazioni critiche che ripetutamente si verificano nel sistema. Va, comunque, precisato che le diverse fonti del sistema informativo attualmente implementato e dal quale abbiamo attinto i dati sono in grado di rappresentare solo le richieste che hanno trovato una reale risposta nell'ambito del sistema dell'offerta, mentre risulta totalmente sconosciuta tutta la domanda potenziale, che, non trovando disponibilità di accesso nell'ambito del Sistema sanitario nazionale, si rivolge al privato non accreditato o rinuncia alle prestazioni. Per questo occorrerà migliorare i meccanismi di rilevazione delle informazioni affinché possiamo avvicinarci sempre più alla conoscenza della domanda reale.

Grafico 11
MOBILITÀ ATTIVA
per azienda di residenza
dell'assistito

Note

1. Regione Emilia Romagna, Assessorato alla Sanità. Linee Guida per un nuovo modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa e integrata (*Day Service Ambulatoriale DSA*). Circolare n. 8, 30 aprile 2004.
2. Come indicato nei risultati di questo lavoro, nel territorio aziendale il numero dei punti di offerta (Densità assoluta dell'offerta - Dao) è pari a $8,8 \cdot 10.000$ abitanti, e sale a $10,1 \cdot 10.000$ abitanti applicando il sistema di pesatura (Densità dell'offerta pesata - Dop) a fronte

di un valore regionale pari a $7,6 \cdot 10.000$ abitanti (Dao/Dop).

3. http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle/aggrega_prestamb.htm.
4. Il Gis è definito dall'OMS come una «tecnologia volta all'organizzazione e gestione di cartografie digitali e basi dati informatiche, che organizza e archivia ampie quantità di informazioni per una pluralità di scopi; un Gis aggiunge la dimensione dell'analisi geografica alla tecnologia informatica, attraverso un'interfaccia tra i dati e la cartografia. Ciò rende agevole presentare informazioni ai decisori in modo rapido, efficiente ed efficace» (Fortino, 2006).

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

MINISTERO DELLA SALUTE (2007), *Attività gestionali ed economiche delle A.S.L. e Aziende Ospedaliere - Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2005* (D.P.C.M. 17-5-84; D.M. 23-12-96).

PEDRELLI A. (2002), «Il sistema dell'offerta di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale nella Regione Lazio», in C. Saitto, M. Arcà, C.A. Perucci,

Epidemiologia e Prevenzione, 26 (3): pp. 116-123, maggio/giugno.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (2004), *Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna* Agenzia sanitaria Regionale, Dossier 101-2004.

FORTINO (2006), *Sistemi informativi geografici*. Care Anno 8 Marzo-Aprile. Il Pensiero Scientifico editore.

Assicurazione integrativa mutualistica: un'analisi economica

CARLO DE PIETRO

Private health insurance is increasingly popular in Italy. The article examines an example of supplementary insurance plan issued by a non-profit organisation and distributed by a leading Italian large retailer. While not representative of the whole private health insurance supply available in the country, nevertheless the analysis allows us to look at the basic dimensions of health insurance economics applied to the actual conditions of the Italian healthcare system. In particular, the article highlights and discusses open enrolment and group rating, moral hazard and adverse selection, etc., referring to the three services offered by the insurance, i.e. reimbursement of 80% of the copayments for NHS services, daily grant for hospitalisations, and a list of contracted providers for private services.

Keywords: health insurance, supplementary coverage, Italian NHS
Parole chiave: assicurazione integrativa, copertura supplementare, Ssn

Note sull'autore

Carlo De Pietro - CERGAS Bocconi, carlo.depietro@unibocconi.it

1. Obiettivi

L'articolo esamina la polizza offerta da un'associazione mutualistica leader nelle coperture sanitarie integrative in Italia e commercializzata grazie all'accordo con una primaria azienda cooperativa di consumo che opera nella grande distribuzione italiana¹.

A tal fine, si riprendono i concetti di base dell'analisi economica e in particolare della cosiddetta economia delle assicurazioni, grandemente sviluppati in letteratura a partire dagli anni sessanta e al centro della disciplina dell'economia sanitaria (Arrow, 1963; Akerlof, 1970; Spence, Zeckhauser, 1971; Feldstein, 1973 e 2002; Pauly, 1984; Fuchs, 1987; Nyman, 2001). Nonostante tale posizione centrale all'interno della letteratura scientifica, le analisi lì presenti sono riferite in gran parte ai sistemi sanitari basati sulle assicurazioni private o quanto meno ai sistemi mutualistici con sufficienti gradi di concorrenza. In primo luogo le analisi si riferiscono quindi agli Stati Uniti d'America (Manning *et al.*, 1987; Dranove, 2000) o a sistemi in cui il ruolo delle assicurazioni private e i gradi di concorrenza sul mercato sono sufficientemente elevati, come ad esempio succede nei Paesi Bassi (Westerhout, 2004) o in Svizzera (Bolgiani *et al.*, 2006; Lehmann, Zweifel, 2004).

Per quanto riguarda invece il nostro Paese, la presenza di un sistema assicurativo pubblico tipo servizio sanitario nazionale ha reso meno rilevante l'analisi circa caratteristiche, diffusione e funzionamento delle assicurazioni sanitarie private, siano esse commerciali o mutualistiche, piani di copertura aziendale, ecc. (OECD, 2004). Il limitato dibattito scientifico si è dunque per

SOMMARIO

1. Obiettivi
2. Risultati
3. Commenti conclusivi

lo più sviluppato sul livello delle politiche di regolamentazione, collegato alla reiterata proposta di sviluppate coperture assicurative integrative e complementari rispetto a quella offerta dal Servizio Sanitario Nazionale, anche con i cosiddetti «fondi doc», che non hanno ancora trovato applicazione nonostante fossero previsti dal D.L.vo 229/99² (Bordignon, Levaggi, 2003; Fabbri, 2001; Lippi Bruni, 2001).

2. Risultati

Passando a considerare la polizza oggetto d'analisi, un primo elemento rilevante della copertura assicurativa proposta è il suo carattere mutualistico, che si ritrova nei seguenti aspetti:

- la possibile sottoscrizione da parte di tutti i soci della cooperativa di consumo attraverso la quale la polizza è commercializzata, a condizione che non abbiano ancora compiuto i 61 anni di età. La sottoscrizione non prevede selezioni all'ingresso, né prevede esami diagnostici o visite mediche preventive (si tratta cioè di un'assicurazione a cosiddetto *open enrollment*). L'unica richiesta prevista è che sia compilato un questionario anamnesico da allegare alla domanda di adesione. Tali informazioni possono essere fatte valere per limitare l'estensione della copertura (e cioè limitare la rimborsabilità di servizi legati a condizioni sanitarie preesistenti al momento della sottoscrizione), ma non per rifiutare la sottoscrizione stessa;

- la previsione di un unico premio per tutti i sottoscrittori³ e nel tempo (cosiddetto *group rating*), indipendente cioè sia dai rischi prevedibili (in logica *ex ante*; cfr. anche il punto precedente), sia dai consumi effettivamente mostrati (in logica *ex post*);

- l'impossibilità di recesso contrattuale da parte dell'associazione, anche quando il socio raggiunga un'età avanzata o sia cresciuto il proprio grado di rischio, ad esempio per il sopravvenire di malattie croniche o gravi patologie. D'altro canto, è previsto che il socio possa recedere ogni anno;

- l'assenza di fini di lucro, tipica della tradizione delle società di mutuo soccorso;

- la partecipazione dei soci alla gestione dell'associazione mutualistica, attraverso l'assemblea e gli altri organi sociali.

Nel **box 1** si riportano i contenuti del foglio informativo messo a disposizione presso i punti vendita dell'azienda cooperativa di grande distribuzione. In quel foglio informativo i contenuti della proposta messi in evidenza sono tre, trattati rispettivamente nei paragrafi che seguono:

- rimborso ticket;
- sussidio di ricovero;
- *card* salute.

2.1. Il rimborso del ticket Ssn

La polizza prevede il rimborso dell'80% dei ticket pagati alle Asl, agli ospedali pubblici o alle strutture sanitarie private accreditate dalle Regioni per visite specialistiche, analisi di laboratorio, diagnostica strumentale, interventi ambulatoriali eseguiti da un medico e pronto soccorso. Il diritto a richiedere il rimborso «si prescrive decorsi 90 giorni dalla data in cui sono state effettuate le prestazioni» (Regolamento di assistenza sanitaria integrativa, anno 2007: 3; d'ora in poi *Regol.*).

Le questioni più rilevanti rispetto a tale rimborso sembrano cinque, discusse nei paragrafi che seguono.

La spesa privata per prestazioni ambulatoriali e diagnostiche

Innanzitutto, per capire qual è la rilevanza concreta di tale copertura occorre considerare i dati di spesa sanitaria privata in Italia (Jommi, Lecci, 2006). La principale fonte d'informazione a tal fine è l'Istat (www.istat.it), che poi trasferisce tali informazioni all'Ocse (www.oecd.org) per i confronti internazionali (Oecd, 2006). I dati sono desunti da rilevazioni campionarie dei consumi delle famiglie, integrati da informazioni *ad hoc* su alcune prestazioni sanitarie (quali l'acquisto di farmaci).

In complesso la spesa privata corrente 2005 ammontava a 26,6 miliardi di euro, pari al 22% della spesa sanitaria corrente totale (pari a 122 miliardi di euro). In termini *pro-capite* la spesa sanitaria corrente privata era quindi di circa 460 euro.

Tali dati sono contenuti nella Relazione Sanità della RGSEP (Relazione generale sulla situazione economica del Paese), redatta

Box 1

I principali contenuti
della *brochure*

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Associazione mutualistica xxyy

La proposta prevede:

- il rimborso dell'80% dei *ticket* sanitari
- un sussidio di € 25 per ogni giorno di ricovero ospedaliero
- la *card* salute

RIMBORSO TICKET

Rimborso dell'80% dei *ticket* pagati alle Asl, agli ospedali pubblici o alle strutture sanitarie private accreditate dalle Regioni per:

- visite specialistiche
- analisi di laboratorio
- diagnostica strumentale
- interventi ambulatoriali
- pronto soccorso

Non ci sono massimali di spesa.

Non ci sono minimi rimborsabili.

Non sono rimborsabili i *ticket* relativi a malattie preesistenti al momento dell'adesione.

SUSSIDIO DI RICOVERO

In caso di ricoveri per malattia, infortunio, parto, al socio è garantito un **sussidio di 25 €** per ogni giorno di ricovero ospedaliero.

Il socio è assistibile per un massimo di 90 giorni di degenza all'anno.

Non è riconosciuto il sussidio per malattie preesistenti all'adesione.

CARD SALUTE

Tutti gli iscritti riceveranno la tessera di xxyy che consente di **accedere, in forma privata**, ad una vasta rete di strutture sanitarie convenzionate **a condizioni agevolate**.

COME ADERIRE

Per l'adesione è richiesto:

- un contributo associativo annuale di € 90 (7,50 al mese)
- una tassa di iscrizione di € 10 (una tantum)

L'iscrizione è ammessa per chi non abbia compiuto 61 anni. Dopo l'iscrizione non ci sono limiti d'età.

Si può aderire in un qualsiasi giorno dell'anno, con decorrenza il primo mese successivo.

In caso di adesione dell'intero nucleo familiare sono previste riduzioni sul costo annuo a partire dal secondo familiare iscritto.

Il contributo annuale è detraibile dalle imposte a norma di legge.

Per tutto il 2007 50% di sconto sul contributo annuale per tutti i nuovi iscritti fino a 30 anni di età compiuti.

dal ministero dell'economia. La Relazione distingue la spesa privata per prestazioni sanitarie in «spesa per prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico» (48% della spesa sanitaria privata corrente nel 2005), «spesa per servizi ambulatoriali» (35%) e «spesa per servizi ospedalieri» (17%).

Quindi la spesa privata *pro-capite* per servizi ambulatoriali – comprensivi anche delle prestazioni diagnostiche, escluse quel-

le richieste all'interno dei ricoveri o di programmi di sanità pubblica – nel 2005 sembra essere stata di circa 168 euro.

Le prestazioni escluse dalla copertura assicurativa

Per capire qual è la quota di spesa *pro-capite* per prestazioni ambulatoriali e diagnostiche su cui può valere il rimborso dell'80% dei *ticket* previsto dalla polizza in esame,

si deve tener conto delle prestazioni da essa escluse (Regol.). Tali esclusioni seguono due logiche:

– l'esclusione dell'assistenza legata alle malattie – «nonché le sequele e le manifestazioni morbose a queste eziopatogenicamente rapportabili» – preesistenti alla data della sottoscrizione (siano esse diagnosticate in un momento successivo all'iscrizione, siano esse dichiarate sul questionario anamnesico compilato e consegnato con gli altri documenti utili all'iscrizione);

– l'esclusione delle prestazioni rese a seguito di diagnosi con «diciture del tipo «controllo», «accertamenti», «prevenzione» e simili, se non accompagnate da ulteriore specifica» (Regol.: 2);

– l'esclusione dell'assistenza legata a particolari malattie, stati di salute o prestazioni, riportate nel **box 2**.

In particolare, risultano esclusi l'acquisto di farmaci e l'odontoiatria, e cioè le prime due voci della spesa sanitaria privata corrente in Italia.

Inoltre la polizza presa in esame parla di rimborso dell'80% «del ticket» e quindi non prevede il rimborso dei costi legati alla cosiddetta libera professione intramuraria⁴, sia nella parte relativa alla cosiddetta «scelta medico», sia in quella legata al «maggior comfort alberghiero» (ad esempio per la richiesta di una stanza di degenza con un solo letto).

Eliminando il 48% della spesa privata che, a detta della RGSEP, è destinata a far-

Box 2

Malattie, stati di salute o prestazioni per i quali non sono previsti né rimborso *ticket* né diaria

Hiv/Aids

Gravidanze già in corso alla sottoscrizione

Malattie nervose o mentali

Malattie congenite

Malattie e infortuni provocati da fatti colposi di terzi, salvo il caso in cui sia accertata la irreperibilità e/o la non solvibilità del terzo responsabile

Conseguenze derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni

Prestazioni eseguite a solo scopo preventivo (con particolare riguardo ai *check-up*)

Cure estetiche

Malattie e gli infortuni derivanti da risse e ubriachezza, da maneggio di armi o da manifesta imprudenza

Malattie e gli infortuni occorsi nello svolgimento di competizioni sportive agonistiche

Conseguenze dirette o indirette di trasformazioni di nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o di esposizione a radiazioni ionizzanti

Conseguenze di guerre, insurrezioni, atti di terrorismo, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche

Cure e visite dentistiche(*)

Terapie farmacologiche

Vaccinazioni

Applicazione di spirali

Accertamenti e cure contro la sterilità

Indagini diagnostiche pre maternità e pre paternità

Visite psicologiche e psichiatriche

Visite medico sportive

Iniezioni e altre prestazioni infermieristiche

Cure termali e terapie fisiche (come fisiocinesiterapie, inoforesi, ionoforesi, ultrasuoni, marconiterapia, radar, forni, elettrostimolazioni, massoterapia, ginnastica, magnetoterapia, fitoterapia, tens, rebox, laser, manipolazioni e altre prestazioni analoghe)

(*) Sono invece comprese le indagini di tipo diagnostico

maci e altri articoli sanitari e il 17% destinato all'assistenza ospedaliera (della quale si dirà al punto successivo), ed escludendo le prestazioni elencate nel box 2 (soprattutto odontoiatria e malattie nervose o mentali), si può ipotizzare che le prestazioni diagnostiche e ambulatoriali per le quali è previsto il rimborso dell'80% del ticket corrispondano a non più della metà del 35% restante di spesa sanitaria privata. Se nel 2005 quel 35% di «spesa per servizi ambulatoriali» è stata di 168 euro *pro-capite*, si può allora stimare che, in prima approssimazione, la polizza rimborsi l'80% di 84 euro, cioè 67 euro in media circa⁵.

Franchigie e massimali

La polizza in esame non prevede né franchigie né massimali per tale rimborso dei ticket.

Le franchigie in genere si applicano per contrastare il possibile azzardo morale da parte degli assicurati presente in alcune situazioni. Tale rischio è effettivamente presente anche nel caso in esame (e anzi la copertura integrativa lo accentua, come discusso più sotto). La limitatezza degli importi in gioco rende tuttavia concretamente difficile proporre una franchigia che, di fatto, escluderebbe da qualunque beneficio della copertura assicurativa gran parte degli iscritti.

Allo stesso modo, gli importi unitari comunque limitati dei ticket Ssn mettono al riparo l'assicuratore da rischi finanziari maggiori.

Il controllo della selezione avversa

Il piano assicurativo che stiamo considerando comprende alcune misure finalizzate a controllare i rischi di selezione avversa.

Innanzitutto, le esclusioni viste al box 2 potrebbero scoraggiare l'iscrizione da parte di chi ha già *preexisting conditions* rilevanti, in quanto il *pay off* dalla copertura assicurativa integrativa atteso potrebbe essere inferiore a quello della popolazione generale.

In secondo luogo, esistono delle condizioni rispetto al periodo in cui il socio può beneficiare dell'assistenza. Questa, infatti, «decorre in caso di infortunio (avvenuto dopo la data di validità dell'iscrizione) dalle ore 24,00 del giorno di iscrizione» (Regol.:

2). Evidentemente gli infortuni sono per loro natura non prevedibili, al contrario di altre prestazioni diagnostiche o ambulatoriali soggette a liste di attesa, ecc. Per questo motivo, la condizione sopradetta evita problemi di selezione avversa. «Negli altri casi la copertura sanitaria da parte della mutua [...] riguarda le prestazioni sanitarie usufruite dopo il trentesimo giorno dalla validità dell'iscrizione» (*ibidem*). In tal caso la selezione avversa non può essere evitata, soprattutto quando le prestazioni per le quali si richiede il rimborso prevedono lunghi tempi di attesa (in tal caso infatti l'individuo può iscriversi oggi in vista di esami o visite per le quali le liste di attesa superano il mese). La previsione di un lasso di tempo di 30 giorni permette comunque di limitare tali rischi⁶.

Un terzo accorgimento – utile anche per finalità di semplificazione amministrativa – riguarda l'eventuale allargamento della copertura in un unico momento e all'intero nucleo familiare. Tale richiesta rafforza il carattere mutualistico dell'adesione e costituisce una difesa contro la potenziale selezione avversa. L'inclusione di *tutti* i familiari evita, infatti, comportamenti opportunistici che potrebbero estendere la copertura ai soli familiari che, in base alle informazioni disponibili alla famiglia, hanno più probabilità di ricorrere alle prestazioni mutualistiche perché con storie sanitarie problematiche, minore avversione al rischio, ecc.⁷.

Ancora, particolarmente efficace per contrastare la selezione avversa sembra l'esclusione dalla copertura delle prestazioni pre e neo-natali, per chi si iscrive dopo il concepimento. La gravidanza è infatti spesso accompagnata da frequenti visite specialistiche di controllo (in genere fornite insieme a prestazioni di ecografia, le quali risultano comunque esplicitamente escluse dalla copertura assicurativa). In tal caso è ovvio che le donne non ancora iscritte potrebbero essere spinte a farlo quando pianificassero una gravidanza. In tal caso le uniche difese per l'assicuratore sarebbero quelle legate all'efficacia del controllo della domanda e del *gate-keeping* esercitato dal Ssn attraverso le proprie linee guida, i Mmg e i comportamenti professionali dei singoli operatori. È utile ricordare infatti che i rimborsi sui ticket sono riconosciuti a fronte di prestazioni erogate da strutture Ssn (pubbliche o private accreditate) e comunque

non sono riconosciuti per le prestazioni erogate a seguito di diagnosi generiche, recanti diciture del tipo «controllo» o simili.

Un altro accorgimento per limitare i rischi di selezione avversa previsto dal regolamento riguarda il caso in cui il socio non provveda a rinnovare l'iscrizione tramite versamento entro il 31 dicembre di ogni anno: in tal caso «i diritti del socio resteranno sospesi e potranno essere riacquistati mediante il pagamento delle rate scadute e dopo una carenza di 30 giorni dalla data del pagamento. Nel caso in cui la morosità superasse i quattro mesi, il socio potrà riacquistare i propri diritti dopo tre mesi dalla data del pagamento» (Regol.: 3). In tal modo si disincentiva la re-iscrizione di persone che non l'avrebbero fatto se non avessero saputo di avere immediato bisogno di assistenza.

Infine, un ultimo accorgimento messo in atto per ridurre l'età media e quindi migliorare il profilo di rischio medio degli iscritti è lo sconto del 50% sull'importo dei contributi sociali 2007 per i nuovi iscritti che non abbiano superato il trentesimo anno di età (Regol.: 3).

L'insieme di tali misure rende possibile governare i rischi di selezione avversa e non ricorrere a politiche di prezzo, magari orientate a fidelizzare gli iscritti grazie a sconti progressivi nel tempo⁸.

Gli effetti sull'azzardo morale

Una conseguenza problematica del rimborso riguarda il controllo dell'azzardo morale.

I ticket previsti per le prestazioni Ssn hanno quale principale obiettivo quello di far partecipare – sebbene limitatamente – anche i pazienti al finanziamento dei servizi di cui beneficiano. Sebbene le prestazioni sanitarie rimangano in quota maggiore finanziate da risorse pubbliche Ssn, grazie ai ticket i pazienti prendono coscienza dei costi ad esse associate. Inoltre, il pagamento potrebbe spingere a una maggiore oculatezza o moderazione nei consumi sanitari, responsabilizzando anche il paziente, oltre che i prescrittori, i finanziatori e gli erogatori delle prestazioni⁹.

Sono questi gli obiettivi perseguiti col ticket, nonostante i suoi riconosciuti limiti, dovuti essenzialmente a:

– l'essere slegato dai costi delle varie prestazioni. Generalmente infatti i ticket sono stabiliti di unico importo per classe di servizio (ricetta medica con prescrizione farmaceutica; visita specialistica; ecc.) e non seguono un criterio di proporzionalità rispetto ai costi;

– l'essere slegato dalla capacità di pagare dei pazienti. A meno delle politiche di esenzione basate sul reddito familiare, sull'età anagrafica o sulla presenza di malattie croniche (in genere associate a un consumo elevato di prestazioni sanitarie), i ticket contravengono al principio «ciascuno secondo le proprie possibilità, a ciascuno secondo i propri bisogni» su cui è basato il Ssn italiano e, a maggior ragione, al principio di progressività delle imposte rispetto al reddito, cui s'ispira il sistema fiscale del nostro Paese;

– il ruolo comunque limitato del paziente nei processi decisionali di consumo, dovuto alle condizioni di debolezza e asimmetria informativa che in generale caratterizzano il rapporto coi professionisti sanitari.

Il rimborso dell'80% del ticket Ssn riesce a risolvere il primo limite sopra evidenziato. Lascia invece aperto il secondo limite, legato alle condizioni economiche familiari, in quanto a sua volta il premio chiesto dall'associazione mutualistica non è collegato a reddito o patrimonio degli iscritti. Infine, è difficile ipotizzare che il rimborso migliori le condizioni informative del paziente nei confronti degli attori operanti nel sistema sanitario.

In ogni caso, rimane il fatto che il rimborso dell'80% dei ticket Ssn riduce gli obiettivi di responsabilizzazione e «moderazione» sopra citati e potrebbe quindi ridurre la capacità del Ssn di controllare la domanda di servizi sanitari e quindi la spesa complessiva. In altre parole, il rimborso riduce drasticamente un importante strumento di governo dei consumi Ssn.

2.2. Il sussidio di ricovero

Tipico della tradizione mutualistica, in termini economici il sussidio di ricovero «ripaga» almeno parzialmente per il costo opportunità o il disagio associati al ricovero¹⁰.

La polizza in esame prevede che in caso di malattia, infortunio o parto, al socio venga

ricosciuto un sussidio di 25 euro per ogni giorno di ricovero ospedaliero, salvo per i casi di esclusione già visti al paragrafo precedente (cfr. box 2) e comunque per non più di 90 giorni di degenza per anno (Regol.: 2), il che limita l'eventuale onere per la mutua a 2.250 euro all'anno, escludendo in tal modo rischi cosiddetti «dreadful» per l'assicuratore, cioè particolarmente onerosi da un punto di vista finanziario.

Come per i rimborsi del ticket, anche il diritto a richiedere la diaria «si prescrive decorsi 90 giorni dalla data in cui sono state effettuate le prestazioni» (Regol.: 3).

Il regolamento prevede che i giorni di degenza e di dimissioni siano computati come una sola giornata di degenza complessiva. In caso di *day-hospital* il sussidio è riconosciuto per ogni accesso ma esclusivamente nei casi di intervento chirurgico o di prestazioni chemioterapiche.

A differenza che per il rimborso dell'80% dei ticket discussi al paragrafo precedente, il sussidio di ricovero si applica anche a case di cura non accreditate col Ssn, con esclusione in ogni caso «degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche con prevalenti finalità dietologiche e/o estetiche» (Regol.: 2).

Per avere un'idea dell'incidenza (e cioè della frequenza) dei ricoveri, si consideri che nel 2004 i ricoveri ordinari sono stati circa 140 per 1000 abitanti e i ricoveri diurni circa 65 (Carbone, Lecci, 2006: 75). Per avere un'idea dei volumi complessivi, si consideri che sempre nel 2004 le giornate di ricovero complessive (regime ordinario e diurno, strutture pubbliche e private) sono state circa 78 milioni, pari a circa 1,3 per residente in Italia (Carbone, Lecci, 2006: 69). Per comprendere però la rilevanza di tali numeri ai nostri fini, è utile osservare che molti ricoveri sono erogati a favore di persone anziane o a bambini nei primi mesi di vita¹¹: si tratta quindi di pazienti in genere non coperti dalle assicurazioni integrative private.

2.3. La card salute

Il terzo contenuto dell'assistenza prestata consiste in una tessera individuale fornita ad ogni iscritto «che consente di accedere, in forma privata, ad una vasta rete di strutture sanitarie convenzionate a condizioni agevo-

late (sconti tariffari e altre agevolazioni) il cui elenco viene consegnato all'associato»¹² (Regol.: 2). La lista delle strutture presente sul regolamento riporta 74 soggetti con convenzione diretta (Regol.: 5-6). Quando si comprendano i soggetti con più sedi territoriali, il totale è di circa 120 strutture, di cui 11 odontoiatriche¹³.

È probabile che il principale contenuto di tale servizio stia nell'informazione che esso fornisce circa un insieme di strutture disponibili sul territorio, insieme a una certa garanzia circa la qualità delle stesse. Nel regolamento infatti non vengono specificate le eventuali agevolazioni concesse dalle strutture convenzionate agli assicurati, né sono evidenziate prestazioni particolari offerte.

Sebbene si tratti di un'ipotesi impossibile da verificare, il fatto che gli iscritti trovino utile tale servizio informativo – la semplice elencazione di un certo numero di strutture – potrebbe sembrare sintomo di una debolezza del Ssn e dei servizi di cure primarie (i medici di medicina generale in primo luogo) nell'orientare i pazienti tra i diversi servizi presenti nella rete.

Infine, è interessante notare come tra le 74 strutture presenti nella lista soltanto quattro siano strutture pubbliche, che hanno stipulato una convenzione con l'associazione mutualistica per le attività offerte in «area a pagamento aziendale». Ciò mostra come solo pochissime aziende sanitarie pubbliche abbiano cercato di sviluppare proprie attività sul mercato privato (salvo poi lasciarle svolgere ai propri professionisti in regime di «libera professione intramuraria»).

2.4. Il premio annuale

Il regolamento prevede un premio base per l'associato di novanta euro annui, a cui si aggiunge una tassa di ammissione *una tantum* di dieci euro. Nel caso d'iscrizione allargata ai familiari del primo sottoscrittore, essa deve riguardare «l'intero nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia con l'esclusione di chi ha superato i limiti di età [di 61 anni]. Alla completa adesione del nucleo familiare è possibile derogare per quei componenti già coperti da documentate garanzie sanitarie integrative» (Regol.: 2). È previsto un premio di 90 euro/anno per il primo familiare dell'associato iniziale che

si iscriva, di 78 euro/anno per il secondo familiare e di 66 euro/anno per i familiari successivi (Regol.: 3).

Una prima caratteristica, tipica dell'assicurazione mutualistica, è il fatto che i premi non siano determinati sulla base del profilo di rischio individuale, ma sia invece un premio stabilito uguale per tutti gli iscritti (c.d. *group rating*). Ciò ovviamente potrebbe generare problemi di selezione avversa, tali cioè da incentivare l'iscrizione dei «cattivi rischi» e la non iscrizione delle persone che invece godono di buona salute. Si tratta di un problema in realtà centrale per il funzionamento dei mercati assicurativi, che però in tal caso specifico può essere ridotto dal largo numero di iscritti e dall'accordo stipulato con la cooperativa di consumo.

Rispetto al costo annuale, si tratta di un premio certamente sopportabile per i bilanci di gran parte delle famiglie italiane e che infatti non prevede eccezioni, graduazioni o modalità di finanziamento particolari.

Al contempo, l'analisi svolta nelle pagine precedenti ha mostrato come si tratti di un premio in linea con il valore della spesa attesa, in media, dai residenti in Italia per i servizi offerti (rimborso dell'80% dei ticket e 25 euro di diaria per ospedalizzazione, al netto delle esclusioni).

La detraibilità fiscale

Il D.L.vo 460/1997 (art. 13) prevede che i contributi associativi siano detraibili ai fini Irpef per il 19%¹⁴.

Il decreto riconosce quindi il ruolo positivo, tra le altre organizzazioni, delle società di mutuo soccorso e ne favorisce le attività attraverso un beneficio fiscale riconosciuto agli iscritti.

Dato l'importo contenuto della quota d'iscrizione annuale, il beneficio fiscale è anch'esso ridotto.

Restano in ogni caso alcune questioni di fondo e alcuni dubbi, relative alla motivazione della detrazione. In primo luogo, l'associazione mutualistica non eroga prestazioni sanitarie, bensì servizi d'intermediazione di quelle prestazioni e di (limitata) copertura dei costi ad esse associate¹⁵. Inoltre, come commentato sopra, il rimborso dell'80% dei ticket Ssn ne riduce la funzione di controllo dell'azzardo morale e potrebbe paradossal-

mente essere di danno al servizio sanitario pubblico. In altre parole, la rilevanza sociale – e per questo oggetto di un regime fiscale privilegiato – dell'appartenenza mutualistica risulta almeno in parte in contrasto con gli effetti del rimborso parziale dei ticket, e cioè della principale prestazione offerta dalla polizza qui oggetto d'analisi.

3. Commenti conclusivi

L'esempio di assicurazione integrativa qui discusso non ha la pretesa di rappresentare l'offerta articolata di prodotti presenti sul mercato italiano. Ciò nonostante, esso costituisce un esempio assai significativo, a ragione della forza e dei numeri sia della società di mutuo soccorso che propone la copertura, sia della cooperativa di consumo che la propone ai propri soci. Ciò detto, l'obiettivo principale dell'articolo resta quello di offrire l'occasione di riprendere i concetti di base dell'economia delle assicurazioni sanitarie e rileggerli in una loro possibile applicazione al caso di coperture integrative rispetto al Ssn. In tal senso, in questo ultimo paragrafo si vogliono mettere in evidenza almeno tre commenti conclusivi.

Le prestazioni sanitarie per le quali è riconosciuto il rimborso

Innanzitutto, la copertura qui proposta è integrativa in senso economico/finanziario più che nel senso di offrire servizi complementari. Con riguardo a tale secondo aspetto, la copertura mutualistica resta molto prudente, non coprendo alcun servizio extra-Lea, quali innanzi tutto l'assistenza odontoiatrica, la medicina fisica, le cure estetiche, le visite medico-sportive, ecc.¹⁶.

Di più, la copertura mutualistica non riconosce rimborsi del ticket né diarie di ospedalizzazione per un rilevante numero di prestazioni incluse nei Lea ma che potrebbero risultare troppo onerose per l'associazione mutualistica. È certamente il caso, tra gli altri, delle cure legate al percorso nascita, alle malattie già presenti al momento dell'iscrizione, alle malattie mentali, all'Hiv.

Provando a generalizzare, si può sostenere che tali esclusioni permettano di limitare almeno due rischi importanti per la sostenibilità economica dell'associazione mutualistica,

e cioè la progressiva diffusione delle malattie croniche e la crescente medicalizzazione della popolazione.

I rischi conseguenti alla cronicità medicalizzata, che va in parallelo con l'innalzamento dell'età media della popolazione e l'allungamento della vita attesa, sono attutiti da più accorgimenti, quali:

- l'esclusione delle malattie preesistenti al momento dell'iscrizione, anche se non diagnosticate (e quindi l'esclusione di molte malattie genetiche, disabilità maggiori, ecc.);

- il reclutamento di persone con meno di 61 anni alla prima iscrizione;

- il fatto che in generale l'Ssn esenta dal pagamento del ticket chi è affetto da malattie croniche.

