

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XIX – N. 73 GENNAIO-MARZO 2010

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3 Malattie rare: sempre più cenerentole

Elio Borgonovi

SAGGI

- 9 Progettazione e introduzione del sistema di valutazione della performance individuale in tre aziende sanitarie

Roberto Cotta

- 41 L'analisi delle migrazioni manageriali nel Ssn: il caso dei direttori generali

Ilaria Piconi, Daniele Mascia

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 55 La valorizzazione dei servizi intermedi. Il caso delle prestazioni diagnostiche nella Ausl di Viterbo

Luca Del Bene, Serena Ceccarelli

- 73 L'impatto delle caratteristiche e dell'organizzazione dei Mmg sulla qualità assistenziale delle malattie croniche

M.P. Fantini, E. Carretta, S. Mimmi, M. Belletti, P. Rucci, G. Cavazza, M. Di Martino, F. Longo

- 93 Rimodellare le Direzioni di presidio ospedaliero in Asl multipresidio: l'esperienza di Cagliari

Flavia Pirola

- 107 L'impatto dello stile di leadership sul clima organizzativo: due indagini empiriche

Gabriella Piscopo

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 123 Fondo regionale per la non autosufficienza. Implementazione di un metodo di programmazione, monitoraggio e verifica

A. Buriani, L. Campanini, M. Colombo, K. Ferri, R. Montanelli, A. Scagliarini

- 147 Novità bibliografiche

- 153 Spoglio riviste

COLOPHON

COMITATO SCIENTIFICO

Elio Borgonovi
(direttore scientifico)

Luca Anselmi

Sabino Cassese

Naomi Chambers

Thomas D'Aunno

Nancy Kane

Siro Lombardini

Stephen J. O'Connor

A. David Paltiel

Antonio Pedone

Michael Rich

Fabio Roversi Monaco

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

Corrado Cuccurullo

Luca Del Bene

Andrea Francesconi

Manuela S. Macinati

Antonio Nisio

Elisabetta Reginato

Salvatore Russo

Paola Saracino

Massimo Sargiacomo

Mariafrancesca Sicilia

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Tanno

DIRETTORE EDITORIALE

Anna Gemma Gonzales

MECOSAN (MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA)

Aims & scope della Rivista



Rivista accreditata AIDEA

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
20136 Milano - Via Röntgen, 1
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, art. 1, c. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04)
Prezzo di una copia € 85,00

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, Claii, 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.

Malattie rare: sempre più cenerentole

ELIO BORGONOVÌ

Il tema delle malattie rare, specie di quelle cronico-degenerative, merita una particolare attenzione che si accentua nei periodi di crisi come quello attuale. Infatti, da un lato, le politiche di contenimento della spesa non di rado portano a escludere dai Livelli essenziali di assistenza alcune prestazioni di cui hanno bisogno i portatori di tali malattie e, dall'altro, le imprese, sottoposte alle pressioni competitive della globalizzazione, tendono a ridurre gli investimenti in ricerca di farmaci o altre tecnologie per «mercati» che non garantiscono in prospettiva ricavi e profitti elevati. Le malattie rare in un certo senso sono tra le prime vittime dei criteri di «razionalità economica», anche se le politiche appena ricordate devono ritenersi contrarie non solo ai valori umani che devono ispirare i sistemi di tutela della salute, ma anche a quella che può essere definita la razionalità e la cultura del progresso scientifico e dell'innovazione. Le patologie rare pongono significative «sfide» sul piano della conoscenza, sulle loro cause e sui possibili rimedi, nonché sul piano dei modelli assistenziali e della organizzazione del sistema di offerta. Si tratta di patologie molto complesse, in genere di origine genetica o causate da traumi gravi. Nel caso delle prime, la genomica e la proteomica hanno aperto nuove frontiere che richiedono un approccio molto diverso rispetto ad altre malattie. Le disabilità gravi, di carattere cronico-degenerativo sono spesso multifattoriali e quindi non sono sufficienti la ricerca e l'individuazione di un solo gene contenente un errore, ma di molteplici geni o di molteplici sequenze di errori. È necessario applicare nuove metodiche di sequenziamento del genoma, di ricerca dei meccanismi, delle interdipendenze che si determinano tra le diverse funzioni dell'organismo che consentano ai ricercatori di trovare conferme a ipotesi dei genetisti e dei clinici e di generare nuove ipotesi. Da un lato la ricerca ha lo scopo di trovare evidenze empiriche, dall'altro essa sposta in avanti la frontiera della conoscenza che richiede una sempre più accentuata multidisciplinarietà tra medicina clinica, medicina di laboratorio, biologia, chimica, ma anche di competenze di carattere informatico, di tipo medico-statistico, per individuare le combinazioni ricorrenti nei portatori della stessa disabilità o di disabilità che appaiono simili, ma che in realtà sono solo analoghe o appartengono a un'unica famiglia. Nel caso delle disabilità multisensoriali, i recenti progressi della ricerca hanno consentito di mettere in evidenza le differenze nella origine di ciò che fino a pochi anni fa appariva uguale e a spiegare il diverso decorso di malattie che può essere più o meno rapido, progressivo in modo sostanzialmente lineare o con fasi di stabilità e di successivi peggioramenti «con discontinuità» o «a stadi». La ricerca nel campo delle malattie rare spinge nella direzione della diagnosi, prognosi, cure nel caso in cui sono disponibili e nel caso di sperimentazione «personalizzata». La tendenza alla cura personalizzata è generale ed è collegata sia alla concezione antropologica, etica e religiosa della persona come «unicum irripetibile», sia alle nuove conoscenze consentite dal progresso scientifico, sia a una concezione avanzata dell'economia. Infatti, il passaggio dalla produzione di beni materiali standardizzabili a quella dei beni immateriali o dei servizi non standardizzabili riguarda molti settori e diventa «fattore di successo» sia per imprese che operano sul mercato che per aziende pubbliche che hanno il fine di tutela della salute. Tuttavia a nessuno può sfuggire la grande differenza esistente tra personalizzazione di servizi che rispondono a bisogni non primari, correlati alla gratificazione degli individui o a esigenze di status, personalizzazione delle fasi acute di patologie che non portano disabilità e personalizza-

zione che riguarda malattie rare cronic-degenerative. Nel primo caso, la personalizzazione consiste nell'aggiungere qualcosa a un bene o a un servizio che consente a chi può avervi accesso di «distinguersi da altri» o di avere un migliore «benessere» in senso generale, nel secondo caso la personalizzazione riguarda aspetti quali la tempestività della diagnosi e cura, l'adattamento dei trattamenti, non di rado del comfort in senso generale (qualità dei luoghi di cura, gentilezza e qualità delle relazioni con gli operatori). Per le disabilità la personalizzazione è una caratteristica intrinseca, ineliminabile, poiché il decorso della malattia è molto diverso per ogni persona e richiede una attenzione del tutto particolare. Certamente, con il progresso delle conoscenze è possibile ricostruire «modelli di evoluzione» della condizione della persona disabile o con patologie cronic-degenerative, il cosiddetto staging, ma si tratta di modelli di riferimento meno definiti e con più marcata incertezza, molto diversi da quelli disponibili per le patologie a larga diffusione. Per queste ultime sono ormai disponibili parametri anatomici e fisiologici che consentono di identificare le fasce di «normalità», quelle cui sono correlabili rischi limitati di eventi negativi (ictus, infarti, coma diabetico, ecc.), quelle cui sono correlabili rischi alti di manifestazione di eventi negativi. Sono parametri che, inoltre, sono riferibili a diverse popolazioni o diversi gruppi e che sono aggiornati e modificati con i dati di migliaia e a volte di milioni di pazienti (giovani, adulti, anziani, popolazioni con determinate abitudini alimentari e diversi stili di vita). Parametri ritenuti «normali» o «a rischio» per certe popolazioni e certi gruppi non sono tali per altri. Nel caso di patologie «rare» non è fuori luogo affermare che «ogni caso fa storia a sé» anche se si colloca all'interno di un determinato stadio e una determinata traiettoria di evoluzione.

Per le patologie a larga diffusione è possibile utilizzare metodi di analisi statistica inferenziale di tipo classico o comunque consolidati (ad esempio distribuzione secondo curve gaussiane, o di altro tipo), per le malattie rare è necessario ricorrere a metodi matematico-statistici di tipo molto sofisticato che coniugano elementi di tipo combinatorio e di tipo sequenziale delle informazioni genetiche e delle modificazioni della autosufficienza delle diverse funzioni e che, a volte, richiedono il ricorso alla statistica basata su elementi «soggettivi» (statistica bayesiana).

Per le malattie rare è diverso, rispetto a quelle a larga diffusione, anche il contesto della ricerca. Una prima considerazione riguarda il flusso di risorse finanziarie a sostegno della stessa. Per la ricerca farmacologica o delle tecnologie sanitarie vi è in un certo senso un flusso naturale di risorse guidato dalle regole della competizione. Imprese e gruppi che investono maggiormente nella ricerca lo fanno per avere una maggiore capacità competitiva correlata alla innovazione. Anche se non esiste una correlazione necessariamente diretta tra volumi degli investimenti e scoperta di nuovi principi attivi, di nuovi vaccini, di protesi meno invasive o più resistenti, si può dire che l'innovazione passa in gran parte dalla percentuale di spese in ricerca rispetto al fatturato. Peraltro, recenti ricerche mettono in dubbio, senza tuttavia smentirla, questa correlazione, in quanto hanno rilevato che in numerosi settori, in molti casi, l'innovazione non sempre è correlata all'entità degli investimenti effettuati, ma piuttosto alla qualità dei ricercatori. Oltre alle risorse finanziarie, la ricerca rivolta a patologie a larga diffusione può basarsi su centri e laboratori di grandi dimensioni e su un numero rilevante di ricercatori, anche concentrati in un unico luogo. Ricercatori che, oltre alla motivazione intrinseca di chi è spinto a tale carriera dalla curiosità intellettuale, possono essere motivati non solo dagli ingenti mezzi a disposizione o da retribuzioni più elevate, ma anche dalla speranza di ottenere qualche risultato positivo. Non si fa riferimento solo alle aspettative di successo e di carriera, ma anche alla «speranza» o alla ragionevole probabilità di scoprire i meccanismi che determinano le malattie e, di conseguenza, le specifiche terapie in grado di alleviare le sofferenze o di migliorare la qualità di vita di molte persone.

Al contrario, il finanziamento della ricerca per le malattie rare proviene da canali «specifici» assai più limitati: ad esempio, fondazioni private, istituite da malati o loro famigliari, dedicate a ogni patologia, campagne di raccolta fondi mirate a tale scopo, in genere una quota limitata di fondi pubblici, politiche di «responsabilità sociale» delle imprese e dei grandi

gruppi dell'indotto che sono più diffuse rispetto al passato, ma che comunque riguardano importi limitati. A ogni singola patologia rara può essere interessato un numero limitato di centri e di ricercatori, anche nei Paesi di grandi dimensioni ed elevata potenza economica. La ricerca è quindi meno ampia, il che comporta le seguenti conseguenze:

- a) i progetti di ricerca devono essere necessariamente multicentrici;
- b) è più difficile costruire «banche dati» significative, anche laddove il livello di collaborazione e di disponibilità a conservare dati è elevatissimo: questa difficoltà si accresce enormemente per le patologie genetiche per le quali è necessario raccogliere dati di intere famiglie e varie generazioni;
- c) la «selezione» dei progetti di ricerca da parte dei finanziatori deve seguire procedure e criteri di estremo rigore: ciò è sicuramente positivo, ma può causare tempi più lunghi tra il momento della presentazione dei progetti e quello della loro effettiva ammissione al finanziamento;
- d) non sempre è garantita la continuità dei finanziamenti: di fronte a una interruzione, o sospensione per tempi significativi (due o tre anni) può interrompersi il processo (e l'effetto) di accumulo delle conoscenze;
- e) gli aspetti di «privacy» nel trattamento dei dati ai fini di ricerca sono strutturalmente più delicati in quanto è più difficile rendere anonime le informazioni riferite a un numero ridotto di persone.

Ulteriori considerazioni riguardano, poi, le motivazioni dei ricercatori. A fronte di spinte intrinsecamente più forti di chi sceglie di fare ricerca nel campo di patologie rare, specialmente se gravi e molte volte con esiti devastanti per la persona (dalla morte, alla cecità totale, alla completa immobilità), esiste una particolare condizione di stress psicologico, emotivo e relazionale. Condizione psicologica che ha un lato positivo, in quanto il clinico-ricercatore (le due funzioni sono difficilmente separabili) è motivato a «darsi carico» e «prenderci cura» della persona malata, ma ha anche una componente negativa perché non è facile interagire con persone cui si sa di non poter ridare uno stato di salute confortevole o che sono destinate a morire. Spesso chi fa ricerca è anche il medico o altro professionista che fa la diagnosi, la prognosi e che garantisce l'assistenza. È necessario unire alla professionalità una particolare sensibilità psicologica nel momento iniziale in cui si comunicano la diagnosi e la prognosi e in tutto il tempo in cui chi assiste si rapporta con chi è assistito. Occorre dare speranza e infondere coraggio senza creare illusioni. Non va peraltro dimenticato che spesso le persone con disabilità gravi sono «persone straordinarie» per forza di volontà, coraggio e spesso serenità che sono occasione di «un grande arricchimento» per chi si prende cura di loro, si tratti di medici, parenti o volontari. L'elemento di reciproco «arricchimento» è uno dei temi più ricorrenti in convegni, congressi, eventi di solidarietà che hanno come oggetto le malattie rare, invalidanti, degenerative. Anche la struttura di tali eventi è particolare, in quanto prevede la presenza di un mix equilibrato di pazienti, clinici, altro personale di assistenza, ricercatori, rappresentanti di associazioni di volontariato e di enti e fondazioni finanziatori, struttura rara in convegni, congressi, conferenze che si occupano di malattie diffuse non disabilitanti. Un mix che produce un «clima» del tutto particolare, nel quale aspetti medico-scientifici, professionali, economici, sociali e di testimonianza costituiscono un vero e grande valore aggiunto. Un mix che consente di analizzare il problema, ossia la condizione di disabilità, da diverse prospettive, con un processo di reciproco apprendimento rispetto ai convegni, congressi, conferenze nelle quali i ricercatori, i clinici, gli altri professionisti non medici si scambiano conoscenze usando gli stessi linguaggi e gli stessi schemi concettuali. La testimonianza di una persona disabile sul suo vissuto quotidiano e sulle reazioni che ha avuto quando è stata informata della gravità della malattia e della prognosi può stimolare a un diverso approccio del clinico e del ricercatore che deve fare prelievi a interi nuclei familiari, nel caso di malattie genetiche, e che, per far ciò, deve conquistare la fiducia di molte persone con caratteri e comportamenti diversi, superando barriere di resistenza o di rifiuto che spesso nascono di fronte a malattie di questo genere.

La complessità delle malattie cronic-degenerative e, in generale, di quelle che comportano disabilità gravi impone di considerare molte dimensioni. Innanzitutto, il modello assistenziale che non può essere basato sulla trattazione «frammentata» delle singole fasi o dei singoli eventi che caratterizzano il decorso della malattia, ad esempio, i ricoveri periodici quando si manifestano peggioramenti, o la somministrazione di farmaci o di trattamenti particolari al domicilio o anche sui luoghi di lavoro, per coloro che sono ancora in grado di svolgere una attività. Per queste malattie è necessario, più che per altre, che si impongano modelli assistenziali basati sulla logica dei «percorsi» (esempio PDTA - percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali) e della continuità delle cure. Logiche secondo le quali ogni atto, ogni prestazione, ogni trattamento non deve essere considerato e valutato in sé, ma in relazione ai trattamenti precedenti e a quelli che si prevede dovranno seguire.

Modelli assistenziali nei quali non va perseguita l'ottimizzazione, in termini di efficacia e di costi, della singola fase o del singolo trattamento. L'ottimizzazione va ricercata combinando l'efficacia e i costi dell'intero percorso o dell'intera vita del paziente. Con riferimento agli elementi di valutazione si sottolinea che:

- a) l'efficacia non può essere valutata solo sul piano strettamente clinico, ma anche e soprattutto su quello relazionale;*
- b) sono significativi, molte volte preponderanti, i costi indiretti;*
- c) è essenziale una organizzazione di offerta «a rete» di servizi con forte coordinamento dei nodi della rete.*

Anche se la legge 833/78 ha definito la salute come «stato di benessere fisico e psichico», non va dimenticato che la persona è un individuo «che sta in relazione con altri». La vita di relazione è pertanto una componente essenziale dell'assistenza di persone che hanno gravi limitazioni in alcune funzioni vitali (respirazione, deambulazione, vista, udito, parola). Quando la ricerca non è in grado di dare una soluzione al problema, ossia non riesce a dare cure efficaci, essa deve almeno essere orientata a trovare tecnologie, supporti e forme di trattamento in grado di assicurare il più elevato livello di relazioni compatibile con la natura e lo stadio della disabilità. Occorre creare stimoli alla persona, occorre farla vivere in un ambiente nel quale possa valorizzare al massimo tutte le funzionalità residue di cui essa dispone. L'efficacia perciò va intesa in senso assai più ampio, come la creazione di tutte le condizioni che permettono una «vicinanza» alla persona. Vi sono ricerche e, soprattutto, testimonianze su persone che pur vivendo allo «stato vegetativo» sul piano clinico, sembrano reagire alla presenza di altre persone, al «potere» della vicinanza umana.

È necessario creare attorno alla persona con gravi disabilità una «comunità» della quale facciano parte medici e altro personale di assistenza, famigliari, amici, volontari. Occorre creare condizioni di vita in cui, anche quando sono persone estranee a entrare in contatto con il disabile grave, questi non percepisca, o percepisca nel modo più ridotto possibile, il senso di diversità, di estraneità. L'assistenza rivolta alle gravi disabilità deve essere considerata in termini più complessivi come modello «educativo» che aiuti la persona ad accettare e a convivere con la propria condizione, e come modello organizzativo che aiuti la famiglia, o le strutture che erogano servizi, la scuola, in generale la società a non isolare i portatori di disabilità. La cosiddetta «medicalizzazione della salute» produce effetti molto più negativi in caso di malattie rare e gravi rispetto ad altri settori dell'assistenza.

Le considerazioni appena svolte introducono il tema dei costi che non hanno una correlazione diretta con la gravità delle disabilità. Se si parla di costi monetari direttamente sostenuti dal sistema sanitario, vi sono situazioni di disabilità molto gravi, ad esempio persone in stato neurovegetativo duraturo, che determinano costi non elevati, mentre vi sono altre situazioni per le quali i costi monetari sostenuti direttamente dal sistema sono elevati per ogni singolo caso. Al riguardo occorre fare le seguenti considerazioni. Anche quando i costi diretti della diagnosi, cura, assistenza sono elevati, si deve considerare che per le malattie rare

il costo complessivo è relativamente basso. Chi scrive non dispone di dati frutto di ricerche empiriche, ma ha ragione di ritenere che la spesa per farmaci non utilizzati o non efficaci, spese per trattamenti inappropriati, per trattamenti estetici e simili siano nei Paesi progrediti assai più elevate della spesa complessiva causata da patologie rare anche gravi. Certamente il progresso scientifico e tecnologico che ha l'effetto di prolungare la vita di disabili gravi, ha anche un effetto in termini di aumento della spesa complessiva, ma appaiono poco condizionali, anche sul piano della razionalità economica, le politiche di contenimento della spesa e di esclusione dalla lista dei livelli essenziali delle prestazioni rivolte a portatori di malattie rare, anche se gravi e con elevato costo. Anzi, la natura stessa dei sistemi di tutela universale (sistemi sanitari pubblici) potrebbe suggerire di dare priorità alle situazioni in cui il costo unitario per l'intera vita è elevato e incide in termini a volte insostenibili per la famiglia. Il principio di sussidiarietà significa che la comunità nel suo complesso è in grado di sostenere costi e spese unitarie elevate rispetto alle singole famiglie e a comunità più ristrette che si danno carico delle persone con disabilità gravi. Ad esempio, un limitato incremento del ticket per diagnosi e cure a larga diffusione e che riguarda solo patologie acute potrebbe avere un effetto assai superiore sull'aumento delle entrate e, di conseguenza, sul contenimento dei disavanzi rispetto alla esclusione dalla gratuità di prestazioni e di rimborsi per spese di acquisto di carrozzelle, supporti per gli ipovedenti o i non vedenti, apparecchiature per non udenti, ecc. Purtroppo è noto che misure anche limitate che riguardano un numero elevato di persone hanno un effetto sul piano del consenso politico, della valutazione dei manager, ma anche della opinione pubblica, più di quanto non ne possano avere i portatori di malattie rare. Nel caso di provvedimenti clamorosi che penalizzano malati «gravi» e ad elevato costo (sia a causa di eventi acuti, sia a causa di disabilità cronico-degenerative) possono attivarsi «campagne di solidarietà» che, anche quando risolvono il singolo caso, non modificano la strutturale debolezza di fondo dei portatori di malattie gravi che, per definizione, hanno un limitato «potere di voce». Questa è la ragione principale che dovrebbe spingere le associazioni, i ricercatori, i clinici e tutti coloro che si occupano di malattie rare a unire le forze per aumentare il proprio potere di influenza e attuare politiche «specifiche».

Sempre con riferimento ai costi, va poi sottolineato come in genere siano elevati i costi indiretti di tipo economico (ausili vari, necessità di adeguamento delle abitazioni, perdita o diminuzione della capacità lavorativa), ma soprattutto di carattere non economico. Tutte le ricerche sulle malattie invalidanti dimostrano che una parte rilevante dell'assistenza è garantita dai familiari, parenti, amici, volontari che rinunciano ad altre attività di lavoro e collegate alla propria vita personale. Questa analisi suggerisce due considerazioni:

a) i modelli assistenziali dovrebbero essere tali da garantire alle famiglie anche supporti di tipo sociale idonei a sollevarle, meglio a condividere con esse l'onere di garantire ai malati una soddisfacente e accettabile vita di relazione: purtroppo, le ricerche mettono in evidenza che, nel nostro Paese, spesso le famiglie sono lasciate sole di fronte a un impegno rilevante che qualche volta porta alla disperazione e a tragici gesti;

b) l'importanza del dono, della gratuità (dei familiari e dei volontari): si tratta di una componente assistenziale che non è considerata dalle teorie economiche del mercato e dalla contabilità, ma che è l'indicatore di reale civiltà e progresso.

In questo editoriale si è cercato di mettere in evidenza le ragioni per cui la capacità di un sistema di tutela della salute (e, più in generale, di un sistema economico-sociale) di farsi carico dei portatori di malattie rare e gravi dovrebbe diventare un segno «distintivo» di una società progredita. Purtroppo, nei periodi di crisi, oltre a politiche di contenimento della spesa pubblica e alla contrazione dei profitti e degli investimenti in ricerca da parte delle imprese, si ha anche un impoverimento generale della popolazione che, a sua volta, causa una riduzione del numero di volontari e delle donazioni, come rilevato recentemente da una ricerca commissionata dalla «Lega del Filo d'Oro». In questi periodi, per le malattie rare la mezzanotte e si allontana la prova della scarpetta del principe e rischiano di restare sempre più Cenerentole.

Annuario Sanità Italia 2010

Un peccato non averlo,
un privilegio possederlo!



L' Annuario Sanità Italia 2010 da ben 21 anni è:

- + il miglior partner di chi investe nella ricerca, nell'aggiornamento e nel progresso medico-scientifico
- + lo strumento di lavoro al servizio della professione medica
- + la soluzione completa e conveniente ad ogni esigenza dei professionisti della Sanità

Indispensabile e prezioso per

- + effettuare ricerche e consultazioni
- + svolgere analisi di mercato mirate e specifiche
- + realizzare operazioni di direct marketing
- + essere aggiornato sul quadro normativo di settore

www.annuariosanita.it

Tel +39 06.69380070

Periodicità: Annuale

Uscita: Marzo

Tiratura media: 10.000 copie

Formato: mm 170 x 240

Composizione opera: tre volumi

Prezzo di copertina: € 100,00

CD ROM: € 180,00*

CD ROM + cartaceo: € 100,00* + 100,00

*L'importo è da considerarsi IVA esclusa

**EDITORIALE
PUBLIACI**

Progettazione e introduzione del sistema di valutazione della performance individuale in tre aziende sanitarie

ROBERTO COTTA

The introduction of the appraisal system of individual performance in the health care organisations is overall considered very important, in compliance with the legal framework. Such a system requires two main elements: the design of a methodology coherent with the objectives and a strong investment on the competencies and the organisational culture of assessors and people assessed, in order to manage emotional conflicts and to qualify the relationship between all the actors involved in the assessing process. This article focuses on some key factors to be designed and managed, both organisational and cultural, representing the essential condition for an effective appraisal system. The author has tutored, within three health care organisations, the process of design and introduction of the appraisal system of individual performance, using a gradual and experimental approach.

Keywords: appraisal of individual performance, management by objective methodology, culture and values

Parole chiave: valutazione performance individuale, metodologia a servizio degli obiettivi, cultura e valori

Note sull'autore

Roberto Cotta, SDA, Università Bocconi, Milano

1. Premessa e introduzione

Tutti sembrano concordare, per convinzione o per opzione ideologica, nel sostenere la necessità di introdurre, nelle diverse articolazioni del Ssn e nella P.A. in generale, sistemi di valutazione delle persone, caratterizzati da una forte valenza meritocratica e strettamente correlati, a monte, ai sistemi di programmazione e controllo e, a valle, di incentivazione economica e di sviluppo professionale; tutto questo nella convinzione che la valutazione sia un potente stimolatore della motivazione e un forte orientatore di comportamenti, soprattutto se ancorata a robusti sistemi di incentivazione.

Da più parti si afferma con convinzione che l'egualitarismo, fortemente sostenuto da un approccio garantista, di taglio burocratico-formale, che ha alimentato per molto tempo il funzionamento della Pubblica amministrazione e condizionato il sistema delle relazioni sindacali, non è etico e neppure socialmente accettabile, per la semplice ragione che tratta allo stesso modo persone che adottano comportamenti diversi, in termini di competenze espresse, di impegno dedicato e di risultati raggiunti.