La medicalizzazione discende dalla diffusione di pratiche preventive con ricorso a *screening* di popolazione o *check-up* individuali, dall'abbassamento delle soglie che definiscono lo stato di malattia e dalla creazione di nuove malattie, soprattutto in campo mentale (Domenighetti, 2005). I rischi ad essa collegata sono ridotti grazie all'esplicita esclusione delle prestazioni genericamente di prevenzione e dei *check-up* e all'esclusione delle malattie mentali.

I prestatori per i quali è riconosciuto il rimborso

I rimborsi sono riconosciuti per i ticket pagati a erogatori pubblici o accreditati col Ssn. In ogni caso di tratta di prestazioni erogate in regime Ssn (e non, ad esempio, in regime di «libera professione intramuraria» o «area a pagamento aziendale» per le strutture pubbliche).

L'esclusione delle prestazioni erogate in regime cosiddetto privato-privato – e cioè non Ssn – può certamente essere legato alla maggiore difficoltà contrattuale che ne deriverebbe. I servizi resi fuori Ssn sono infatti fatturati a prezzo pieno e non prevedono un ticket a carico del paziente. Per gestire un eventuale rimborso parziale, l'associazione mutualistica dovrebbe allora eventualmente riconoscere all'iscritto un importo equivalente all'80% del ticket che avrebbe pagato

in regime Ssn, con le difficoltà amministrative che ne conseguirebbero.

Una seconda possibile ragione di tale esclusione potrebbe non essere legata a difficoltà amministrative ma a ragioni più profonde e in particolare all'ipotesi che le prestazioni ambulatoriali e diagnostiche erogate in regime Ssn assicurino un grado accettabile di appropriatezza clinica e organizzativa, eventualmente maggiore di quanto vale in media per le prestazioni non Ssn.

Alcuni spunti dalla letteratura internazionale

Infine, sembra utile accennare brevemente ad alcune questioni in vario grado collegate a quanto discusso finora e presenti all'interno della letteratura economica.

Il primo tema riguarda le conseguenze del rimborso o dell'eliminazione dei *co-payment*.

Il sistema sanitario pubblico italiano fa largo ricorso ai *co-payment*, allo stesso modo che quello di altri Paesi, tra i quali ad esempio la Francia¹⁷. Come già osservato, il loro principale obiettivo è quello di responsabilizzare il paziente-consumatore circa i costi associati ai servizi richiesti e, in tal modo, ridurre i rischi di azzardo morale. In tal senso, Pauly (2004) afferma che la riduzione nel ricorso ai servizi sanitari dovuta ai *co-payment* può essere in generale considerata come positiva.

A tale proposito possono essere notati almeno due aspetti. Primo, il rimborso dei *co-payment* da parte della copertura privata può comportare maggiori rischi di azzardo morale (Danzon, 2002: p. 926). D'altro canto, i *co-payment* rendono più difficile l'accesso ai servizi per le classi disagiate rispetto a quelle più ricche, col rischio di un consumo di servizi sanitari sub-ottimale per i poveri (Grignon *et al.*, 2007: p. 204). La loro eliminazione ridurrebbe quindi tali problemi di equità, permettendo verosimilmente di raggiungere alla società un grado maggiore di benessere sociale.

Nel caso illustrato nel presente articolo, la polizza prevede il rimborso parziale dei *co-payment*. Ciò può quindi comportare maggiori problemi legati all'azzardo morale, ma anche un miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari per le classi più svantaggiate,

tenuto conto inoltre che il Ssn non prevede massimali ai *co-payment* complessivamente sostenuti dagli individui o dalle famiglie nel corso dell'anno.

Un altro problema sollevato dalla letteratura riguarda la possibile inappropriata che, originata nel settore privato, viene «importata» nel settore pubblico (Danzon, 2002: p. 926). In generale, si pensi al caso di visite specialistiche erogate a pagamento in cui il medico prescrive esami o altre visite poi erogate dal servizio pubblico. Se ipotizziamo che la domanda indotta dall'offerta possa essere più frequente nel settore privato in cui i professionisti sono pagati sulla base di sistemi *fee-for-service* che nel settore pubblico in cui essi sono stipendiati da aziende sanitarie senza scopo di lucro, è allora probabile che tale domanda indotta abbia un impatto anche sul sistema sanitario pubblico, sollecitato a fornire prestazioni prescritte dal medico operante privatamente.

Nel nostro caso la polizza copre soltanto per i *co-payment* relativi a servizi comunque erogati in regime istituzionale Ssn e quindi non soggetti in maniera così diretta e rilevante a tali rischi. Resta però evidente che, se una visita dallo specialista non costa all'assicurato quasi nulla (gran parte dei costi sono sostenuti dal servizio pubblico e l'80% del ticket gli viene rimborsato dall'assicurazione privata), è probabile che egli si rivolga agli specialisti più spesso e, come conseguenza, più spesso gli siano prescritte ulteriori prestazioni da richiedere alle strutture Ssn, le quali se ne accolleranno gran parte dei costi¹⁸.

Una terza questione riguarda gli effetti redistributivi dell'assicurazione sanitaria privata.

In generale, i sistemi pubblici svolgono un ruolo di redistribuzione in quanto vengono finanziati sulla base delle possibilità e usati in base alle necessità. A ciò si aggiunga che spesso il finanziamento si basa su regole di progressività fiscale, tale per cui i ricchi contribuiscono più che proporzionalmente rispetto ai poveri. Quando l'assicurazione sanitaria privata copre per servizi erogati in regime privato ma che altrimenti sarebbero stati chiesti ai fornitori pubblici, quel ruolo di redistribuzione si accentua ulteriormente, in quanto i ricchi hanno con maggiore probabilità copertura assicurativa privata e quindi probabilmente partecipano al finanziamento

dei servi pubblici (in qualità di *tax payers*) ma non li utilizzano, preferendo quelli privati (Costa, García, 2003)¹⁹.

L'assicurazione di cui abbiamo discusso nel presente articolo non incide in maniera chiara su tali aspetti, in quanto rimborsa esclusivamente (e parzialmente) i *co-payment* richiesti dal sistema pubblico e non anche servizi privati extra Ssn.

Ancora, un altro tema dibattuto riguarda la relazione tra liste di attesa del sistema sanitario pubblico e domanda di assicurazione sanitaria privata. In generale, la domanda di assicurazione sanitaria privata aumenta all'allungarsi delle liste di attesa. Ciò è rilevato ad esempio nel Regno Unito (Besley *et al.*, 1999: 173) o in Spagna (Jofre-Bonet, 2000: p. 51; Costa, García, 2003: p. 597). Il sistema pubblico è spesso giudicato meno flessibile del privato nella sua fruizione. Inoltre, le liste di attesa – insieme ad altri aspetti relativi al comfort alberghiero ecc. – pregiudicano la sua qualità percepita. Di qui la scelta di molte persone di sottoscrivere polizze private per evitare i servizi pubblici e potersi rivolgere a quelli privati. Se ciò non comporta una riduzione della capacità produttiva del sistema pubblico e quindi, eventualmente, l'aggravarsi delle liste di attesa, queste dovrebbero invece accorciarsi a favore degli utenti pubblici, con un accresciuto ruolo di redistribuzione da ricchi a poveri del sistema sanitario pubblico²⁰.

In realtà, non è però escluso che un maggior ricorso a polizze che permettono di rivolgersi direttamente a fornitori privati possa portare rischi per il sistema sanitario pubblico. Il ricorso ai fornitori privati potrebbe infatti ridurre l'attenzione prestata dai politici per il sistema sanitario pubblico e quindi il suo finanziamento. Inoltre al diffondersi delle assicurazioni private i medici non dipendenti pubblici potrebbero ridurre il loro impegno a favore del sistema pubblico. Nell'ipotesi – verosimile – di remunerazioni maggiori nel privato che nel pubblico, quella riduzione potrebbe essere più che proporzionale all'aumento degli assicurati privati, col rischio di un ulteriore allungamento delle liste di attesa e l'instaurarsi di un circolo vizioso pericoloso per la tenuta del sistema pubblico nel medio periodo (Costa, García, 2003: p. 588)²¹.

Pur importanti, si tratta in ogni caso di questioni diverse da quelle sollevate dall'assicurazione considerata nel presente articolo. Nel nostro caso infatti il rimborso riguarda i *co-payment* richiesti per prestazioni Ssn, sebbene esse possano essere erogate da fornitori privati accreditati. I casi britannici e spagnoli sopra citati sono invece più simili alle polizze private che rimborsano prestazioni erogate fuori Ssn, ad esempio quelle erogate in regime di libera professione intramuraria.

In generale, e per concludere, è ovvio che «l'esistenza di una copertura universale garantita da sistemi statuari riduce il bisogno dei consumatori di copertura addizionale attraverso assicurazioni sanitarie volontarie» (T.d.A.; Mossialos, Thomson, 2002: p. 18). Per cogliere i reali contenuti e le reali possibilità di sviluppo delle assicurazioni provate in sistemi centrati su servizi sanitari nazionali pubblici occorre però distinguere la natura complementare o supplementare della copertura offerta.

Trattandosi di un'assicurazione supplementare rispetto alla copertura pubblica Ssn, la copertura oggetto d'analisi nel presente articolo è fondamentalmente volta a migliorare le condizioni di accesso ai servizi Ssn, riducendone il costo (*co-payment*) al momento della loro fruizione e prevedendo una diaria che compensi almeno in parte per il disagio conseguente al ricovero ospedaliero.

Al contrario, non trattandosi di un'assicurazione complementare sostitutiva del Ssn, essa non risponde ad altri bisogni spesso all'origine della sottoscrizione di assicurazioni malattia privata, quali ad esempio poter ottenere un *comfort* più elevato; poter scegliere il professionista di cui si ha fiducia; avere la libertà di rivolgersi a strutture al di fuori della propria provincia o regione, per i Paesi in cui la portabilità geografica della copertura pubblica è limitata²²; disporre di servizi in orari più flessibili; beneficiare di servizi che integrano pacchetti di prestazioni, facilitandone la fruizione; accedere ai servizi evitando le liste di attesa.

Note

1. L'analisi riguarda una polizza distribuita nella primavera 2007.
2. L'art. 9 del decreto prevedeva «fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale» (c. 2) che, «tenuti ad

adottare politiche di non selezione dei rischi» (c. 3), fossero «finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza» (c. 1).

Il c. 3 prevedeva che tali fondi potessero essere istituiti attraverso contratti e accordi collettivi, anche aziendali; accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale; regolamenti di Regioni, enti territoriali ed enti locali; organizzazioni non lucrative operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria; società di mutuo soccorso riconosciute; altri soggetti pubblici e privati, a condizione che non adottino strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti.

Le prestazioni previste riguardavano (c. 4): a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditate (comprehensive di prestazioni di medicina non convenzionale, cure termali, assistenza odontoiatrica); b) prestazioni erogate dal Ssn comprese nei Lea, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito; c) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito. Tali prestazioni dovevano essere individuate con decreto del Ministro della sanità.

Era poi previsto che, una volta entrata in vigore l'apposita disciplina fiscale, venisse emanato anche il regolamento contenente le disposizioni relative all'ordinamento dei fondi, con riguardo a modalità di costituzione e di scioglimento; composizione degli organi di amministrazione e di controllo; forme e modalità di contribuzione; soggetti destinatari dell'assistenza; trattamento e garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare; cause di decadenza della qualificazione di fondo integrativo del Ssn.

Tale normativa attuativa però non è mai stata promulgata.

3. A meno dello sconto del 50% sul premio annuale 2007 per i nuovi iscritti con meno di 30 anni di età.
4. Per una descrizione della libera professione intramuraria e delle sue conseguenze gestionali, cfr. De Pietro (2002).
5. L'analisi non ha come obiettivo la determinazione esatta della spesa attesa. Per tale motivo, si può per semplicità tralasciare di considerare il fatto che l'associazione mutualistica non consenta la nuova iscrizione per gli ultra-sessantenni. Tale ipotesi semplificatrice può peraltro essere spiegata almeno in parte dalle frequenti esenzioni dai ticket per la popolazione anziana, che dovrebbero grosso modo compensare il maggiore ricorso a servizi sanitari da parte degli ultra-sessantenni.
6. In realtà quando confrontato con le pratiche adottate da altri assicuratori e altri Paesi, il «waiting period» di un mese sembra molto breve (per un confronto in-

- ternazionale, si veda Mossialos, Thomson 2002: p. 74).
7. In realtà l'efficacia concreta di tale accorgimento sembra facilmente aggirabile dalle famiglie, che potrebbero decidere di fare iscrivere singoli componenti maggiorenni non in virtù dell'estensione della copertura assicurativa del primo iscritto, ma facendo associare il familiare con alta spesa sanitaria attesa alla cooperativa di consumo di grande distribuzione (con un esborso di pochi euro *una tantum*). Il regolamento dell'associazione mutualistica non prevede infatti alcun ostacolo all'iscrizione del singolo socio della cooperativa di consumo.
 8. Premi che si riducono col passare degli anni dalla prima iscrizione scoraggiano iscrizioni «mordi e fuggi» da parte di persone con spesa sanitaria attesa elevata nel breve periodo.
 9. Per questo motivo nei Paesi francofoni è usata l'espressione *ticket modérateur*.
 10. Nella tradizione mutualistica, risalente a tempi in cui le retribuzioni erano determinate a posteriori e commisurate al tempo realmente lavorato (cottimo), la «diaria» riconosciuta dalla società di mutuo soccorso al proprio iscritto temporaneamente ricoverato in ospedale voleva compensare la perdita di reddito da lavoro con un sussidio monetario sostitutivo. Oggi i contratti di lavoro prevedono tipicamente la «malattia pagata», sebbene sotto alcune condizioni. La diaria prevista per l'ospedalizzazione non è quindi più considerabile sostitutiva del reddito da lavoro (l'importo di 25 euro è più basso della retribuzione giornaliera netta per la stragrande maggioranza dei lavoratori, anche *part-time*), bensì a parziale compenso per il disagio subito o le spese cui il malato va incontro.
 11. Nel 2004 nelle strutture Ssn il 39% dei ricoveri ordinari e il 31% dei ricoveri diurni hanno riguardato persone di 65 anni e oltre; l'8% dei ricoveri ordinari e l'11% di quelli diurni hanno riguardato bambini al di sotto di un anno di vita (www.sanita.it; 17 agosto 2007).
 12. Il regolamento prosegue specificando «che le prestazioni sanitarie effettuate in forma privata non sono comunque rimborsabili agli aderenti a questa forma assistenziale» (Regol.: 2). In altre parole è ribadito il fatto che le prestazioni monetarie riguardano soltanto il rimborso dell'80% dei *ticket Ssn* pagati per visite specialistiche e prestazioni diagnostiche erogate da strutture accreditate col Ssn. Per le prestazioni non Ssn invece l'iscrizione offre, appunto, agevolazioni tariffarie e non tariffarie presso le strutture convenzionate con l'associazione mutualistica.
 13. L'iscritto può poi chiedere all'associazione mutualistica altri nominativi di strutture di una particolare Regione d'Italia e non presenti nella lista fornita dal regolamento, grazie alla più ampia rete di strutture presenti su tutto il territorio nazionale e convenzionate con le associazioni mutualistiche aderenti alla Fimiv (Federazione italiana mutualità integrativa volontaria; Regol.: 6).
 14. La norma prevede la detraibilità del 19% su premi che arrivano fino a un massimo di 1.291 euro annui, importo ben maggiore della quota d'iscrizione annuale della polizza presa in esame.
 15. La previsione di regimi fiscali favorevoli all'assicurazione medica privata è peraltro prassi diffusa in molti Paesi. In Spagna le riforme fiscali di fine anni novanta hanno anzi paradossalmente eliminato la detrazione del 15% delle spese mediche private dalla tassazione sul reddito ma hanno lasciato quella relativa alla sottoscrizione di polizze assicurative. Le probabili ragioni di ciò, a detta di Rodriguez e Stoyanova (2008: p. 186), riguardavano la paura di un improvviso aumento dei pazienti che si sarebbero rivolti al sistema pubblico (aumentando quindi i costi per il bilancio pubblico) e il desiderio di non danneggiare l'importante settore assicurativo medico provato presente in Spagna.
 16. I Lea (Livelli essenziali di assistenza) sono stati individuati dal Dpcm 29 novembre 2001 e sostanziano i contenuti della copertura assicurata dal Ssn in tutte le Regioni d'Italia. Per un approfondimento cfr. Torbica e Fattore (2005).
 17. Probabilmente, tra i Paesi maggiormente rappresentativi, le situazioni più simili a quella italiana si ritrovano in Francia e negli Stati Uniti, relativamente al programma di copertura assicurativa pubblica Medicare. Nel caso della Francia però due terzi circa delle polizze private complementari, che rimborsano i *co-payment* richiesti dal sistema pubblico, sono sottoscritte collettivamente (Saliba, Ventelou, 2007: p. 167) e cioè offerte o sussidiate dal datore di lavoro dell'assicurato (copertura eventualmente estendibile ai familiari di quest'ultimo). Negli Stati Uniti, Medicare è un programma di copertura assicurativa pubblica gestito dall'amministratore federale ed è destinato agli ultra-sessantacinquenni e ai disabili. Le polizze integrative private che rimborsano i *co-payment* richiesti dal programma Medicare (oltre ad offrire, in alcuni casi, altri servizi) sono chiamate «gap insurance» o «Medigap insurance». Al contrario, il servizio sanitario nazionale britannico, pur costituendo il sistema più simile a quello italiano da un punto di vista istituzionale e di principi di fondo, fa scarso ricorso ai *co-payment* (Besley *et al.*, 1999: p. 157).
 18. Se l'assicurazione rimborsa gran parte del *co-payment*, il paziente sarà incentivato a ricorrere più frequente agli specialisti i quali a loro volta probabilmente prescriveranno prestazioni ulteriori, con un effetto risonanza che fa lievitare progressivamente i consumi.
 19. Propper *et al.* (2001: C180) ricordano come «where private provision is supplementary to public provision a stable equilibrium may exist [...]. In these latter models equilibrium is the result of a coalition between rich and poor who want less public provision (for different reasons) against a middle income group who want greater public sector provision. Supplementary provision allows the coexistence of both publicly and privately financed care. These models highlight the interactions between the sectors: the challenge for empirical analysis is to identify their importance».
 20. Rodríguez e Stoyanova (2008: p. 186) sembrano confermare tale tesi, con riferimento alle recenti riforme del regime fiscale delle polizze malattia private. Sembra infatti che il governo spagnolo, nonostante fosse propenso ad abolire tale deducibilità,

l'abbia in realtà sostituita con altre misure per paura di un'eccessiva pressione sui servizi pubblici. In altre parole, l'abolizione dei benefici fiscali avrebbe potuto ridurre la sottoscrizione di polizze private e quindi riversare sui servizi sanitari pubblici i pazienti che prima fruivano di servizi privati, rimborsati dall'assicurazione privata.

21. Jofre-Bonet (2000: 59) individua un ulteriore fattore di rischio per la tenuta del sistema pubblico nel lungo periodo. Si tratta dell'eventuale possibilità di *opting out*, e cioè di ritirarsi volontariamente dalla copertura assicurativa pubblica, beneficiando per questo di uno «sconto» fiscale. Nonostante esistano sistemi sanitari in cui tale possibilità è reale ed esercitata senza aver dato luogo apparentemente a crisi gravi per i sistemi pubblici, Jofre-Bonet sottolinea come ciò metterebbe a rischio il principio della
- condivisione dei rischi (*risk sharing*) che sostiene i sistemi pubblici.
- Allo stesso modo, Propper *et al.* (2001: C196) sottolineano come «It is known that those who use private care are less supportive of the equity goals of the NHS [...]. This change in propensity to “go private” may in time erode support for tax finance of the NHS, or open the way to greater political acceptability of greater private finance for health care».
22. È questo ad esempio uno dei benefici offerti dall'assicurazione complementare in Svizzera (lì l'assicurazione privata spesso garantisce la portabilità intercantonale), insieme alla possibilità di avere la stanza singola, di essere seguito dal primario, eventualmente di avere accesso a prestazioni di medicina alternativa, ecc. (Kifmann: pp. 152-3).

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

- AKERLOF G.A. (1970), «The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism», *Quarterly Journal of Economics*, 84(3), pp. 488-500.
- ARROW K.J. (1963), «Uncertainty and the welfare economics of medical care», *American Economic Review*, 53(5), pp. 941-973.
- BESLEY T., HALL J., PRESTON I. (1999), «The demand for private health insurance: do waiting lists matter?», *Journal of Public Economics*, 72, pp. 155-181.
- BOLGIANI I., CRIVELLI L., DOMENIGHETTI G. (2006), «Le rôle de l'assurance maladie dans la régulation du système de santé en Suisse», *Revue française des affaires sociales*, 60(2-3), pp. 239-262.
- BORDIGNON M., LEVAGGI R. (2003), «Il ruolo della Regione nella progettazione dei fondi sanitari integrativi», *Tendenze Nuove*, 6, pp. 483-500.
- COSTA J., GARCÍA J. (2003), «demand for private health insurance: how important is the quality gap?», *Health Economics*, 12, pp. 587-599.
- CULYER A.J. (1993), «Health Care Insurance and Provision», in N. BARR, D. WHYNES (eds.), *Current Issues in the Economics of Welfare*, Macmillan, London.
- Danzon P.M. (2002), «Welfare effects of supplementary insurance: a comment», *Journal of Health Economics*, 21, 923-926.
- DE PIETRO C. (2002), «Libera professione intramuraria: due esperienze a confronto», in E. ANESSI PESSINA, E. CANTÙ (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.
- DOMENIGHETTI G. (2005), «Grandeur et misère des systèmes universels de santé», *Bulletin des médecins suisses*, 86(4), pp. 221-226.
- DRANOVE D. (2000), *The economic evolution of American health care. From Marcus Welby to managed care*, Princeton University Press, Princeton.
- FABBI D. (2001), «Federalismo sanitario e fondi integrativi», in G. FIORENTINI (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2001*, il Mulino, Bologna.
- FELDSTEIN M.S. (1973), «The Welfare Loss of Excess Health Insurance», *Journal of Political Economy*, 81(2), pp. 251-280.
- FELDSTEIN P.J. (2002), *Health Care Economics*, 2nd edition, John Wiley & Sons, New York.
- FUCHS V.R. (1987), «Health Economics», in J. EATWELL, M. MILGRAVE, P. NEWMAN (eds.), *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*, vol. 2, pp. 614-619, Macmillan, London.
- GRIGNON M., PERRONNIN M., LAVIS J.N. (2007), «Does free complementary health insurance heap the poor to access health care? Evidence from France», *Health Economics*, 17, pp. 203-219.
- JOFRE-BONET M. (2000), «Public health care and private insurance demand: The waiting time as a link», *Health Care Management Science*, 3, pp. 51-71.
- JOMMI C., LECCI F. (2006), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. ANESSI PESSINA, E. CANTÙ (a cura di), *Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- LEHMANN H.J., ZWEIFEL P. (2004), «Innovation and risk selection in regulated social health insurance», *Journal of Health Economics*, 23, pp. 997-1012.
- LIPPI BRUNI M. (2001), «Il ruolo dei fondi sanitari integrativi nel nuovo assetto del SSN », in G. FIORENTINI (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2001*, il Mulino, Bologna.
- KIFMANN M. (2006), «Risk selection and complementary health insurance: The Swiss approach», *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 6, pp. 151-170.
- MANNING W.G. *et al.* (1987), «Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Rand-

- omized Experiment», *American Economic Review*, 77(3), pp. 251-277.
- MOSSIALOS E., THOMSON S. (2002), *Voluntary health insurance in the European Union*, Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, 27 February, http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/social/vhi.pdf.
- NYMAN J.A. (2001), *The theory of demand for health insurance*, Stanford Economics and Finance, Stanford.
- OECD (2004), *Private health insurance in the OECD countries*, Oecd, Paris.
- OECD (2006), *Salute e sanità a confronto. Indicatori OCSE 2005*, Egea, Milano.
- PAULY M. (1984), «Is Cream-Skimming a Problem for the Competitive Medical Market?», *Journal of Health Economics*, 3, pp. 87-95.
- PAULY M.V. (2004), «Medicare drug coverage and moral hazard», *Health Affairs*, 23(1), pp. 113-122.
- PROPPER C., REES H., GREEN K. (2001), «The Demand for Private Medical Insurance in the UK: A Cohort Analysis», *The Economic Journal*, 111(471), pp. C180-C200.
- RODRÍGUEZ M., STOYANOVA A. (2008), «Changes in the demand for private medical insurance following a shift in tax incentives», *Health Economics*, 17, pp. 185-202.
- SALIBA B., VENTELOU B. (2007), «Complementary health insurance in France. Who pays? Why? Who will suffer from public disengagement?», *Health Policy*, 81, pp. 166-182.
- SPENCE M., ZECKHAUSER R. (1971), «Insurance, Information, and Individual Action», *American Economic Review Papers and Proceedings*, 61(2), pp. 380-387.
- TORBICA A., FATTORE G. (2005), «The “Essential Levels of Care” in Italy: when being explicit serves the devolution of powers», *European Journal of Health Economics*, [Suppl 1] 6, pp. 46-52.
- WESTERHOUT E.W.M.T. (2004), «Competition in the Dutch Health Care System», *Economie Publique*, 14, pp. 47-54.

La «presa in carico» della persona nel punto unico di accesso: il modello di governance sociosanitaria della Asl di Cagliari

G. FRAU, G. GUMIRATO, G.M. SORO, F. VIDOTTO

The development of health territorial services determined a larger integration between sanitary and social services. The solution of Asl di Cagliari is based on «caregiving» for Elderly and Disabled, equity about patient's access and unitary approach. The starting point of caregiving is the integrated access of social - sanitary services in a specific point of care named «Punto Unico di Accesso» than continue with a patient's way through different services. This solution determines a new approach about health territorial services, is a very social-sanitary Integration Model.

Keywords: caregiving, social-sanitary - Integration Model

Parole chiave: Punto Unico di Accesso, governance sociosanitaria, integrazione

Note sugli autori

Giuseppe Frau è Direttore sociosanitario Asl di Cagliari, Gino Gumirato è Direttore generale Asl di Cagliari, Giovanni Maria Soro è Direttore amministrativo Asl di Cagliari, Fabio Vidotto è Amministratore Studio VEGA s.a.s.

1. Introduzione

L'area dei servizi territoriali ha assunto negli ultimi anni una crescente centralità. Riservando via via il trattamento di patologie acute all'area dell'assistenza ospedaliera, il territorio vede enfatizzate le forme di integrazione tra i servizi sanitari (ospedalieri e territoriali) e i servizi sociali istituzionalmente affidati agli enti locali (Banchero, 2005).

Il governo clinico dell'area sociosanitaria comunque non è ancora studiato ed affrontato in maniera sistematica (Montanelli, Turrini, 2006). Esso deve invece trovare innanzitutto modelli di realizzazione razionali e soprattutto ripetibili in esperienze e realtà diverse, in considerazione della molteplicità dei soggetti coinvolti e delle realtà regionali e locali nella pluralità delle Aziende sanitarie locali e delle diverse realtà territoriali.

La soluzione organizzativa proposta e adottata dalla Asl di Cagliari nell'area sociosanitaria, sviluppata a partire dalle aree anziani e disabilità, è fortemente basata sulla «presa in carico» della persona che accede ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari, ed è affrontata sotto i due profili dell'equità nell'accesso e dell'unitarietà della risposta. Si viene a costituire così un vero e proprio modello di *governance* sociosanitaria (Noro, Fontana, Migazzi, Vidotto, 2005; Gumirato, 2007).

La rete dei servizi disponibili per la persona anziana e/o con disabilità è stata caratterizzata, nell'ambito del territorio della Asl, da una pletora di soggetti erogatori (per la maggior parte privati) di prestazioni e servizi sanitari e sociosanitari tra loro poco

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il contesto regionale e le criticità della Asl
3. Il modello proposto
4. Il percorso seguito ed i risultati ottenuti: valutazione e prospettive
5. Conclusioni

o per niente integrati. Questo è avvenuto a causa dell'assenza di un modello di offerta complessivo su scala regionale o a valenza aziendale, con un'erogazione non «regolata» e con scarsa valutazione di appropriatezza.

La soluzione proposta è caratterizzata dallo sviluppo e successiva implementazione di un modello di attivazione e di gestione dei servizi nell'area anziani e disabilità che si basa su un nuovo paradigma: la cultura dei «servizi alla persona» a partire dall'accoglienza. Questo nuovo modello è fondato sulle competenze degli operatori che devono saper cogliere il bisogno della persona, espresso da una domanda generica nella richiesta fatta dalla persona-utente, ma complessa se valutata in termini di reale fabbisogno dell'utente stesso. Infatti, la dinamica e il processo innescati (al momento dell'accesso) dalla valutazione fanno riferimento alla decodifica della domanda, per identificare al meglio il bisogno che la sottende, fino al momento della «presa in carico della persona», intesa come passaggio dalla «cura» al «prendersi cura» della persona nella globalità e complessità dei bisogni, tenendo presente anche la famiglia e i contesti.

La «presa in carico» cerca di risolvere alcune delle distorsioni (lato domanda e lato offerta) partendo dal momento dell'accesso «unitario» ai servizi della rete sociosanitaria del distretto nel Punto unico d'accesso (Pua), proseguendo poi in maniera continua nel percorso della rete dei servizi che la persona anziana e/o disabile effettuerà nel tempo.

La soluzione organizzativa del Punto unico di accesso rende operativo, all'interno del più generale modello di *governance* socio-sanitaria, l'approccio della presa in carico. Inoltre essa risulta funzionale alla rimodulazione della *mission* aziendale specifica che, in coerenza con l'evoluzione innescata dai processi di riforma degli ultimi 15 anni, si orienta verso la finalità bilanciata di committenza e produzione determinata dal quadro istituzionale formale e dal sistema di relazioni/competenze che qualificano il ruolo di *governance* di sistema (Longo, Salvatore, Tasselli, 2008).

La finalità istituzionale ultima della tutela della salute non cambia; l'adeguamento della *mission* invece è resa necessaria dall'evoluzione della strutturazione dell'offerta territoriale e dalle modalità di finanziamento de-

finite a livello regionale. Esse determinano l'esigenza dello sviluppo – da parte della Asl – della capacità di gestire in modo integrato l'assistenza per i propri residenti attraverso il sistema delle relazioni e delle competenze disponibili, finalizzate all'esercizio autorevole del ruolo di *governance* del sistema.

2. Il contesto regionale e le criticità della Asl

2.1. Orientamenti e indirizzi della Holding

Recenti indirizzi a livello regionale (RAS Piano regionale dei servizi alla persona, del. G. reg. 8/16-2006, del. G. reg. 11/16-2006, del. G. reg. 25/6-2006) affrontano il riordino del sistema di pianificazione e programmazione in ambito sanitario e sociale ed esplicitano le linee attuative correlate. Questi provvedimenti delineano con coerenza il disegno complessivo di ricomposizione del sistema sanitario e di quello sociale, sia in termini di integrazione sociosanitaria che in termini di orientamento dei servizi «alla persona» nella sua globalità.

Nella programmazione regionale vi è stata un'attenzione crescente al tema del Punto unico di accesso, come strumento che consenta al distretto di orientare la domanda dei cittadini e guidare la persona nei percorsi di cura definiti. Il Piano regionale dei servizi sociali, il Piano regionale dei servizi sanitari, la Legge regionale n. 10/2006 di riordino del Servizio sanitario della Sardegna e la Legge regionale n. 23/2005 che recepisce le indicazioni della Legge nazionale n. 328/00, affrontano il problema della frammentazione degli interventi di pianificazione e programmazione, sia sul versante sociale che su quello sanitario, e la mancanza di integrazione delle politiche ad essi connesse.

La Regione Autonoma della Sardegna, per affrontare tali peculiarità, ha scelto di attuare la strategia della programmazione integrata sviluppando negli otto ambiti di riferimento (ovvero nelle otto province) un'unica azione programmatica, che vede cointeressati l'ambito sociale e l'azienda sanitaria. In questo modo la nuova programmazione locale può soddisfare al contempo i requisiti propri del programma delle attività territoriali (art. 3 *quater*, D.L.vo n. 229/1999) e del piano di zona (art. 19, legge n. 328/2000). Attraverso

il Piano locale unitario dei servizi (Plus), i Comuni e le Aziende sanitarie locali danno concreta attuazione alle strategie di pianificazione regionale e individuano le risposte appropriate ai bisogni locali. In particolare, in sede di prima realizzazione, il Piano locale unitario dei servizi dovrà fungere da percorso portante del cambiamento a livello locale, catalizzando l'attenzione di tutti i soggetti, istituzionali e sociali, e affrontando globalmente l'area degli interventi sociali e sociosanitari, fino ad interessare le politiche educative, del lavoro e abitative.