A fronte di una normativa di riferimento e di un'impalcatura contrattuale fortemente orientata a introdurre sistemi di valutazione attenti al costante monitoraggio di tutte le dimensioni della performance (di azienda, di singole unità organizzative e individuale), i comportamenti reali dei diversi decisori aziendali sembrano muoversi lungo traiettorie diverse, se non opposte, con ricadute or-

SOMMARIO

1. Premessa e introduzione
2. Lo scenario normativo e contrattuale e la situazione di fatto
3. Le determinanti dell'azione organizzativa, con particolare attenzione alla valutazione della performance individuale
4. La centralità della cultura nel processo di valutazione
5. Alcuni elementi caratterizzanti delle aziende sanitarie
6. I fattori da progettare e gestire, nella prospettiva del «Change Management»
7. Alcuni primi risultati relativi alla fase di introduzione del sistema di valutazione

ganizzative poco coerenti con il dettato normativo e le indicazioni contrattuali.

Il nodo di fondo da affrontare può essere così riassunto: come è possibile progettare e fare funzionare con successo un sistema operativo di valutazione della performance individuale, ben sapendo che si tratta di un processo la cui introduzione dovrà fare i conti con la cultura precedente che tende, quasi spontaneamente, a frapporre ostacoli, inerzie e resistenze di varia natura.

Molte aziende hanno sperimentato notevoli difficoltà (organizzative, cognitive ed emotive) nell'introdurre sistemi di valutazione della performance individuale; risulta difficile contrastare e vincere le prassi e le abitudini del passato, talmente radicate da fagocitare le innovazioni all'interno della vecchia cultura.

L'articolo si propone di individuare alcuni «fattori da progettare e gestire», di carattere organizzativo e culturale, nella prospettiva del «change management», per poter incidere in misura significativa sulla cultura organizzativa, condizione essenziale per introdurre sistemi operativi connotati da un forte impatto culturale.

L'autore dell'articolo ha svolto un ruolo di affiancamento, all'interno di tre aziende sanitarie pubbliche, nella delicata fase di progettazione e introduzione del sistema di valutazione della performance individuale, in stretto raccordo con il sistema di programmazione e controllo e con i sistemi di incentivazione e di sviluppo del personale (il meccanismo delle progressioni orizzontali per il comparto e la gestione degli incarichi per i dirigenti).

Per favorire la fase di prima implementazione di tale sistema, le tre aziende sono intervenute su molteplici dimensioni che verranno descritte sia singolarmente che nelle loro interrelazioni; tutte e tre hanno riservato grande importanza ai seguenti fattori: la gestione del processo, il coinvolgimento dei diversi attori, lo sviluppo delle competenze dei valutatori e dei valutati, la qualificazione della funzione di gestione del personale, l'attivazione di uno specifico sistema informativo, la messa in campo di forte e qualificata *leadership* della direzione strategica e delle sue diverse articolazioni.

Nelle tre situazioni le aziende hanno fatto un grande sforzo di «apprendimento orga-

nizzativo», per promuovere e diffondere la cultura della valutazione, con robusti interventi formativi «a tutto campo», nella chiara consapevolezza che non basta il presidio, pur importante, della dimensione metodologica, che comprende: la costruzione del regolamento aziendale della valutazione, con le correlate procedure operative, e delle schede di valutazione declinate per i diversi ruoli e profili.

Nella prima parte dell'articolo si affronta il tema della valutazione della performance individuale all'interno dello scenario normativo e contrattuale, dedicando attenzione alle due dimensioni che la caratterizzano: gli aspetti metodologici e la dimensione culturale.

Si analizza, in seguito, la rilevanza della variabile culturale su cui si è poi intervenuti per superare inerzie diffuse, promuovere un processo di coinvolgimento e di apprendimento, anche attraverso l'attivazione di una molteplicità di agenti del cambiamento, con l'obiettivo di costruire «valore condiviso», attraverso un qualificato processo di comunicazione, sul significato e sul contenuto della valutazione, superando le tensioni emotive e relazionali tipiche di ogni momento di valutazione ed enfatizzate in un contesto aziendale in cui domina il requisito della multi-professionalità.

La seconda parte dell'articolo propone un «modello logico cognitivo e organizzativo», costruito attraverso un'osservazione ragionata delle diverse esperienze effettuate, con lo scopo di individuare alcuni elementi essenziali, di tipo culturale e organizzativo, su cui investire per presidiare la fase iniziale di concreta implementazione del sistema di valutazione, privilegiando un approccio attento alle specificità delle singole situazioni. Lo schema proposto trova la sua ispirazione di fondo nel modello di lettura e interpretazione del cambiamento proposto da Gianfranco Rebola (2007) nel testo *Change management - Come vincere la sfida del cambiamento in azienda*.

Non si ha la pretesa di aver individuato un percorso ottimale da proporre come una «modellistica standardizzata o come una ricetta di sicuro successo», resta sempre valido il principio che le diverse soluzioni organizzative rappresentano solo una delle possibili soluzioni a uno specifico problema; nei tre

casi si è lavorato con pazienza e determinazione, investendo risorse e competenze, per creare le condizioni organizzative e culturali che possano favorire un'efficace introduzione di tale sistema, ben sapendo che non esistono «soluzioni banalmente semplici per risolvere problemi complessi».

Le linee di azione di taglio progettuale, organizzativo e culturale, su cui si è investito, sono state le seguenti: attivare un processo di coinvolgimento attivo nella progettazione del sistema di valutazione, investire sullo sviluppo delle competenze dei valutatori e sulla sensibilizzazione dei valutati, attivare una funzione di «help aziendale» a supporto del processo di valutazione, progettare un'informazione aziendale a sostegno dell'introduzione del sistema di valutazione.

In tutti e tre i casi si è deciso di promuovere una fase sperimentale, accompagnata da un attento monitoraggio, con il comune obiettivo di «imparare a valutare», evitando qualsiasi ricaduta di carattere economico, sia di incentivazione che di sviluppo di carriera.

2. Lo scenario normativo e contrattuale e la situazione di fatto presente all'interno delle aziende sanitarie

Da molti anni le leggi e i contratti, che hanno disegnato lo scenario di riferimento e delineato le traiettorie di azione (sia per il comparto che per la dirigenza), spingono con determinazione, talvolta con un taglio molto coercitivo, a introdurre sistemi di valutazioni dei risultati organizzativi e delle prestazioni individuali.

Si afferma, inoltre, con chiarezza che l'applicazione di tali meccanismi, che devono essere «ufficiali e impersonali» e gestiti con trasparenza, rappresenta il presupposto essenziale per attuare alcune «politiche di gestione del personale» che si traducono in specifici sistemi operativi di incentivazione e di sviluppo professionale (la gestione degli incarichi per la dirigenza o delle progressioni orizzontali per il comparto).

Recenti disposizioni normative (la cosiddetta «Riforma Brunetta») impongono, con la forza cogente del dettato normativo, la concreta applicazione di sistemi premianti, per la dirigenza e per il comparto, supportati da un sistema di verifica equo e trasparente, correlato alla performance di azienda e delle

single unità organizzative, e caratterizzato da una differenziazione verificabile e di taglio fortemente meritocratico, arrivando a codificare in sede normativa il sistema della distribuzione forzata delle valutazioni all'interno di tre classi, cui corrispondono percentuali differenti di incentivazione economica.

Certamente la leva normativa rappresenta un'opzione attivabile con differenti modalità, in sintonia con le variabili organizzative e culturali; resta la forte valenza di «razionalità implicita» che caratterizza l'approccio normativo e che si scontra con le caratteristiche delle diverse organizzazioni che «una volta messe in atto, acquisiscono una propria soggettività, parzialmente autonoma rispetto alle variabili di ordine ambientale e istituzionale» (Rebora, 1984).

In questi ultimi anni, gli ispettori del Ministero del Tesoro e la Corte dei Conti, con il supporto di diversi «bracci operativi», stanno intervenendo presso le Aziende sanitarie e gli enti locali per ravvisare inadempienze nella gestione operativa dei sistemi di assegnazione degli obiettivi, di valutazione dei risultati e della performance individuale e di utilizzo dei diversi strumenti di incentivazione, riservandosi di identificare e sanzionare situazioni caratterizzate dalla classica «distribuzione a pioggia», disancorata da sistemi di misurazione e di valutazione codificati ed effettivamente utilizzati.

Particolare attenzione viene dedicata, in sede di controllo, alla presenza di regole, ruoli e funzioni specificatamente dedicati alla gestione del processo di valutazione, per cui diventa sempre più difficile, e anche rischioso, rimuovere o eludere il problema della misurazione dei risultati e della prestazione individuale, con la conseguente differenziazione prodotta da un sistema premiante di taglio meritocratico.

Anche sul fronte della gestione delle progressioni orizzontali, diventa sempre più pressante il dettato contrattuale di adottare comportamenti selettivi, anche a fronte del vincolo delle risorse scarse; diventa gioco-forza gestire le ridotte disponibilità economiche attraverso sistemi di selezione comparativa, necessariamente legata a meccanismi di valutazione, anche di tipo multifattoriale.

Alla lunga l'attuale modalità di operare rischia, da un lato, di indebolire il processo di focalizzazione sui comuni obiettivi, nodo-

chiave a fronte delle molteplici differenziazioni che caratterizzano le aziende sanitarie, e, di conseguenza, di minare la stessa «unità e identità dell'Azienda»; dall'altro, pregiudica le opportunità di crescita e di sviluppo delle persone, sempre più orientate a rivendicare il «diritto ad avere una *feedback* personalizzato» e a richiedere una valutazione professionale, sul cui esito declinare gli strumenti del sistema premiante.

Si ritiene, infatti, che la progettazione e gestione di un efficace sistema di valutazione si configuri come un «diritto individuale» per gli stessi operatori, un elemento che caratterizza e qualifica, grazie a un *feedback* ufficiale, la propria prestazione, un fattore che arricchisce la storia e il percorso professionale di ciascuno, una componente non residuale del *curriculum* personale da esibire ai diversi soggetti organizzativi e istituzionali con cui si desidera «scambiare» la propria prestazione professionale.

Nonostante il robusto, consolidato e diffuso scenario normativo e contrattuale, nella realtà sono poche le aziende sanitarie che hanno introdotto un sistema di valutazione della performance individuale di taglio chiaramente meritocratico, strettamente correlato al sistema di programmazione e controllo e ai sistemi di incentivazione e di sviluppo professionale.

Un sistema che, per essere accettato socialmente e durare nel tempo, deve essere caratterizzato da forti elementi di equità sociale, sufficientemente metabolizzato dalla cultura organizzativa ed essere in grado di contribuire alla qualificazione del clima e del sistema delle relazioni organizzative, unitamente al miglioramento della complessiva qualità dei servizi.

Resta certamente un nodo delicato la costruzione di un'efficace correlazione tra valutazione e incentivazione, considerando la molteplicità degli obiettivi su cui è possibile attuare il sistema di valutazione; obiettivi potenzialmente conflittuali che richiedono necessarie decisioni strategiche finalizzate a definire il sistema delle priorità su cui focalizzare la progettazione e la gestione del sistema di valutazione e il suo ancoraggio con il sistema di programmazione e controllo.

Indirizzare il sistema di valutazione all'erogazione selettiva di incentivi economici, anche privilegiando il meccanismo della di-

stribuzione forzata (proposto dalla «Riforma Brunetta»), è diverso che progettare un sistema di valutazione sostanzialmente correlato alla crescita delle persone e allo sviluppo dell'organizzazione; la stessa norma citata prevede, all'articolo 31, «margini di manovra» più ampi per le aziende sanitarie.

Anche in questo caso, risulta cruciale un «bilanciamento degli obiettivi» attraverso una definizione delle priorità; ne consegue la necessità di affrontare in modo consapevole il «nodo strategico» della definizione e della gerarchizzazione degli obiettivi che stanno alla base del sistema di valutazione, nella consapevolezza che non esiste e non può esistere un sistema di valutazione «neutro e oggettivo» in grado di perseguire tutti gli obiettivi; ogni modello organizzativo, declinato nelle diverse variabili organizzative, rappresenta una risposta contingente a uno specifico problema e incorpora una sua «strumentalità logica» rispetto agli obiettivi.

Occorre evitare di subire una situazione in cui la priorità degli obiettivi risulti come un «dato di fatto», prodotto dall'azione di altri, subito e non governato, anche grazie a una subalternità aziendale, di fatto praticata, in sede negoziale; si rischia, di conseguenza, di dover giocare al ribasso, all'interno di regole definite da altri; resta sempre valido il principio che gli spazi lasciati liberi vengono ricoperti da altri nel gioco delle relazioni tra molteplici portatori di interesse, interni ed esterni.

Nella prassi, in molti casi, è stata applicata la classica «incentivazione a pioggia», accompagnata da valutazioni fatte «per adempimento formale», di corsa e per necessità, accettando come «male minore» di praticare in modo diffuso alcuni dei classici errori di valutazione, del tipo: l'errore sistematico (caratterizzato da una valutazione diversificata di performance individuali simili, grazie a una diversa selettività nell'utilizzo dello stesso criterio di valutazione), l'indulgenza eccessiva, l'appiattimento e la tendenza a giudizi medi uniformi; nel box 3 (a p. 23) sono presentati nel dettaglio i diversi possibili errori di valutazione.