Tali provvedimenti considerano il problema dell'accesso ai servizi come centrale nella riqualificazione delle politiche sociali e sanitarie della Regione Autonoma della Sardegna. Esso è affrontato sotto due profili: l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli, e l'unitarietà della risposta, compresa la valutazione dei bisogni. A questo proposito si ritiene necessario superare la carenza di un punto unitario di accesso ai servizi sociali, con conseguente disorientamento e iniquità nella fruizione dei servizi, e prevedere una profonda revisione dei regolamenti di accesso che garantisca omogeneità di risposte a parità di bisogno. Per garantire la fruizione dei servizi e contrastare le disuguaglianze nell'accesso, in ogni ambito territoriale deve essere assicurata accoglienza e ascolto della domanda, decodifica della stessa, informazione efficace sull'offerta, sui costi, su eventuali esenzioni, sulle modalità di fruizione. Va inoltre garantito orientamento e accompagnamento alle persone non autosufficienti e con scarsa capacità di orientarsi autonomamente nella rete dei servizi.

A tal fine il Piano regionale dei servizi sociali individua nel Punto unico d'accesso il modello organizzativo per soddisfare questa esigenza e la conseguente strategia professionale e operativa.

2.2. Le criticità ed i fabbisogni dell'Azienda sanitaria locale

La Asl di Cagliari, a fronte di una popolazione anziana (> 65 anni) pari a più di 80.000 assistibili (circa il 14,1% della popolazione complessiva), ha avuto in ambito territoriale un'offerta specifica che oltre l'Assistenza primaria in senso stretto, riguarda in maniera

preponderante l'area della integrazione sociosanitaria:

- l'Assistenza domiciliare integrata, gestita da una società cooperativa senza nessun controllo né tanto meno governo da parte dell'Azienda;

- l'Assistenza riabilitativa, erogata da 8 strutture a gestione diretta e 26 strutture private di riabilitazione ex art. 26;

- l'Assistenza residenziale territoriale, con 3 RSA nel contesto aziendale e 3 Rsa in altre Asl gestite da privati per un totale di circa 225 posti-letto attivati.

È possibile individuare alcune criticità, caratterizzanti la situazione storica dell'Azienda e riferite ai due versanti rilevanti, che hanno fatto perdere di vista il bisogno complessivo della persona-paziente e della famiglia e hanno concentrato l'attenzione soprattutto sulla gestione passiva dell'offerta dei soggetti erogatori, ma con un pieno controllo dei flussi burocratici.

Sul *versante della domanda* si è ereditata una totale «non conoscenza» del bisogno della popolazione se non quella determinata dall'offerta, peraltro in alcuni casi (riabilitazione globale) estremamente esuberante, in altri (Rsa e strutture/servizi dell'area socioassistenziale) estremamente carente ed in altri non programmata e/o controllata (Assistenza domiciliare). Quindi non solo la domanda è stata determinata dall'offerta, ma si è resa incontrollabile. Questo per le ragioni insite nella stessa logica distorta della strutturazione di un'offerta rivolta allo specifico target di popolazione che è stata quasi «indotta» ad usufruire dell'offerta anomala: persone anziane «fragili», con disabilità complesse, in situazioni familiari ed ambientali difficili e multiproblematiche, per le quali, spesso, la presenza dell'operatore della riabilitazione ha rappresentato l'unico punto di riferimento considerato «istituzionale e pubblico». A questo proposito l'assenza di proposte di offerta alternative e/o complementari di tipo sociosanitario, ma soprattutto socioassistenziale, da parte dei Comuni, ha contribuito negli anni alla cristallizzazione di questo sistema.

La stessa domanda, non correlata al reale bisogno, in assenza di strumenti e iniziative di «decodifica», ha trovato risposte sanita-

rie inappropriate nelle prestazioni offerte con notevoli ricadute sull'efficacia degli interventi e conseguentemente sulla spesa. È mancato soprattutto il momento della Valutazione multidimensionale del bisogno, a monte dell'avvio della procedura d'ingresso nel sistema di offerta territoriale.

Sul *versante dell'offerta*, essendo costituita in maggioranza da centri privati, convenzionati prevalentemente per prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78, e da presidi che erogano prestazioni specialistiche di riabilitazione secondo il D.M. 22 luglio 1996, la rete è caratterizzata da una distribuzione abbastanza diffusa nel territorio, ma presenta seri problemi di appropriatezza e di efficacia erogativa. Una quota elevata di prestazioni domiciliari e di internato, infatti, pur rappresentando l'unico intervento rivolto alle persone fragili e con disabilità, è in buona parte orientata a risposte socio assistenziali, ha una componente sanitaria-riabilitativa molto ridotta e svolge attività per lo più di custodia della persona con disabilità. La rete pubblica è del tutto insufficiente (in particolare l'offerta pubblica è assente nei territori periferici per la riabilitazione e assente completamente per le Rsa e l'Assistenza domiciliare) e incompleta (rispetto alle diverse modalità e tipologie erogative), con conseguente utilizzo improprio delle esigue risorse professionali ed economiche disponibili.

Mentre per quest'ultimo versante la Asl ha avviato e quasi concluso una profonda razionalizzazione della strutturazione dell'offerta, in coerenza con gli indirizzi regionali, attraverso un percorso di valutazione dell'appropriatezza e mediante il sistema dei contratti quale strumento idoneo di «acquisto» programmato e selezionato, per il lato della domanda la Asl ha sviluppato ed avviato l'implementazione del modello del Punto unico di accesso.

In considerazione delle criticità (lato domanda e lato offerta) sopra descritte sinteticamente, è necessario inoltre declinare alcuni dei più rilevanti fabbisogni organizzativi (Cifalino, 2007) della Asl che hanno orientato la scelta del modello:

– *Multidimensionalità*. Intesa come esigenza di riflettere nelle condizioni organizzative tutte le dimensioni secondo le quali sono definibili le variabili critiche dell'am-

biente nel quale opera l'Azienda e le sue combinazioni produttive (in senso ampio), con particolare riferimento all'esigenza di trovare soluzioni che a fronte della molteplicità dei servizi erogabili, siano in grado di bilanciare la dimensione produttiva e quella della committenza.

– *Differenziazione*. Intesa come esigenza di realizzare condizioni organizzative differenti per le varie situazioni territoriali, riconoscendo autonomia gestionale in funzione delle specificità locali in coerenza con la specializzazione possibile dei diversi ambiti e garantendo i livelli essenziali di assistenza.

– *Integrazione*. Intesa come coerenza delle soluzioni e dei comportamenti all'interno di un comune e condiviso quadro strategico nel rispetto delle esigenze di differenziazione.

– *Anticipazione*. Intesa come necessità di sviluppare risposte coerenti con lo scenario di riferimento – con particolare riguardo a minacce ed opportunità – e finalizzate alla realizzazione di innovazioni in risposta ai bisogni complessi.

– *Stabilità*. Intesa come capacità del sistema organizzativo di sviluppare e diffondere soluzioni sostenibili e durature che consentano la realizzazione dei cambiamenti richiesti.

Il soddisfacimento di tali fabbisogni organizzativi è possibile attraverso la definizione, progettazione e la successiva realizzazione di soluzioni manageriali che siano coerenti con lo scenario esterno e con le variabili organizzative del contesto interno.

3. Il modello proposto

3.1. Obiettivi del modello

La soluzione proposta dalla Asl si inserisce nel quadro delle finalità del Piano regionale dei servizi sanitari 2006-2008 della Regione Sardegna riguardanti la garanzia dell'accesso ai servizi alla persona e si integra con altre iniziative e finanziamenti messi a disposizione in diversi contesti nazionali e regionali riguardanti l'attivazione del Punto unico d'accesso.

I macro obiettivi del modello sono riepilogati in sintesi nei punti seguenti:

– definizione e sperimentazione di un «modello organizzativo e di funzionamento» del Punto unico d'accesso, in coerenza con le disposizioni della deliberazione della Giunta Regionale n. 7/5 del 21 febbraio 2006 e attivazione del «modello» in ogni Distretto sociosanitario dell'Azienda sanitaria locale n. 8 di Cagliari;

– condivisione del modello di presa in carico da parte di tutti i soggetti della rete dei servizi territoriali sociosanitari del territorio attraverso la condivisione di una obbiettiva, razionale e comune metodologia di lavoro che utilizza uno strumento comune informatizzato di osservazione e valutazione della persona (la Valutazione multidimensionale);

– orientamento del percorso del paziente lungo i nodi della rete sociosanitaria, in modo da perseguire obiettivi di presa in carico e continuità delle cure;

– implementazione e gestione compiuta del modello di «governance» basato sull'utilizzo di uno strumento comune di valutazione multidimensionale informatizzato da parte di tutti i soggetti della rete dei servizi sociosanitari del distretto;

– gestione in rete dei servizi sociosanitari *in progress*, durante la fase di implementazione, e graduale gestione a partire dalla riqualificazione dei Progetti personalizzati e dei Piani assistenziali individuali (Mosa, Piazza, Nichetti, Mignemi, 2002);

– creazione di un sistema che consenta una maggiore uniformità di azione ed uno scambio di informazioni utili alla crescita del servizio ed al miglioramento della qualità degli interventi;

– condivisione di procedure comuni ai servizi della rete per la presa in carico e gestione delle informazioni relative alle persone;

– sviluppo di una omogeneità nel processo di produzione dei Progetti personalizzati e del sistema di valutazione dei risultati da parte di tutti i soggetti della rete coinvolti;

– informazione rivolta ad aumentare le conoscenze che si hanno attorno ad una certa patologia cronica, mirando quindi inizialmente ad un cambio di approccio ed atteggiamento piuttosto che comportamento.

La scelta di organizzarsi in rete costituisce un'utile alternativa strategica adottata per rispondere alle esigenze del *continuum of care*. Questo avviene attraverso l'utilizzo

di soluzioni che siano basate sullo «spostamento» di tipo circolare (sia orizzontale che verticale) della persona-paziente all'interno del più complessivo sistema di offerta con il supporto e la consulenza dei professionisti sanitari e quindi non più basata sulla rigida gerarchia tra le diverse organizzazioni (Meneguzzo, 2000). Il modello in rete inoltre porta ad uno spostamento di costo ed efficienza da un'unica struttura aziendale ad una rete di strutture multiservizio articolata in unità organizzative autonome, specializzate per oggetti specifici (Caccia, Longo, 1994).

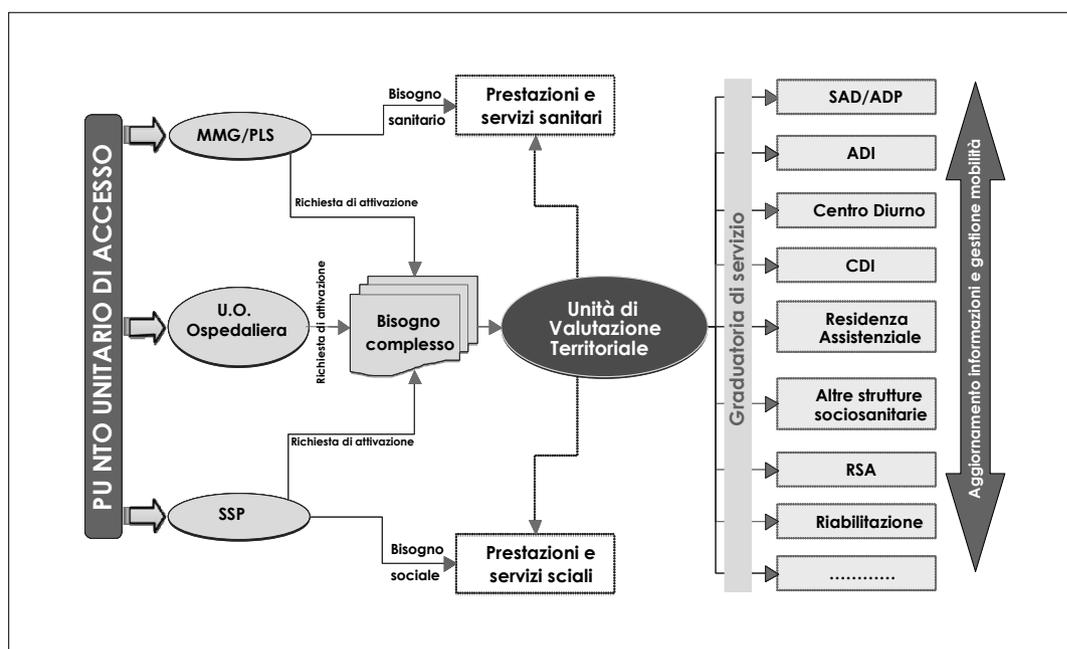
3.2. La soluzione organizzativa e le modalità di funzionamento

La soluzione organizzativa individuata dalla Asl, che di fatto costituisce un modello a rete di tipo strutturato (Aa.Vv., 2002), è basata sulla scelta di individuare un sistema di offerta di riferimento e delle connessioni strutturate e formalizzate tra i diversi attori con la previsione di un'unica porta di accesso alla rete. Quest'ultima ha la possibilità/capacità di ricevere e valutare la domanda attivando di conseguenza i servizi dei diversi attori dell'organizzazione (interna ed esterna) attraverso la definizione di un piano assistenziale personalizzato. Gli attori dell'organizzazione si pongono quindi in maniera unitaria di fronte all'utenza ed il loro comportamento è guidato dal perseguimento di obiettivi comuni. Questo consente di utilizzare in modo più razionale le risorse a disposizione necessarie all'erogazione dei servizi, cercando di focalizzarsi sulle competenze distintive e riuscendo a misurare continuità e qualità delle cure erogate in termini di costi e *outcome*.

La Asl, presso ogni Distretto sociosanitario, ha attivato una struttura-organizzazione denominata Punto unico d'accesso, dove diversi operatori svolgono funzioni di accoglienza, orientamento, Valutazione multidimensionale, progettazione personalizzata degli interventi. Nel Punto unico d'accesso i processi (**figura 1**) vengono svolti in maniera sequenziale, ma coordinata a partire dall'accoglienza: la domanda viene decodificata da un operatore esperto in comunicazione. Sequenzialmente due operatori, sociale e sanitario, a seguito di un colloquio più approfondito, orientano, per competenza, i bi-

Figura 1

Il flusso logico della «presa in carico» nel Pua



sogni sociali semplici verso i servizi sociali e i bisogni sanitari semplici verso i servizi sanitari. Ma se il bisogno è complesso (nei casi di soggetti fragili e/o non autosufficienti) viene attivata la Valutazione multidimensionale della persona ai fini di una assegnazione della stessa ai servizi della rete socio-sanitaria del distretto.

La Valutazione multidimensionale (VMD) viene effettuata dalle Unità di valutazione territoriali (UVT) presenti nel Punto unico integrato di accesso (PUA) costituite da una unità di base (Medico di distretto, Medico di famiglia e Assistente sociale del Comune di residenza della persona da valutare), arricchita da Specialisti di patologia (Fisiatra, per persone necessitanti di riabilitazione, Geriatra, per anziani con problematiche di non autosufficienza, demenza, ecc.). A seguito di VMD la persona viene «affidata» ai Servizi della rete territoriale socio-sanitaria (Riabilitazione, Residenze sanitarie assistenziali, Centri diurni integrati, Cure domiciliari, *Hospice*, etc.) i quali provvedono a formulare il Piano personalizzato degli interventi su indicazione del Progetto personalizzato formulato dalla UVT. Presso ogni struttura della rete territoriale è presente una Unità di Valutazione Interna che redige il Piano degli interventi e lo attua nell'arco temporale previsto dalla UVT.

La stessa Unità di valutazione territoriale (UVT) rappresenta il soggetto della presa in carico globale e continua della persona nel percorso della rete dei servizi socio-sanitari di ciascun distretto. In seno alla UVT viene infatti individuato un responsabile del percorso assistenziale (*case manager*) che segue il percorso assistenziale della persona, e se ne fa garante, nel sistema della rete dei servizi socio-sanitari territoriali. L'efficacia clinico-assistenziale della presa in carico sarà garantita dalla proposta di una offerta multiprofessionale nei servizi socio-sanitari verso la quale la persona viene indirizzata, finalizzata a influire sulle multi dimensioni di cui è costituito il bisogno complesso identificato nella persona. Tale offerta viene proposta in maniera appropriata, dimensionata nel tempo e nello spazio, concordata con la persona e con la famiglia, comunicata a tutti i soggetti interessati della rete dei servizi. Una volta che i servizi della rete territoriale hanno svolto il Pai, la UVT riceve un ritorno di informazioni sulla persona presa in carico per il percorso successivo di quest'ultima nella rete socio-sanitaria.

La **figura 2** descrive l'articolazione delle UVT a partire dalla Unità di base e la sua diversificazione in diverse espressioni a seconda del bisogno complesso rappresentato. L'Unità di base si arricchisce volta per volta

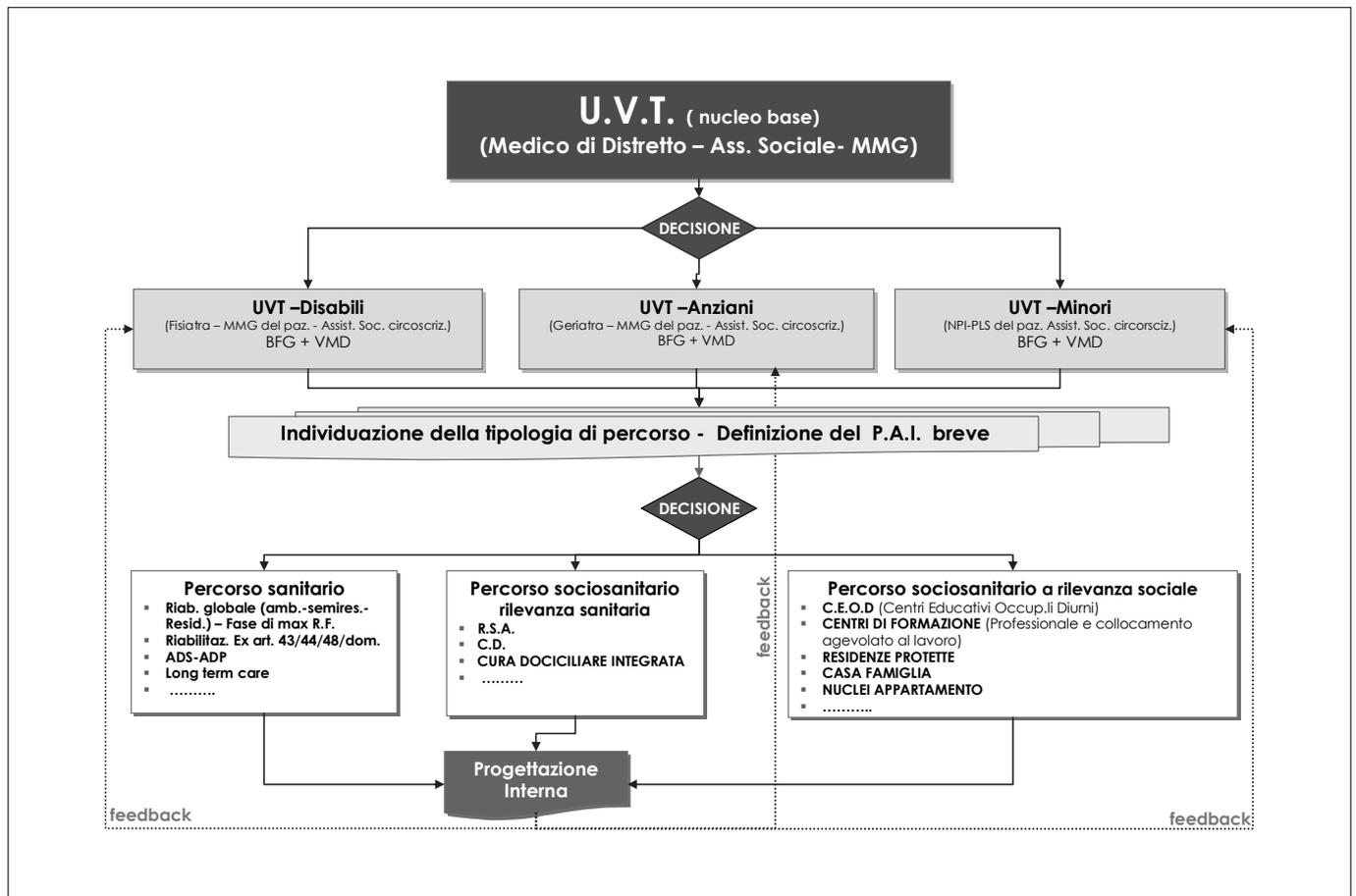


Figura 2
L'articolazione delle UVT

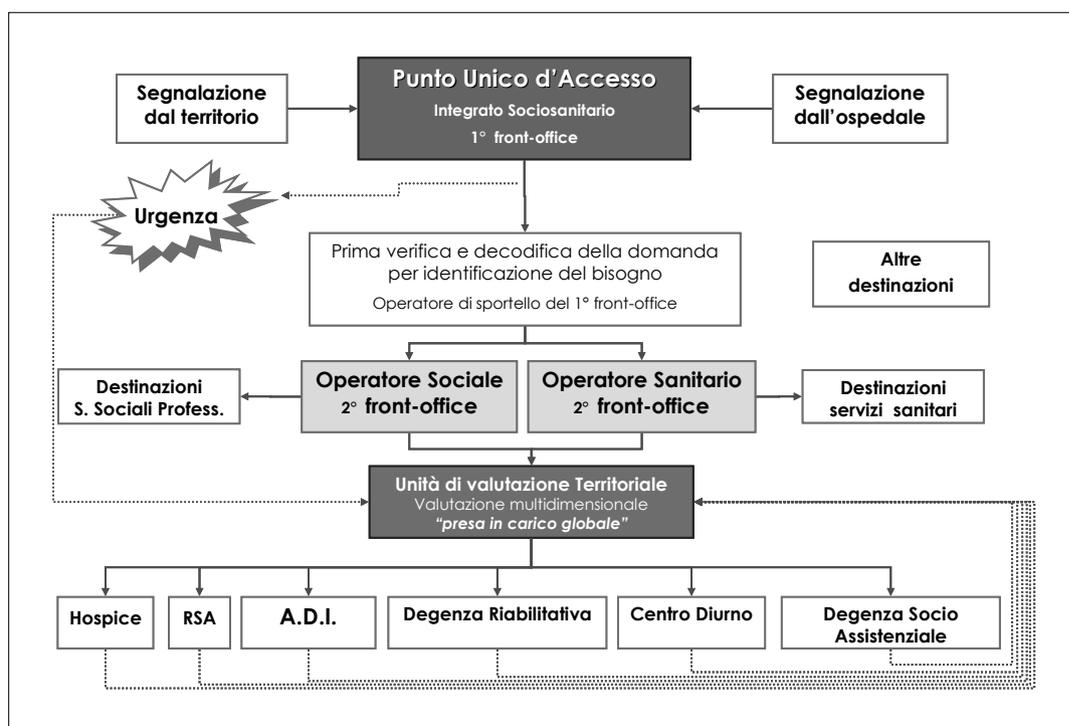
delle diverse figure professionali (Geriatra, Fisiatra, in seguito anche Neuropsichiatra infantile) per poter effettuare un bilancio funzionale globale della persona e poter di conseguenza formulare un progetto personalizzato di percorso assistenziale di rete.

La realizzazione del modello, il cui funzionamento è descritto nella **figura 3**, è basato sulla capacità dell'intera organizzazione tecnico-strutturale, impostata presso il Pua, e degli operatori, preposti alle rispettive attività, di promuovere e realizzare la cooperazione ed integrazione con gli altri soggetti operanti nel sistema della rete dei servizi distrettuali ed extra-distrettuali, coinvolti nella erogazione dei servizi alla persona: i servizi sociali professionali nei comuni, i soggetti del privato sociale, i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta, le Unità operative ospedaliere, le Strutture residenziali territoriali e le Strutture di riabilitazione, ecc.

Nella scelta della rete dei servizi attivabili sono stati valutati due aspetti. Il primo aspetto è legato alla gestione operativa dei servizi al momento disponibili. Viene implementato infatti un sistema in grado di monitorare, da un lato, lo stato dei servizi (es. utenti gestiti e utenti gestibili per effetto degli accreditamenti dei vari soggetti ad erogazione diretta o convenzionati) e, dall'altro, l'impiego delle giornate di cura da parte dei soggetti attuatori (Asl e Comuni, da cui anche le esigenze di corretta e puntuale mappatura dello stato attuale delle Case protette, Comunità alloggio, ecc. e del loro aggiornamento in relazione agli sviluppi sul piano dei futuri accreditamenti). Il secondo aspetto è legato alla logica di gestione della persona/utente. Sotto questo profilo ulteriore sforzo è stato effettuato in occasione della rivisitazione dell'intero sistema dei servizi con l'emanazione delle linee-guida regionali, ossia la definizione dei

Figura 3

Modello di funzionamento del Punto unico di accesso



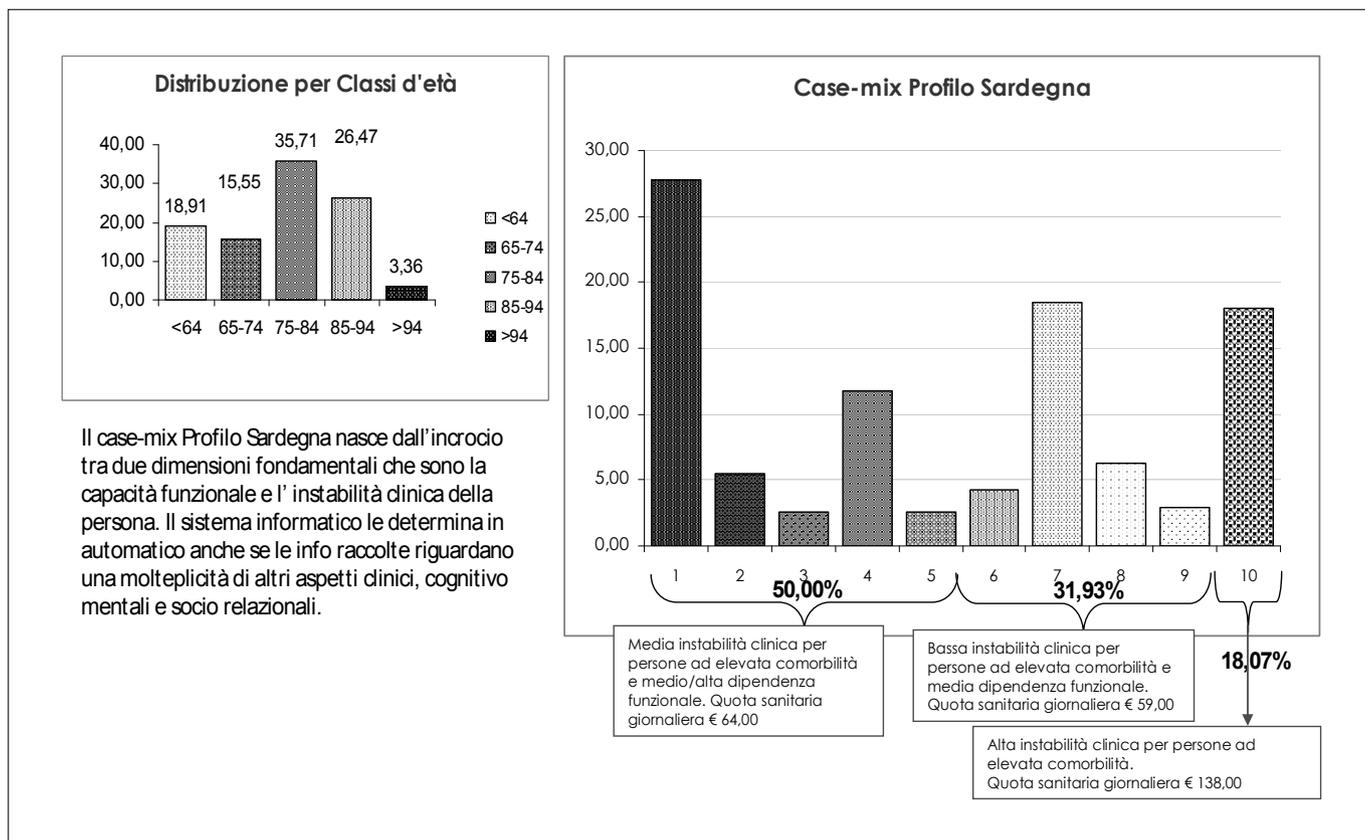
livelli di intensità assistenziale e sanitaria degli utenti (definizioni di profili assistenziali) al fine di legare poi il riconoscimento economico non tanto al posto letto, ma all'intensità del servizio erogato per soddisfare uno specifico bisogno. Questo tipo di impostazione rende un po' più flessibile il sistema dell'offerta che può essere riorganizzata in funzione della domanda espressa dall'analisi del bisogno effettuata in *équipe* multidisciplinare (UVT).

3.3. Il sistema informativo - informatico a supporto del modello

La soluzione organizzativa viene resa operativa attraverso lo strumento informatico Sistema Atl@nte: una soluzione applicativa capace di gestire la VMD, il Piano assistenziale individuale (Pai) e il Progetto personalizzato della persona presa in carico nel Pua e nel sistema delle Strutture e servizi sociosanitari distrettuali. Lo strumento (figura 4) viene messo a disposizione di tutti i soggetti della rete sociosanitaria del distretto per la condivisione delle informazioni sulla persona. Ognuno dei soggetti che viene in contatto con la persona nel suo

«percorso di rete» può infatti stratificare nel *database* comune le proprie informazioni acquisite sulla persona. Questo avviene senza annullare le informazioni precedenti inserite da altro soggetto che ha effettuato una presa in carico in una fase precedente e/o complementare. Il sistema si fonda principalmente sulla condivisione informatizzata delle stesse schede di VMD e della cartella clinica da parte di tutti i soggetti della rete che attivano un servizio sulla persona: Comuni, Asl, privato sociale, Ospedali, Rsa, Strutture protette, Centri diurni, Servizi di assistenza domiciliare, ecc.

Esso prevede una molteplicità di funzioni che consentono un facile e utile impiego delle informazioni per la gestione dei processi e per varie altre finalità: funzioni di *office automation*, per la produzione di lettere e documenti professionali e personalizzati; la gestione di *report* per il *top management*, *middle management* e per la gestione quotidiana dei casi da parte dell'operatore; gestione della libera scelta del cittadino in merito al servizio cui accedere (una volta che lo stesso sia stato giudicato eleggibile a quel tipo di servizio); gestione delle graduatorie di accesso ai servizi nei casi dove

**Figura 5**

Rappresentazione della distribuzione per classi di età e profilo delle persone valutate dalle UVT per eleggibilità in RSA nel 2008

4. Il percorso seguito ed i risultati ottenuti: valutazione e prospettive

4.1. Il percorso ed i risultati ottenuti

Il percorso per l'implementazione del modello si è basato necessariamente su due pre-requisiti fondamentali:

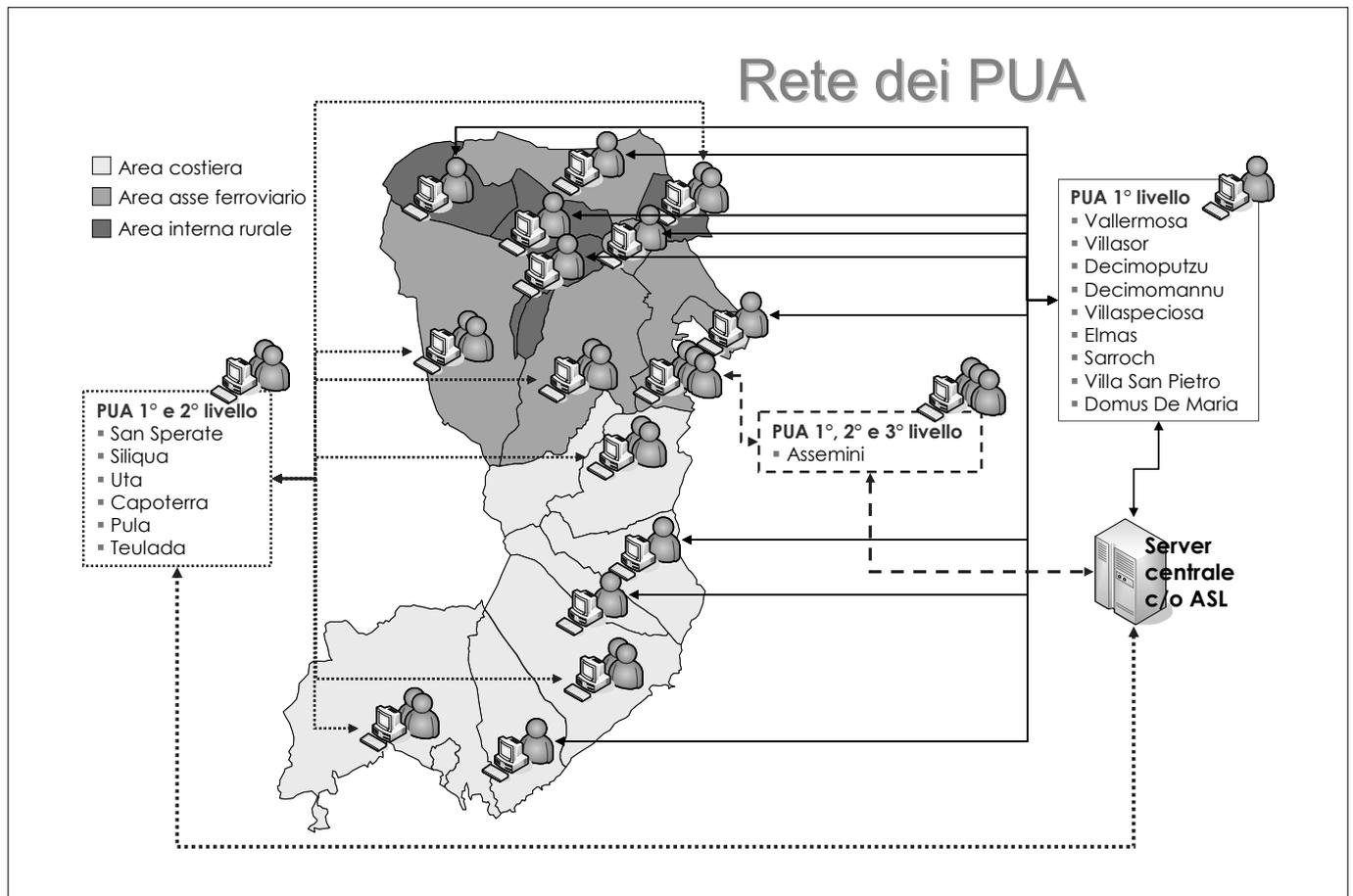
- requisito di tipo organizzativo - l'attivazione delle UVT presso il Punto unico d'accesso;
- requisito di tipo strumentale - l'apparato tecnologico: *server*, sistema informativo e *software* di base, *PC Client* collocati nelle sedi ove operano le UVT e in tutte le sedi dove è necessario avere accesso al programma (Controllo di gestione, Gestore del servizio sistemi informativi, Cure domiciliari, Sedi distrettuali, Amministratore di sistema, ecc.).

Il percorso, graduale e complesso, ha richiesto:

L'impianto di nuovi modelli organizzativi. L'approccio a nuovi modelli organizzativi è stato fondamentale in quanto si veniva da una realtà storica aziendale caratterizzata da modelli organizzativi fondati sui servizi tradizionali dove era assente la cultura della «presa in carico», della risposta fondata sui bisogni della persona e della famiglia di appartenenza e soprattutto mancava la cultura del territorio come luogo di primaria erogazione dell'assistenza.

L'impianto di nuovi modelli di azione. Si è trattato in particolare di impostare ed impiantare nuovi modelli di azione fondati sulla cultura del lavorare per progetti, per obiettivi e per risultati in un'ottica di presa in carico della persona.

L'acquisizione di strumenti, tecnologie ed infrastrutture. Si è trattato di ricercare nuovi strumenti di valutazione (VMD - ancorché raffinato secondo i modelli nazionali e internazionali) e soprattutto di supporti informatici facilitanti l'adozione della nuova logica di gestione, ma anche di ricercare nuove



strutture logistiche funzionali per la messa a regime dei modelli organizzativi scelti.

La disponibilità al cambiamento da parte degli operatori della Asl. È stata questa una condizione indispensabile per il cambiamento complessivo, considerate le innovazioni che caratterizzavano il modello anche rispetto al passato.

La disponibilità al cambiamento dell'intero sistema dei servizi sociosanitari, interni alla Asl, da servizio a équipe di lavoro intere e multiprofessionale, ed esterni, che intrattengono rapporti contrattuali con l'Asl o che operano a qualsiasi titolo sul territorio in collaborazione con la Asl (nuove strategie nei rapporti in un'ottica di condivisione, integrazione e collaborazione in rete).

Ad oggi si può, in ogni caso, affermare che è stato implementato un sistema per poter governare alcuni dei più importanti processi connessi ai percorsi di cura delle

persone anziane e/o non autosufficienti e delle persone con disabilità, attraverso un modello di Punto unico di accesso (Pua) ai Servizi alla persona dove viene effettuata la presa in carico dei bisogni delle persone e della famiglia.

I risultati specifici di tale sistema possono essere riepilogati nei seguenti punti:

- la creazione di un *database* centralizzato con le informazioni ritenute rilevanti, raccolte mediante l'utilizzo del sistema informatico e relative alle persone valutate dalle Unità di valutazione territoriale (**figura 5**);

- la strutturazione ed il successivo collegamento (organizzativo ed informatico) tra PUA e tra distretti (**figura 6**);

- l'implementazione del modello (modalità organizzative e sistema informatico) in tutte le Rsa del nostro territorio ed il loro collegamento al sistema centralizzato di gestio-

Figura 6
Rappresentazione della rete dei PUA nel territorio della Asl 8

Figura 7

Movimentazione delle persone prese in carico dalle Cure domiciliari raggruppate per Profilo secondo le recenti disposizioni ministeriali

Profilo Cure Domiciliari	Periodo di calcolo 01/01/2008 - 31/08/2008			
	Persone in carico a inizio periodo	Persone prese in carico nel periodo	Persone dimesse nel periodo	Persone in carico a fine periodo
Cure Dom_Int_Primo_Livello	404	635	369	670
Cure Dom_Int_Secondo_Livello	356	225	210	371
Cure Dom_Int_Terzo_Livello	83	216	156	143
Cure Dom_Palliative_e/a_MalatiTerminali	4	10	8	6
TOTALE:	847	1.086	743	1.190

Figura 8

Gli strumenti della gestione consultoriale

ne della valutazione e dei Piani assistenziali (rete informatica, figura 4);

- l'attivazione della gestione delle Cure domiciliari integrate con utilizzo del sistema da parte dei medici di continuità assistenziale su *personal computer* portatile (figura 7);

- il collegamento delle unità Operative ospedaliere per la gestione degli anziani che, in fase di dimissione, vengono presi in carico da parte dei servizi del territorio (integrazione ospedale-territorio, con sperimentazione in corso di strumenti validati come il *Contact Assessment* (InterRAI, 2008 - Baraldi, Commodari, Crisafulli, Florio, Marini, 1999);

- l'attivazione dei collegamenti con i Comuni della Provincia e l'avvio della procedura di gestione delle valutazioni per la parte sociale;

- estensione del sistema all'area consultoriale con avvio dei primi collegamenti e della procedura di gestione (figura 8);

- il consolidamento delle Cure domiciliari, anch'esse gestite con il sistema centralizzato in termini di presa in carico, pianificazione e consuntivazione delle attività erogate, primo avvio di percorsi per la valutazione di appropriatezza degli interventi;

- l'iniziale attivazione delle azioni di *screening* dei vari servizi di Riabilitazione.

Con le implementazioni successive del modello si prevede l'inserimento dei servizi di Riabilitazione per adulti e per l'età evolutiva (NPI) e si ritiene di poter completare il sistema inserendo le attività effettuate presso i Centri di salute mentale e i Sert.

4.2. Valutazione criticità e risultati

Il percorso di implementazione del sistema di *governance* territoriale è stato quindi graduale, ma sicuramente complesso perché

ha richiesto, come abbiamo visto, l'impianto di *nuovi modelli organizzativi* e l'impostazione di *nuovi modelli di azione*. Si è trattato, in sintesi, di impostare *modelli e processi* per un «cambiamento complessivo» in tutta l'area dell'assistenza territoriale.

Le maggiori criticità hanno riguardato proprio la disponibilità al cambiamento da parte degli operatori della Asl.

Oltre a quella evidenziata, possiamo raggruppare, per semplicità, le criticità incontrate (riepilogate in forma schematica nella **tabella 1**) su tre livelli: sul modello, sui percorsi e sul prodotto.

LE CRITICITÀ SUL MODELLO erano legate: a) alla *credibilità del modello* da proporre (cosa questa non facile vista la completa

novità in campo nazionale e internazionale e la sua complessità, data dai riferimenti concettuali del modello, dalla strategia complessiva impostata e dai paradigmi di partenza); b) alla *coerenza interna del modello* sotto diversi aspetti - tra progettazione e applicabilità, tra gestione ed economicità, tra efficacia ed efficienza; c) alla *validità e riconoscibilità del modello*, impresa non facile vista la novità assoluta dello stesso e la necessità di «un tempo non breve» per rendere «visibile il nuovo»; d) alla possibilità di rendere il modello *ripetibile e condivisibile*, possibilità «contrastata» dalla vastità e variabilità del territorio dell'Asl di Cagliari, frutto della fusione di 3 vecchie Usl e dell'incorporazione di due distretti prove-

Criticità riscontrate	Soluzioni adottate	Valutazione
Il modello: un modello credibile, coerente, valido, riconoscibile, ripetibile, condivisibile	<ul style="list-style-type: none"> - <i>contestualizzazione del modello:</i> in allineamento con normativa regionale e con le finalità del PSR - <i>condivisione della strategia di fondo</i> del modello ai vari livelli: Asl/Dg; Dg/Direzione intermedia; Direz. interm./operatori 	Il modello è: <ul style="list-style-type: none"> - credibile - coerente - valido - riconoscibile - ripetibile - condivisibile
Il percorso: si è trattato di un <i>processo di cambiamento complessivo</i> e quindi le criticità sono quelle legate ai cambiamenti: organizzativi dei processi e delle azioni degli strumenti e delle tecnologie <i>disponibilità al cambiamento</i> da parte degli operatori e dei sistemi (servizi interni ed esterni, politica, apparati, prassi ecc.)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>informazione e formazione</i> degli operatori e del sistema - <i>buona enfasi</i> sul modello accompagnata da percorsi di <i>omogeneizzazione - condivisione - verifica</i> dei percorsi e dei processi 	Il percorso di cambiamento è in fieri e risulta comunque ben avviato in termini: <ul style="list-style-type: none"> - organizzativi - di processi e paradigmi - di strumenti adottati - di disponibilità al cambiamento delle persone e dei sistemi
Il prodotto: le criticità relative al prodotto hanno interessato la sfera del risultato atteso (che poteva non realizzarsi) e hanno riguardato: Il sistema della <i>valutazione</i> della persona (la VMD) Il <i>paradigma</i> della presa in carico della persona (la presa in carico nella rete a partire dal Pua) Le <i>condivisioni e i coinvolgimenti</i> delle informazioni sulla persona, degli strumenti di valutazione, del modello complessivo Le <i>integrazioni:</i> non ripetizioni delle valutazioni e utilizzo integrato delle informazioni e valutazioni, lavoro integrato I <i>nuovi prodotti intermedi:</i> i Piani assistenziali, i percorsi condivisi, le gestioni unitarie e integrate, le prese in carico integrate	<ul style="list-style-type: none"> - ricerca di <i>professionalità, scientificità, scientificità ed «evidenze» possibili</i> nei percorsi, nei processi negli strumenti proposti ed adottati - <i>monitoraggio</i> dei processi e dei risultati intermedi - enfasi e impulso pratico alle condivisioni e alle integrazioni - ricerca di prodotti intermedi visibili ed efficaci 	Il giudizio soggettivo del prodotto è abbastanza positivo e soddisfacente. Il giudizio oggettivo risulterà da prossime iniziative di valutazioni sulla <i>customer</i> e sulla appropriatezza dello stesso

Tabella 1
Sintesi delle criticità e delle soluzioni

nienti da altra Asl per effetto del riassetto regionale.

LE CRITICITÀ LEGATE AI *PERCORSI ATTUATIVI* DEL MODELLO erano legate ai percorsi di cambiamento, al punto da identificarsi in un modello di rottura. Sotto questo profilo le criticità sono riconducibili: a) al cambiamento dell'*organizzazione*, considerando il fatto che si è scelto di impostare la nuova organizzazione a partire dal coinvolgimento delle risorse umane già presenti, ancorché provenienti da esperienze differenti; b) alla ridefinizione di *processi e azioni*, che ha impattato fortemente attraverso l'impianto di nuovi paradigmi, nuove relazioni tra operatori, tra enti e istituzioni, tra operatori e utenti; c) all'impiego di *strumenti e tecnologie* (è stato abbastanza complesso e difficile acquistare nuovi strumenti, installare reti informatiche, istruire gli operatori all'uso della strumentazione e modificare il loro modo di ragionare e lavorare); d) all'acquisizione della *disponibilità al cambiamento* delle persone, dei servizi interni ed esterni, dei sistemi (apparati, politica, relazioni, storie, prassi, consuetudini, ecc.).

LE CRITICITÀ RELATIVE AL *PRODOTTO* in quanto il prodotto finale poteva non essere quello che si è progettato. Si era progettato di impiantare un sistema coerente che producesse alcuni cambiamenti di processo, di percorsi e di paradigmi: a) la valutazione della persona (la VMD, ancora raffinabile per rispondere alle situazioni complesse o addirittura semplificabile per la gestione dei casi semplici); b) il passaggio sistematico dal paradigma della cura e assistenza al paradigma della presa in carico della persona in rete a partire dal Pua; c) le condivisioni e l'utilizzo integrato delle informazioni sulla persona, degli strumenti di valutazione e del modello complessivo; d) le integrazioni interprofessionali. Anche i nuovi prodotti intermedi rappresentavano delle criticità messe in conto all'atto della progettazione: i Piani assistenziali individuali, i percorsi condivisi, le gestioni unitarie e integrate e le prese in carico integrate.

Anche per la valutazione dei risultati rappresentata in forma schematica nella **tabella 2**, possiamo fare riferimento a tre livelli: i percorsi, i processi e le risorse e i tempi.

I *PERCORSI DELLA PRESA IN CARICO*. Sono stati individuati, studiati e sistematicamente

messi in atto i percorsi della «presa in carico» della persona anziana e/o non autosufficiente che si è rivolta al Pua per chiedere: l'inserimento in Rsa; Progetti «Ritornare a casa»; servizi di Cure domiciliari integrate; Assistenza riabilitativa; interventi di tipo Consultoriale (**figura 9**).

I *PROCESSI DELLA PRESA IN CARICO*. È stata studiata e applicata una metodologia semplice, ma esaustiva ed efficace, per definire e rappresentare graficamente i processi della presa in carico IDEF-0 (**figura 10**). Naturalmente sono stati studiati tutti i principali processi e dettagliate azioni e flussi documentali, attivando percorsi di sperimentazione in tutte le situazioni in cui sono stati individuati percorsi nuovi.

LE *RISORSE E I TEMPI DEI PROCESSI DELLA PRESA IN CARICO*. Abbiamo verificato le risorse umane e i tempi di impiego dei fattori produttivi messi in campo in ogni fase e azione con la quale è stato scomposto il processo secondo la metodologia IDEF 0. La rilevazione dei tempi complessivi dei processi relativi ai vari nodi dei percorsi è risultata utile per definire la durata media della presa in carico delle varie tipologie di persona nel Pua, per riorganizzare in termini di risorse i Pua nella fase a regime e di estensione del modello, nonché per la proposizione dei costi presunti di un Punto unico d'accesso (**figura 11**).

5. Conclusioni

Il modello implementato dalla Asl per l'attuazione della *governance* sociosanitaria risulta essere non solo coerente con gli indirizzi ma soprattutto funzionale all'attuazione degli stessi obiettivi regionali di governo del territorio. Infatti, il modello di *governance* prevede una serie di aspetti fondamentali presenti nel modello sperimentale proposto dalla Regione Autonoma della Sardegna nel Pssr 2006-2008. In particolare il fulcro è rappresentato dalla presa in carico da parte della Asl della gestione, per tutta la rete dei servizi provinciali, delle informazioni relative ai dati anagrafici, ai bisogni, alle valutazioni espresse, alle soluzioni prospettate ed ai piani di dettaglio di intervento per ciascun utente che acceda, nel tempo, alla rete dei servizi.

Il tratto distintivo del modello rappresentato dal percorso di «collegamento» che coinvolge tutti gli attori della rete dei servizi,

Tabella 2

Sintesi della valutazione dei risultati per ambiti

Ambiti	Obiettivi	Attività svolte
I percorsi della presa in carico	Individuare e studiare i percorsi della presa in carico della persona nel PUA verso i <i>possibili servizi cui indirizzare la persona presa in carico</i>	Abbiamo individuato, studiato e sistematicamente messo in atto i seguenti percorsi di «presa in carico» della persona anziana e/o non autosufficiente che si è rivolta al Pua per chiedere l'inserimento in: <ul style="list-style-type: none"> - Rsa - Progetti «Tornare a casa» - Cure domiciliari - Riabilitazione - Area consultori familiari
I processi della presa in carico	Studiare una metodologia che permettesse di esaminare ed approfondire i processi che abbiamo instaurato nella presa in carico con la descrizione e valutazione dei fattori che abbiamo messo in campo nei processi stessi per effettuare la presa in carico	Abbiamo individuato una metodologia semplice ma esaustiva efficace a rappresentare graficamente i processi della presa in carico: IDEFO. Consiste in <i>Box</i> di attività (activity box) con: <ul style="list-style-type: none"> - fattori in entrata (<i>input</i>) che, attraverso lo svolgimento dell'attività indicata, diventano - fattori in uscita (<i>output</i>), cioè il risultato dello svolgimento dell'attività, fattori utilizzati per lo svolgimento dell'attività (risorse umane, attrezzature, materiali di consumo, ecc.) - fattore che determina se l'attività deve essere svolta, con quali criteri, regole o procedure (controllo) Nodi (sottoprocessi): insieme di box con cui si completa un sottoprocesso di cui si compone l'intero percorso; abbiamo studiato 4 nodi del percorso di inserimento in Rsa <ul style="list-style-type: none"> - inserimento in Rsa su richiesta utente/famiglia/Mmg/As - inserimento in Rsa su richiesta Ospedale/Casa di cura - inserimento urgente in RSA su richiesta Ospedale/Casa di cura - richiesta proroga inserimento
Il contatto per la presa in carico	Sperimentare la rilevazione sistematica del contatto della persona con il Pua: Sviluppare una scheda del «contatto» che permetta di monitorare il fenomeno della «domanda» di accesso al Pua	In fase di implementazione
I tempi dei processi della presa in carico	Studiare i fattori messi in campo in ciascun nodo e fase del processo di presa in carico al fine di rilevare i tempi di impiego dei fattori, il rispetto dei limiti di tempo imposti dalla normativa, i tempi complessivi dei percorsi nei diversi nodi studiati e la loro eventuale diversità	Abbiamo verificato i tempi di impiego dei fattori produttivi (risorse umane) messi in campo in ogni fase e azione con la quale è stato scomposto il percorso e lo studio dei processi: ciò può tornare utile per individuare carichi di lavoro e costi di personale e di altri fattori produttivi La rilevazione dei tempi complessivi dei processi relativi ai vari nodi dei percorsi risulta utile per definire la durata della presa in carico di ogni persona nel Pua e i diversi tempi relativi ai diversi percorsi messi in atto per la presa in carico
Il monitoraggio per la <i>governance</i> a partire dalla presa in carico	Esaminare e studiare le possibili relazioni e interconnessioni che insistono nella presa in carico della persona nel Pua a partire dalla domanda cui segue la valutazione del bisogno-codifica di un progetto individuale, passando per i processi per finire nell'esito degli stessi in termini di <i>outcome</i>	Abbiamo rilevato che è possibile mettere in correlazione (in termini di tempi, risorse, dinamiche) la domanda della persona che contatta il Pua con il bisogno che essa esprime, questo con la valutazione che viene effettuata e il progetto codificato; queste fasi sono state poi correlate con i percorsi e i processi messi in campo, ma soprattutto con gli esiti dei processi in termini di <i>outcome</i> In particolare abbiamo evidenziato la possibilità di effettuare un vero monitoraggio della presa in carico della persona che accede al Pua in termini di tempi di presa in carico, tempi di permanenza nei servizi assegnati, ulteriori percorsi: <i>in pratica si può ricostruire la «storia» della persona attraverso una presa in carico continua da parte del Pua</i>

Figura 9
Rappresentazione dei percorsi delle persone prese in carico nel 2007 (fase di avvio del sistema per le cure domiciliari - valori in percentuale)

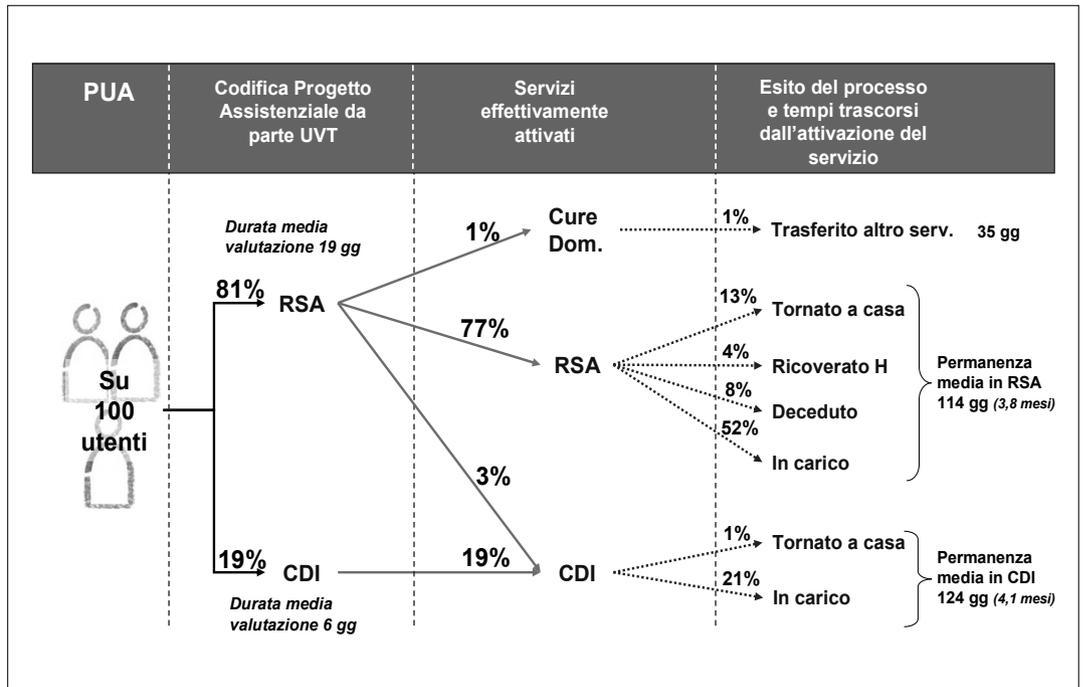
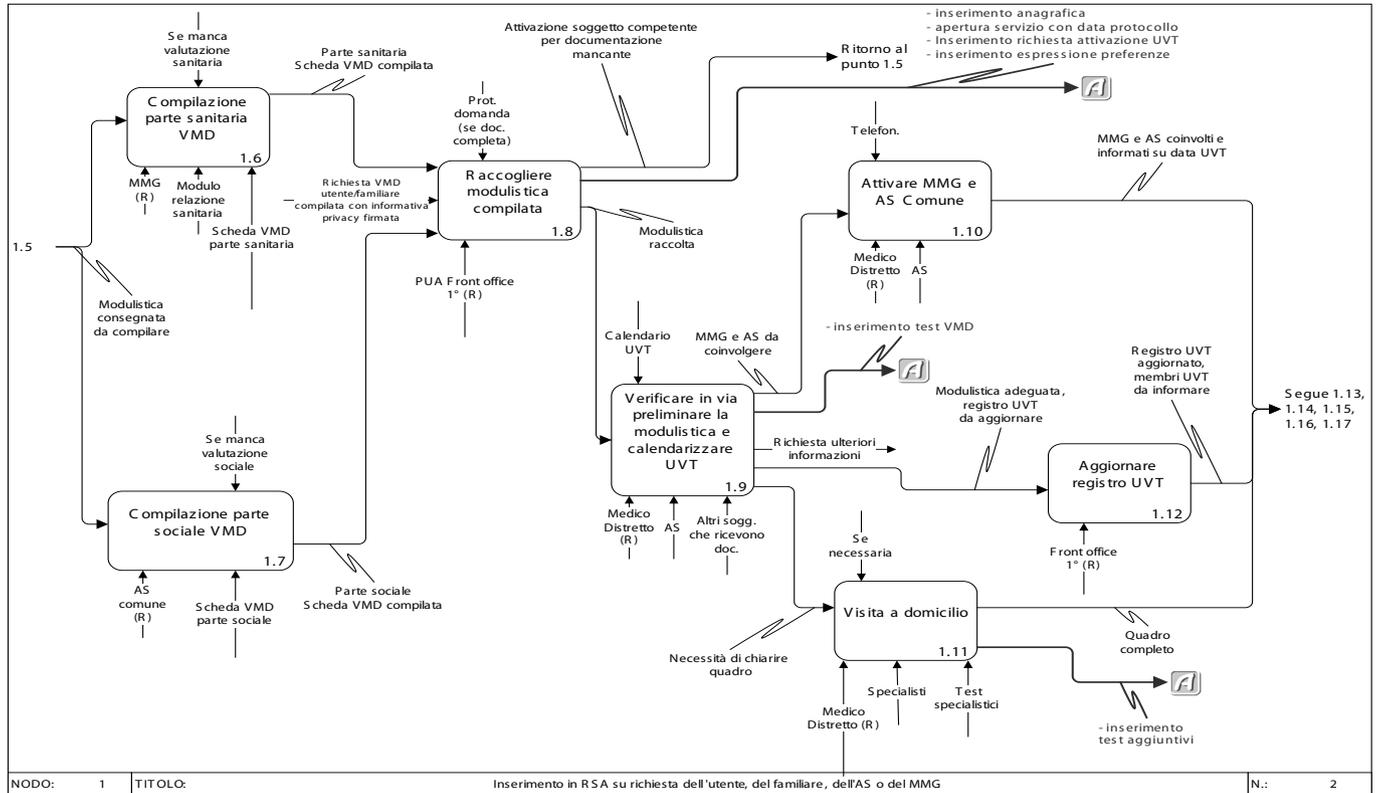
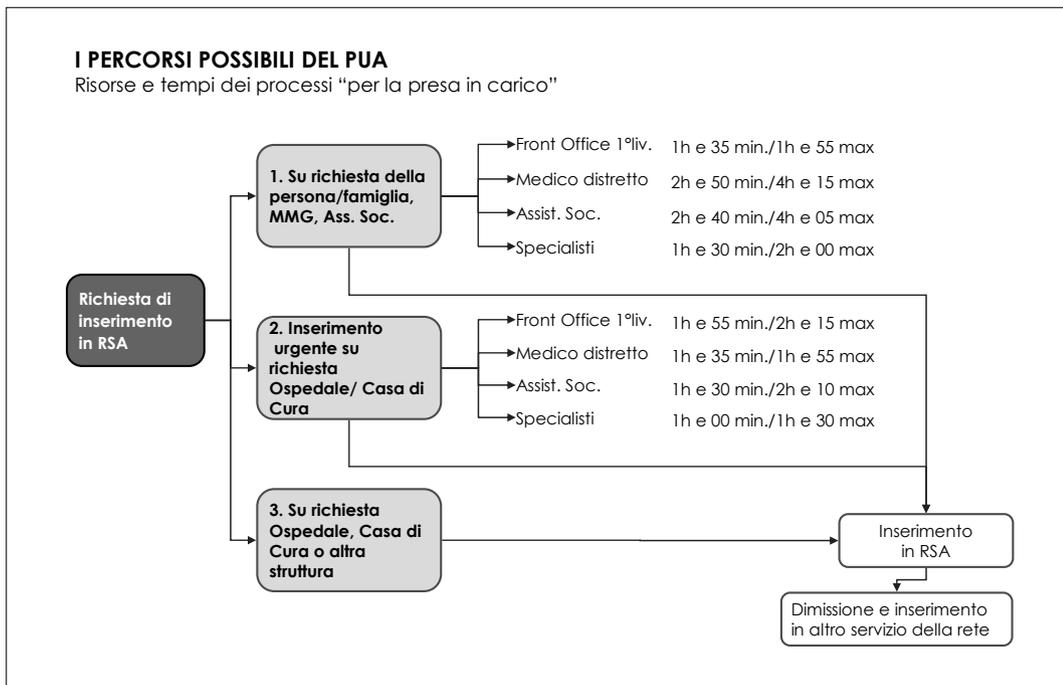


Figura 10
Rappresentazione IDEF-0 (parte di processo dove vengono evidenziate le interazioni con il sistema informativo Atl@nte)



NODO:	1	TITOLO:	Inserimento in RSA su richiesta dell'utente, del familiare, dell'AS o del MMG	N.:	2
-------	---	---------	---	-----	---



muove dal riferimento all'azienda sanitaria locale, quale organizzazione assegnataria della funzione strategica della committenza dei servizi sanitari e sociosanitari. L'assunto è che la persona-utente può avere attivi più servizi con più soggetti attuatori rispetto ai quali possono esistere rispettivamente uno o più soggetti erogatori (es. il Distretto che prende in carico gli aspetti sanitari e si avvale in parte di propri dipendenti e della Cooperativa per l'erogazione; lo stesso può valere per il Comune) e che ogni soggetto erogatore «prenda in carico» la persona-utente con la disponibilità, in tempo reale, di tutta la sua storia valutativa e la storia dei servizi fruiti ed in corso.

L'evoluzione percorsa dalla Asl di Cagliari nell'area sociosanitaria – rappresentata in sintesi dalla scelta e la successiva implementazione del modello di *governance* – ha consentito:

1) la tutela della *mission* aziendale, in quanto si è effettivamente e concretamente posta al centro dell'azione la salute della persona-utente e dell'operatore. La costante offerta di soluzioni operative a chi sta in prima linea per potere «accogliere» la persona-utente e rispondere in modo efficace ai bisogni, porta a una sostanziale gratificazione di

chi opera, di chi riceve il servizio e della comunità stessa che vede orientate al meglio le energie che contribuisce a finanziare (Minerba, Borin, Noro, Chinellato, Vidotto, 2004);

2) la concretizzazione di una logica di programmazione, organizzazione e gestione orientata «per processi» in luogo di una «per servizi». La centralità dell'utente, posta in essere nell'ambito del modello operativo, ha «costretto» l'organizzazione a pensare e ripensare costantemente il modello di risposta in relazione al cambiamento dei bisogni. Si è attivato così, senza traumi per gli operatori, un modello flessibile di organizzazione dei servizi costretti costantemente a rimodularsi rispetto al mutare dei fabbisogni. Cosa questa fondamentale in un mondo ove le capacità di prevedere le condizioni di salute della popolazione futura rende necessario abbandonare la logica programmatoria fatta con lo «specchietto retrovisore» (programmo il futuro guardando al passato). Questa logica viene sostituita da un efficace processo programmatorio basato su una adeguata base informativa (attuale e futura), una reale competenza nella valutazione dei bisogni complessi ed una capacità di strutturazione dell'offerta efficace;

3) l'ottenimento di consistenti risparmi per l'area sociosanitaria. Guadagni non so-

lo figurativi, ma visibili anche nei bilanci dell'Asl e dei Comuni. Benefici risultanti dalla riduzione dell'inappropriatezza – attraverso un efficiente ed integrato utilizzo delle risorse (verifica quali-quantitativa delle risorse impiegate) –, o che derivano dal disporre di informazioni che non sono raccolte specificatamente per alcune funzioni (es. i dati per l'assolvimento del debito informativo) ma sono l'esito del normale lavoro di gestione degli utenti andando a costituire, nell'insieme, un efficace monitoraggio nel tempo dei costi dei percorsi

di cura soggettivi e per classi/tipologie di utenti.

Da ultimo preme mettere in evidenza il fatto che un beneficio molto importante, insito nel modello, è legato alla qualità di vita per gli utenti, misurabile oggettivamente in «grado di autonomia» producibile con tali interventi, ma anche attraverso piccoli ritorni, poco quantificabili ma significativi: per avere la risposta appropriata, al cittadino basta rivolgersi a un solo interlocutore – il Punto unico di accesso.