Nella grande parte dai casi si è alimentato, e implicitamente sostenuto, un diffuso «patto collusivo» tra valutatori e valutati, spesso validato nei fatti dalla direzione strategica, per depotenziare la valutazione, cercando di

anestetizzare le possibili tensioni, puntando a concedere comunque «garanzie certe» ai valutati di poter capitalizzare le opportunità offerte dal sistema premiante e di provvedere a rassicurare i valutatori da possibili conseguenze indesiderate.

In questo modo si è così raggiunto l'obiettivo di evitare di misurarsi e «fare i conti» con la dimensione culturale e relazionale implicita nel processo di valutazione, addomesticando la metodologia in funzione di una «valutazione formale», sicuri di aver ottemperato a un «adempimento tra i tanti» (capita spesso di sentire l'affermazione: «ci mancava anche la valutazione con tutti i problemi che già abbiamo»).

Sicuramente non mancano le possibili giustificazioni su cui fare leva per rimuovere il problema della valutazione, del tipo: siamo già sotto organico, si chiede già tanto alle persone, l'organizzazione funziona grazie alle disponibilità compensatorie dei singoli che tamponano le deficienze strutturali del sistema, siamo tutti sotto stress costante, ecc.; la conseguenza logica porta alla stessa conclusione, di taglio assolutorio: in questa situazione, già potenzialmente esplosiva, sarebbe una follia innescare la miccia della valutazione, con il rischio sicuro di creare tensioni e conflitti, di danneggiare i rapporti interpersonali e il clima organizzativo e di incrementare le azioni di resistenza e di contrasto, esplicite e latenti, anche se sempre pronte ad esplodere.

Questa giustificazione sociale alimenta il timore (o l'alibi!) che l'introduzione del sistema di valutazione della performance individuale favorisca conflitti e tensioni, contribuendo al deterioramento del clima organizzativo e al progressivo peggioramento delle relazioni tra i responsabili e i loro collaboratori, minacciando alla base la possibilità di fare un ricorso diffuso all'inesauribile disponibilità individuale o al mutuo adattamento come principale meccanismo di integrazione, a supporto del funzionamento dell'organizzazione.

Parlare di valutazione non è mai facile, certamente si tratta di un nodo critico che deve essere affrontato con attenzione; pensare di eluderlo anestetizzando o rimuovendo la valutazione, anche con approcci reciprocamente collusivi, rappresenta una scappatoia semplicistica, peraltro giustificata surretti-

ziamente da un principio certamente carico di buon senso, anche se tendenzialmente conservatore, che recita: «prima di tutto è meglio non fare danni».

A conferma di questo fatto, una recentissima ricerca dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (anno VIII numero 23 del 2009) ha ampiamente documentato il sostanziale fallimento dei sistemi di valutazione nella maggior parte delle aziende sanitarie.

Potrebbe essere sufficiente citare quanto riportato a pagina 38 della ricerca, dove si afferma:

«Per quanto di nostra conoscenza, diretta o indiretta, quanto auspicato dalle norme e dai contratti non ha trovato riscontro nelle realtà aziendali. Le cosiddette incentivazioni «a pioggia» costituiscono più la norma che un'eccezione, così come gli aumenti stipendiali per il personale del comparto (leggasi progressione economica orizzontale) di massa o erogati secondo l'unico, o basilare, criterio dell'anzianità di servizio.»

Viene spontaneo porsi una domanda: come mai, nonostante la grande spinta normativa (con uno dei punti forti individuabili nelle Legge 286 del 1999) e la forte enfasi posta dai contratti sul tema della valutazione, i risultati concreti sono ben al di sotto delle aspettative e, molto spesso, in contrasto aperto con le leggi e con i contratti?

Certamente molte aziende ricorrono ad artificiose «coperture formali» per adempiere il dettato normativo e contrattuale; si pensi alla modalità, spesso meccanicistica e formale, con cui si valutano gli incarichi dirigenziali.

Talvolta i sistemi di valutazione si configurano come una «sovrastuttura organizzativa», un elemento di carattere formale, inadeguato e inadatto a orientare e governare i comportamenti, si tratta spesso di dover risolvere e gestire «un fastidio in più», una richiesta che proviene dalla direzione o dagli uffici amministrativi, estranea e avulsa rispetto alle «oggettive necessità organizzative», un ostacolo alla gestione della complessità del quotidiano; fenomeno questo molto amplificato, come si vedrà in seguito, dalla massiccia presenza dei professionisti nelle aziende sanitarie.

Si tende ad attribuire al sistema di valutazione della performance una connotazione di «elemento disturbante», un fattore di poten-

ziale fibrillazione organizzativa, che potrebbe ledere il difficile equilibrio che caratterizza il funzionamento operativo dell'organizzazione, peraltro già difficile e complesso.

A questo scopo, occorre porre particolare attenzione a quelle aziende che sostengono di disporre «ufficialmente» di un sistema di valutazione. In molti casi si registra una dicotomia tra «l'impalcatura formale» del sistema di valutazione esistente, con la relativa strumentazione di supporto, e le concrete modalità di utilizzo che, di fatto, ne minano i principi fondanti; si pensi alla prassi assai diffusa di formulare valutazioni molto positive nella stragrande maggioranza dei casi.

In questo modo si evita di affrontare un confronto diretto finalizzato a costruire valore sul significato e sull'utilizzo della valutazione, a innalzare il tasso di consenso sui criteri e sulla loro concreta applicazione; condizioni essenziali per accrescere il livello di oggettivazione della valutazione, riducendone gli inevitabili tratti di soggettività.

Evidentemente il problema della valutazione della performance individuale non può essere affrontato e risolto solo in via normativa e contrattuale. La sua strutturale «valenza culturale e relazionale», gestibile solo in termini processuali, il peso dei vissuti cognitivi ed emotivi, la gestione della simmetria di potere tra i diversi attori coinvolti, sono tutti fattori che richiedono un forte investimento di qualificazione delle competenze e della cultura organizzativa che chiama in causa tutti i diversi soggetti coinvolti nella progettazione e gestione del sistema di valutazione: la direzione strategica, i responsabili a diverso titolo della risorsa personale, i valutatori e i valutati.

3. Le determinanti dell'azione organizzativa, con particolare attenzione alla valutazione della performance individuale

In questi ultimi tre decenni il sistema sanitario del nostro Paese è stato interessato da profonde trasformazioni che hanno contribuito a modificarne profondamente l'assetto organizzativo e il funzionamento.

Il sistema ha dovuto rimodularsi per rispondere a due esigenze di fondo: fronteggiare le sfide provenienti dall'ambiente esterno, con la conseguente necessità di delineare un nuovo posizionamento strategico,

e attrezzarsi per gestire il crescente tasso di complessità interno, in funzione delle attività e dei processi da gestire.

I fattori di turbolenza e incertezza provenienti dall'ambiente sono molteplici, tra questi spiccano: l'evoluzione dello scenario normativo (afferente il sistema pubblico nel suo complesso e, nello specifico, relativamente alle molteplici innovazioni che hanno inciso sul sistema sanitario), le politiche di governo delle risorse e di contenimento della spesa in ambito nazionale e regionale, le trasformazioni sul fronte dei bisogni e della domanda, l'evoluzione della cultura sanitaria, l'impatto delle nuove tecnologie in ambito sanitario, le dinamiche presenti nell'arena competitiva, ecc.

I fattori di incertezza e turbolenza ambientale hanno contribuito ad accrescere il livello di complessità da gestire, già elevato in funzione di alcune caratteristiche peculiari che contraddistinguono il funzionamento delle aziende sanitarie.

Il governo dei processi di cambiamento e di sviluppo e la gestione della complessità richiedono un qualificato investimento organizzativo attraverso un utilizzo combinato dei diversi fattori che orientano l'azione organizzativa, elementi che, debitamente combinati, concorrono a rimodulare e orientare i comportamenti in relazione a determinati obiettivi.

Un'efficace scelta e combinazione delle diverse leve, in relazione al problema da affrontare, rappresentano un elemento cruciale nella gestione dei processi di cambiamento.

Le quattro leve su cui operare possono essere sintetizzate come viene mostrato nella **figura 1**.

Di seguito si analizzano singolarmente i diversi fattori, per poi affrontare con maggiore dettaglio il tema della cultura, resta aperto il nodo della necessità di combinarli in modo coerente in rapporto al problema da affrontare e all'azione organizzativa da promuovere.

3.1. Lo scenario normativo

Comprende tutti gli aspetti di carattere normativo, connotati da un taglio prescrittivo, cui solitamente viene attribuito un forte potere di regolazione dei comportamenti, situazione non sempre verosimile, poiché la

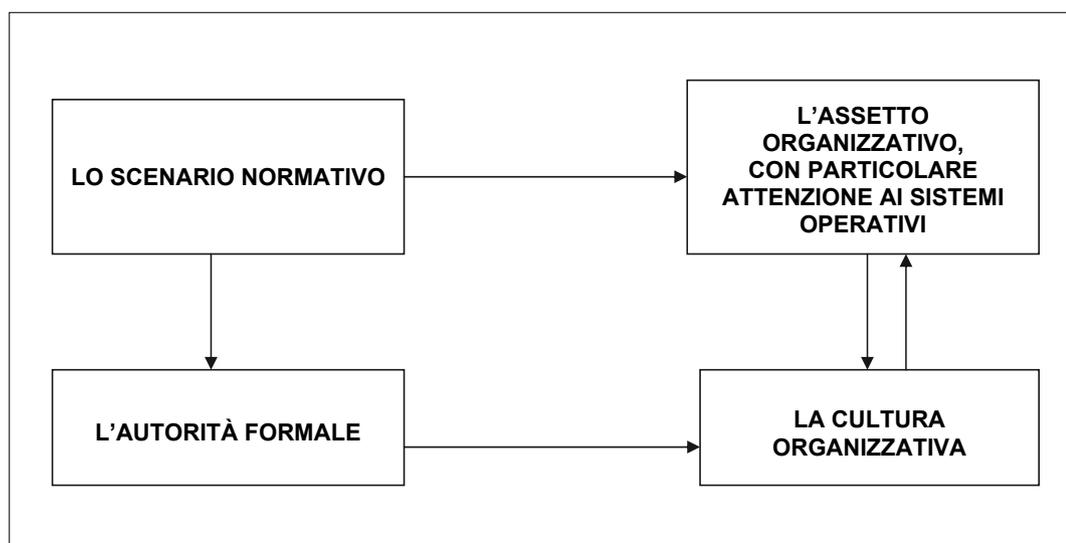


Figura 1
Le quattro leve
per orientare l'azione
organizzativa

norma si connota come un'opzione da attivare, un vincolo-opportunità da gestire, declinandolo all'interno delle specifiche situazioni aziendali, che «risentono di dinamiche autonome di espansione dimensionale, di tutela della continuità/stabilità, di sensibilità ad interessi e fini differenti, anche non istituzionali e non legittimi» (Rebora, 2007).

La forza potenziale della norma deve fare i conti con la variabile del potere presente in tutti i contesti organizzati, potere che «si afferma sempre rispetto a un'inerzia o una resistenza presunta e presuppone un'opposizione tra le due polarità» (Barus, 2005) dove chi ha il potere lo ha sempre alle spese di un altro.

Il potere può essere identificato come un gioco di forze (Foucault, 1978), con una dinamica relativamente instabile; con la conseguenza che il potere è sempre da conquistare, elargire o conservare, per assicurarsi almeno «qualche zona di tranquillità» (Crozier, 1969).

In base a queste considerazioni non è detto che il dettato normativo possa influenzare, per automatismo, comportamenti individuali e sociali fortemente condizionati da una radicata impalcatura culturale o valoriale e che richiedono il libero arbitrio e un robusto tasso di auto-motivazione imprenditoriale e di «protagonismo individuale», all'interno dei giochi di potere organizzativo.

È di evidenza constatare come la norma sia del tutto inadeguata ad orientare comporta-

menti fortemente legati alla sfera passionale o emotiva che solo la singola persona può decidere di mettere in campo, relazionandosi liberamente con i vincoli e le opportunità del contesto.

È facile constatare come l'impegno, l'entusiasmo e la passione, la dedizione e lo spirito imprenditoriale, il senso di appartenenza e il gusto della sfida, il sorriso e il piacere di lavorare non possano essere imposti per legge.

3.2. L'autorità formale

Il ruolo della gerarchia, come strumento di integrazione e coordinamento, ha una funzione di primaria importanza, certamente affiancato da altri strumenti in funzione del livello di complessità dell'organizzazione, del tipo di «legami organizzativi», del livello di accentramento-decentramento di autonomie e di poteri formali che caratterizza l'assetto organizzativo.

La gerarchia rappresenta un utile strumento per risolvere conflitti e problematiche non risolvibili con altri strumenti, tenendo ben presente il «limite strutturale» della gerarchia nelle organizzazioni «a legami deboli» (Weick, 1986), dove risulta determinante un'azione sui meccanismi accompagnata da un investimento di qualificazione della cultura organizzativa, alimentato da stili di direzione caratterizzati da una forte *leadership* focalizzata su una *vision* positiva capace di svolgere una «funzione attrattiva», di orien-

tamento e di finalizzazione dei comportamenti (Druker, 1996).

Certamente l'azione della gerarchia, in qualità di committente ultimo e di garante degli obiettivi, risulta determinante nel sostenere l'utilità e la validità dell'introduzione di sistemi di valutazione, in funzione del suo ruolo di «fattore di sintesi e di garanzia ultima» del raggiungimento dei comuni obiettivi.

Le molteplici difficoltà che si incontrano nell'introdurre un sistema di valutazione e le naturali e diffuse resistenze richiedono una committenza forte e determinata, costantemente tesa a legittimare e sostenere il difficile cammino di introduzione e gestione del sistema di valutazione, soprattutto nella fase iniziale dove i forti connotati di innovazione alimentano possibili disguidi e tensioni su cui i detrattori del nuovo sistema pescano a piene mani, continuando a rimpiangere le garanzie e le sicurezze offerte dal passato.

Nella fase iniziale in cui si introducono nuovi sistemi gestionali, con un forte impatto culturale e valoriale, è indispensabile «stare costantemente sul pezzo» e tenere «dritta la barra», un tentennamento della direzione strategica o un'incauta «battuta infelice» tesa a banalizzare il nuovo meccanismo potrebbero minare alla base l'ancora fragile impalcatura del sistema di valutazione.

Questa azione di forte impulso e di orientamento deve essere accompagnata (Rebora, 2007) dall'attivazione di una diffusa rete di «agenti del cambiamento» in grado di diffondere le logiche, le metodologie e gli strumenti che si intendono introdurre.

3.3. L'assetto organizzativo, con particolare attenzione ai sistemi operativi

La definizione dell'assetto organizzativo, nella consapevolezza della sua dimensione strumentale rispetto agli obiettivi, attraverso il disegno coordinato delle due variabili caratterizzanti (la struttura e i sistemi operativi), si configura come un «riduttore di incertezza» e un «orientatore e regolatore di comportamenti», in funzione dei comuni obiettivi.

È compito tipico dell'organizzazione definire un «ambiente strategico e operativo» finalizzato a promuovere, validare, sostenere e premiare comportamenti coerenti con i co-

muni obiettivi e ad ostacolare, disincentivare e «non premiare» comportamenti non appropriati o sconvenienti.

All'interno delle aziende sanitarie particolare attenzione dovrà essere dedicata a progettare l'organizzazione per risolvere due fabbisogni strutturalmente antagonisti, enfatizzati dalla massiccia presenza di professionisti: il fabbisogno di differenziazione e quello di integrazione.

Rientra in questo ambito il ruolo centrale dei sistemi operativi (potenti strumenti di orientamento e canalizzazione dei comportamenti di ruolo), con particolare attenzione a quelli che agiscono direttamente sulle persone, tra i quali spicca il sistema di valutazione, eventualmente correlato al sistema di programmazione e controllo ai sistemi di incentivazione, di progressione di carriera e di sviluppo professionale.

Certamente il sistema di valutazione, coordinato con altri sistemi, rappresenta un potente orientatore di comportamenti; resta aperto il problema del bilanciamento tra un sistema di valutazione orientato a premiare comportamenti tesi a promuovere il «gioco di squadra» e un sistema più focalizzato a stimolare la competizione tra gli individui. Si tratta di un problema che può essere affrontato con una declinazione personalizzata degli indicatori (a livello individuale e di *team*), per rispondere alle esigenze di un contesto organizzativo dove la piena soddisfazione delle molteplici dimensioni che caratterizza la performance di un servizio sanitario, o socio-sanitario, risulta fortemente condizionata dalla soddisfazione del fabbisogno di interdipendenza professionale, organizzativa e culturale.

3.4. La cultura organizzativa

La cultura organizzativa rappresenta un potente vettore motivazionale che impatta in misura profonda sui comportamenti delle persone, anche perché la cultura e il correlato sistema valoriale rappresentano il carburante più potente nell'alimentare l'insieme dei comportamenti, un fattore organicamente metabolizzato, sia individualmente che socialmente, nel gruppo sociale di riferimento.

La cultura, di difficile identificazione, può essere descritta come «le regole del gioco per rimanere all'interno di un'organizzazio-

ne» (Schein, 1968), «i valori dominanti di un'organizzazione» (Deal, Kennedy, 1982) capaci di orientare l'azione quotidiana delle persone, agendo, quasi per automatismo, alimentando comportamenti che «bypassano» la consapevolezza cosciente e risultano non facilmente dominabili sul fronte razionale.

Ogni gruppo sociale è naturalmente portato a costruire, validare e consolidare nel tempo una sua cultura organizzativa, quale fattore di coesione e di identità, grazie alla metabolizzazione condivisa dei principi che stanno alla base di alcuni comportamenti ritenuti di successo per definire i criteri di appartenenza e costruire la coesione all'interno del gruppo, gestire i confini e risolvere le interdipendenze con altri attori sociali o organizzativi.

4. La centralità della cultura nel processo di valutazione

La cultura, grazie alla sua funzione di «collante valoriale» e di potente fattore di identificazione del gruppo e dei diversi membri, contribuisce a delineare il *mix* dei

comportamenti ritenuti corretti all'interno del gruppo, definendo ciò che è bene e ciò che è male per il gruppo, e svolge per i suoi membri, grazie alla sua metabolizzazione individuale e al suo radicamento sociale, un ruolo di assicurazione individuale e collettiva, afferma e codifica l'insieme dei comportamenti ritenuti corretti, svolge una funzione di regolazione naturale del sistema delle relazioni, definendo i codici di comportamento che sono ritenuti «giusti per tutti i membri» ed emarginando comportamenti contrari.

In considerazione della oggettiva difficoltà a definire in modo puntuale il concetto di cultura, nel **box 1** si riportano alcune definizioni di cultura tratte da diversi autori.

Nel **box 2** si sviluppa la definizione di cultura proposta da Schein, che rappresenta un importante punto di riferimento per molti autori.

Grazie alla cultura condivisa, i diversi membri del gruppo si identificano in una comune visione di «quello che è giusto e quello che è sbagliato», tendendo ad assolutizzare e generalizzare la loro chiave interpretativa

«Cultura» è un termine di ampio utilizzo, soggetto a molteplici interpretazioni, e di significato complesso e variegato.

Potrebbe essere utile cercare di proporre una breve sintesi delle diverse possibili accezioni nell'utilizzo di questo termine nella letteratura manageriale.

Una prima serie di definizioni si trova in Schein (1991), che propone una lista dei significati più ricorrenti del termine cultura:

I comportamenti usati regolarmente nei rapporti fra le persone, come il linguaggio e i rituali di comportamento (Goffmann, 1953; Van Maanen, 1979).

Le norme che si sviluppano nei gruppi di lavoro (Homans, 1950).

I valori dominanti di un'organizzazione, quali il «product quality» o il «price leadership» (Deal e Kennedy, 1982).

La filosofia che guida la politica aziendale nei confronti di dipendenti e clienti (Ouchi, 1981; Pascale e Athos1, 1988).

Le regole del gioco per rimanere all'interno di un'organizzazione, i «trucchi» che un nuovo arrivato deve apprendere per essere accettato quale nuovo membro (Schein, Van Maanen, 1968).

Le sensazioni o atmosfera che l'organizzazione comunica tramite l'aspetto e le modalità di interazione tra i membri dell'organizzazione e i clienti (Tagiuri, Litwin, 1968).

La cultura è un sistema di significati pubblicamente e collettivamente accettati, operante in un gruppo determinato... che serve ad interpretare la situazione delle persone alle persone stesse (Pettigrew, 1986).

La cultura e l'insieme di due componenti principali:

– *la sostanza, cioè i significati contenuti nelle sue ideologie, norme, valori;*

– *le forme, cioè le pratiche grazie alle quali questi significati vengono espressi, affermati, comunicati ai membri (Trice, Beyer, 1987).*

La cultura non è una risorsa, un «avere» da utilizzare per migliorare le prestazioni organizzative, quanto un modo di essere, una condizione costitutiva con la quale fare i conti (Smirchic, 1983).

Box 1

Alcune definizioni di cultura tratte da diversi autori

Box 2

Uno sguardo approfondito
dentro la cultura

Sul tema della cultura e delle relazioni con il cambiamento organizzativo risultano di particolare interesse le riflessioni sviluppate da Edgard Schein in *Organizational culture and leadership* (1985).

Secondo l'autore, che propone una classificazione articolata a tre livelli della cultura, essa alimenta le convinzioni e i valori diffusi che sono alla base del comportamento organizzativo. Grazie alla sua forza la cultura può essere identificata come il motore invisibile dell'organizzazione.

L'analisi di Schein parte da un'attenta riflessione sulla reazione delle persone ai processi di cambiamento, con particolare attenzione alle resistenze ed alle inerzie che essi inducono.

Perché alcuni cambiamenti, anche impegnativi, non producono i risultati sperati? Perché gli interventi sulla struttura, sui sistemi operativi o perfino l'arrivo al timone di un'azienda di un manager di indiscusso successo non assicurano automaticamente l'efficacia del cambiamento?

Secondo Edgard Schein se non cambia la cultura, l'organizzazione, grazie ai comportamenti delle persone imbevuti dalla cultura precedente, tende a fagocitare il cambiamento all'interno della cultura precedente, grazie alla sua funzione rassicuratrice; nei fatti essa continuerà, o riprenderà ad operare come operava prima del cambiamento.

Che cos'è la cultura organizzativa per Edgard Schein? A cosa «serve» nelle organizzazioni?

L'autore offre la seguente definizione: la cultura comprende «gli assunti di base e le convinzioni condivise dai membri dell'organizzazione che agiscono inconsciamente e che definiscono la visione scontata che un'azienda ha di se stessa e del suo ambiente. Questi assunti e convinzioni sono le risposte che un gruppo ha appreso e mette in atto per sopravvivere nell'ambiente esterno e superare i problemi di integrazione all'interno».

L'autore descrive la cultura come caratterizzata dai seguenti elementi:

- è una componente talmente radicata e interiorizzata dalle organizzazioni, che gli stessi componenti stentano a riconoscerla, per questo viene data per scontata, come un qualcosa di oggettivo in sé;
- permette il funzionamento dell'organizzazione perché orienta «automaticamente» i comportamenti delle persone, essendo il «risultato sicuro» di una elaborazione concreta di soluzioni a problemi reali; per questo la cultura può anche fare a meno di esplicitare le regole del gioco;
- è un fatto dinamico, ovvero cambia e muta nel tempo, in base a come un gruppo reagisce alle sfide esterne e per come risolve i problemi interni;
- nasce come fenomeno di apprendimento di un'organizzazione rispetto al contesto in cui si sviluppa (si afferma la cultura che permette all'organizzazione di funzionare meglio in un dato ambiente);
- è un «prodotto consolidato» che può essere trasmesso ai nuovi membri come viatico su come affrontare la vita organizzativa.

Il modello di Schein ci suggerisce alcune considerazioni sulla naturale resistenza che le organizzazioni, pubbliche e non, frappongono al cambiamento; sicuramente testimonia del fatto che non è sufficiente agire solo sulla norma e sugli assetti organizzativi per realizzare processi di cambiamento duraturi.

Come agire sulla cultura

Prima di affrontare il complesso tema di come intervenire per promuovere e stimolare il cambiamento della cultura può essere utile riprendere la distinzione fatta da Schein fra tre differenti livelli della cultura:

- gli artefatti;
- i valori;
- gli assunti di base.

Il livello degli *artefatti* è quello più immediatamente visibile, ma spesso meno decifrabile; esso comprende il linguaggio, il disegno organizzativo, i comportamenti espliciti.

Talvolta risulta molto difficile leggere che cosa si nasconda dietro gli artefatti (in particolare i comportamenti agiti dalle persone), comprendere il significato che essi hanno e le ragioni profonde che li ispirano all'interno di un contesto.

A tal fine può venire in aiuto il livello dei valori, cioè dei principi fondamentali ed espliciti in base ai quali si elaborano i comportamenti e si compiono le scelte concrete nelle organizzazioni.

Questo secondo livello della cultura rappresenta l'ambito più alto di consapevolezza che l'organizzazione raggiunge, in modo non sempre esplicito, e si connota come un potente «collante organizzativo», anche se non sempre all'interno di un quadro di piena consapevolezza.

Il motore di molti comportamenti organizzativi è, infatti, quello rappresentato nel terzo livello della cultura, individuato da Schein negli assunti di base, che rappresentano l'insieme di idee e concezioni implicite che, agendo dal profondo, effettivamente determinano il comportamento.

Gli assunti di base sono difficilmente visibili e spesso inconsapevoli: infatti, tutto ciò che viene dato per scontato è difficilmente oggetto di attenzione e meno ancora di discussione.

Rientrano in questo ambito la concezione del tempo, il modo di vedere il proprio lavoro in relazione a quello degli altri, la reale priorità degli obiettivi che si perseguono (considerando la sfera personale e quella organizzativa), la modalità con cui si risolve la dialettica tra individualismo e collaborazione, l'orientamento verso l'innovazione, ecc.

L'inconsapevolezza di tali assunti non attenua in nessun modo la loro capacità di generare comportamenti, anzi, è proprio il fatto di essere così profondamente radicati da non richiedere più neppure la consapevolezza, che li rende particolarmente efficaci.

Ad un'attenta osservazione, quindi, questo modello di analisi della cultura aiuta a spiegare i comportamenti delle persone e quello delle organizzazioni.