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

- AA.VV. (2002), *L'assistenza socio-sanitaria sul territorio*, Atti del convegno, 17.06.02, Editech Pharma, Milano.
- BANCHERO A. (2005), *Programmare i servizi sociali e socio-sanitari*, Fondazione Smith Kline, Ed. Il Mulino, Bologna.
- BARALDI G., COMMODARI B., CRISAFULLI G., FLORIO C., MARINI M.G. (1999), «Case manager», *Sole 24 Ore - Sanità*, 3-9.
- CACCIA C., LONGO F. (1994), «L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema sociosanitario pubblico», *Mecosan*, 10.
- CIFALINÓ A. (a cura di) (2007), *Il governo dei servizi sanitari territoriali*, Franco Angeli, Milano.
- GUMIRATO G. (a cura di) (2007), *Dal governo clinico a un sistema di governance*, Atti di Convegno, 17 aprile 2007, Pte-Expo.
- INTERRAI (2008), *La nuova Suite*, www.interrai.org.
- LONGO F., SALVATORE D., TASSELLI S. (2008), «Le nuove missioni delle Ausl tra governo della produzione e dei consumi: un'analisi dei sistemi di controllo direzionale», *Mecosan*, 66, pp. 9-19.
- MENEGUZZO M. (2000), «Dalla azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie», *Mecosan*, 19, pp. 136-137.
- MINERBA L., BORIN M., NORO G., CHINELLATO T., VIDOTTO F. (2004), «Programmazione e controllo nei servizi territoriali: criteri per il monitoraggio della salute ed il buon uso delle risorse», in *Il modello Sistema Atl@nte*, Edizioni VEGA, Mareno di Piave (Documenti contenuti nel volume: «Monitoraggio della salute e buon uso delle risorse»; «Indicatori di stato, transizione ed esito: l'utilizzo degli indicatori nella programmazione»; «Strutturazione degli indicatori di efficienza ed efficacia delle Unità Valutative Multidisciplinari»; «L'architettura di sistema per la gestione e controllo dei servizi territoriali»; «Programmare in tempo reale: il supporto dei sistemi informativi alle decisioni di successo»).
- MONTANELLI R., TURRINI A. (2006), *La governance locale nei servizi sociali*, EGEA, Milano.
- MOSA S., PIAZZA M., NICHETTI G., MIGNEMI S. (2002), «L'omogeneità assistenziale e la personalizzazione dell'intervento come fattori di successo del lavoro per progetti», *Giornale di Gerontologia*, Volume L, S-5, p. 267, Ed. Pacini, Pisa.
- NORO G., FONTANA F., MIGAZZI M., VIDOTTO F. (2005), *Dalla Valutazione Multidimensionale ai Sistemi di Governance*, 50° Congresso Nazionale SIGG, Comunicazione e poster Volume LIII, S2, p. A60, Ed. Pacini, Pisa.
- REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA, *Piano Regionale dei Servizi alla Persona: 2006-2008*.
- REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA, Delibera Giunta Regionale n. 8/16 del 21.02.2006 «Istituzione del Punto Unico d'Accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriali».
- REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA, Delibera Giunta Regionale n. 11/16 del 28.02.2006 «Linee di indirizzo sulla attività sanitarie e socio-sanitarie di riabilitazione».
- REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA, Delibera Giunta Regionale n. 25/6 del 13.06.2006 «Linee di indirizzo in materia di residenze Sanitarie assistite e di Centri Diurni Integrati».

Bibliografia di approfondimento

- AA.VV. (2002), Documento conclusivo del Comitato di esperti «Ospedalizzazione Domiciliare», nominato dal Ministro della salute reggente On. Sirchia il 12.04.2002, reperibile sul sito www.ministerosalute.it/publicazioni.
- ASSR (2005), Relazione finale progetto di ricerca finalizzata «La condizione dell'anziano non autosufficiente. Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive», in www.assr.it.

- BASSO D., TREVISAN N., NARDI G., CASOTTO F., BADON V., BERTO R., GIARIZZO G., MARGARINE L., VALCANEANT R., BUGIO R., LEOCI V. (2002), «Informatizzazione Cartella S.Va.M.A. (in *Sistema Atl@nte*): rilevazione dei carichi infermieristici», *Giornale di Gerontologia*, Volume L, S-5, p. 37, Ed. Pacini, Pisa.
- BENETOLLO P., MELLA P., SAUGO M. (2005), «Valutazione multidimensionale della persona in condizioni di fragilità: il modello Veneto», *Supplemento di Monitor*, 13, ASSR, Roma.
- BRESSAN A., CAFARIELLO C., BENELLI L., PICCININO A., MAZZOLI A., SPINELLI L., FELCIANI F., FONTANA F. (2006), «Utilizzo dei dati di valutazione multidimensionale per la definizione del piano di lavoro: dall'analisi dei carichi alle procedure di lavoro», 51° Congresso Nazionale SIGG, Comunicazione e poster, Ed. Pacini, Pisa.
- BRESSAN A., BORIN M. (2003), «Sistema Atl@nte e tecnologia XML: Le fondamenta della programmazione territoriale», 48° Congresso Nazionale SIGG, Comunicazione e poster Volume LI, S5, Ed. Pacini, Pisa.
- BRESSAN A., VIDOTTO F. (2003), «Analisi predittiva dei tempi d'attesa per l'ingresso in struttura residenziale», 48° Congresso Nazionale SIGG, Comunicazione e poster Volume LI, S5, Ed. Pacini, Pisa.
- BRUNELLI G., BRUNERI C., ILARDO M., PEDRAZZANI C., SCARAVONATI R., CONCARI M.G., GALLIO A., MARTANI A., MIGNEMI S. (2002), «Da esecutori ad educatori attraverso il lavoro per progetti», *Giornale di Gerontologia*, Volume L, S-5, Ed. Pacini, Pisa.
- CAFARIELLO C., BENELLI L., PICCININO A., MAZZOLI A., SPINELLI L., FELCIANI F., FONTANA F., BRESSAN A., (2006), «Geriatrica e disabilità: due mondi così diversi nel contesto della residenzialità?», 51° Congresso Nazionale SIGG, Comunicazione e poster, Ed. Pacini, Pisa.
- CURCETTI C., ROLFINI M., LAZZARATO M. (2005), «Regione Emilia-Romagna: Dipartimento delle Cure Primarie e Cure Domiciliari», *Supplemento di Monitor*, 13, ASSR, Roma.
- BRIZIOLI E. (2007), *Progetto Mattone 12 del Ministero della Sanità per i sistemi informativi nazionali: le indicazioni sui sistemi di classificazione e remunerazione della residenzialità*, Atti di Convegno, 17 aprile 2007, Pte-Expo.
- GUAITA A. (2008), «Educazione alla salute nel corso di malattie croniche», in Aa.Vv., *Rapporto Sanità 2008 - L'educazione alla salute*, Ed. Il Mulino, Bologna.
- MACIOCCO G. (2008), *Politica, salute e sistemi sanitari - Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Il pensiero scientifico Editore, Roma.
- MARSELLA E., APORTI A., BRUGNB OLOTTI L., BERGAMI E., ANSELMINI N., BACCHI G. (2002), «Dal progetto alla procedura: l'importanza della realizzabilità», *Giornale di Gerontologia*, Volume L, S-5, p. 244, Ed. Pacini, Pisa.

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, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

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 devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

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 e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) 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

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

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 contengano 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.

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.

Pubblicazioni con più autori

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

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

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

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**.

Magnet Hospitals: accreditamento, basi razionali, diffusione ed esiti organizzativi

A. PALESE, P. DE LUCIA, B. LAVIA, L. DEROMA

The «Magnet Hospitals» assures nursing practice visibility, full involvement of nurses in the decision making process, decentralization of the decisions and professional opportunities for the nurses employed in the Hospital. These traits of the Hospitals seem to have positive influence on nurses' satisfaction, on the organization stability (e.g. reducing the turn over) and on the patients outcomes. Understand the Magnet Hospital recognition and accreditation process, the reasons able to explain the effects on nurses' recruitment, the level of implementation in the USA and in other Countries and the effectiveness of the program, is the aim of this article. Magnet Hospitals program has developed in the USA since 1980 and recently in other Countries such as Canada. From the literature, there is no evidence regarding similar programs in the Italian context.

Keywords: Magnet Hospital, Original Magnet Hospital, Nurses Shortage

Parole chiave: ospedali magnetici, ospedali magnetici originali, carenza infermieristica

Note sugli autori

Alvisa Palese è professore associato di Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Udine; Paola De Lucia è, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche, Azienda Ospedaliero-universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine; Barbara Lavia è dottore magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche, Agenzia Regionale alla Sanità del Friuli-Venezia Giulia; Laura Deroma è medico, specializzato in Epidemiologia, Unità di Epidemiologia, Università degli Studi di Udine

1. Introduzione

Nei primi anni '80, quando negli U.S.A. si registrava una importante carenza infermieristica stimata intorno al 14% si è sviluppato l'interesse di molti ricercatori (McClure, Hinshaw, 2002) nei confronti di fattori che caratterizzavano alcuni Ospedali per la loro capacità di attrarre, reclutare e trattenere gli infermieri. Questi ospedali, denominati successivamente «Magnet Hospital», costituiscono ben presto il *focus* di ricerca del *Governing Council* dell'*American Academy of Nursing* (AAN) (McClure, Hinshaw, 2002). Per identificare le caratteristiche e comprendere i fattori che contraddistinguevano lo status di «Magnet Hospital», alcuni componenti dell'*American Nurses Association* (ANA) furono incaricati, nel 1981, di analizzare 165 ospedali considerati dagli infermieri come buoni posti di lavoro, capaci di reclutare infermieri e con un contenuto tasso di *turn-over*, localizzati in un'area geografica in cui era presente competizione nell'acquisizione del personale con altri ospedali ed agenzie private. I tre parametri per la selezione dei potenziali «Magnet Hospital» furono applicati successivamente a 115 ospedali che accettarono volontariamente di partecipare allo studio. I dati raccolti furono analizzati da una *task force* indipendente che scelse i migliori dieci ospedali di ogni Stato sulla base di uno *score* complessivo attribuito ad ognuno di essi permettendo, in questo modo, la prima classificazione dei 41 ospedali denominati «Original Magnet Hospital». Sulla base dei dati amministrativi raccolti in queste strutture, le interviste a 41 Direttori del Nursing ed a 1.251 infermieri (Brown, 2005; McClure,

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Parte prima
3. Parte seconda
4. Conclusione

Hinshaw, 2002; Buchan, 1999) tali ospedali dimostrarono di avere:

- contenuti tassi di *turnover* e di posti vacanti nell'organico infermieristico,
- staff infermieristici adeguati per numero e *skill mix*,
- programmazione flessibile dei turni di lavoro,
- buone relazioni infermieri - medici,
- opportunità di sviluppo professionale e di carriera,
- *leadership* infermieristica supportiva, aperta alla comunicazione e impegnata nella decentralizzazione delle decisioni (Kramer, Schmalenberg, 1988a; Kramer, Schmalenberg, 1988b);
- elevati livelli di soddisfazione lavorativa degli infermieri.

Le strategie organizzative attivate dai *Magnet Hospital* e la loro efficacia è divenuta oggetto di crescente attenzione. Comprendere come sono progettati e condotti i programmi di riconoscimento degli Ospedale Magnete, le basi razionali che ne motivano la capacità attrattiva verso gli infermieri, la diffusione a livello internazionale del modello «Magnet» e l'efficacia sull'organizzazione è la finalità di questo articolo.

2. Prima parte

2.1. Il Programma di riconoscimento «Magnet Hospital» dell'American Nurses Credentialing Center

L'*American Nurses Association (ANA)*, attraverso il *Magnet Recognition Program*, si è impegnata attivamente per migliorare le organizzazioni ospedaliere e facilitare la diffusione di una pratica infermieristica eccellente. Attraverso l'*American Nurses Credentialing Center (ANCC 2008)*, società affiliata dell'ANA, è stato progettato nel 1994 un programma di riconoscimento simile alla *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* e specifico per gli ospedali «Magnet» (Aiken, Havens, 2000). Lo scopo del programma era riconoscere l'eccellenza degli ospedali nel management, nella pratica dei servizi infermieristici, nell'aderenza agli standard di qualità, e nella capacità di mantenere le

competenze infermieristiche. Oltre a questi indicatori, l'eccellenza doveva riguardare la capacità di avere *outcomes* positivi sui pazienti, la facilitazione all'accesso alle cure e la completa accettazione delle diversità culturali ed etniche di pazienti ed operatori (Burke, 2005; Havens, Johnston, 2004). Ad oggi, oltre agli «Original Magnet», che costituiscono gli ospedali riconosciuti per primi, è attivo e consolidato il programma di riconoscimento dei «Magnet Hospital ANCC».

Il processo di designazione prevede un'autovalutazione, basata su standard definiti dall'«ANCC» e dalle organizzazioni professionali, ed una successiva valutazione da parte di una commissione nominata dall'ANCC che verifica l'aderenza ai criteri previsti (ANCC, 2005). Gli ospedali che ottengono il riconoscimento sono rivalutati ogni quattro anni e, su base volontaria, partecipano a confronti comparativi con le altre 286 strutture ospedaliere già riconosciute prevalentemente negli Stati U.S.A. (ANCC, 2008).

Per le organizzazioni ospedaliere, partecipare al programma e acquisire lo *status* di «Ospedale Magnete» è divenuto progressivamente una conquista perché offre l'opportunità di sviluppare un'immagine positiva e di essere competitivi nel reclutamento di infermieri nonostante la loro carenza sul mercato (Wagner, 2004).

2.1. Le quattordici forze del «magnetismo»

Il programma di riconoscimento è basato sull'implementazione di 14 componenti tipiche dei «Magnet Hospital», divenute successivamente note come le «Forze del Magnetismo» (Flynn, McCarthy, 2007; Kramer, Schmalenberg, 2005; McClure, 2005; Scott *et al.*, 1995, 1999; Buchan, 1999; Havens *et al.*, 1999), che sono riportate nel **box 1**.

L'ambiente organizzativo che presenta questi tratti è altresì caratterizzato da:

- un numero adeguato di *registered nurses (RNs)*,
- servizi amministrativi orientati al supporto degli infermieri (ma anche degli altri operatori),
- manager e *chief nurse (CNs)* supportivi verso gli staff infermieristici,

Box 1

Le forze del «Magnetismo»

Forza 1. Qualità della leadership infermieristica. Nell'ospedale, i leader infermieristici sono percepiti come capaci di assumere decisioni e di gestire il rischio, nonché di implementare una articolata filosofia all'interno del dipartimento di infermieristica. I leader infermieristici, inoltre, sviluppano ed esprimono un forte senso di protezione e sostegno verso lo staff infermieristico.

Forza 2. Struttura organizzativa. Le strutture organizzative si caratterizzano per essere orizzontali e ad elevata decentralizzazione delle decisioni, che sono assunte prevalentemente a livello di unità. I dipartimenti sono articolati in modo decentrato, con importante coinvolgimento della rappresentanza infermieristica. Il dirigente infermieristico riferisce alla direzione strategica e il coordinatore al dirigente infermieristico.

Forza 3. Stile manageriale. L'intera struttura attiva e promuove uno stile manageriale partecipativo che tiene conto dei feedback provenienti dal personale impegnato ai diversi livelli dell'organizzazione. Tali feedback sono incoraggiati e tenuti in alta considerazione. Gli infermieri che rivestono posizioni organizzative sono visibili, facilmente accessibili ed impegnati a comunicare efficacemente con lo staff.

Forza 4. Politiche e programmi per il personale. I salari e gli incentivi sono competitivi; i turni sono basati su modelli creativi, flessibili ed aperti alle esigenze dello staff. Le politiche per il personale sono decise con il coinvolgimento dello staff ed esistono opportunità di promozione verso livelli dirigenziali e clinici.

Forza 5. Modello di assistenza. Sono progettati e implementati modelli assistenziali che attribuiscono agli infermieri la responsabilità e l'autorità di fornire l'assistenza al paziente. Gli infermieri rispondono della propria pratica e coordinano l'assistenza infermieristica e di base.

Forza 6. Qualità dell'assistenza. Gli infermieri percepiscono di offrire assistenza di alta qualità: la qualità è un valore prioritario dell'organizzazione; gli infermieri dirigenti sono ritenuti responsabili dello sviluppo di un ambiente organizzativo in cui questo è possibile.

Forza 7. Miglioramento della qualità. Gli infermieri partecipano attivamente al processo di miglioramento della qualità.

Forza 8. Consulenze e risorse. Sono disponibili consulenti, infermieri esperti e competenti nella pratica infermieristica avanzata. Inoltre, è offerto il supporto tra pari sia all'interno di una stessa struttura che tra strutture diverse.

Forza 9. Autonomia. Agli infermieri è consentito, e da loro ci si aspetta, l'esercizio autonomo della professione sulla base degli standard professionali. Anche nel lavoro multidisciplinare, gli infermieri sono incoraggiati ad esprimere le proprie valutazioni e punti di vista.

Forza 10. La comunità e l'organizzazione sanitaria. Gli ospedali sviluppano una forte relazione con la comunità di riferimento: realizzano programmi di assistenza a lungo termine anche al di fuori delle strutture, con il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini.

Forza 11. Infermieri come insegnanti. Agli infermieri è consentito, e da loro ci si aspetta, un ruolo di insegnanti/tutor. Tale attività offre loro elevate soddisfazioni professionali.

Forza 12. Immagine dell'infermieristica. Gli infermieri sono considerati fondamentali per la capacità dell'ospedale di fornire assistenza di qualità ai pazienti.

Forza 13. Relazioni interdisciplinari. Le relazioni interdisciplinari sono incoraggiate, positive e di rispetto reciproco.

Forza 14. Sviluppo professionale. Un'attenzione significativa è posta all'orientamento, alla formazione in servizio, alla formazione continua, all'educazione formale ed allo sviluppo di carriera. Inoltre, esistono opportunità di avanzamento clinico basate sul riconoscimento delle competenze sviluppate.

– un Dipartimento di scienze infermieristiche che esprime l'alto valore attribuito all'assistenza dall'organizzazione.

Attraverso questo insieme di strategie, gli ospedali sviluppano quello che Hoffart e Woods (1996) hanno definito come «un am-

biente supportivo per la pratica infermieristica» basato sul management partecipativo e sulla *self-governance* che sviluppano l'autonomia e la visibilità degli infermieri attribuendo loro un elevato valore (Upenieks, 2002, 2003a, 2003b; Aiken, Havens, 2000; Havens 2000; Scott *et al.*, 1999). L'enfa-

tizzazione del team work, della creatività e del risultato, aspetti molto vicini alla teoria dell'engagement (Kearsley, Schneiderman, 1999), rendono questi ospedali particolarmente interessanti sia sotto il profilo dei meccanismi organizzativi che degli esiti che riescono a raggiungere.

2.2. Teoria di Kanter ed *empowerment* degli infermieri

Da quanto emerso finora, gli Ospedali Magnete non hanno solamente un numero adeguato di risorse (e conseguenti carichi di lavoro appropriati perché trattengono di più gli infermieri o per la facilità con cui li reclutano), ma anche modalità gestionali basate su tratti, caratteristiche o forze che modificano l'ambiente in cui si svolge la pratica infermieristica. L'ambiente lavorativo infermieristico è un concetto difficile da operationalizzare e misurare. Molte sono le ricerche sviluppate nel corso degli anni per comprendere le variabili che influenzano l'ambiente organizzativo e la loro reciproca interazione. In particolare, la nozione di *empowerment* strutturale proposta da Rosabeth Moss Kanter (Kanter, 2005, 2004a; 2004b; 2004c; 2004d; 1993; 1991a, 1991b), è stata assunta come riferimento per spiegare le dinamiche sociali proprie degli ambienti ospedalieri e, in particolare, dei *Magnet Hospital*. Questa teoria, che si basa su cinque anni di studio in ambienti industriali, spiega che i fattori organizzativi (caratteristiche organizzative e culturali) influenzano i comportamenti dei lavoratori molto di più dei tratti di personalità.

L'autrice ha concettualizzato il potere come la capacità di mobilitare le risorse ed usa l'analogia dell'elettricità per descrivere come il potere produttivo si sviluppi e sia mantenuto nell'ambiente lavorativo. Il potere è «acceso» quando il personale ha accesso alle linee di informazione, al supporto, alle risorse ed alle opportunità per imparare e crescere. Quando queste «sorgenti» non sono ottenibili, il potere è «spento» ed il lavoro diventa difficile. Queste linee di potere costituiscono le sorgenti dell'*empowerment* strutturale, sono sviluppate dai sistemi formali ed informali presenti nell'organizzazione ed influenzano la motivazione, l'autonomia, il coinvolgimento decisionale e la soddisfazione lavorativa e, di conseguenza, la produt-

tività ed il raggiungimento degli obiettivi. Attraverso le strutture sociali dell'ambiente lavorativo è possibile ottenere l'accesso alle informazioni, al supporto, alle risorse ed alle opportunità. Ne consegue che le caratteristiche formali del lavoro e le alleanze informali determinano la crescita professionale e influiscono sulla capacità di portare a termine il proprio compito lavorativo in modo efficace. Questi elementi, che possono essere considerati «mediatori» per il raggiungimento dei risultati professionali ed organizzativi, sono rappresentati dalle tre strutture dell'*empowerment*: potere, opportunità e rapporti (figura 1).

In molti studi (Armstrong, Laschinger, 2006; Laschinger *et al.*, 2000; Laschinger, Wong, 1999; Laschinger *et al.*, 1997; Hatcher, Laschinger, 1997, 1996; McDermott *et al.*, 1997), è stato documentato un moderato grado di *empowerment* tra gli infermieri che, in base alla teoria di Kanter, potrebbe essere spiegato dal limitato accesso alle risorse, alle informazioni, al supporto ed alle opportunità tipico delle strutture ospedaliere gerarchiche o che attribuiscono poca rilevanza all'assistenza infermieristica. Va tuttavia evidenziato che l'accesso alle opportunità ed al supporto è considerato, dalla popolazione infermieristica, un aspetto fortemente *empowering*, mentre l'accesso alle informazioni ed alle risorse sembra secondario. Complessivamente, un elevato livello di *empowerment* determina una elevata performance lavorativa (Laschinger, Havens, 1997), favorisce il controllo sulla pratica clinica (Laschinger, Havens, 1996), migliora l'autonomia (Sabiston, Laschinger, 1995), il commitment organizzativo (McDermott *et al.*, 1996) e la soddisfazione lavorativa (Laschinger *et al.*, 2001; Laschinger *et al.*, 2000; Laschinger, Havens, 1996). Inoltre, le organizzazioni ospedaliere che si distinguono per un elevato *empowerment* degli infermieri si caratterizzano per un minore *turnover* ed una maggiore fiducia nel management. Laddove, invece, gli infermieri si percepiscono *disempowered*, aumentano il *burnout* e lo stress lavorativo (Laschinger, Havens, 1997; Hatcher, Laschinger, 1996).

La percezione di *empowerment* strutturale è stata collegata empiricamente alle caratteristiche tipiche dell'ospedale «Magnete» per spiegare l'elevata percezione di autono-

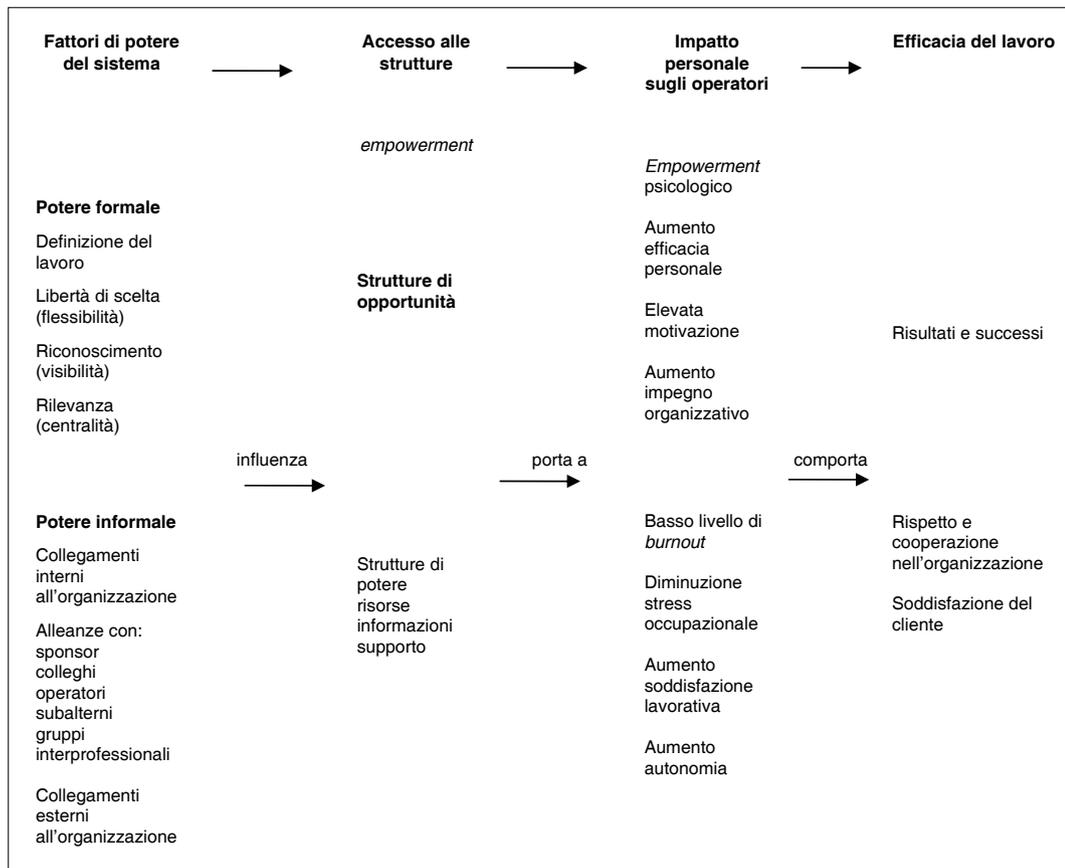


Figura 1
Relazioni tra i concetti del modello di empowerment di Kanter (1979): teoria strutturale del potere nelle organizzazioni
Fonte: Almost, Laschinger (2002)

mia che caratterizza gli infermieri in questi ospedali (Laschinger *et al.*, 1997; Sabiston, Laschinger, 1995), l'elevato controllo sulla pratica che esprimono (Laschinger, Havens, 1996), e le buone relazioni che sviluppano con i medici (Almost, Laschinger, 2002). Upenieks (2003a, 2003b), in particolare, ha condotto uno studio in due «Magnet Hospitals» e in due strutture non «Magnet» evidenziando che gli infermieri dei «Magnet Hospitals» erano maggiormente *empowered* rispetto a coloro che lavoravano nei non «Magnet Hospitals».

Anche Laschinger *et al.* (2003) hanno studiato le relazioni tra le caratteristiche dell'*empowerment* strutturale e quelle dell'ospedale «Magnet». I risultati emersi hanno confermato l'ipotesi dei ricercatori che la possibilità di accedere alle informazioni, al supporto, alle risorse, all'opportunità di crescere professionalmente, congiuntamente a turni flessibili e ad una forte alleanza con gli altri professionisti, creano un ambiente lavorativo positivo per la pratica infermieristica (Aik-

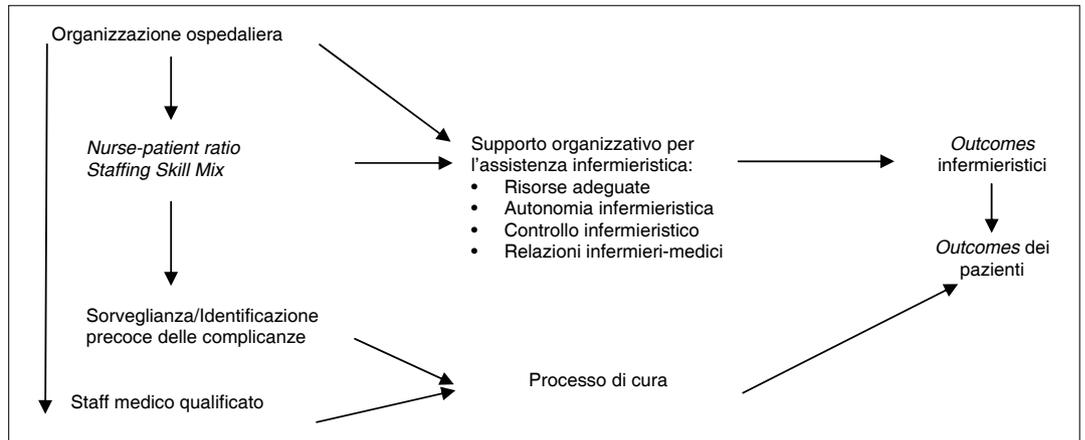
en *et al.*, 2002; Aiken, Sloane, 1997; Aiken *et al.*, 1997). Malgrado Aiken *et al.* (2002) abbiano individuato nell'adeguatezza dello *staffing* la componente chiave dell'ambiente lavorativo dei «Magnet Hospitals», altrettanta rilevanza sembrano assumere pertanto l'entità degli sforzi che l'organizzazione ospedaliera realizza per supportare la pratica infermieristica (**figura 2**).

Appare logico, pertanto, affermare che uno *staff* adeguato per quantità permette agli infermieri di fornire l'assistenza di qualità a cui essi stessi aspirano (Laschinger *et al.*, 2003). Tuttavia, quando accedono alle strutture dell'*empowerment* (opportunità, informazioni, supporto e potere formale) gli infermieri si sentono più autonomi, si riduce il livello di *burnout* e aumenta la soddisfazione lavorativa; quando invece accedono al potere informale, sono migliori le relazioni con i medici (Almost, Laschinger, 2002). La relazione tra le strutture dell'*empowerment* e le caratteristiche dell'ospedale «Magnet» è descritta sinteticamente nel **box 2**.

Figura 2

Organizzazione ospedaliera, organizzazione infermieristica ed *outcomes* dei pazienti

Fonte: Aiken, Clarke, Sloane (2002)

**Box 2**

Relazione tra *Empowerment* e tratti tipici del «Magnetismo»

Fonte: Laschinger H.K.S., Almost J., Tuer-Hodes D. (2003)

L'accesso alle strutture di *empowerment* lavorativo sviluppa:

- elevata percezione di autonomia;
- elevato controllo sull'ambiente lavorativo;
- positiva relazione infermiere/medico.

Tutte le strutture dell'*empowerment* influenzano significativamente le caratteristiche dei «Magnet Hospital» attraverso:

- accesso alle risorse e al supporto che determinano migliore controllo sulla pratica clinica e maggiore autonomia;
- potere informale che determina una migliore relazione infermiere/medico.

L'accesso alle strutture dell'*empowerment* caratterizza i «Magnet Hospital» e aumenta la soddisfazione del personale infermieristico.

Infermieri più soddisfatti, rimangono più a lungo nello stesso ospedale.

3. Seconda parte**3.1. Evoluzione del modello «Magnet Hospital» a livello internazionale**

Per verificare l'effettiva trasferibilità del modello e dimostrare che i tratti comuni dell'ambiente lavorativo dei «Magnet Hospitals» sono associati a migliori risultati, le ricerche condotte negli U.S.A. sono state replicate in Ontario (Laschinger *et al.*, 2001a, 2001b). Gli autori hanno dimostrato che migliori livelli di autonomia, di controllo sulla pratica e di relazione con i medici, sono associati ad una più elevata soddisfazione degli infermieri, ad un ridotto esaurimento emotivo (*burnout*) e ad un incremento di fiducia verso i manager. Anche secondo Aiken *et al.*, (2001) che hanno realizzato uno studio internazionale (USA, Canada, Inghilterra, Sco-

zia, Germania) coinvolgendo 711 ospedali, laddove sono disponibili risorse adeguate, supporto alla pratica infermieristica e buone relazioni tra infermieri e medici è fornita una buona qualità assistenziale.

Solo di recente si è diffuso l'interesse nei confronti del modello «Magnet Hospital» in alcuni Paesi europei e si è posta l'attenzione sui tratti tipici dell'ambiente lavorativo infermieristico per compararli con quelli rilevati negli ospedali riconosciuti «ANCC». Havens *et al.* (2002) hanno confrontato le caratteristiche dell'ambiente lavorativo degli ospedali spagnoli con due ospedali universitari statunitensi magnetici, mettendo in luce migliori livelli di autonomia, controllo sulla pratica e relazioni tra infermieri e medici di questi ultimi. Anche Garcia Palacios *et al.* (2004), hanno condotto uno studio multicen-

trico nel distretto del Cadice rilevando bassi *score* nella autonomia clinica, nel controllo sulla pratica, nelle relazioni infermieri-medici e nel supporto organizzativo; gli autori hanno successivamente proposto l'implementazione del modello «Magnet Hospital».

3.2. La soluzione organizzativa e le modalità di funzionamento

La prima valutazione degli esiti sugli infermieri confrontando quanto accade negli ospedali «Magnet» rispetto agli ospedali non «Magnet» è stata condotta su venti ospedali urbani (Aiken *et al.*, 1997a; Aiken *et al.*, 1997b). Dieci avevano unità operative dedicate a pazienti con AIDS e furono confrontati con un gruppo di controllo di altrettanti ospedali privi di unità dedicate ai pazienti con AIDS, due dei quali erano stati riconosciuti «Magnet». Gli infermieri registravano bassi livelli di *burnout*, di *turnover* ed una frequenza inferiore di punture accidentali. Questi esiti erano stati ritenuti rilevanti per il loro potenziale impatto sul tasso di assenza dal lavoro, sui costi di reclutamento e sulla continuità delle cure (Scott *et al.*, 1999, 1995).

Nello stesso anno, Aiken e Sloane (1997) avevano condotto uno studio per verificare l'impatto delle caratteristiche dell'ambiente lavorativo sui livelli di stress associati dalla presa in carico dei pazienti con AIDS. Furono coinvolti 820 infermieri che lavoravano in 10 ospedali non «Magnet» con unità dedicate all'AIDS, in sette ospedali non «Magnet» senza unità dedicate ed in tre «Magnet Hospitals». In questi ultimi e nelle unità dedicate all'AIDS emergeva una più elevata autonomia degli infermieri ed un migliore controllo infermieristico sui servizi di supporto e sul personale necessario per erogare un'alta qualità delle cure. L'esaurimento emozionale, componente del *burnout* lavorativo (Maslach, Jackson, 1982) era inferiore negli ospedali «Magnet» e nelle unità dedicate all'AIDS rispetto agli ospedali non «Magnet». Più tardi, Lake (1998) documentò che il *burnout* è un predittore dell'*intention to leave* e delle dimissioni anticipate del personale.