Per Schein la strada maestra per intervenire sulla cultura è quella di costruire una nuova «idea di futuro», una «vision» capace di dare nuovo senso e significato, tutto questo attraverso lo strumento della *leadership*, intesa come «un processo attraverso il quale un individuo o un gruppo sono guidati in una data direzione, verso determinati comportamenti, utilizzando metodi non coercitivi, cioè senza imposizione di autorità».

Il ruolo del leader, inteso come un «pedagogo organizzativo» generatore di cultura e di valori ed attore del cambiamento, si può riassumere nella capacità di:

- individuare nuovi valori e nuovi principi per pensare meglio il futuro;
- farli accettare dal gruppo persuadendo la maggior parte delle persone;
- incoraggiare la loro realizzazione, facendo sì che le persone si ritengano motivate ad agire e sostenendole in caso di difficoltà.

È facile intuire come la direzione strategica e la funzione di governo del personale debbano svolgere un ruolo di promozione e di stimolo culturale.

ritenuta sicura e vincente in virtù dell'ampia sperimentazione fatta dal gruppo nel tempo.

Logicamente diversi gruppi possono elaborare nel tempo culture diverse, all'interno dei giochi di relazione e di potere tipici dei diversi sotto-ambienti organizzativi (Lawrence, Lorsch, 1967), che, di conseguenza, alimentano e giustificano, quasi per automatismo, comportamenti differenti, promuovendo facili giudizi, quasi scontati, sui comportamenti dissonanti degli altri.

Risulta evidente la funzione potente della cultura quale stimolatore dei comportamenti, senza che sia necessaria una chiara ed esplicita «presa di coscienza»; è il caso tipico della risposta che molte persone pongono a una domanda inerente alle ragioni e alle cause di un dato comportamento, partendo dall'assunto che esista una molteplicità di alternative caratterizzate da una relativa validità; a fronte della domanda «perché vi comportate in questo modo» la risposta, logica, quasi scontata, è che «si è sempre fatto così».

Ciascuna persona, davanti a una valutazione (una critica, un giudizio su aspetti di carattere personale, un esame o un concorso), prova un naturale istinto di difesa e di resistenza, attivando energie e azioni di contrasto di varia natura, per arginare il possibile attacco alla propria autostima.

Questo moto di reazione è alimentato, spontaneamente, dalle conseguenze prodotte dalle tante valutazioni che si sono consolidate nel tempo, frutto, talvolta amaro, di esperienze di valutazione percepite come negative nel corso della storia personale e professionale di ciascuno; ogni nuova valutazione, vista come una potenziale minaccia al proprio tasso di autostima, richiama e fa rivivere il frutto avvelenato delle esperienze negative di valutazione che hanno caratterizzato la propria vita e che generano una risposta di tipo reattivo, ritenuta come logica e naturale.

Per questo il valutato si presenta alla valutazione con un atteggiamento di «implicita e automatica resistenza» su cui occorre agire con una strategia di comunicazione mirata a ricostruire il significato della valutazione per i due attori coinvolti e per l'organizzazione nel suo complesso.

Certamente cambiare la cultura è un impegno rilevante e di lungo periodo, poiché mette in gioco archetipi di tipo cognitivo ed emotivo che hanno alimentato per molto tempo i comportamenti individuali e sociali, ritenuti oggi scontati e considerati come un approdo sicuro per evitare problemi e grane di varia natura, un fattore che svolge una preziosa funzione di assicurazione individuale

e sociale e di difesa dalle possibili minacce esterne; in questa prospettiva la cultura connota e alimenta le «inerzie» che caratterizzano il modello di «Change Management» delineato da Rebola (2007).

La cultura si costruisce e si consolida nel tempo con un processo complesso, storicizzato e contestualizzato, con un conseguente radicamento profondo nel modo di pensare e di agire delle persone, per questa ragione la cultura ha una sua naturale e intrinseca capacità di influenzamento degli atteggiamenti e dei comportamenti con cui occorre necessariamente fare i conti (Schein, 1985).

La cultura si connota come un elemento generatore di identità e presenta sempre un ancoraggio valoriale per il gruppo che l'ha elaborata e che in essa si identifica; la cultura, con le sue dimensioni valoriali, non è mai neutra, e può condizionare e ostacolare, anche in modo rilevante, ogni intervento organizzativo e, in particolare, qualsiasi cambiamento che venga percepito come una potenziale minaccia agli equilibri di relazione e di potere che la cultura stessa ha contribuito a costruire e a consolidare nel tempo.

La forte presenza, all'interno delle aziende sanitarie, dei professionisti pone l'ulteriore problema del nascere e del proliferare di una vasta gamma di culture, quale prodotto dei diversi sotto ambienti professionali; culture spesso in competizione tra loro e potenzialmente antagoniste rispetto a una cultura, necessariamente sopraordinata, che punta a difendere l'unicità del «sistema azienda» e i suoi obiettivi.

La valutazione è un sistema operativo che impatta profondamente con la cultura e i valori che un dato gruppo ha consolidato nel tempo, contrasta con le prassi e i codici di comportamento; per questi motivi il sistema di valutazione produce inevitabili fibrillazioni e alimenta aspettative di varia natura, rompe gli equilibri consolidati e suscita emozioni, in positivo o in negativo, in relazione alle diverse culture presenti all'interno dei differenti gruppi di riferimento.

Per queste ragioni diventa cruciale lavorare sulla cultura, sia con azioni dirette, di accompagnamento e di supporto, che attraverso un intervento sul modello organizzativo; si tratta di un investimento, anche di risorse dedicate, che deve svilupparsi con continuità e coerenza. Solo in questo modo si può reali-

sticamente pensare di poter governare, con le molteplici difficoltà da superare tutti i giorni, la delicata correlazione tra cambiamento organizzativo e adeguamento della cultura.

4.1. Alcune dimensioni culturali implicite nella valutazione di performance individuale

Le osservazioni di seguito riportate mettono in luce la valenza culturale sottesa al processo di valutazione. Concettualmente si possono fare le seguenti osservazioni.

Valutare (inteso come un insieme di attività con cui attribuire un «valore» a qualcosa) implica necessariamente un confronto, con l'utilizzo di criteri predefiniti, possibilmente concordati tra tutti gli attori coinvolti, anche come espressione specifica di un indicatore generale. Si tratta di elementi, come specificato, che si prestano a molteplici e variegata interpretazioni, in relazione all'impalcatura culturale e valoriale degli attori coinvolti.

L'attività di valutazione alimenta, come conseguenza logica, l'azione di *confrontare*, e richiede una necessaria attività di stima e misura, in relazione a determinati «oggetti di valutazione», ben sapendo che, sul fronte della performance individuale e sociale, di forte taglio comportamentale, non tutto è misurabile con indicatori quantitativi.

Ogni indicatore qualitativo si presta a molteplici accezioni condizionate dalle diverse culture. La predefinizione degli indicatori specifici, personalizzati e socialmente accettati, si configura come un elemento di forte oggettivazione, soprattutto se accompagnato da una serie di colloqui di valutazione che contribuiscono alla costruzione di «significati condivisi», puntando ad utilizzare la valutazione come uno strumento a servizio della crescita delle persone.

Particolare attenzione deve essere dedicata alla scelta degli *indicatori per la misurazione* della performance, puntando a equilibrare gli indicatori di performance individuale con quelli di performance sociale e di *team*. Anche in questo caso si intrecciano dialetticamente le culture più orientate a favorire i singoli individui alle culture con un maggiore «smalto sociale»; rientra in questo ambito il diverso modo di concepire il tema della competizione sociale e dell'equilibrio tra una focalizzazione sull'individuo o sul *team*.

Nel processo di valutazione, il responsabile è chiamato a svolgere una *funzione di stimolo e di supporto* al costante miglioramento dei propri collaboratori, condizione necessaria per sviluppare imprenditorialità diffusa, migliorare il «gioco di squadra», anche a servizio della crescita e dello sviluppo delle persone.

Il prodotto finale è una classificazione che implica l'accettazione delle *differenze* come un «fatto naturale» e positivo (non siamo tutti uguali), essa è il presupposto logico della meritocrazia, la cui accettazione richiede necessariamente un «salto culturale».

L'accettazione e la valorizzazione delle differenze si connotano, dunque, come un forte *salto culturale* che punta a scardinare il presupposto del garantismo indifferenziato, stimolando una sana competizione emulativa. Considerare le differenze come un fatto positivo rappresenta la naturale conseguenza della valutazione, la cui oggettivazione, legata a indicatori qualitativi, è strettamente correlata alla gestione delle diverse fasi del processo. Pertanto, i colloqui di valutazione (iniziale, intermedi e finale) rappresentano un momento indispensabile per la creazione di «valore condiviso» sul sistema di valutazione e sui criteri adottati e per fornire *feedback* periodici finalizzati a costruire la valutazione «cammin facendo».

Per fare questo è indispensabile la preventiva definizione, possibilmente condivisa, con i valutati, di un *set* di indicatori specifici, necessari anche per un'analisi congiunta delle concrete ricadute della valutazione sullo sviluppo delle persone e dell'organizzazione. Queste dimensioni rivestono un forte spessore culturale.

Il sistema di valutazione delle persone ha un suo ancoraggio naturale negli *obiettivi aziendali*, attuati a livello delle diverse articolazioni organizzative. In quest'ottica, il sistema di valutazione rappresenta un elemento propulsivo di identificazione e di stimolo per orientare i comportamenti individuali e sociali al raggiungimento dei comuni obiettivi.

Anche in questo caso entra in gioco la dimensione culturale: come vengono percepiti e vissuti i valori e gli obiettivi aziendali, la diffusione del senso di identità e di appartenenza all'azienda, l'identificazione con uno scopo comune, la possibile sintesi tra inte-

ressi particolari (anche di tipo professionale) e obiettivi generali, ecc. Di conseguenza, un nuovo sistema di valutazione veicola sempre una diversa cultura, richiede un nuovo tessuto relazionale e un differente clima organizzativo e valoriale e può funzionare solo grazie a un nuovo «protagonismo comportamentale» che passi attraverso la qualificazione del sistema delle relazioni, all'interno del quale si consolida una nuova cultura. In caso contrario, si corre il rischio che i nuovi strumenti, anche se caratterizzati da una forte componente innovativa, vengano fagocitati dalla vecchia cultura e resi impotenti o ridotti a una inoffensiva cornice sovrastrutturale.

Qualificare il sistema di valutazione si connota come intervento di difficile attuazione poiché non si limita a promuovere una semplice modifica di comportamento, ma si propone di ridiscutere gli assiomi di fondo che stanno alla base dei comportamenti (la cultura radicata), risultando, di fatto, elemento di disturbo e di destabilizzazione.

Il sistema di valutazione presenta, come già accennato, due dimensioni intrinsecamente correlate: una dimensione metodologica, inerente al regolamento, agli strumenti e alle schede di valutazione con la declinazione di *item* tracciabili e osservabili, alle procedure, agli attori coinvolti, ecc.; una dimensione valoriale che chiama in gioco il significato e le finalità della valutazione e che chiede un riposizionamento della relazione tra responsabili e loro collaboratori, attraverso la progettazione e la gestione di una comunicazione efficace, possibilmente strutturata in una serie di colloqui progettati e 'calendarizzati', accompagnati da momenti periodici dedicati a fornire *feedback* personalizzati a fronte dei comportamenti dei collaboratori.

La gestione della relazione con i propri collaboratori, con particolare attenzione alle diverse tipologie di colloqui, rappresenta lo strumento essenziale per riposizionare la comunicazione tra i due attori-chiave, costruire valore sulla valutazione e sul suo utilizzo e contribuire a innalzare il «tasso di oggettivazione della valutazione», ben sapendo che è umanamente impossibile una valutazione oggettiva e insindacabile della performance individuale e che anche il valutatore più attento fatica enormemente a non cadere in uno dei dieci classici errori di valutazione. Diventa, quindi, cruciale investire sulla co-

municazione e sulla *leadership* generatrici di una nuova cultura. Ciò richiede l'attivazione di un processo di comunicazione qualificato, teso a costruire «valore condiviso» sulla valutazione e sugli obiettivi ad essa correlati (Kets de Vries, 1994).

Appare evidente la centralità della gestione del processo e dei colloqui di valutazione (iniziale, intermedio e finale) quali momenti necessari per progettare e gestire una valutazione efficace; talvolta prevale una visione taumaturgica e fideistica degli strumenti, quasi che bastassero, di per sé, anche se supportati da un chiaro *input* normativo, a produrre cambiamento reale dei comportamenti.

Si potrebbe affermare che è sicuramente meglio poter disporre di valutatori competenti nel progettare e gestire un processo di comunicazione efficace, attraverso i colloqui di valutazione, anche a fronte di una scheda di valutazione «povera e limitata», piuttosto che poter disporre di una bellissima scheda di valutazione con valutatori incapaci di progettare e gestire un colloquio di qualità.

Di conseguenza, la modifica della cultura organizzativa comporta un impegno rilevante e non produce risultati nel breve periodo, richiede, al contrario, un diffuso investimento organizzativo attraverso una «azione di *leadership*» che promuova e diffonda il «valore della valutazione» a servizio dello sviluppo delle persone e dell'organizzazione.