Nello stesso studio condotto da Aiken e Sloane (1997) il tasso di punture accidentali riscontrato tra gli infermieri era più basso

nei «Magnet Hospitals», suggerendo che le caratteristiche organizzative sono associate non solo ad un minore *burnout* ma anche ad una maggiore sicurezza sul lavoro. Le ricerche iniziali sulle punture accidentali si sono estese successivamente per dimostrare che gli infermieri che lavoravano in unità con poco personale e climi organizzativi «difficili», hanno un maggiore rischio di incidenti sul lavoro e di eventi avversi rispetto a quanto accade nei «Magnet Hospital» (Aiken *et al.*, 2002).

Secondo lo studio effettuato da Aiken e Havens (2000), infine, la soddisfazione al lavoro è più elevata tra gli infermieri degli ospedali «Magnet ANCC» rispetto a quelli che lavorano negli «Original Magnet». Quando gli infermieri sono più soddisfatti, si osservano effetti positivi anche sui pazienti (Vahey *et al.*, 2004).

4. Conclusioni

Negli Stati Uniti, le strutture che desiderano ottenere il riconoscimento di ospedali magnetici attivano un processo virtuoso di sostegno degli infermieri e della loro pratica a cui consegue la riduzione del *turnover* e la capacità dello stesso ospedale di attrarre infermieri anche durante i periodi di carenza, assicurando nei reparti la quantità di assistenza necessaria ai pazienti. La dotazione adeguata alimenta la soddisfazione degli infermieri perché essi lavorano in condizioni ottimali rispetto alle attese dei pazienti; tuttavia, la dotazione organica non sembra costituire l'elemento determinante. Gli Ospedali Magnetici adottano una filosofia manageriale che assicura visibilità alla pratica, pieno coinvolgimento nei processi decisionali, decentramento organizzativo e possibilità di sviluppo dell'infermieristica. Per questa ragione gli infermieri percepiscono maggiore potere, da cui dipende la possibilità di lavorare in modo autonomo, di controllare la pratica e di sviluppare positive relazioni con i medici. Tali caratteristiche sembrano a loro volta influenzare la soddisfazione professionale, ridurre l'*intention to leave* e aumentare la capacità di attrarre altri infermieri in un ospedale che viene identificato come un «buon posto di lavoro». Il programma *Magnet Hospital* sembra pertanto influenzare alcuni esiti dell'organizzazione e degli

infermieri. Tuttavia, la ricerca deve ancora dimostrare gli effetti sui pazienti.

Da quanto emerge nella letteratura, l'esperienza si è diffusa in Europa ma non ancora nel contesto italiano. Un processo di validazione e trasferimento organizzativo del modello si sta realizzando presso l'Azienda ospedaliero-universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine (Salmaso, 2007). In attesa di conoscere i risultati di questa esperienza, potrebbe essere interessante:

a) confrontare ospedali italiani, europei, canadesi e statunitensi nella percezione di autonomia, controllo sulla pratica, supporto organizzativo degli infermieri;

b) censire ospedali italiani che hanno buoni indicatori (basso *turnover*, facilità di reclutamento) e confrontarli con ospedali limotrofi e/o omogenei per caratteristiche strutturali e complessità, ma che non dimostrano le stesse performance. Quest'ultimo, potrebbe costituire il punto da cui partire per individuare gli ospedali italiani capaci di attirare e trattenere gli infermieri, la risorsa più critica del sistema sanitario;

c) descrivere le caratteristiche «magnetiche» di tali ospedali e confrontarle con quelle documentate negli Stati Uniti: i tratti magnetici potrebbero infatti essere diversi perché sono diversi il contesto, la cultura dell'organizzazione, i rapporti tra le professioni, le esigenze di autonomia e di controllo sulla pratica degli infermieri;

d) implementare le forze «magnetiche» negli ospedali italiani con minori capacità attrattive verso gli infermieri per testare la loro efficacia.

Il dibattito internazionale sugli ospedali magnetici esclude i servizi distrettuali, domiciliari, delle cure di comunità o residenziali (ad esempio, le case di riposo, le residenze assistenziali, e strutture per pazienti nella fase post-acuta): questi ultimi, ad elevata espansione, rappresentano contesti a bassa attrazione per gli infermieri. Sarebbe per questo altrettanto interessante individuare anche per le strutture extraospedaliere, i fattori magnetici che determinano ambienti ad elevata attrazione per gli infermieri.

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

- AIKEN L.H., HAVENS D.S. (2000), «The Magnet nursing service recognition program: a comparison of two groups of magnet hospitals», *American Journal of Nursing*, 100(3), pp. 26-35.
- AIKEN L.H., LAKE E.T., SOCHALSKI J., SLOANE D.M. (1997a), «Design of an outcomes study of the organization of hospital AIDS care», *Research in the Sociology of Health Care*, 14(3), pp. 3-26.
- AIKEN L.H., SLOANE D.M., KLOCINSKI J.L. (1997b), «Hospital nurses' occupational exposure to blood: Prospective, Retrospective, and Institutional Reports», *American Journal of Public Health*, 87, pp. 103-7.
- AIKEN L.H., CLARKE S.P., SLOANE D.M. (2002), «Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings», *Nursing Outlook*, 50(5), pp. 187-94.
- AIKEN L.H., CLARKE S.P., SLOANE D.M. (2002), «International Hospital Outcomes Research Consortium. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings», *International journal for quality in health care*, 14(1), pp. 5-35.
- AIKEN L.H., CLARKE S.P., SLOANE D.M., SOCHALSKI J.A., BUSSE R., CLARKE H., GIOVANNETTI P., HUNT J., RAFFERTY A.M., SHAMIAN J. (2001), «Nurses' report on hospital care in five countries», *Health Affairs*, 20(3), pp. 43-53.
- AIKEN L.H., SLOANE D.M. (1997), «Effects of organizational innovations in AIDS care on burnout among hospital nurses», *Work and occupations*, 24(4), pp. 453-77.
- AIKEN L.H., SLOANE D.M. (1997), «Effects of specialization and client differentiation on the status of nurses: The case of AIDS», *Journal of Health and Social Behaviour*, 38(3), pp. 203-22.
- AIKEN L.H., SLOANE D.M., LAKE E.T. (1997), «Satisfaction with inpatient acquired immunodeficiency syndrome care: A national comparison of dedicated and scattered-bed units», *Medical Care*, 35(9), pp. 948-62.
- AIKEN L.H., SLOANE D.M., LAKE E.T., SOCHALSKI J., WEBER A.L. (1999), «Organization and outcomes of inpatient AIDS care», *Medical Care*, 37(8), pp. 760-72.

- AIKEN L.H., SMITH H., LAKE E.T. (1994), «Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care», *Medical Care*, 32(8), pp. 771-87.
- AIKEN L.H., SOCHALSKI J., LAKE E.T. (1997), «Studying outcomes of organizational change in health services», *Medical Care*, 35, 11 suppl, pp. NS6-NS18.
- ALMOST J., LASCHINGER H.K.S. (2002), «Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners», *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(9), pp. 408-21.
- AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTRE, Magnet Recognition Programme. [on line]. Disponibile da: <http://www.nursingworld.org/ancc/magnet.html> [accesso del 27 febbraio 2008].
- ANCC AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTRE, Magnet Recognition Program: Magnet-designated facility information. [on line]. Disponibile da: <http://www.nursecredentialing.org/ancc/magnet/searchmagnet.cfm>. [accesso del 27 febbraio 2008].
- ARMSTRONG K.J., LASCHINGER H.K.S. (2006), «Structural empowerment, magnet hospital characteristics, and patient safety culture: making the link», *Journal of Nursing Care Quality*, 21(2), pp. 124-34.
- BROWN B.J. (2005), «The pull of magnetism: the what, why, and where of achieving and sustaining magnet status», *Nursing Administration Quarterly*, 29, pp. 195-6.
- BUCHAN J. (1999), «Still attractive after all these years? Magnet Hospitals in a changing health care environments», *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), pp. 100-8.
- BURKE R.L. (2005), «When bad things happen to good organizations. A focused Approach to Recovery Using the Essentials of magnetism», *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), pp. 228-40.
- FLYNN M., MCCARTHY G. (2007), «Magnet hospital characteristic in acute general hospitals in Ireland», *Journal of Nursing Management*, In press.
- GARCIA PALACIOS N., GARCIA PALACIOS R., VILA PEREZ M., TORRES RAMIREZ P., MORENO ALVAREZ M.M. (2004), «Clinical framework for nursing in the District of Cadiz», *Revista de la Sociedad Espanola de Enfermeria Nefrologica*, 7(3), pp. 150-6.
- HATCHER S., LASCHINGER H.K.S. (1996), «Staff nurse perceptions of job empowerment and level of burn-out: a testing of Kanter Theory of Structural power in organizations», *Canadian Journal of nursing administration*, 9(2), pp. 74-94.
- HAVENS D., LASCHINGER H.K.S. (1997), «Creating the environment to support shared governance: Kanter's theory of Power in organizations», *Journal of Shared Governance*, 3(1), pp. 15-23.
- HAVENS D.S. (2001), «Comparing nursing infrastructure and outcomes: ANCC magnet and non magnet CNEs report chief nurse executives», *Nursing Economics*, 19(6), pp. 258-66.
- HAVENS D.S., AIKEN L.H. (1999), «Shaping System to Promote Desired Outcomes: The Magnet Hospital Mode», *Journal of Nursing Administration*, 29(2), pp. 14-20.
- HOFFART N., WOODS C.Q. (1996), «Elements of a nursing professional practice model», *Journal of professional nursing*, 12(6), pp. 354-64.
- Kanter R.M. (1993), *Men and Women for the Corporation*, 2nd ed. New York: Basic Books.
- KEARSLEY, G. & SCHNEIDERMAN, B. (1999), «Engagement theory: A framework for technology-based learning and teaching», Originally at <http://home.sprynet.com/~gkearsley/engage.htm>. Retrieved 11 November 2008.
- KRAMER M., SCHMALENBERG C. (1988a), «Magnet Hospitals. Part. I. Institutions of excellence», *Journal of Nursing Administration*, 18(1), pp. 13-24.
- KRAMER M., SCHMALENBERG C. (1988b), «Magnet Hospitals: Part. II. Institutions of excellence», *Journal of Nursing Administration*, 18(2), pp. 11-9.
- KRAMER M., SCHMALENBERG C. (1991a), «Job satisfaction and retention: Insight for the '90s.», Part I, *Nursing*, 21(3), pp. 50-5.
- KRAMER M., SCHMALENBERG C. (1991b), «Job satisfaction and retention: Insight for the '90s», Part II, *Nursing*, 21(4), pp. 50-5.
- KRAMER M., SCHMALENBERG C. (2004a) «Essentials of a magnetic work environment», Part 1, *Nursing*, 34(6), pp. 50-4.
- KRAMER M., SCHMALENBERG C. (2004b), «Essentials of a magnetic work environment», Part 2, *Nursing*, 34(7), pp. 44-7.
- KRAMER M., SCHMALENBERG C. (2004c), «Essentials of a magnetic work environment» Part 3, *Nursing*, 34(8), pp. 44-7.
- KRAMER M., SCHMALENBERG C. (2004d), «Essentials of a magnetic work environment», Part 4, *Nursing*, 34(9), pp. 44-8.
- KRAMER M., SCHMALENBERG C. (2005), «Best quality patient care: a historical perspective on Magnet hospitals», *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), pp. 275-87.
- LAKE E.T. (1998), «Advances in understanding and predicting nurse turnover», *Research in the Sociology of Health Care* 1998, 15, pp. 147-71.
- LASCHINGER H.K.S., WONG C. (1999), «Staff nurse empowerment and collective accountability: Effect on perceived productivity and self-rated work effectiveness», *Nursing Economics*, 17(6), pp. 308-10.
- LASCHINGER H.K.S., ALMOST J., TUER-HODES D. (2003), «Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: making the link.», *Journal of Nursing Administration*, 33(7-8), pp. 410-22.
- LASCHINGER H.K.S., FINEGAN J., SHAMIAN J., CASIER S. (2000), «Organizational trust and empowerment in restructured healthcare settings: Effects on staff nurse commitment», *Journal of Nursing Administration*, 30(9), pp. 413-25.
- LASCHINGER H.K.S., FINEGAN J., SHAMIAN J. (2001a), «Promoting nurses Health: Effect of empowerment on job strain and work satisfaction», *Nursing Economics*, 19(2), pp. 42-52.
- LASCHINGER H.K.S., HAVENS D.S. (1996), «Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice. Conditions for work effectiveness work satisfaction and for work effectiveness», *Journal of Nursing Administration*, 26(9), pp. 27-35.
- LASCHINGER H.K.S., HAVENS D.S. (1997), «The effect of workplace empowerment on staff nurses' occupational mental health and work effectiveness», *Journal of Nursing Administration*, 27(6), pp. 42-9.

- LASCHINGER H.K.S., SABISTON J.A., KUTZSCHER I. (1997), «Empowerment and staff nurse decision involvement in nursing work environments: testing Kanter's theory of structural power in organizations», *Research in Nursing & Health*, 20, pp. 341-52.
- LASCHINGER H.K.S., SHAMIAN J., THOMSON D. (2001b), «Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction», *Nursing Economics*, 19(5), pp. 209-19.
- MCCLURE M.L. (2005), «Magnet hospitals: insights and issues», *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), pp. 198-201.
- MCCLURE M.L., HINSHAW A.S. (2002), *Magnet Hospital Revisited: attraction and retention of Professional Nurses*, American Nurses Association, Silver Spring.
- MCDERMOTT K., LASCHINGER H.K.S., SHAMIAN J. (1996), «Work empowerment and organizational commitment.», *Nursing Management*, 27(5), pp. 44-8.
- SABISTON J.A., LASCHINGER H.K.S. (1995), «Staff nurse work empowerment and perceived autonomy. Testing theory of structural power in organizations», *Journal of Nursing Administration*, 25(9), pp. 42-50.
- SALMASO D. (2007) «L'Ospedale come buon posto di lavoro. Validazione, trasferimento e implementazione delle forze magnetiche nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine», *Conferenza Internazionale, Atti di Convegno Trento 19-20 Ottobre*.
- SCOTT J.G., SOCHALSKI J., AIKEN L. (1999), «Review of magnet hospital research: findings and implications for professional nursing practice», *Journal of Nursing Administration*, 29(1), pp. 9-19.
- SCOTT R.A., AIKEN L.H., MECHANIC D., MORAVCSIK J. (1995), «Organizational aspects of caring», *The Milbank Quarterly*, 73(1), pp. 77-95.
- UPENIEKS V.V. (2002), *The Interrelationship Between and Meaning of Power and Opportunity, Nursing Leadership, Organization Characteristics of Magnet Institutions, and Clinical Nurse Job Satisfaction*, [dissertation], Univ. of Washington, Seattle (WA).
- UPENIEKS V.V. (2003a), «The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction», *Health Care Management*, 22(2), pp. 83-98.
- UPENIEKS V.V. (2003b), «Nurse perception of job satisfaction and empowerment: is there a difference between nurses employed at magnet versus non-magnet hospitals?», *Nurse management*, 34, pp. 140-4.
- VAHEY D.C., AIKEN L.H., SLOANE D.M., CLARKE S.P., VARGAS D. (2004), «Nurse burnout and patient satisfaction», *Medical Care*, 42(2), pp. 57-66.
- WAGNER C.M. (2004), «Is your nursing staff ready for magnet hospital status? An application of the revised Nursing Work Index», *Journal of Nursing Administration*, 34(10), pp. 463-8.

Professioni e professionalità in sanità: nuovi adattamenti per nuovi bisogni

FORUM RISORSE UMANE & SANITÀ

Yesterday's good professional, that practiced his/her own art in an exclusive relationship with the patient, is in crisis. The holistic approach to the patient makes necessary the interprofessional acting with a continuous dialogue among the different figures of the health care system. The organization asks account of the efficiency; the citizens demand accountability and they don't give an ex-ante trust anymore. To know and to know how to do are not enough anymore. We cannot wait to go out of this crisis and old solutions cannot be proposed again; it is necessary to take new ways: let's start together!

Keywords: human resources, human capital, forum ru&san

Parole chiave: risorse umane, capitale umano, forum ru&san

Note sugli autori

Per aprire un dialogo anche con i lettori inseriamo la e-mail del Comitato Guida del Forum, ForumRU&SAN@ienonline.org, composto da:

Massimo Annicchiarico, Mauro Mariotti, Franco Prandi, Franco Riboldi, Marco Rotondi, Corrado Ruozi, Annalisa Silvestro

e i nomi degli altri componenti del gruppo di Forum Risorse Umane & Sanità che ha condiviso queste riflessioni:

Fabio Bassoli, Carlo Beraldo, Stefano Bonarelli, Lorenzo Broccoli, Fabio Cavicchi, Gianfranco Contini, Mariano Giacchi, Francesco Magni, Mariella Martini, Mara Morini, Antonio Onnis, Marco Vigna

1. Premessa

Forum Risorse Umane & Sanità è un gruppo di «appassionati» della qualità delle persone e delle organizzazioni che ha posto al centro del confronto il tema «Bisogni, valori, saperi e risorse umane in sanità: dalle quantità alla qualità delle persone».

Siamo partiti dalla convinzione che la ricchezza delle organizzazioni è fatta dalle persone e dal loro essere uniche e irripetibili. Ne abbiamo discusso con un gruppo di «attori privilegiati» – Direttori generali, sanitari, amministrativi, Direttori di dipartimento e di distretto – che quotidianamente si misurano con le fatiche del governo del capitale professionale, imbattendosi spesso nelle contraddizioni proprie di organizzazioni in cambiamento. Per realizzare il lavoro abbiamo fruito del supporto di IEN (Istituto europeo neurosistemica - Settore Sanità, www.ienonline.org), una organizzazione no profit che studia la valorizzazione e la motivazione delle persone nelle aziende pubbliche e private.

Tutto ha preso avvio dall'idea che un'azienda sanitaria non possa essere un luogo omologante, ma semmai una comunità tra persone in cui le singolarità e le differenze rinforzano l'appartenenza e la cultura collettiva; un «luogo organizzativo» che investe consapevolmente sulle persone, uomini e donne, con la loro storia, le loro attese e i loro valori, e ne favorisce la responsabilizzazione, l'auto-riflessione come occasioni per generare identità, autostima, nuove relazioni e voglia di mettersi in gioco.

Come possono le organizzazioni:

– recuperare quelle dimensioni relazionali che permettono un'interazione tra attese individuali e attese organizzative?

SOMMARIO

1. Premessa
2. Introduzione
3. Alla ricerca di senso: una analisi di contesto
4. Verso la ricerca delle cause
5. Per accompagnare il cambiamento
6. Considerazioni per proseguire il lavoro

- creare condizioni organizzative che valorizzino la partecipazione e l'innovazione?
- permettere l'esplosione delle potenzialità e dei desideri dei singoli impostando un governo che valorizzi le relazioni e la ricerca delle identità?
- recuperare le dimensioni della qualità e del benessere nel lavoro?

Sono interrogativi dalle cui risposte discendono sia la possibilità di governare le fatiche quotidiane di ogni persona che lavora, sia la possibilità di governare la complessità delle scelte organizzative e delle risposte a bisogni sociali e di salute che mutano.

Al confronto interno al Comitato Guida è seguita l'organizzazione di una giornata di riflessione allargata (Forum RU&SAN) centrata su quattro temi generali che appaiono cruciali e dirimenti per il prosieguo del lavoro:

- 1) interprofessionalità e multidisciplinarietà intese come necessaria contaminazione dei saperi in funzione della complessità delle risposte di servizio: in altre parole come coniugare bisogno di sapere specialistico e necessità di interagire quotidianamente attraverso il lavoro di «squadra»;
- 2) il valore della relazione di cura e della cura delle relazioni come modo per esprimere la professionalità, che rende necessario un adeguamento delle competenze ed una riformulazione dei riferimenti valoriali delle organizzazioni;
- 3) la relazione tra saperi individuali e saperi organizzativi, lo scambio tra saperi vecchi e saperi nuovi;
- 4) la motivazione, il senso ed il perché del lavoro, il confronto tra deontologia ed etica sociale.

Avendo sullo sfondo questi quattro temi, il contributo presentato è stato articolato su tre aree di attenzione: una riflessione sulle dimensioni dei problemi del rapporto tra individuo e organizzazione con l'attenzione prevalente alle dimensioni della vita quotidiana; un secondo spazio di pensiero attorno alle possibili interpretazioni dei fenomeni osservati, e una terza parte che intende sviluppare modalità e percorsi per accompagnare la ricerca delle soluzioni.

L'elaborato che viene presentato è una prima sintesi del lavoro di ricerca e confronto, e come tale vorremmo fosse letto e valutato. Abbiamo scelto di metterlo in comune, ancorché «in progress», perché crediamo che sia necessario aprire una discussione su questi temi, che consenta di raccogliere esperienze e contributi diversi. È un'iniziale «amalgama» che nasce dalla esperienza dei firmatari, che se ne assumono limiti e potenzialità, con l'impegno a proseguire accogliendo le idee di altri compagni di viaggio. È una tappa di un cammino iniziato guardando le esperienze di governo quotidiane, l'auspicio è che possa aprire confronti ulteriori e magari favorire lo sviluppo di esperienze innovative. Continueremo con giornate di lavoro attraverso le quali intendiamo arricchire i materiali fin qui prodotti: crediamo nella partecipazione delle conoscenze e dei saperi.

2. Introduzione

Il buon professionista di ieri, colui che esercitava bene la propria arte in una relazione esclusiva con il paziente, è in crisi. L'approccio olistico al malato rende necessario l'agire interprofessionale inteso soprattutto come dialogo continuo fra i diversi attori del sistema curante. L'organizzazione chiede conto dell'efficienza; i cittadini sollecitano *accountability*, significati e coerenze e non si accontentano più di una fiducia *ex-ante*. Il sapere e il saper fare non bastano più.

Il professionista è chiamato a ripensare, secondo «scienza e coscienza», il proprio agire che, almeno fino ad ora, lo liberava, da ogni impegno dialogico di contestualizzazione.

I soggetti istituzionali delle professioni (ordini, collegi, sindacati, società scientifiche, ecc.) non sembrano ancora avere la forza per modificare gli archetipi culturali sui quali si fondano i comportamenti professionali. Le aziende sanitarie, spesso limitate dal pensiero dell'agire economico, nell'aver in attenzione la relazione professionista-organizzazione-paziente, non sono in grado di rispondere ad un bisogno di cambiamento che si avverte nelle pratiche quotidiane, ma che ancora manca di un adeguato spazio cognitivo.

Probabilmente la percezione di crisi, accennata all'inizio, nasce dall'incongruenza

fra modelli culturali diventati modelli mentali ormai inadeguati alle nuove forme di domanda dei cittadini-clienti.

Proveremo a produrre alcune riflessioni a partire dalle sopra evidenziate considerazioni, con la voglia di trovare, se possibile, azioni in grado di valorizzare al meglio le risorse umane disponibili e creando condizioni che ne favoriscano sviluppo e creatività come presupposto necessario per valorizzare le opportunità che si sviluppano dalla crisi.

La riflessione è articolata su più livelli, sui quali si è cercato di declinare la ricerca di senso (le nuove dimensioni del lavoro e le relative fatiche, la ricchezza dei saperi organizzativi), la ricerca delle possibili cause dei problemi, l'individuazione di alcuni possibili percorsi di soluzione (per accompagnare il cambiamento, cosa ci manca).

3. Alla ricerca di senso: una analisi di contesto

3.1. Un modo diverso e nuovo di lavorare: caratteristiche della relazione di cura

Le professioni sono chiamate ad un cambiamento:

- nella relazione con i saperi (bisogno di interdisciplinarietà),
- nella relazione tra i diversi soggetti professionali (bisogno di multiprofessionalità),
- nel sistema complesso delle interazioni fra professionista-organizzazione-cliente.

La relazione di cura è qualcosa che avviene tra persone

Il «riduzionismo», la semplificazione è superata dai bisogni complessi espressi dalla domanda di salute degli individui. Non si parla più di malattia, di organo malato o di tecnologia utile a affrontarla, quanto piuttosto di persona in condizione di malattia, un *unicum* irripetibile portatore di valori, attese, storie, opportunità e risorse oltre che di domande. La salute e la malattia non sono cartesianamente isolabili dall'individuo, perché soprattutto la malattia ricava il suo significato proprio nel momento stesso in cui si esprime e si «colora» con i pennelli del suo portatore oltre che del contesto nel quale si

manifesta: è la ricchezza, ma anche la complessità dell'individuo.

La connotazione della relazione è tra soggetti, tra persone e proprio per questo ha le caratteristiche della concretezza e della ricchezza che è propria dell'imprevedibilità.

Il professionista si confronta con questa rivoluzione ed è chiamato a contribuire a costruire le risposte con il soggetto che porta la domanda.

Non si erogano prestazioni, ma si costruiscono relazioni.

La relazione di cura è una prova di orchestra

La relazione ha molti interlocutori, che sono uomini e donne, professionisti, persone con una loro identità e che hanno bisogno di dialogare tra loro per costruire risposte complesse a domande complesse. Servono saperi e competenze diverse: sociali, sanitarie, psicologiche, pedagogiche, antropologiche, economiche, filosofiche, etiche e giuridiche.

Viene messa in discussione qualunque preesistente gerarchia tra tutti questi saperi per dare corpo ad un'idea di insieme dove non esistono metodi, linguaggi, concetti e principi assoluti validi in sé, quanto piuttosto meta-linguaggi, meta-concetti, meta-principi. Questa condizione sollecita nuove fatiche personali e organizzative, ma anche nuove dimensioni delle professioni e dei rispettivi saperi: saperi che si sfumano e che si ridefiniscono, saperi che si ripropongono a fianco di saperi strutturati.

I saperi si incontrano e sono lo strumento dal quale può nascere la nuova identità della relazione di cura e della relazione tra relazioni per la cura. Si parla di nuovi confini tra le discipline, di «meticciato» tra i saperi, di necessarie forme di costruzione delle nuove identità professionali: quello che è certo è che i confini tra le conoscenze della tecnologia, della biologia, delle scienze umane si vanno ridefinendo coadiuvate dalle cosiddette «scienze della complessità».

La relazione di cura provoca le organizzazioni e le professioni

Trovano forma e si confrontano dentro le organizzazioni sanitarie (e non solo) due spinte generali che derivano dalla crescente

complessità: la prevalenza del relazionale, per dirla con Crozier, sul meccanico nell'agire delle organizzazioni e la spinta delle persone alla libertà che deriva dal bisogno di esserci, di essere considerato come *unicum* integrato consapevole e in condizione di poter scegliere. La costruzione di nuove forme di organizzazione che possano garantire identità e libertà al professionista/persona e nello stesso tempo aprire spazi per un pensiero nuovo sul lavoro passano attraverso un pensiero nuovo intorno alle organizzazioni, ai sistemi di relazione e di responsabilità interna, alla costruzione di senso individuale e collettivo.

La relazione di cura è una questione di etica sociale

Il «prendersi cura» ha sostituito l'idea autoreferente del «prendere in carico» e chiede oggi al professionista di ridefinirsi rispetto ai propri saperi e alla propria visione della professione. La deontologia, il modo di esercizio del proprio sapere si confronta ed entra in crisi di fronte ad una concezione dell'etica che modifica le premesse epistemologiche modellandole sulle dimensioni della relazione, del confronto, delle storie di ognuno e della comunità, della razionalità limitata e della responsabilità. È soprattutto il rendere conto, la fatica del sapersi in un qualche modo oggetto di valutazione in situazione di incertezza, che sollecita un modo nuovo di esercizio della professione.

3.2. Le nuove fatiche professionali

Lavorare su progetti di salute, in una logica di servizio in contesti complessi è faticoso. Le fatiche difficilmente possono essere eliminate, vanno probabilmente comprese nelle loro ragioni e governate. Sono fatiche che si esprimono a due livelli: uno legato alle relazioni con i sistemi organizzativi, dove ciascuno a vario titolo è chiamato ad operare e uno legato al lavoro quotidiano.

– *La prima fatica* è determinata essenzialmente dalla perdita di «identità»: si entra nell'anonimato della forza lavoro e si vivono le contraddizioni tra dichiarato ed agito dalle organizzazioni. La «crisi» dei tradizionali sistemi organizzativi di fronte alla sfida di un

mondo complesso richiede modelli organizzativi più fluidi, organici, con gradi di libertà di scelta proporzionali alla diversificazione delle domande poste dagli interlocutori, ed alle relazioni con i contesti sociali di riferimento divenute fonte di incertezza e contraddizione continua.

– *La seconda fatica* appartiene al lavoro quotidiano e riguarda i contenuti del lavoro, la necessità di prendere decisioni in condizioni precarie dal punto di vista informativo e di responsabilità, il passaggio da un lavoro fondato sui compiti e sui saperi tecnici ad uno centrato sui processi e sui saperi di relazione.

A fronte di un bisogno sempre più evidente di risposte integrate e multidimensionali si assiste ad un processo di scomposizione delle componenti di conoscenza necessarie sempre più spinta (in una logica di catena di smontaggio), con effetti difficilmente valutabili sia sulla qualità della risposta, sia sulla tenuta professionale, dal momento che ognuno perde di vista il senso del proprio fare: dalla minima competenza del tutto stiamo transitando verso la massima competenza del niente.

La spinta allo specialismo non viene messa di per sé in discussione, forse è una necessità: quello che si evidenzia è la carenza di strumenti di relazione in situazioni in cui il destinatario delle singole azioni è unico e richiede di poter essere riconosciuto come tale.

C'è bisogno di presidiare il confine, o meglio, l'assenza di un confine: ognuno fa la sua parte e poi tende a «scaricare» perché non di competenza, senza però utilizzare la comunicazione per garantire la continuità dei percorsi di assistenza. I professionisti non dispongono di strumenti per fare il passaggio dal fare bene le cose al creare valore per l'individuo attraverso le relazioni.

Per provare a pensare al vissuto dei professionisti, visti come persone portatori di storie, bisogni e desideri dentro sistemi di relazione diversi e complessi, si può forse parlare di una situazione di fatica determinata da solitudini:

Solitudine di fronte alla «persona che chiede». Sfuggono spesso le dimensioni della complessità che la domanda sottende,

sfuggono le condizioni in cui viene espressa, le dimensioni soggettive del richiedente, le possibilità di ricomposizione dei vari «frammenti» per formulare una risposta. I meccanismi tradizionali dell'analisi non sembrano più adeguati perché tendono a semplificare, a ridurre le possibilità di rappresentazione della realtà e i saperi tecnici sono da soli inadeguati a far fronte alla complessità.

Solitudine dei saperi. Di fronte alla persona e alla sua domanda, in realtà i punti di osservazione non sembrano essere così orientati: gli oggetti sembrano diversi e i riferimenti professionali maturati nella formazione e consolidati attraverso le forme delle specificità di ruolo e dei percorsi di carriera (rinforzate spesso da Ordini e o altre forme aggregative) sembrano dare ragione a chi lavora per la «disgiunzione». Mentre non sfugge a nessuno il bisogno di condividere «conoscenze critiche minime» come condizione per poter sperare in una diversa e più congrua comprensione degli oggetti di osservazione, con la convinzione che gli oggetti stessi non sono altro da chi gli osserva.

Solitudine nel lavoro. Ognuno è chiamato a rispondere del significato e delle implicazioni del proprio lavoro rispetto al risultato finale, in condizione di parziale conoscenza del risultato stesso e soprattutto degli attori che ne sono implicati. Lungo la filiera della «produzione di servizio» al lavoro tecnico specialistico si affiancano come sostanziali le relazioni di senso del lavoro stesso, la necessità di interagire tra saperi specialistici attraverso incontri con le persone che ne sono portatori, il presidio delle connessioni tra le cose che si fanno e tra le persone che attraversano le organizzazioni. Non sono disponibili saperi per lavorare in una logica di processo.

Solitudine dall'organizzazione. L'efficienza proposta da organizzazioni proiettate a risultati astratti o riduttivi, mette in discussione le potenzialità di sviluppo delle conoscenze. Le logiche dell'efficienza allorché siano prive dell'anima del vivere le contingenze, banalizzano ed impoveriscono i linguaggi e non permettono il recupero del valore di altri linguaggi che non siano quelli della scientificità, dell'ordine e del «controllo della realtà». Si pensi alle antinomie proposte tra saperi scientifici offerti dalla statistica e i saperi delle narrazioni, o ancora, nell'agire

quotidiano la necessità di fare i conti con i temi della cronicità, della limitazione dell'autosufficienza (che mette in discussione tempi, relazioni, modalità di risposta e strumenti tecnici) con una organizzazione neo-fordista del lavoro, fra la necessità di sviluppare percorsi di delega di auto-cura al «paziente con la rigida applicazione di protocolli.