La gestione del processo, come momento di oggettivazione condivisa, risulta essenziale anche per contenere e canalizzare positivamente l'elevata «tensione emotiva» correlata ad ogni momento di valutazione, percepito come una minaccia al proprio «tasso di autostima», tensione strutturale che alimenta e fa rivivere l'insieme di vissuti cognitivi ed emotivi che hanno caratterizzato nel tempo la «storia valutativa» dei soggetti direttamente coinvolti nel processo di valutazione.

A questo scopo, lo strumento preventivo «dell'autovalutazione governata» può contribuire in misura significativa a ridurre il tasso di ansia e di tensione emotiva, correlato all'asimmetria di potere che delinea un «tratto di subalternità» che tende a incrementarla. In alcuni casi, sembra sfuggire che il vero problema della valutazione è connesso al governo della sua dimensione relazionale, all'interno di un rapporto che presenta una

chiara asimmetria di potere, messa in tensione dall'esperienza stessa della valutazione. La gestione del processo è indispensabile per evitare che valutatore e valutato cadano nella tentazione di concordare a favore di una «elusione collusiva, con sostanziale rimozione» della valutazione, accettando di buon grado di incorrere negli errori classici, sicuri che si tratti del «minor male».

Tutti convengono sulla necessità di effettuare valutazioni corrette, ma, in un mondo imperfetto come il nostro, l'oggettività assoluta è impossibile da conseguire, anche perché la nostra visione (percezione) è condizionata dalle proprie mappe cognitive ed emotive, necessariamente limitate e contingenti a fronte della complessità della realtà, e, come è ben noto, «la mappa non è il territorio».

Come si è osservato, nella valutazione entra in gioco una vasta gamma di variabili (cognitive, emotive, organizzative, relazionali, ecc.), determinate da specifiche visioni personali, le cui dinamiche e interazioni non possono essere presidiate e controllate appieno.

La diffusione di alcuni tipici errori di valutazione è facilitata da una debole impalcatura metodologica e da uno scarso presidio della dimensione culturale, che però possono essere ridotti e contenuti, fino a divenire socialmente accettabili.

Nel **box 3** si riportano i dieci principali errori di valutazione.

5. Alcuni elementi caratterizzanti delle aziende sanitarie da considerare con attenzione per favorire il cambiamento organizzativo e culturale

La rilevanza della dimensione culturale e le possibili ricadute organizzative sul clima organizzativo e sul sistema delle relazioni prodotte da una «cattiva valutazione» richiedono un'attenta progettazione, finalizzata a monitorare le molteplici variabili che caratterizzano il sistema di valutazione, puntando a promuovere una positiva tensione motivazionale a sostegno di una competizione collaborativa che stimoli comportamenti positivamente emulativi.

Guardando alle aziende sanitarie pubbliche, la presenza di alcuni tratti peculiari implica una più attenta riflessione per individuare la corretta combinazione delle quattro

Diversi autori hanno individuato alcuni «errori tipici» che rappresentano una costante nelle valutazioni, tali errori possono essere così riassunti.

Effetto alone

Descrive una situazione facilmente sperimentabile quando si devono effettuare valutazioni utilizzando una pluralità di indicatori; una caratteristica del collaboratore, di forte impatto e significativamente percepita come positiva o negativa, condiziona, per effetto di trascinamento, tutto l'insieme dei successivi indicatori e il giudizio complessivo risulta influenzato pesantemente dalla valutazione espressa su quel primo *item*.

Effetto alone successivo

È originato dall'effetto di trascinamento della valutazione precedente sulla successiva.

È una situazione facilmente sperimentabile a fronte di valutazioni sequenziali (tipico caso delle interrogazioni in classe o degli esami universitari); in questo caso il voto risulta influenzato dalla performance di chi ci precede; se quest'ultimo avesse conseguito risultati molto positivi, sarebbe stato molto probabile che, qualora fossimo meno brillanti; ma comunque positivi, il nostro voto sarebbe stato più basso di quello che avremmo potuto meritare se ci avesse preceduto un compagno meno preparato e meno brillante.

Analogamente se la persona che ci precede nella valutazione ha una performance molto negativa, il nostro livello di competenze, anche se medio, appare di livello superiore a fronte della mediocrità della precedente prestazione.

Errore sistematico

Si verifica quando diversi valutatori utilizzano gli stessi criteri con modalità profondamente differenti, con conseguente disarmonia tra i valutatori, che effettuano valutazioni fortemente differenziate (in un caso orientate verso l'alto in un altro verso i valori inferiori). È facile comprendere come questo errore di valutazione alimenti conflitti e tensioni di per sé, per il motivo che rende «non equa» la percezione sociale della valutazione, rischio ancora più accentuato nei casi in cui la valutazione produce effetti di carattere economico, influenzati da valutazioni non armonizzate.

Si pensi a un collaboratore che cambia posto di lavoro nel corso dell'anno: per i primi sei mesi un primo valutatore, molto rigido con se stesso e con gli altri, formula valutazioni tendenti al basso, anche in relazione a performance medie, nel secondo semestre un valutatore più di «manica larga» formula giudizi medio alti a fronte della medesima performance.

Questo errore risulta socialmente più sgradevole quando la severità del valutatore impatta negativamente sul sistema di incentivazione, penalizzando persone relativamente più meritevoli.

Errore mediano o tendenza ai giudizi medi

È una distorsione dei giudizi che induce il valutatore a non scostarsi troppo dai valori medi nel valutare sia le caratteristiche analitiche della prestazione sia la prestazione nel suo complesso. Spesso è un errore intenzionale dovuto a cause diverse, tra le quali spiccano: il timore da parte del responsabile di non essere in grado di giustificare con fatti concreti un giudizio estremo sia positivo che negativo, nei confronti del collaboratore o dei superiori; il timore da parte del responsabile delle conseguenze della valutazione sui comportamenti del valutato e sull'organizzazione; la preoccupazione per le possibili reazioni del collaboratore, sia in caso di valutazioni positive che negative.

Indulgenza/severità

Si tratta di due caratteristiche simili, che, come l'errore mediano, rivelano l'incapacità di procedere alla valutazione di un gruppo di persone in una logica differenziale, in cui ci sia una distinzione del merito sufficientemente precisa. Nel caso dell'indulgenza si tende ad assegnare ai collaboratori giudizi superiori a quanto effettivamente meritano, anche per evitare di dover gestire le emozioni scatenate da una valutazione negativa, la rabbia e i conflitti che ne possono conseguire.

La severità manifesta il desiderio del responsabile di ribadire con forza la sua «posizione dominante», anche a fronte di possibili appannamenti della modalità con cui il ruolo è percepito.

Pregiudizi e stereotipi

In questo caso il giudizio è influenzato da preconcetti o schemi mentali prefabbricati, dovuti alle cause più diverse: politiche, sociali, religiose, generazionali, anagrafiche, culturali, ecc., senza che

(segue) **Box 3**
I principali errori
di valutazione

vi sia alcun fondamento reale che li giustifichi. Rappresenta il terreno delicato in cui si inseriscono simpatie di diversa natura o empatie caratteriali e professionali.

Rientra in questo ambito anche il classico errore di formulare valutazioni specifiche, positive o negative, a fronte di un giudizio predefinito, anche di tipo indifferenziato.

Se una persona viene percepita come «complessivamente positiva» si procede, quasi per automatismo a tradurre questa positività nei diversi indicatori, senza tanto preoccuparsi dello specifico contenuto degli *item* proposti, e viceversa.

Memoria

Deriva dalla tendenza a confermare nel tempo un determinato *trend* di giudizio, per una necessità di coerenza logica, senza oggettive giustificazioni e senza tenere conto dei cambiamenti comunque avvenuti. Tale atteggiamento si manifesta anche a notevole distanza di tempo, esperienze sul campo hanno evidenziato come il semplice riportare sulla scheda di valutazione gli esiti delle precedenti tre valutazioni condiziona, quasi per continuità logica, la valutazione successiva.

Distorsione causata dalla rilevanza delle mansioni svolte

In questo caso si tende a valutare aprioristicamente meglio un collaboratore che svolge mansioni socialmente più qualificate rispetto a un altro che svolge compiti percepiti come più semplici o ripetitivi. Di fatto, il «contenuto intrinseco della professione» e la sua percezione sociale svolgono un effetto di trascinamento positivo sulla valutazione. Anche in questo caso l'esperienza sul campo ha dimostrato, su un campione della popolazione di una regione, che le valutazioni medie dei profili professionali «ad alta visibilità sociale» (ingegneri, architetti, avvocati, medici, ecc.) sono risultate più alte, anche se di poco, delle valutazioni medie ottenute da persone di profilo professionale più operativo (funzionari, tecnici di contenuto più operativo, ecc.).

Proiezione

Con questo errore si procede per confronto e assimilazione: nella valutazione del collaboratore un peso rilevante viene attribuito ad alcune caratteristiche professionali o comportamentali che il responsabile ritiene molto positive o molto negative in sé, anche perché molto in sintonia con la sua scala valoriale. In sintesi, ciò che per me è positivo contribuisce a rendere più positiva la valutazione di collaboratori che hanno comportamenti simili, e viceversa.

leve organizzative precedentemente descritte (norma, autorità, assetto organizzativo e cultura), ben sapendo che alcuni problemi possono essere affrontati solo grazie all'utilizzo prevalente di una o solo di alcune delle quattro variabili e tenendo sempre presente la necessità di un loro utilizzo coordinato e integrato e l'attenta gestione delle loro reciproche dipendenze.

È compito dei ruoli di governo strategico e di organizzazione e gestione ricercare la «ricetta vincente» che sappia combinare i quattro fattori in funzione del problema da affrontare e delle caratteristiche specifiche del contesto in cui si agisce.

Solo a titolo di esempio, si potrebbe con relativa facilità ipotizzare l'impatto scarso (o addirittura negativo) di una norma che imponesse uno specifico strumento di valutazione della performance, in considerazione del fatto che il processo di valutazione presenta elevati connotati culturali e valoriali che

possono essere affrontati e gestiti solo in una logica di interazione bidirezionale, all'interno di un comune orizzonte funzionale alla costruzione di una relazione positiva per tutti gli attori coinvolti, chiaramente secondo un'ipotesi di sviluppo personale e professionale, che promuova positive ricadute sul clima organizzativo.

Tutto questo richiama, ancora una volta, la centralità del processo di comunicazione e dei colloqui di valutazione, intesi come momenti finalizzati alla costruzione di «valore condiviso» sul significato e sulle concrete conseguenze della valutazione per il percorso di sviluppo personale e organizzativo.

Enfatizzare eccessivamente la dimensione formale (dettata da procedure o norme) comporta il rischio che la procedura o la norma rimangano «lettera morta» o si limitino a rappresentare una semplice sovrastruttura cui ci si adegua in termini formali, assumendo nei fatti comportamenti sostanzialmente diversi

o utilizzando il contenuto della norma o le indicazioni della procedura in termini strumentali o con altre finalità.

5.1. Le specificità delle aziende sanitarie e la possibile risposta organizzativa

La «risposta organizzativa» rappresenta una delle possibili soluzioni a un problema specifico, per questa ragione la progettazione organizzativa deve essere necessariamente contestualizzata in relazione alle caratteristiche delle specifiche situazioni.

Guardando alle aziende sanitarie risultano evidenti alcuni tratti distintivi che devono essere attentamente considerati nel governo delle relazioni con l'ambiente e nella gestione delle coerenze interne.

Di seguito alcune delle principali caratteristiche delle aziende sanitarie.

La tipologia di servizi erogati

Le aziende sanitarie, o socio-sanitarie, erogano servizi personalizzati ad alto contenuto di professionalità individuale e sociale, con la conseguente necessità di governare la multidimensionalità professionale (il fabbisogno di differenziazione) e di affrontare e risolvere molteplici interdipendenze (professionali, culturali e organizzative): si tratta di bisogni la cui soddisfazione richiede un'attenta progettazione organizzativa per sincronizzare e armonizzare le mappe cognitive, professionali e organizzative di tutti gli attori coinvolti, allo scopo di integrare i diversi possibili approcci sul tema della valutazione.

La presenza di diverse figure professionali richiede un'attenzione al governo della multidimensionalità anche nel sistema di valutazione, ricorrendo al meccanismo delle «valutazioni multiple», anche con strumenti diversificati, prevedendo la partecipazione congiunta di diversi ambiti organizzativi e di molteplici attori, con un possibile diverso livello di coordinamento e integrazione.

La dimensione etica e valoriale dei servizi offerti

La molteplicità, varietà e interattività dei servizi offerti richiedono un elevato coinvolgimento e protagonismo individuale, unitamente a una robusta eticità personale, in con-

siderazione della dimensione valoriale che contraddistingue il processo di erogazione dei servizi sanitari e sociali e, anche, dell'intensità del rapporto bidirezionale che attiva tutti i canali di comunicazione e dell'asimmetria informativa tra erogatore di servizi sanitari e fruitore, che richiede un forte investimento comunicativo ed emotivo per progettare e gestire un rapporto finalizzato alla costruzione di una *partnership*.

La rilevanza della sfera valoriale alimenta una vasta gamma di «soggettivismi interpretativi», di autonomie robustamente autoreferenziali e di propensione all'imprenditorialità individuale e professionale, con una proliferazione dei possibili «livelli appartenenza», con forte enfasi sulle appartenenze professionali a danno di quelle aziendali.