Solitudine nella percezione di sé. Se è vero che le persone tendono a comportarsi in modo coerente alla maniera in cui «pensano di essere pensate», la mancanza di una strategia interna all'organizzazione che ne recuperi le individualità, seppure come parte del disegno complessivo, pesa molto sul senso che viene assegnato al proprio agire professionale e alla percezione dell'esserci in un progetto che spesso appare distante, sfocato, contraddittorio, non interiorizzato. Si diventa «forza-lavoro» si cade nell'anonomato ed è difficile lavorare.

3.3. Competenze e saperi del sistema

Il sistema è più della somma delle sue parti, ed ha valori propri misurabili ed altri non misurabili, poiché la complessità delle qualità in gioco è talmente elevata da non essere riducibile ad un teorema. Gran parte della qualità e del valore prodotto è determinata dalle persone e solo in parte collegabile al loro ruolo e alla loro competenza. Una parte del loro valore non è immediatamente visibile e misurabile. Si tratta della qualità di saper stare in relazione, mettersi in gioco, saper far squadra. Se questo valore non visibile viene utilizzato nel sistema si realizza la somma: $1+1=3$.

– Che rapporto dunque dobbiamo avere con il sapere?

– Qual è l'economia della conoscenza più adatta ad un sistema complesso?

– Come possiamo far emergere le potenzialità delle persone?

Purtroppo ancora oggi chi esce dall'Università spesso è ben fornito soprattutto della conoscenza di contenuto. Dunque la conoscenza nella «cultura della complessità» va ripensata a livello formativo a partire dai *curriculum* di base:

Le competenze e i saperi rappresentati non sono solo i titoli di studio e i brevetti professionali. Oggi l'apprendimento è attento a rispettare le procedure assimilative ed elaborative della mente, ed è caratterizzato da concetti base fondanti per ogni disciplina. Dal lavoro sui saperi emergono due tipi di competenza entrambi fondamentali per il sistema salute:

- di contenuto: possesso di conoscenze specifiche di base e più avanzate;
- di forma: *forma mentis* transdisciplinare, scientifica e critica.

La persona che lavora per la salute deve avere a disposizione entrambi i tipi di conoscenza e avere la capacità di connettere la prima forma con la seconda. Il lavoro ha sempre previsto esercizi; lo studio di casi ha carattere più complesso, vale per tutte le discipline: ha un senso meno applicativo e più interpretativo.

Nei processi che producono salute la trasferibilità è essenziale. La competenza è caratterizzata dallo studio dei casi e dalla capacità di affrontare e risolvere quelli più intricati: apprendere per problemi pone i saperi in funzionalità operativa e costruisce valore sociale, impegno ideativo e creativo. Le competenze tendono ad escludere la funzione riflessiva. Vanno considerate anche le competenze metacognitive, apprendere ad apprendere: l'integrazione tra diversi livelli di conoscenza dà vita alla metacognizione critica dei saperi. Gli attuali percorsi formativi di base non includono oggi aree di conoscenza in questa direzione, appaiono quindi del tutto insufficienti e necessitano di essere ripensati.

Diventa dunque importante riconoscere il valore di saper apprendere e sviluppare supporti che, oltre a facilitare il flusso dei saperi, consente di *visualizzare tutte le molteplici competenze che ogni individuo possiede* (Maturana, Varela, 2002). Quello che ognuno di noi sa non è racchiuso nel titolo di studio o nello *status* professionale raggiunto ma va molto oltre, all'interno di quel concetto di qualità diffusa individuale, non misurabile dal dato oggettivo del titolo e del ruolo ricoperto: qualcosa che ha a che fare con il «quoziente implicito». Moltissime competenze non vengono affatto riconosciute e non

corrispondono a nessun tipo di diploma. Per evitarne la dispersione, ma anche per dare un riconoscimento sociale a chi li possiede, occorre trovare il modo di renderle visibili e trasmissibili.

Il processo di estroflessione dei saperi pratici e delle competenze ha bisogno di essere visualizzato per poter essere utilizzato. Lo scopo è di fare in modo che l'azienda-salute sia consapevole dei fattori impliciti presenti al proprio interno. *Tanto più valorizzato sarà il fattore implicito, tanto maggiore sarà il prodotto erogato dalle risorse umane dell'azienda.*

Si tratta quindi di:

- riconoscere le competenze, le esperienze, il saper fare dei collaboratori;
- comprendere le loro motivazioni, interessi, desideri di sviluppo, ansietà e perplessità di fronte a richieste diversificate rispetto ai loro valori di ingresso nell'organizzazione;
- individuare i soggetti coerenti con le proprie aspettative e i valori dell'organizzazione, cercando di valutarne le qualità particolari, gli aspetti «ineffabili»;
- riconoscere il fattore implicito come elemento costitutivo del proprio patrimonio e mettere in atto ogni strategia operativa per permettere alle persone che lavorano nella e per la salute di utilizzare le proprie qualità personali non comprese nel proprio titolo di studio e nella propria mansione lavorativa.

4. Verso la ricerca delle cause

La crisi nel sistema di relazione professionista-paziente-organizzazione riconosce nei temi affrontati molte delle sue cause. Se vogliamo a questo punto addentrarci nella ricerca delle cause generatrici di tale crisi, è rilevante cogliere come la prima fonte di malessere stia proprio nel mancato riconoscimento da parte dell'organizzazione dei valori impliciti dei propri professionisti, laddove questi vengano valorizzati esclusivamente per il ruolo che ricoprono e non per i valori che sostengono.

Segmentando il problema proponiamo quattro aree causali.

1. Cause nella «struttura organizzativa». Le organizzazioni si sono sviluppate e tendo-

no e mantenersi nel tempo costruendo strutture e modalità organizzative generate per l'automantenimento. Ospedale e territorio, distretti e dipartimenti, strutture e funzioni sono diventati piuttosto fini che non mezzi per una risposta più congrua ai bisogni.

La centralità del cittadino e dei suoi percorsi dentro l'organizzazione è la condizione per recuperare il significato del lavoro di ognuno che diviene «strumentale» al disegno di salute del cittadino. È difficile, per esempio, immaginare che chi opera in ospedale recuperi il senso del suo lavoro unicamente considerando che il cittadino è portatore di una storia che ne condiziona la domanda e ha la necessità di proseguire la sua esperienza di vita (in una condizione di salute possibile) dopo l'esperienza del ricovero in una logica di continuità e di coerenza. Ciò influisce sulle opportunità di scambio, di relazione e di sviluppo di reti di relazioni con diretta ricaduta sulle modalità di esercizio della professione.

2. *Cause nelle «norme».* C'è una sostanziale contraddittorietà nelle norme che regolano la struttura e il funzionamento delle organizzazioni. Le contraddizioni si possono riscontrare nell'impostazione gestionale (spesso ancorata a vecchie logiche di tipo gerarchico e parcellizzato), nella carenza di spazi aperti per l'innovazione (soprattutto rispetto alle risposte assistenziali), nell'orientamento ad una modalità di organizzazione dell'offerta centrata su approcci tradizionali (scarsamente orientati alla complessità e centrati sulle dimensioni della tecnologia). Il risultato è il consolidarsi delle nicchie specialistiche, lo sviluppo di «rendite di posizione» e quindi le gerarchie tra i saperi.

3. *Cause nella «formazione».* Ci sono vari aspetti da sottolineare in relazione al nostro oggetto di riflessione:

- la pletera e l'artificiosa divisione dei saperi specialistici che, dall'area medica dove questo è unanimemente riconosciuto, rischiano di ampliarsi anche alle altre professioni,

- la scarsa flessibilità dei percorsi formativi di base soprattutto universitari che tendono a consolidare appartenenze e difese piuttosto che aperture e ricerca di integrazione tra saperi,

- la difficoltà di utilizzare i saperi delle organizzazioni come risorsa nei percorsi di formazione accademica, sancendo, nei fatti,

sia la separazione tra i saperi stessi, sia una forma di riduzionismo semplificatorio che, alla prova dell'esperienza crea poi difese e distanze con i problemi di salute.

4. *Cause nella «gestione del capitale professionale nelle organizzazioni».* L'orientamento al controllo, alla gestione della normalità piuttosto che del governo della complessità, la scarsa attenzione alla domanda di «unicità della relazione» con le singole persone-professionisti, la difficoltà a costruire organizzazioni permeabili al contributo creativo dei singoli nella certezza che le stesse organizzazioni siano quello che i propri professionisti vogliono che sia, sono elementi consolidati, anche se non univoci, della gestione del capitale professionale. C'è bisogno di persone che abbiano, invece, la percezione di spazi generativi di nuove forme di esercizio delle competenze in risposta alle sollecitazioni delle relazioni con i cittadini, con le comunità professionali e con le comunità di riferimento delle organizzazioni. Avere il coraggio di accettare, come risultato della consapevolezza, di dover governare la complessità, di «frequentare» strade nuove per la costruzione di risposte di qualità, la ricerca delle eccezioni come fonte di apprendimento, il rischio dell'errore, traccia un nuovo spazio per il confronto aperto con i collaboratori su tutti gli aspetti del governo delle realtà complesse, per la generazione di nuovi saperi sia tecnici che organizzativi. «I contenuti del lavoro – come sostengono Varchetta e Pievani (1999) – dovranno distanziarsi da descrizioni astratte, per lo più lontane dalle pratiche quotidiane: la tendenza è quella di una costruzione dei profili di attività, mediata dai diretti protagonisti quotidiani e contestualizzata rispetto alle strategie dell'organizzazione e alle specifiche realtà culturali e tecnologiche».

Questo processo dinamico e sempre aperto, presuppone due condizioni importanti riferite alla relazione tra organizzazione e professionista: la lealtà nelle relazioni (che è anche *accountability*) e la capacità di rendere conto (come effetto di una relazione aperta e capace di favorire evoluzioni impreviste e per molti versi, imprevedibili). Non esistono resistenze aprioristiche all'innovazione da parte delle persone, piuttosto sono deboli le

legittimazioni da parte delle «organizzazioni della convenienza» a muoversi su questo terreno.

È possibile generare convergenza sui fini (economia di scopo) laddove gli interessi del cliente e quelli dell'organizzazione risultano divergenti?

Le Aziende Usl dovrebbero ricercare soggetti che alle competenze più specificatamente di ordine tecnico-professionale, associno caratteristiche di ordine relazionale.

La capacità di lavorare in gruppo, il saper condividere esperienze, riconoscere alla «conoscenza» il ruolo di vera risorsa critica, il possedere poliedricità e flessibilità mentale, accanto ad un continuo aggiornamento e ad un costante desiderio di conoscere, accanto ad un continuo aggiornamento e ad un costante desiderio di conoscere, sono «conditio sine qua non» anche nelle organizzazioni per la cura della salute. Anche nel campo della salute, una salute di rete, c'è bisogno di *knowledge workers*: soggetti capaci di utilizzare i linguaggi informatici, ma soprattutto capaci di lavorare in *team* «all'interno di un complesso sistema di reti relazionali che promuove l'integrazione delle competenze e delle specializzazioni, al fine di favorire rapporti di interscambio sia delle risorse informative che di quelle operative» (Morcellini, Mazza, 2008). I *knowledge workers* devono possedere capacità tecniche, ma anche relazionali, comunicative, di *problem solving*, ecc. Mentre l'«antennato» dell'industria doveva orientarsi verso la percezione quantitativa e l'orientamento causale (Veblen, 1891), il lavoratore odierno deve dimostrare consapevolezza di rete e flessibilità mentale.

Quello che si osserva è la richiesta di un carattere processuale, ovvero la persona che lavora deve essere disponibile ad apprendere per poter poi saper reagire a qualsiasi imprevisto, in un clima di cooperazione e di arricchimento. Lo spostamento dai contenuti ai processi tuttavia è ancora un'utopia in una sanità che richiede al primo posto la capacità di eseguire una tecnica e all'ultimo la capacità di riconoscere le emozioni suscitate dall'applicazione di quella tecnica e di collegare i dati fra aspetti tecnici, reazioni individuali, conseguenze gruppalì.

Le imprese che operano nella *new economy*, si integrano non più attraverso dispositivi gerarchici come organigrammi, procedure e schemi, bensì attraverso strutture integrate più flessibili (Butera, Donati, 1997). L'informalità dei rapporti e delle relazioni si riproduce nelle modalità di comunicazione all'interno dei circuiti informativi dei *team*, i quali assumono una configurazione reticolare dove ogni nodo è rappresentato dalla padronanza delle informazioni del singolo. L'impresa promuove forme organiche di autonomia e controllo della prestazione di lavoro che possono condurre situazioni professionali molto differenziate sotto il profilo della qualità del lavoro in termini di competenze, professionalità e impegno; questo significa che il lavoratore deve continuamente adattare se stesso alle mutate condizioni di contesto.

Per garantire il raggiungimento degli obiettivi è necessario, inoltre, richiedere ai lavoratori comportamenti che si discostano dagli standard e questo è tanto più necessario quanto più si manifestano esigenze non predeterminate di flessibilità produttiva. La cooperazione e l'integrazione tra le diverse figure professionali si coniuga, quindi, con l'autonomia operativa. A tutti i membri delle organizzazioni vengono, infatti, affidati compiti di carattere eterogeneo, di controllo, oltre che di produzione, con conseguente richiesta di sviluppo di forti dosi di elevata polivalenza e polifunzionalità. Ciò può condurre da una parte ad una saturazione del tempo di lavoro in termini sia fisici che intellettuali con potenzialità di *burn-out*, ma dall'altra ad una sensazione di corretta valutazione delle proprie qualità, comportando inevitabilmente un incremento del «fattore implicito» del potenziale unico rappresentato da quella persona che lavora in quel gruppo e che, dal raggiungimento degli scopi condivisi, trova il carico motivazionale necessario e sufficiente per coordinare i propri scopi personali con quelli aziendali. In questo «il prodotto salute» dimostra la propria superiorità rispetto ad altri. Portare una persona in tempo ad un appuntamento (aziende di trasporto), permettere ad una famiglia di abitare decentemente (imprese di costruzioni), fornire informazioni di qualità (mass-media) rappresentano obiettivi di identificazione.

5. Per accompagnare il cambiamento

5.1. Alcune piste di lavoro aperte

La comprensione delle cause ci avvicina ad un modello complesso di lettura dell'universo Sanità e comporta considerazioni sull'importanza dei valori non misurabili e sul corretto uso della conoscenza. La lettura dei fenomeni con la «categoria della complessità» suggerisce che le possibili forme di intervento per accompagnare i cambiamenti con azioni coerenti e adeguate sono da ricercarsi su vari terreni diversi, di tipo organizzativo, normativo, formativo, comunicativo, con le modalità della ricerca e della sperimentazione prima ancora che con soluzioni lineari e apodittiche.

La formazione di base

Affrontare questo tema significa mettere mano ai percorsi della formazione di base e universitaria e ai processi di accompagnamento della formazione permanente sviluppando la nuova «scienza della complessità» che sollecita interconnessioni originali tra i saperi a tutti i livelli (biologici, filosofici, economici, antropologici, sociali e organizzativi). In questa direzione si auspicano:

a) uno scambio tra Università e Organizzazioni sanitarie per la definizione congiunta di profili professionali nuovi e più adeguati ad una domanda di salute che cambia e su cui costruire percorsi di formazione integrati. Una nuova proposta formativa per l'utilizzo dei «saperi per la salute» può dunque confrontarsi con una nuova prospettiva epistemologica, con la transdisciplinarietà, con la riflessività intorno al metodo, ai valori che sono sottesi ai saperi stessi.

b) spazi per creare opportunità di messa in comune dei saperi specifici attraverso programmi di formazione integrata e costruire percorsi integrati di formazione pratica e teorica, recuperando i tempi e le forme di apprendimento più consone alla complessità dei saperi e alle esigenze di sperimentare con il fare pratico, nei contesti di lavoro, le conoscenze acquisite;

c) disponibilità a sviluppare nuovi saperi utili alle contingenze dell'integrazione, lega-

ti, tra l'altro, al lavoro di squadra, alla gestione della complessità e delle relazioni.

La definizione di strumenti per la mediazione organizzativa

Creare fra i professionisti un denominatore comune di competenze sui temi della complessità consente di sviluppare modelli mentali più adeguati a governare le caratteristiche degli attuali ambienti di lavoro. La teoria della complessità nutre i principi sopra esposti ed il «sistema salute» ha necessità di attrezzarsi per ottenere i vantaggi che derivano dalla consapevolezza del funzionamento ottimale del sistema. Le persone che lavorano per la salute, formate troppo spesso nelle dimensioni dello specialismo, sentono il bisogno di riappropriarsi di nuove categorie di lettura della realtà che li circonda, sviluppando connessioni con tutti gli altri saperi. È crescente la necessità di leggere offerta e produzione nella logica del risultato di un sistema di competenze, risorse, condizioni e storie rese compatibili tra loro e integrate nella prospettiva e nel significato.

La costruzione di percorsi di cura complessi, la crescente organizzazione a rete, l'integrazione dei diversi contesti organizzativi e la loro connotazione di «sistema» (es. Aree Vaste solo per evocare alcune scelte di cambiamento di prospettiva organizzativa) hanno aperto interrogativi ulteriori per i professionisti e rischiano di produrre disagi quotidiani che si traducono in distanze sempre più marcate dalle strategie aziendali. Si perde sia il senso della continuità che delle correlazioni tra le cose, siano esse analisi o decisioni. Lo sviluppo nel tempo di saperi tecnocratici e «specialistici» per fare fronte alle esigenze che di volta in volta si presentano (gestione del rischio, comunicazione, qualità, governo clinico, formazione, ...) ha sicuramente indebolito la visione di sistema procedendo a logiche di scomposizione e riduzionismo insufficienti in contesti ricchi e complessi come quello sanitario. Ci si interroga sulla opportunità di costruire modi e strumenti nuovi, in grado di facilitare processi di integrazione, sulla possibilità di sviluppare competenze distintive e/o competenze trasversali attorno ad una nuova capacità manageriale, quella di porsi come «facilitatore» della complessità, dell'integrazione e

dei processi di crescita del fattore implicito a più livelli:

- tra le varie competenze interdisciplinari;
- tra i saperi, verso una «nuova scienza della complessità»;
- tra sistemi di relazioni e di reti (di *governance*, di partenariato economico/sociale) che concorrono alla formazione dei processi decisionali per la pianificazione strategica e la fattualità dello sviluppo locale della salute.

È necessaria quindi una nuova «funzione di servizio», come opportunità per creare condizioni organizzative e competenze – un *environment* favorevole – in grado di facilitare questi processi di integrazione. Ci si interroga, cioè, su come garantire, all'interno di situazioni organizzative complesse (dove il relazionale prevale sul meccanico, dove la spinta al cambiamento è fortissima, dove la discontinuità è, volenti o no, una condizione quasi routinaria, dove sono impraticabili approcci lineari e sequenziali e gli individui chiedono spazi anche personali per la consapevolezza del significato del loro agire - Crozier, 1993) un governo del gruppo-ambiente tale da sostenere:

- il riconoscimento dei saperi accumulati sul campo dai componenti;
- l'identificazione dei saperi preziosi proprio per essersi formati sul campo, a partire dai problemi;
- azioni di sistema volte a rafforzare il dialogo fra le varie parti in ordine al superamento dei fattori di criticità nella programmazione ed attuazione delle azioni;
- la capitalizzazione dei saperi accumulati sul campo dai suoi componenti e la loro socializzazione come «distribuzione e fruizione» del sapere.

La difficoltà al confronto, all'integrazione e in generale a mantenere senso e finalizzazione al contributo individuale genera fatica. Si accetta il lavoro processuale, ma le comunicazioni, il confronto e la valutazione del contributo individuale, la distanza tra lavoro del singolo e la risposta al cittadino, la complessità della risposta e la sua dilatazione spazio-temporale rendono difficile la

scelta sulle cose giuste da fare; impoveriscono, perché povere di informazioni e di sapere, le decisioni del singolo: pensare a modi nuovi, che siano saperi o forse anche risorse, di integrazione «cognitiva» potrebbe essere vincente per sviluppare le dimensioni della stessa integrazione che, ancor prima di ogni altra cosa, sono il senso del proprio lavoro. È questo uno spazio ancora vuoto nelle organizzazioni; riempirlo significa dare parole ai valori relazionali permettendo ai singoli di riflettere sulle proprie esperienze, riconoscere le proprie emozioni, riflettere sul senso dell'agito e del sentito, utilizzare le proprie energie a vantaggio della comunità professionale, cercare nuove soddisfazioni dal proprio lavoro. Ancor più, fra gli obiettivi c'è quello di lavorare sulle culture organizzative e su quelle professionali per creare appartenenze ai disegni di salute della comunità, ai mandati delle organizzazioni attraverso patti trasparenti e coerenze nella loro gestione. Significa, anche, dare il giusto valore ai contributi dei professionisti, creando spazi adeguati per la massima espressione delle potenzialità individuali, favorendo l'investimento sulle singole potenzialità ed attitudini. Occorre una riflessione, quindi, sul come ridefinire le visioni della *leadership* e su come si possano sviluppare competenze distintive senza procedere sempre secondo criteri di scomposizione e di semplificazione delle competenze professionali.

Le prospettive di sviluppo professionale e di carriera

Le prospettive di carriera ancora oggi sono, con poche eccezioni, tracciate dall'ingresso nella filiera della gestione (direzione di struttura, ecc.), determinando rischi di ingorghi di aspettative e/o creazione di organizzazioni strutturalmente pletoriche.

Ciò che si intende sollecitare sono:

- percorsi di sviluppo che riconoscano la *leadership* professionale e ne diano visibilità;
- percorsi di sviluppo individuale nei quali ogni persona possa sentirsi un «*unicum* irripetibile», al quale l'organizzazione pone attenzione in termini di ascolto e di offerta di opportunità (formazione, responsabilizzazione su «cose concrete», riconoscimento del

contributo individuale, l'apertura di credito intorno alla sperimentazione di nuovi modi di produrre servizio prima ancora che con aspetti di riconoscimento economico).

Occorre non standardizzare, partire dalle persone, dai singoli, per costruire relazioni progettuali dove ognuno possa sentirsi protagonista e artefice del progetto stesso.

Tecnologie per l'integrazione

Il vissuto organizzativo ha identificato nelle riunioni e nella *leadership* i principali strumenti dell'integrazione. Solo parzialmente il lavoro individuale è sostenuto dalla comunicazione, anche se c'è stata nel tempo una forte accentuazione della diffusione delle informazioni (che non producono comunicazione). Le reti informatiche, ad esempio, necessitano di essere ripensate non solo come contenitori, ma come strumenti per il dialogo, come già avviene nel contesto sociale extralavorativo.

5.2. Cosa ci manca

Il bisogno di integrazione nelle dimensioni della complessità che sta tra i sistemi e dentro al «sistema salute» non evoca una *leadership* fondata sul principio di autorità, ma, secondo una prospettiva sistemico-costruttivista, evoca forme diverse di esercizio della *leadership*: in particolare, mostra numerose attinenze con una forma speciale di esercizio della *leadership* che prende il nome di «servant leadership», basata sull'autorevolezza e sulla capacità di sollevare nell'altro da sé la funzione di *mirroring*, di rispecchiamento rispetto alla lettura del leader come soggetto in salute mentale, relazionale e capace di rispettare gli altri grazie ad un profondo rispetto del proprio sé. Il paradigma di Greenleaf, così come è stato sinteticamente enunciato da Larry Spears (2006), comprenderebbe almeno 10 elementi che caratterizzano l'esercizio della *servant leadership* in ambito aziendale: *listening, empathy, healing, awareness, persuasion, conceptualization, foresight, stewardship, commitment to the growth of people, building community*. Tali principi, tradotti potrebbero suonare come segue:

1) capacità di ascolto: mentre tradizionalmente il leader si distingue per la propria capacità comunicativa, il *servant leader* si caratterizza, in aggiunta, per la propria abilità nell'ascolto attivo, nello sforzo di comprendere i punti di vista e le aspettative degli interlocutori, e per la capacità di far comprendere agli interlocutori quali sono le loro reali esigenze, in termini culturali e di acquisizione di competenze;

2) empatia: il *servant leader* si sforza di comprendere lo stato d'animo degli interlocutori e cerca di farlo proprio, puntando a valorizzarne le buone intenzioni piuttosto che a censurarne i comportamenti errati ed i risultati inefficaci;

3) capacità di dominare, e di aiutare a dominare, gli aspetti emotivamente traumatizzanti dell'esperienza del lavoro (in particolare il senso di inadeguatezza e la scarsa fiducia in se stessi che può affliggere qualche lavoratore);

4) consapevolezza e auto-consapevolezza, insieme alla capacità di comprendere la natura delle problematiche, in particolare di quelle che riguardano l'etica ed i valori;

5) capacità di stimolare la ricerca della soluzione, piuttosto che la produzione di soluzioni;

6) capacità di promuovere l'attitudine alla «concettualizzazione», vale a dire la capacità di concepire una visione complessiva del problema che va oltre l'orizzonte ristretto del qui e ora;

7) anticipazione: capacità di apprendere le lezioni del passato, di interpretare la realtà presente e di intuire le conseguenze future delle proprie decisioni e delle proprie scelte operative;

8) capacità di creare fiducia nei collaboratori, privilegiando la franchezza ed il confronto rispetto al controllo;

9) impegno nel favorire il processo di crescita di ognuno, sentendolo come una precisa responsabilità personale;

10) attitudine a promuovere lo sviluppo della capacità ed individuare gli strumenti più idonei per fare dei singoli operatori affidatigli una vera e propria comunità, capace di interagire efficacemente fra pari, ed unita da un preciso obiettivo condiviso.

Stiamo provando a tratteggiare un «management» che sappia gestire la complessità, che lavori per realizzare obiettivi centrali:

- costruzione di senso e di ruolo collettivo, attraverso l'esercizio della partecipazione differenziata;
- differenziazione delle modalità della comunicazione attraverso l'uso di strumenti complessi di comunicazione;
- partecipazione attiva ai processi di costruzione del senso del lavoro;
- trasmissione capillare di messaggi di fiducia e reciprocità.

6. Considerazioni per proseguire il lavoro

Non è legittimo leggere la fatica delle relazioni tra individuo e organizzazione in chiave di «resistenza al cambiamento». Il cambiamento, si sa, è faticoso per tutti.

In questo caso si tratta probabilmente di comprensione dei significati delle cose che succedono e delle possibili «convenienze» nell'azzardare il salto.

La complessità è una chiave di lettura che lascia spazio a molte interpretazioni, a molti interrogativi e ad imprevedibili percorsi di coinvolgimento.

Ciò che serve è dare senso alle nuove sollecitazioni e contribuire ad affrontare le impervie strade dell'incertezza e del rischio. I professionisti sono disponibili a scommettere, quello che spesso manca è il senso della scommessa, la probabilità di guadagno e quanto si vuole mettere a rischio.

C'è nelle organizzazioni una tendenza a riproporre approcci e punti di vista che ripetono filosofie di progetto e percorsi di pianificazione già sperimentati (e magari falliti), rischiando di non cogliere i segnali di cambiamento che comunità diverse, sociali o professionali che siano, esprimono. Le organizzazioni poi sono il prodotto dei valori sociali di riferimento; ogni innovazione rischia di essere colta come violazione delle regole e quindi produce delegittimazione. Le strade indicate dagli esperti spesso riproducono schemi e modelli insufficienti: «Non si possono risolvere i problemi – diceva Einstein

– con le stesse categorie con cui sono stati prodotti».

A dispetto di obiettivi comuni, serve tenere in considerazione le dimensioni della razionalità limitata che presuppone il riconoscimento di pluralità di punti di vista e di alternative. Per fare questo serve costruire relazioni con il coraggio di abbandonare punti di vista e certezze magari monolitiche; a termine del percorso, la ricchezza dei punti di vista muta l'ordine di lettura e di soluzione ai problemi. In questo anche le gerarchie si sfumano perché tutti i saperi hanno legittimazione in quanto portatori di pezzi di razionalità o di ragione, che non sono evidentemente sinonimi.

La questione delle professioni non è semplificabile con l'aggiunta di alcune conoscenze e capacità. È una questione di paradigmi che ridefiniscono anche i modi del fare bene le cose, le cose da fare, e, soprattutto, il perché farle.

La dimensione non pare affrontabile solo all'interno delle organizzazioni sanitarie: richiede sinergie almeno con la formazione e con i contesti sociali di vita delle persone.

Non serve nascondersi dietro alle norme. Le norme sono una risorsa solo se anticipano dimensioni nuove del lavoro e delle strutture delle professioni; ove questo non accada, e sovente non accade, le norme sono soprattutto uno strumento d'ordine a posteriori, di sistematizzazione di processi di cambiamento in corso o già in larga parte avvenuti e raramente aprono orizzonti non previsti e nuove prospettive non già sperimentate.

«Il pensiero complesso non propone nel suo dialogo un programma, ma un cammino (metodo) durante il quale si potranno mettere alla prova talune strategie che si riveleranno fruttuose oppure no, durante il progresso dialogico. Il pensiero complesso è uno stile di pensiero e di approccio al reale. In tal senso il pensiero complesso genera la propria strategia, inseparabile dalla partecipazione creativa di coloro che la sviluppano. È necessario mettere alla prova metodologicamente (durante la marcia) i principi generativi del metodo e, al tempo stesso, di inventare e di creare principi nuovi» (Morin, 2003).

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

- BUTERA F., DONATI E. (1997), *Le microstrutture in Costa*, Trattato di Organizzazione, Utet, Torino.
- CROZIER M. (1993), «Formazione, intellettualizzazione, creatività del lavoro», in Aa.Vv., (a cura di) D. De Masi, *Verso la formazione post-industriale*, Franco Angeli, Milano.
- MATURANA H., VARELA F. (2002), *L'albero della conoscenza, un nuovo meccanismo per spiegare le radici biologiche della conoscenza umana*, Garzanti, Milano.
- MORCELLINI M., MAZZA B. (2008), *Oltre l'individualismo. Comunicazione, nuovi diritti e capitale sociale*, Franco Angeli, Milano.
- MORIN E. (2003), *Educare per l'era planetaria*, Armando editore, Roma.
- PIEVANI T., VARCHETTA G. (1999), *Il management dell'unicità*, Guerini e Associati, Milano.
- SPEARS L. (2006), «Paradigma di Greanleaf», www.med.unifi.it/SEGRETERIA/notiziario/numeri_precedenti/anno4_n3_dic06.pdf
- VEBLEN T. (1891), *Some neglected point in the theory of socialism*, Annals of the American Academy of Political and Economic Science.

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, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

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 devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

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 e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) 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

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

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.

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.

Pubblicazioni con più autori

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

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

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

Non pubblicati

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

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

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

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Francesca Vanara (a cura di)

IL GOVERNO DELL'AZIENDA SANITARIA

IL MULINO, BOLOGNA, 2008, PP. 607, € 47,10

Il governo dell'azienda sanitaria deve mettere in pratica quanto stabilito dalle leggi, deciso dalla programmazione delle Regioni e atteso dai cittadini. È dunque vero governo? Oppure prevalgono le rigidità e gli automatismi burocratici? Se in molte aree del nostro paese è possibile trovare una buona funzionalità degli approcci di governo, è però, in generale, ancora debole l'attenzione prestata al miglioramento delle capacità attuative e alla formazione della classe dirigente e del management. Allo scopo di ovviare a tali mancanze, il volume propone un percorso che punti al bilanciamento delle valutazioni culturali e strategiche con quelle tattiche ed immediate, nella convinzione che la crescita del sistema richieda il contributo di differenti culture e competenze: solo attraverso un governo integrato dell'azienda sanitaria sarà possibile affiancare la valutazione delle performance economiche a quella dei risultati di salute, riuscendo così a rispondere efficacemente alle richieste degli utenti del Servizio sanitario.

INDICE PRESENTAZIONE - INTRODUZIONE - PARTE PRIMA. COMPLESSITÀ DELL'AZIENDA SANITARIA - PARTE SECONDA. RUOLO DELLA DIREZIONE - PARTE TERZA. AREE FUNZIONALI DELL'AZIENDA

Mara Tognetti Bordogna (a cura di)

DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E IMMIGRAZIONE

FRANCO ANGELI, MILANO, 2008, PP. 256, € 17,00

Dopo gli anni del Servizio sanitario nazionale di tipo universalistico, la questione delle disuguaglianze di salute sembrava non avere più senso o non porsi più poiché, teoricamente, tutti i cittadini avevano accesso alle risorse per la salute in forma gratuita, sottovalutando o disconoscendo che anche i servizi universalistici possono essere segnati dal pregiudizio e dalla discriminazione. Alle vecchie disuguaglianze legate all'età, al sesso, alla classe, se ne sono affiancate di nuove, legate alle trasformazioni dei bisogni e all'accesso alle risorse di salute nelle sue diverse forme. Le disuguaglianze di salute affrontate nel volume, sia da un punto di vista teorico, sia empirico, sono in realtà disuguaglianze sociali. Numerosi studi evidenziano come le disparità di salute rappresentino una costante della nostra società e come, all'interno di esse, vi sia una forte «razializzazione» ed «etnicizzazione». Scopo del volume è dimostrare che il pluralismo terapeutico istituzionalizzato, attraverso i welfare regionali e il sistema pubblico/privato o di libera scelta del cittadino, può attivare forme di esclusione e di discriminazione, in particolare nel caso dei soggetti migranti, generate dalle differenze di capacità/abilità aggiuntive per accedere alle risorse. Lo Stato deve dunque assumere un nuovo ruolo perché nuove disuguaglianze di tipo istituzionale non si vadano a sommare alle tradizionali disuguaglianze di salute.

INDICE INTRODUZIONE, DI MARA TOGNETTI BORDOGNA - PREMessa - 1. LE FAMIGLIE DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE - 2. I MODELLI TEORICI - 3. PERCHÉ STUDIARE LE DISUGUAGLIANZE IN RELAZIONE AGLI IMMIGRATI - 4. CONCLUSIONI - **PARTE I. RIFLESSIONI TEORICHE** - CAPITOLO 1. RICERCA EMPIRICA E SPIEGAZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE SOCIALI IN RAPPORTO ALLA SALUTE E ALLA MALATTIA: ASPETTI METODOLOGICI E TEORICI, DI SIEGFRIED GEYER - 1.1. INTRODUZIONE - 1.2. LA MISURAZIONE DELLA DIFFERENZIAZIONE SOCIALE: GLI INDICATORI DELLA POSIZIONE SOCIOECONOMICA - 1.3. IL RAPPORTO FRA INDICATORI DI DIFFERENZIAZIONE SOCIALE E MALATTIE: IPOTESI TEORICHE E RISULTATI EMPIRICI - 1.4. CONCLUSIONE - CAPITOLO 2. LA MALATTIA, LA SOFFERENZA E IL CORPO DELL'IMMIGRATO NEL SENSO DI ABDELMALEK SAYAD, DI GIULIANA CHIARETTI - 2.1. COME FARE RICERCA SULLA CONDIZIONE D'IMMIGRATO - 2.2. IMMIGRAZIONE E MALATTIA - 2.3. IL PENSIERO DI STATO, PUNTO NODALE DELLA RICERCA DI SAYAD - 2.4. RICOMPORRE LE PARTI FRANTUMATE DEL FENOMENO MIGRATORIO E DELLA VITA DELL'IMMIGRATO - 2.5. COSTRUIRE REALMENTE QUELL'OGGETTO SOCIALE CHE È L'IMMIGRAZIONE - 2.6. IL MALE DELL'IMMIGRAZIONE: DALLE ILLUSIONI ALLE SOFFERENZE DELL'IMMIGRATO - CAPITOLO 3. IMMIGRAZIONE E DISUGUAGLIANZE DI SALUTE, DI MARA TOGNETTI BORDOGNA - 3.1. PREMessa: LE MOLTE DISUGUAGLIANZE DEGLI IMMIGRATI - 3.2. DISUGUAGLIANZE DI SALUTE DEGLI IMMIGRATI - 3.3. DISUGUAGLIANZE FRA GLI UOMINI - 3.4. DISUGUAGLIANZE FRA LE DONNE - 3.5. DISUGUAGLIANZE FRA I MINORI - 3.6. DISUGUAGLIANZE NELL'ACCESSO ALLE CURE - 3.7. CONCLUSIONI - CAPITOLO 4. DISUGUAGLIANZE SOCIALI E SALUTE DEGLI IMMIGRATI, DI FABIO PEROCCO - 4.1. LE RADICI DELLA DISUGUAGLIANZA DI SALUTE - 4.2. LA SALUTE DEI LAVORATORI EMIGRATI - 4.3. LA DIFFUSIONE DELLE DIPENDENZE - CAPITOLO 5. DISUGUAGLIANZE DI GENERE E SALUTE RIPRODUTTIVA. UNO SGUARDO SU ALCUNI PAESI MEDITERRANEI, DI LIA LOMBARDI - 5.1. PREMessa - 5.2. SALUTE RIPRODUTTIVA NEL MONDO - 5.3. SALUTE RIPRODUTTIVA TRA LE RIVE DEL MEDITERRANEO - 5.4. POLITICHE SOCIALI E SALUTE RIPRODUTTIVA IN ALCUNI PAESI DEL MEDITERRANEO - 5.5. CONCLUSIONE - **PARTE II. RICERCHE EMPIRICHE** - CAPITOLO 6. DISUGUAGLIANZE NELLE MINORANZE ETNICHE: UNA RICERCA IN DUE PRESIDII OSPEDALIERI DELLA PROVINCIA TORINESE, DI DARIO PADOVAN, ALFREDO ALIETTI - 6.1. PREMessa - 6.2. INTERPRETAZIONI SOCIOLOGICHE - 6.3. ALCUNI DATI GENERALI SUI RICOVERI DI STRANIERI - 6.4. LUCI ED OMBRE DEI SERVIZI OSPEDALIERI - 6.5. INERZIE ORGANIZZATIVE, SISTEMI DISCIPLINARI ED ETNOCENTRISMO - 6.6. DISCRIMINAZIONI SISTEMICHE DI VITE SOSPese - 6.7. DISCRIMINAZIONI COMUNICATIVE E PROBLEMI DI MEDIAZIONE LINGUISTICA-CULTURALE - 6.8. CONCLUSIONI - CAPITOLO 7. DIFFERENZE, DISUGUAGLIANZE E PRATICHE ORGANIZZATIVE NELL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI, DI ATTILA BRUNI - 7.1. PREMessa - 7.2. GLI STUDI SULLE DISUGUAGLIANZE NELL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI - 7.3. METODOLOGIA E DISEGNO DELLA RICERCA: L'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI (E LE DISUGUAGLIANZE) IN UNA PROSPETTIVA ETNOGRAFICA - 7.4. PRATICHE ORGANIZZATIVE E DISUGUAGLIANZE NELL'ACCESSO AI SERVIZI: IL CASO DEL CUP - 7.5. CONCLUSIONI - CAPITOLO 8. ESPERIENZE DI RETE NELLA POLICY PER LA SALUTE DEGLI IMMIGRATI, DI GIULIA BIGOT, MARIA LAURA RUSSO - 8.1. STRANIERI, CONFINI ED ESCLUSIONI - 8.2. LA SALUTE DEGLI IMMIGRATI TRA TENSIONI E CRITICITÀ - 8.3. L'IMMIGRAZIONE E LA SALUTE A NAPOLI - 8.4. IL CONTESTO DELLE POLITICHE DI INTEGRAZIONE A TRENTO - 8.5. IL RUOLO DELL'ASSOCIAZIONISMO MIGRANTE - CAPITOLO 9. DIRITTO ALLA SALUTE E IDENTITÀ CULTURALE DEGLI IMMIGRATI TRA CONTROLLO E SERVIZIO: QUALI IMPLICAZIONI PER GLI OPERATORI?, DI ELEONORA VENNERI - 9.1. PREMessa - 9.2. IL DIRITTO ALLA SALUTE DEGLI IMMIGRATI TRA ACCESSO E CONTROLLO: ALCUNI RIFERIMENTI NORMATIVI - 9.3. LA «PERSONA» IMMIGRATA E LA RESPONSABILITÀ SOCIALE DEL SERVIZIO SANITARIO: OLTRE LA RAZIONALITÀ STRUMENTALE - 9.4. PER UNA RINNOVATA CULTURA ORGANIZZATIVA - CAPITOLO 10. SALUTE E DISUGUAGLIANZE SOCIALI: LA PRESA IN CARICO DI SOGGETTI MARGINALI, DI ISABELLE PARIZOT - 10.1. LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI PRIVI DI RISORSE ECONOMICHE: TRA UNIVERSO MEDICO E UNIVERSO UMANO - 10.2. LE PROBLEMATICHE RELATIVE ALLA PRESA IN CARICO DEI SOGGETTI MARGINALI - 10.3. PER UNA MEDICINA SCIENTIFICA ED UMANA.

Asl Milano Due - Azienda sanitaria locale della provincia di Milano 2, Alfio Lucchini

**OPPORTUNITÀ EDUCATIVE E PERCORSI NORMATIVI IN TEMA DI DROGA.
LA SPERIMENTAZIONE NELL'AREA MILANESE DI INTERVENTI PER GIOVANI SEGNALATI
AL PREFETTO AI SENSI DEGLI ART. 75 E 121 DEL DPR 309/90**

FRANCO ANGELI, MILANO, 2008, PP. 208, € 16,50
E-BOOK, € 13,50, POSSIBILITÀ DI STAMPA 10 VOLTE

Il volume contiene gli atti del convegno «Applicazione dell'articolo 75: opportunità educative. La sperimentazione coordinata nell'area metropolitana milanese di interventi con persone segnalate ai sensi degli artt. 75 e 121 del dpr 309/90», organizzato dalla Regione Lombardia e dalla Prefettura di Milano e curato dalla Asl Provincia di Milano Due il 15 marzo 2007 a Milano. Vengono illustrati i risultati di cinque anni di sperimentazione coordinata per il trattamento di giovani segnalati nell'area metropolitana milanese. Un'importante esperienza che vede in campo Regione Lombardia, Prefettura e Dipartimenti delle dipendenze delle Asl, tramite i Ser.T. e le organizzazioni del privato sociale. La novità della

realizzazione del «Centro polivalente» come luogo esterno ai Ser.T. e alle Prefetture, a titolarità delle Asl, per la effettuazione dei colloqui previsti dalla normativa e la definizione dei percorsi di trattamento, rappresenta uno dei focus sperimentali. La sperimentazione, che ha già coinvolto oltre 5.000 persone, si concentra sui giovani fino ai 26 anni segnalati ai sensi della legge, non già noti ai Ser.T., con la finalità di proporre percorsi educativi e preventivi, di favorire la comprensione e la interiorizzazione del valore delle norme, di favorire una presa in carico precoce di giovani consumatori problematici, di meglio comprendere le caratteristiche e i fattori di rischio di questa popolazione. Istituzionalmente significativo è l'incontro tra varie amministrazioni e professionisti del pubblico e del privato accreditato, unite dalla centralità dello scopo sociale nella utilizzazione dello strumento amministrativo. Il volume contiene anche strumenti di approfondimento di natura progettuale e legislativa.

INDICE NOTA DEL CURATORE - PRESENTAZIONE, DI EMILIO TRIACA - PREFAZIONE, DI GIUSEPPE INÌ - **IL CONVEGNO** INTERVISTE DI APERTURA, DI GIANCARLO ABELLI - DI GIAN VALERIO LOMBARDI - DI LUIGI MIGLIO - PRESENTAZIONE DEI LAVORI, DI CARLA DOTTI - CAPITOLO 1. RELAZIONI - 1.1. EVIDENZE EPIDEMIOLOGICHE LEGATE ALL'AZIONE DI CONTRASTO AL POSSESSO E ALL'USO DI SOSTANZE PSICOTROPE ILLEGALI IN ITALIA, DI FABIO MARIANI - 1.2. CINQUE ANNI DI SPERIMENTAZIONE COORDINATA PER IL TRATTAMENTO DI PERSONE SEGNALATE AI SENSI DEGLI ARTT. 75 E 121 DEL TU 309/90 NELL'AREA METROPOLITANA MILANESE: UTENZA E RAPPORTI TRA SERVIZI, DI EMANUELA GRECO, ALFIO LUCCHINI - CAPITOLO 2. ALCUNI FOCUS DELLA SPERIMENTAZIONE - 2.1. PRESENTAZIONE DEI FOCUS, DI MAURIZIO RESENTINI, RENATO DURELLO - 2.2. IL CENTRO POLIVALENTE: I PRIMI COLLOQUI, DI ILDE VIVIANI - 2.3. I PERCORSI DI TRATTAMENTO NEL CEP: OPPORTUNITÀ EDUCATIVE, DI CORRADO CELATA - 2.4. L'UTILIZZO SOCIALE DELLO STRUMENTO AMMINISTRATIVO, DI MARIELLA DE SANTIS - 2.5. CARATTERISTICHE E FATTORI DI RISCHIO: CONFRONTO FRA POPOLAZIONI DI GIOVANI CONSUMATORI, SABRINA MOLINARO - DIBATTITO INTERVENTI, DI TINO GOLA, GABRIELLA SIGNÒ, MAURIZIO RESENTINI, GIAMPAOLO GUELFI - CAPITOLO 3. ULTERIORI ESPERIENZE TRA ASL E PREFETTURE IN LOMBARDIA - 3.1. PRESENTAZIONE DELLE ESPERIENZE, DI ALBERTO BARNI - 3.2. IL PROGETTO A CREMONA, DI MAURA LONGARI - 3.3. IL PROGETTO A MANTOVA, DI LUCIA COMPRI - 3.4. IL PROGETTO A PAVIA, DI LAURA ANEMONE - 3.5. IL PROGETTO A BRESCIA, DI MARGHERITA MARELLA - 3.6. IL PROGETTO A VARESE, DI EUSEBIA BIANCHI - 3.7. CONCLUSIONI, DI SANDRA LUNARI - TAVOLA ROTONDA. LA SPERIMENTAZIONE NELL'AREA MILANESE: PROSPETTIVE E PERCORSI POSSIBILI, DI ALFIO LUCCHINI, RICCARDO DE FACCI, DON FRANCO TASSONE, RICCARDO C. GATTI, LEOPOLDO GROSSO; DON GINO RIGOLDI - CONCLUSIONE DEL CONVEGNO, DI ROSELLA PETRALI - **APPROFONDIMENTI E STRUMENTI** ALCUNE CRITICITÀ LEGISLATIVE E IL DIBATTITO SULLE SANZIONI AMMINISTRATIVE, DI ALFIO LUCCHINI - IL RAPPORTO DI SINTESI DELLA SPERIMENTAZIONE AL DICEMBRE 2006, DI ALFIO LUCCHINI - IL (PRIMO) PROTOCOLLO DI INTESA (2001) TRA REGIONE LOMBARDIA / DIREZIONE GENERALE FAMIGLIA E SOLIDARIETÀ SOCIALE / PREFETTURA DI MILANO / ASL CITTÀ DI MILANO / ASL DI MILANO 2 / ASL DI MILANO 3 PER L'AVVIO DELLA SPERIMENTAZIONE COORDINATA PER IL TRATTAMENTO DI PERSONE SEGNALATE AI SENSI DEGLI ARTT. 75 E 121 DEL TU DELLE LEGGI IN MATERIA DI TOSSICODIPENDENZE - DPR 309/90 - INTERVENTI DELLE PREFETTURE DALLA RELAZIONE AL PARLAMENTO 2006 - IL PROTOCOLLO DEL 2000 NELL'ASL MILANO 2. IL CENTRO POLIVALENTE: UNA FUNZIONE EDUCATIVA TRA LA STRADA E I SERVIZI - DPR 9 OTTOBRE 1990, N. 309 - TESTO UNICO DELLE LEGGI IN MATERIA DI DISCIPLINA DEGLI STUPEFACENTI E SOSTANZE PSICOTROPE, PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DEI RELATIVI STATI DI TOSSICODIPENDENZA. ARTICOLI 75 E 121 DPR 9 OTTOBRE N. 309 TESTO UNICO DELLE LEGGI IN MATERIA DI DISCIPLINA DEGLI STUPEFACENTI E SOSTANZE PSICOTROPE, PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DEI RELATIVI STATI DI TOSSICODIPENDENZA. TESTO AGGIORNATO DOPO L'APPROVAZIONE DELLA L. 49 DEL 21 FEBBRAIO 2006. ARTICOLI 75 E 75 BIS

Mauro Martinelli

PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DEI FLUSSI FINANZIARI NELLA SANITÀ

FRANCO ANGELI, MILANO, 2008, PP. 208, € 21,00

Con il federalismo fiscale e l'introduzione del sistema SIOPE si assiste ad un ridisegno delle dinamiche finanziarie legate anche alla spesa sanitaria, con la conseguente soppressione graduale del circuito della tesoreria unica in Banca d'Italia e l'avvento degli incassi diretti delle fonti di finanziamento, ovvero delle imposte, da parte della Regione. È cresciuta sempre più l'importanza della programmazione e del controllo delle dinamiche dei flussi finanziari della sanità che, rispetto ad una azienda industriale o commerciale, hanno peculiarità proprie. Il libro affronta le problematiche relative alla programmazione, alle tecniche di contabilizzazione ed ai sistemi di controllo dei flussi finanziari nella sanità, sia delle aziende private, sia soprattutto delle aziende pubbliche e del più elevato livello regionale. Infatti, l'avvio, su

tutto il territorio nazionale, della contabilità economico-patrimoniale da parte delle aziende sanitarie pubbliche, ha assorbito molte risorse (umane, tecnologiche e finanziarie) ed ha in parte causato la perdita del know how correlato alla programmazione e gestione contabile dei flussi di cassa, nel passato particolarmente forte in quanto base dei sistemi di contabilità finanziaria oggi non più in uso. Tralasciando i sistemi di reporting finanziari classici, adatti a rappresentare le situazioni consuntive ma non a prevedere e programmare, l'opera si concentra sui sistemi di programmazione e contabilizzazione che possono effettivamente contribuire alla corretta gestione dei flussi di cassa aziendali nei diversi livelli di tesoreria (dall'aziendale al regionale), in un'ottica di cash management, tenendo conto delle diversità degli schemi organizzativi dei sistemi sanitari regionali che caratterizzano il panorama italiano (dal sistema lombardo, al toscano, al marchigiano). Infine, con l'avvento del federalismo fiscale, si focalizza l'attenzione sulla necessità di attivare presso le tesorerie centrali regionali le tecniche di rilevazione contabile tipiche delle tesorerie centralizzate industriali, modellandole sulle tipicità del settore sanitario.

INDICE INTRODUZIONE, DI MAURO MARTINELLI - CAPITOLO 1. L'ANALISI E LA GESTIONE FINANZIARIA NELLA SANITÀ PUBBLICA - 1.1. LE METODOLOGIE DI COSTRUZIONE E ANALISI DEL BUDGET FINANZIARIO AZIENDALE E CONSOLIDATO REGIONALE - 1.2. LA STRUTTURA DI MONITORAGGIO DEI FLUSSI DI ENTRATE E USCITE CONSUNTIVI PERIODICI AZIENDALI E CONSOLIDATI REGIONALI - 1.3. IL MODELLO PER UN SISTEMA DI CONTROLLO DELLA GESTIONE ANTICIPATA DELLA LIQUIDITÀ AZIENDALE NELLA SANITÀ - 1.4. UN MODELLO PER UN SISTEMA DI MONITORAGGIO CONSUNTIVO DELLA TESORERIA CENTRALIZZATA DI GRUPPO A LIVELLO REGIONALE - CAPITOLO 2. IL PROGETTO SIOPE SISTEMA INFORMATIVO DELLE OPERAZIONI DEGLI ENTI PUBBLICI): CARATTERISTICHE GENERALI - 2.1. IL SIOPE E IL SUPERAMENTO DELLA TESORERIA UNICA NAZIONALE - 2.2. IL SIOPE E LA SANITÀ: IMPOSTAZIONI E CRITICITÀ - CONCLUSIONI - ALLEGATO 1. CODICI GESTIONALI SIOPE - STRUTTURE SANITARIE. CODICI RELATIVI AGLI INCASSI - STRUTTURE SANITARIE. CODICI RELATIVI AI PAGAMENTI - STRUTTURE SANITARIE. CODICI RELATIVI ALLE DISPONIBILITÀ LIQUIDE

Marco Geddes da Filicaia

GUIDA ALL'AUDIT CLINICO. PIANIFICAZIONE, PREPARAZIONE E CONDUZIONE

IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE, ROMA, PP. 274, € 24,00

L'Audit è uno strumento di conoscenza e occasione di trasformazione delle attività sanitarie assai rilevante nel dibattito sullo sviluppo del Governo Clinico nelle organizzazioni sanitarie. Dopo un breve inquadramento storico sulla nascita dell'Audit, integrato da una riflessione sui sistemi sanitari in trasformazione, il testo prosegue con alcune considerazioni sui principi etici e razionali che devono essere posti alla base dell'Audit e presenta una rassegna delle diverse tipologie di Audit. Segue un confronto fra procedure giudiziarie e procedure di valutazione della qualità con riferimenti alle «tecniche argomentative» da utilizzare nell'ambito delle riunioni dei gruppi Audit. La seconda parte del testo, presenta cinque esempi di Audit, di diverso tipo, condotti in una realtà italiana con originale trasposizione di larga parte del Best Practice in Audit del 2002 del NHS inglese. Il libro prosegue, spiegando come costruire un progetto di ricerca sanitaria (la definizione di standard, strumenti e metodi di raccolta dati, campionamento, indicatori, modalità di analisi e presentazione dei risultati ecc.). Il testo inquadra l'Audit prevalentemente nel contesto del Risk management. Il lettore non deve da ciò ricavare l'impressione che l'Audit clinico abbia principalmente a che fare con lo «scoprire l'errore» e il capire che cosa non ha funzionato, o non funziona. Nel ciclo dell'Audit andrebbero differenziate tre finalità e tipologie e l'Audit andrebbe visto anche come strumento per fare e realizzare ricerca sanitaria: l'Audit «routinario (dell'accountability o della carta dei servizi), l'Audit «analitico» (processo dei fenomeni anomali e analisi delle cause di esiti indesiderati/inaspettati), l'Audit «interventistico» (che accompagna i programmi di implementazione/miglioramento della qualità per misurare barriere, realizzazione di interventi, impatto ottenuto).

INDICE PARTE PRIMA - INTRODUZIONE - 1. L'AUDIT QUALE STRUMENTO DEL GOVERNO CLINICO - 1.1. FORMAZIONE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO - 1.2. VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA - 1.3. IL METODO SANZIONATORIO E IL METODO PREMIANTE - 1.4. IL BENCHMARKING - 1.5. IL METODO INFORMATIVO - 1.5. L'AUDIT - 2 ARCHEOLOGIA

DELL'AUDIT - 3. BREVE STORIA DELLA NASCITA DELL'AUDIT - 4. LA VERIFICA DI QUALITÀ NEI SISTEMI SANITARI IN TRASFORMAZIONE - 5. I PRINCIPI ETICI E RAZIONALI ALLA BASE DELL'AUDIT - 6. LE DIVERSE TIPOLOGIE DI AUDIT - 7. LE FASI DELL'AUDIT CLINICO - 7.1. PROGRAMMAZIONE DEGLI AUDIT - 7.2. LA SCELTA DELLE PROBLEMATICHE DA SOTTOPORRE AD AUDIT - 7.3. EVENTI SENTINELLA - 7.4. FASE I. PREPARAZIONE DELL'AUDIT - 7.5. FASE II. SELEZIONE DEGLI STANDARD - 7.6. FASE III. MISURARE I RISULTATI - 7.7. FASE IV. ATTUARE I MIGLIORAMENTI - 7.8. FASE V. SOSTENERE I MIGLIORAMENTI - 8. GUIDA ALL'AUDIT CLINICO - 9. COME SI CONDUCE UN AUDIT - 9.1. CONDUZIONE DEL GRUPPO - APPENDICE. EVENTI SENTINELLA - **PARTE SECONDA** - INTRODUZIONE - 10. LA SFORTUNA DI CHIAMARSI ERNESTO - 10.1. ERRATA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE DA TRASFONDERE - 11. LA REGOLA DELLE DUE MELE - 11.1. VACCINAZIONE ANTITETANICA - 12. LDD NON È UNA DROGA? - 12.1. LE LESIONI DA DECUBITO - 12.2. UN AUDIT CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE - 12.3. LA GESTIONE DEL PAZIENTE DIABETICO - 13. LA LUNGA MARCIA - 13.1. ANTIBIOTICOPROFILASSI PERIOPERATORIA - ALLEGATO 1. LINEE-GUIDA PER LA PROFILASSI ANTIMICROBICA CHIRURGICA SHORT TERM - GLOSSARIO - BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

BURNS L.R., LEE J.A.

Hospital purchasing alliances: Utilization, services and performance

Health Care Management Review, 33(3), 2008, pp. 203-15

CAREY K., DOR A.

Contract management in USA hospitals: service duplication access within local markets

Health Services Management Research, 21(3), 2008, pp. 161-7

EKMAN B., LIEM N.T., DUC H.A., AXELSON H.

Health insurance reform in Vietnam: a review of recent development and future challenges

Health Policy and Planning, 23(4), 2008, pp. 252-263

HIMMELSTEIN D.U., WOOLHANDLER S.

Privatization in a publicly funded health care system: The US experience

International Journal of Health Services, 38(3), 2008, pp. 407-19

MACQ J., MARTINY P., VILLALOBOS L.B., SOLIS A., MIRANDA J., MENDEZ H.C., COLLINS C.

Public purchasers contracting external primary care providers in Central America for better responsiveness, efficiency of health care and public governance: issues and challenges

Health Policy, 87(3), 2008, pp. 377-88

NEGRIN M.A., PINILLA J., LEON C.J.

Willingness to pay for alternative policies for patients with Alzheimer's Disease

Health Economics, Policy and Law, 3(3), 2008, pp. 257-75

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

CHANSA C., SUNDEWALL J., MCINTYRE D., TOMSON G., FORSBERG B.C.

Exploring SWAp's contribution to the efficient allocation and use of resources in the health sector in Zambia

Health Policy and Planning, 23(4), 2008, pp. 244-251

DRUMMOND M.F., SANFORD SCHWARTZ J., JONSSON B., LUCE B.R., NEUMANN P.J., SIEBERT U., SULLIVAN S.D. (THE INTERNATIONAL GROUP FOR HTA ADVANCEMENT)

Key principles for the improved conduct of health technology assessment for resource allocation design

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 24(3), 2008, pp. 244-58

FRASER K., ESTABROOKS C.

What factors influence case managers' resource allocation decisions? A systematic review of the literature

Medical Decision Making, 28(3), 2008, pp. 394-410

HO V., ALOIA T.

Hospital volume, surgeon volume, and patient costs for cancer surgery

Medical Care, 46(7), 2006, pp. 718-25

TRINH H.Q., BEGUN J.W., LUKE R.D.

Hospital service duplication: Evidence on the medical arms race

Health Care Management Review, 33(3), 2008, pp. 192-202

ECONOMIA DEL FARMACO

CINQUINI L., VAINIERI M.

Measuring primary care services performance: issue and opportunities from a home care pilot experience in the Tuscan health system

Health Services Management Research, 21(3), 2008, pp. 199-210

COHEN-KOHLER J.C., FORMAN L., LIPKUS N.

Addressing legal and political barriers to global pharmaceutical access: Options for remedying the impact of the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) and the imposition of the TRIPS-plus standard

Health Economics, Policy and Law, 3(3), 2008, pp. 229-56

COPPOLINO R., COPPOLINO S.

La tracciabilità del farmaco nella lotta alla contraffazione delle specialità medicinali

Politiche Sanitarie, 9(2), 2008, pp. 78-83

KYLE M.K., ALLSBROOK J.S., SCHULMAN K.A.

Does reimportation reduce price differences for prescription drugs? Lessons from the European Union

Health Services Research, 43(4), 2008, pp. 1308-24

MORGAN S., McMAHON M., GREYSON D.

Balancing health and industrial policy objectives in the pharmaceutical sector: lessons from Australia

Health Policy, 87(2), 2008, pp. 133-45

RICHTER A.

Assessing the impact of global price interdependencies

Pharmacoeconomics, 26(8), 2008, pp. 649-59

YIN W.

Market incentives and pharmaceutical innovation

Journal of Health Economics, 27(4), 2008, pp. 1060-77

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

CARRIERI V.
Diseguaglianze di salute e condizioni socioeconomiche in Italia: esiste una questione meridionale?
Politiche Sanitarie, 9(1), 2008, pp. 15-24

COMPAGNI A., CAVALLI L., JOMMI C.
Pharmaceutical companies and Italian Regional Governments: managing relationships in an increasing institutional complexity
Health Policy, 87(3), 2008, pp. 332-41

FRANCE G.
The form and context of federalism: meanings for health care financing
Journal of Health Politics, Policy and Law, 33(4), 2008, pp. 649-705

KOBAYASHI A.
Launch of a National Mandatory Chronic Disease Prevention Program in Japan
Medical Decision Making, 16(4), 2008, pp. 217-25

KOTZIAN P.
Control and performance of health care systems. A comparative analysis of 19 OECD countries
International Journal of Health Planning and Management, 23(3), 2008, pp. 235-57

MARZOT S.
Le prestazioni sanitarie: analisi dei livelli essenziali assistenziali e dei modelli gestionali
Sanità Pubblica e Privata, 4, 2008, pp. 5-31

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

HANSEN P.M., PETERS D.H., NIAYESH H., SINGH L.P., DWIVEDI V., BURNHAM G.
Measuring and managing progress in the establishment of basic health services: the Afghanistan Health Sector Balanced Scorecard
International Journal of Health Planning and Management, 23(2), 2008, pp. 107-17

MEDDINGS J.A., McMAHON L.F. JR
Measuring quality in pay-for-performance programs
Disease Management and Health Outcomes, 16(4), 2008, pp. 205-216

PIOGGIA A.
Direzione e dirigenza nelle aziende sanitarie. Una delle distribuzioni del potere decisionale alla luce degli atti aziendali
Sanità Pubblica e Privata, 3, 2008, pp. 5-27

REID B., SUTCH S.
Comparing diagnosis-related group system to identify design improvements
Health Policy, 87(1), 2008, pp. 82-91

TSASIS P., BRUCE-BARRETT C.
Organizational change through Lean Thinking
Health Services Management Research, 21(3), 2008, pp. 192-198

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

CAPOZZOLO B., LERARIO A.M., NONIS M.
Aspetti dell'economicità nella gestione delle aziende sanitarie
Organizzazione Sanitaria, 32(1), 2008, pp. 26-40

GAUMER G., HASSAN N., MURPHY M.
A simple primary care information system featuring feedback to clinicians
International Journal of Health Planning and Management, 23(3), 2008, pp. 185-202

MAGNUSSEN J., NYLAN K.
Measuring efficiency in clinical departments
Health Policy, 87(1), 2008, pp. 1-7

McKAY N., DEILY M.E.
Cost inefficiency and hospital health outcomes
Health Economics, 17(7), 2008, pp. 833-848

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

ECKERMANN S., WILLAN A.R.
The option value of delay in health technology assessment
Medical Decision Making, 28(3), 2008, pp. 300-305

MAS N., SEINFELD J.
Is managed care restraining the adoption of technology by hospitals?
Journal of Health Economics, 27(4), 2008, pp. 1026-45

WILD C., LANGER T.
Emerging health technologies: informing and supporting health policy early
Health Policy, 87(2), 2008, pp. 160-71

VALUTAZIONI ECONOMICHE

FUKUDA H., IMANAKA Y., HAYASHIDA K.
Cost of hospital-wide activities to improve patient safety and infection control: A multi-centre study in Japan
Health Policy, 87(1), 2008, pp. 100-111

GRIEVE R., SEKHIN J.S., THE-WEI H., BLOOM J.R.
Evaluating Health Care Programs by combining cost with quality of life measure: a case study comparing capitation and fee for service
Health Services Research, 43(4), 2008, pp. 1204-22

LANCSAR E., LOUVIERE J.
Conducting discrete choice experiments to inform healthcare decision making
Pharmacoeconomics, 26(8), 2008, pp. 661-77

LIU C., LAPORTE A., FERGUSON B.
The quantile regression approach to efficiency measurement: insights from Monte Carlo simulations
Health Economics, 17(9), 2008, pp. 1073-87

MAR J., SAINZ-EZKERRA M., MIRANDA-SERRANO E.
Calculation for Prevalence with Markov Models: Budget impact analysis of thrombolysis stroke
Medical Decision Making, 28(4), 2008, pp. 481-90

PROSSER L.A., HAMMITT J.K., KEREN R.
Measuring health preferences for use in cost-utility and cost-benefit analyses of interventions in children: theoretical and methodological considerations
Pharmacoeconomics, 25(9), 2007, pp. 713-26

Costo dell'abbonamento per l'anno 2008: € 280,00

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere in via automatica, ai sensi del D.L.vo 9 ottobre 2002, n. 231, gli interessi di mora, nella misura mensile del tasso legale pubblicato all'inizio di ogni semestre solare sulla Gazzetta Ufficiale. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuarne il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento, sempre anticipato, dell'abbonamento, potrà essere effettuato mediante:

- c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- bonifico bancario (Intesa San Paolo, ag. n. 59 Roma, IBAN: IT37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM), con eventuali spese di commissione bancaria a carico dell'abbonato.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2008 è fissato in:

€ 280,00 per l'abbonamento ordinario

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

- per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%
- per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%
- per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%
- per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari di norma al prezzo del fascicolo dell'annata in corso, fatte salve eventuali campagne promozionali.

Il prezzo dell'abbonamento 2008 per l'estero è fissato come segue: € 280,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 380,00, per il resto del mondo (più spese postali).

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556)	€ 270,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 270,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 270,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 270,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 270,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 270,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 270,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 270,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 270,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 270,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 280,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 280,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 280,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 280,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620)	€ 280,00 *
Volume 16°, annata 2007 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 692)	€ 280,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 3.723,00, anziché € 4.380,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.