Questo fattore influenza in misura rilevante il sistema di valutazione della performance, soprattutto a fronte della «indipendenza relativa» della componente professionale dalle logiche aziendali e della percezione di «relativa estraneità» dei diversi «sotto-ambienti professionali» al «contenitore azienda». Diventa difficile attribuire valore a comportamenti connotati da una dimensione aziendale (che solitamente compaiono nelle schede di valutazione), spesso percepiti come avulsi e sovrastrutturali rispetto all'area dello specifico professionale, cui si attribuisce maggiore prestigio.

La multiprofessionalità e il fabbisogno di interdipendenza organizzativa, professionale e sociale

Il processo di erogazione dei servizi sanitari richiede necessariamente la presenza di diverse figure professionali caratterizzate da elevata autonomia, che deve essere valorizzata e orientata in funzione dei comuni obiettivi. Occorre, inoltre, tenere presente il percorso di sviluppo delle professioni sanitarie registratosi in Italia, che ha portato alla progressiva legittimazione, in ambito legislativo, di 22 professioni sanitarie, accreditate a livello universitario, che richiedono visibilità professionale e organizzativa, riconoscimento di spazi di autonomia, specifiche e autonome filiere gestionali, una legittimazione ordinistica e propri criteri operativi.

La presenza diffusa di tali figure professionali, con elevata autonomia, rende as-

sai complessa la soddisfazione armonica di due fabbisogni organizzativi strutturalmente conflittuali, che risultano particolarmente stressati: il fabbisogno di differenziazione e quello di integrazione. Ciò anche alla luce del fatto che i diversi contenuti professionali hanno la loro genesi e la relativa validazione in contesti esterni alle aziende (comunemente le università e le società scientifiche) e che tendono ad alimentare culture professionali focalizzate su specifici ambiti di sapere, con una prevalente focalizzazione sul particolare, e potenzialmente antagoniste alla dimensione unitaria e sistemica tipica dell'azienda.

In sintesi, il professionista, spontaneamente orientato a difendere la propria originalità distintiva, rappresenta un «soggetto scomodo» in tutte le organizzazioni, tendenzialmente portato a rivendicare spazi e condizioni di azione ad ampio margine di autonomia nella combinazione e nell'utilizzo delle risorse, allergico ad accettare il peso dei vincoli, tipici di tutti i sistemi complessi che debbono garantire risultati unitari, pur con la combinazione di processi differenti.

La dimensione della multidimensionalità e della multiprofessionalità potrebbe richiedere un investimento sulla valorizzazione delle differenze, all'interno di un disegno unitario. Questa dimensione influenza, da un lato, il disegno organizzativo, con particolare attenzione al giusto *mix* da individuare tra assetti gerarchici e assetti funzionali, dall'altro, potrebbe essere affrontata e risolta attraverso il concorso di più attori organizzativi e professionali nel processo di valutazione, rendendo necessaria l'implementazione di un sistema di «valutazione multipla», dove chi, con una specifica connotazione professionale, occupa una posizione, viene valutato congiuntamente da qualcuno che ricopre un ruolo di «presidio del risultato organizzativo complessivo» e da qualcun altro che presidia il governo aziendale della dimensione professionale.

La soddisfazione del fabbisogno di integrazione multiprofessionale all'interno delle singole unità organizzative e tra differenti articolazioni organizzative, sia all'interno dell'azienda che tra quest'ultima e i diversi attori professionali, organizzativi o istituzionali, richiede una risposta integrata, sia a livello progettuale che operativo, capace di finalizzare i diversi processi ad un unico ri-

sultato e di soddisfare una vasta gamma di interdipendenze.

In questo ambito, particolare attenzione dovrà essere dedicata al bilanciamento del sistema di valutazione, in stretto raccordo con gli altri sistemi operativi, affinché sia in grado di contemperare la soddisfazione di due esigenze: la valorizzazione delle singole persone e la promozione del gioco di squadra e del lavoro in *team*, in coerenza con i comuni obiettivi, sempre nella prospettiva dell'unitarietà del sistema azienda.

L'esigenza di garantire la continuità assistenziale

L'evoluzione del bisogno e della domanda e la progressiva rilevanza della gestione delle cronicità pongono in primo piano il problema del governo della continuità assistenziale, privilegiando una prospettiva reticolare, con cui vanno affrontate molteplici problematiche di carattere sanitario e sociale e, soprattutto, quale modalità evoluta per la gestione delle patologie croniche e degenerative, bisognose di un'intensa «continuità assistenziale» a fronte di molteplici complicanze.

Ne consegue la necessità di attivare sistemi gestionali funzionali a promuovere l'integrazione a tutti i livelli. Anche in questo caso i sistemi di valutazione, strettamente correlati al sistema di programmazione e controllo, dovranno essere finalizzati a favorire l'attivazione di specifiche filiere produttive di tipo reticolare.

Le precedenti considerazioni contribuiscono ad evidenziare il tasso di complessità che caratterizza un'azienda sanitaria, e richiedono, a chi si occupa di progettazione organizzativa, di dedicare particolare attenzione alla combinazione delle due variabili organizzative: la struttura e i sistemi operativi, ben sapendo che la soddisfazione dei diversi fabbisogni organizzativi richiede, alla luce delle specificità che caratterizzano un'azienda sanitaria, un forte investimento sulla cultura e sulle leve che contribuiscono alla sua evoluzione e qualificazione.

Il compito risulta certamente arduo, poiché si tratta di trovare una difficile sintesi evolutiva tra due dimensioni potenzialmente conflittuali:

- presidiare il funzionamento unitario e i risultati complessivi del sistema azienda;
- valorizzare le autonomie e le specificità delle diverse figure professionali, attivando strumenti di orientamento e canalizzazione dei comportamenti, con particolare attenzione a quelli che concorrono più direttamente al raggiungimento degli obiettivi.

Un compito che appare impossibile per i modelli organizzativi di tipo tradizionale, con una forte valenza meccanica.

La rilevanza del sistema dei rapporti e di una vasta gamma di «legami deboli» richiede una progettazione organizzativa che punti con decisione sulla costruzione di una ramificata rete di sistemi operativi (la leva più praticamente manovrabile per orientare i comportamenti) e sulla qualificazione della cultura, quali condizioni per attivare tutte le potenzialità individuali, professionali e sociali.

Il sistema di valutazione della performance individuale si configura come un fattore di sostegno alla delicata impalcatura organizzativa a supporto della continuità assistenziale; la stessa condivisione, a livello di *équipe*, dei fattori di valutazione alimenta il livello di appartenenza a una «cordata assistenziale».

6. I fattori da progettare e gestire, nella prospettiva del «Change Management», per favorire la concreta implementazione di un sistema di valutazione

In questa parte dell'articolo vengono descritti alcuni «fattori significativi e rilevanti», di tipo organizzativo e culturale, che sono risultati determinanti nel favorire l'introduzione di un sistema di valutazione della performance individuale.

Questi elementi progettuali rappresentano dei «paletti da presidiare» con attenzione, le cui reali utilità ed efficacia sono state testate all'interno di tre aziende sanitarie, con modalità in parte differenti; in tali situazioni l'autore dell'articolo ha svolto una funzione di supporto alla progettazione e gestione di tutto il processo, con particolare attenzione ai «fattori rilevanti» che hanno accompagnato e sostenuto il cambiamento.

Certamente il percorso compiuto è stato condizionato dal fatto che si è deciso, almeno in una prima fase, di evitare che il sistema

di valutazione, orientato in prevalenza alla crescita dei collaboratori, producesse conseguenze di carattere economico.

La scelta di «liberalizzare» la fase iniziale, attribuendogli una valenza di tipo sperimentale e di apprendimento organizzativo, è stata fatta per aumentare i gradi di libertà comportamentale, evitando di appesantire, con i risvolti di carattere economico, le già presenti pressioni emotive e le dinamiche relazionali sicuramente molto forti nella fase iniziale di introduzione del sistema, e potenzialmente dirompenti se correlate ad immediate ricadute economiche.

La proposta di utilizzare lo strumento dell'autovalutazione preventiva al colloquio finale ha contribuito ad abbassare il tasso di emotività e le possibili tensioni.

I possibili «fattori di successo» possono trovare una loro visione di sintesi nel modello di *Change Management* presentato da Gianfranco Rebori (2007), che viene di seguito sinteticamente descritto. Nel modello sono descritti i diversi processi di cambiamento che concorrono, in stretta interdipendenza, a promuovere e sostenere il cambiamento complessivo; gli interventi attivati nelle tre aziende hanno la funzione di alimentare e finalizzare i diversi processi di cambiamento.

Il modello di *Change Management* proposto individua tre distinti processi di cambiamento, tra loro interdipendenti, che concorrono a un risultato comune e due forze che rappresentano, rispettivamente, la spinta propulsiva a supporto del cambiamento e l'elemento frenante.

I tre processi sono i seguenti:

- un processo di apprendimento;
- un processo di gestione del sistema di potere;
- un processo di sviluppo delle risorse organizzative.

Gli interventi effettuati, di seguito descritti, trovano la loro collocazione all'interno dei tre processi delineati.

La forza che svolge una funzione di freno è individuata come l'inerzia, prodotta dal tessuto culturale e dal sistema di potere.

La forza propulsiva è identificata negli agenti del cambiamento portatori di una *leadership* diffusa.

La nota¹ riporta una breve presentazione delle tre aziende che hanno investito tempo e risorse nel promuovere lo sviluppo dell'organizzazione e della cultura, sia a livello di individui che di azienda nel suo complesso, cercando di sperimentare i diversi «fattori organizzativi e culturali» funzionali a un'efficace introduzione del sistema di valutazione.

La dialettica tra organizzazione e cultura rappresenta un tema di particolare complessità, da più parti si concorda sulla necessità di intervenire sui due *driver* in modo coordinato, ben sapendo che si influenzano e condizionano reciprocamente.

La necessità di agire in modo costante e continuativo richiede una determinazione forte e duratura della Direzione generale e l'attivazione di un qualificato presidio organizzativo dedicato al costante monitoraggio del sistema di valutazione, soprattutto nella fase critica di prima implementazione.

Nelle tre aziende il problema è stato affrontato in modo sistemico, cercando di privilegiare uno stretto connubio tra la qualificazione della cultura organizzativa, propedeutica all'introduzione del sistema di valutazione, e lo sviluppo organizzativo della funzione di governo del personale.

La pervasività della cultura ha reso necessario il coinvolgimento di tutti coloro che hanno un ruolo significativo all'interno del sistema di valutazione a tutti i livelli: i valutatori, i valutati e la funzione di gestione del personale.

Di seguito si descrivono i diversi fattori organizzativi e culturali su cui si è investito, attivando molteplici linee di azione che hanno accompagnato in tutte le fasi l'introduzione del sistema di valutazione.

Al termine dell'articolo si riportano i primi risultati, certamente parziali, relativi alla fase iniziale di introduzione del sistema di valutazione, con particolare attenzione alla esperienza fatta dai valutatori nella prima tornata di colloqui di valutazione.

Nel concreto, i fattori di carattere organizzativo e culturale che hanno accompagnato nelle tre aziende l'introduzione del sistema di valutazione sono stati i seguenti:

– coinvolgere attivamente i destinatari nella progettazione operativa della metodologia di valutazione: il regolamento e le schede di

valutazione (attività svolta in modo più organico in una delle tre aziende);

– investire sulla qualificazione delle competenze dei valutatori, coinvolti a vario titolo nel processo di valutazione (in particolare i dirigenti e i quadri), con l'obiettivo di sviluppare competenze di metodo e di relazione per saper progettare e gestire una valutazione di performance coerente con la metodologia e con il sistema dei valori proposto dall'azienda;

– addestrare un *team* aziendale multiprofessionale, attraverso uno specifico intervento formativo, finalizzato a sviluppare competenze essenziali per la gestione di un breve momento di sensibilizzazione sul tema della valutazione rivolto a tutti i valutati, intervento che si può così riassumere: «Formare i formatori per formare i valutati»;

– progettare e gestire una serie di brevi incontri rivolti ai valutati, con il coinvolgimento del *team* appositamente addestrato: ciascun incontro ha visto la presenza di due componenti del gruppo di formatori, accompagnato dalla fornitura di un sintetico materiale di supporto relativo alle caratteristiche del sistema di valutazione e agli strumenti utilizzati;

– investire su alcune persone del servizio personale (e, in un caso, anche del controllo di gestione), inserendole nei diversi percorsi formativi, con lo scopo di creare le condizioni per la concreta attivazione di una funzione di «help aziendale» a supporto del processo di valutazione e, in particolare, a sostegno dei valutatori nella fase di concreto avvio del sistema;

– coinvolgere la direzione strategica in un'attività di informazione e comunicazione relativa alle caratteristiche del sistema aziendale di valutazione, con molteplici strumenti, tra i quali si segnalano: l'intervento diretto ai diversi momenti formativi, comunicazioni ufficiali di varia natura attraverso gli strumenti del sistema informativo aziendale, interventi sui media aziendali, ecc.;

– attivare un'azione di orientamento dei comportamenti organizzativi e di rinforzo organizzativo, ufficializzando il «ruolo atteso» dai responsabili in qualità di valutatori, anche attraverso l'introduzione nella scheda di valutazione dei valutatori di un *item* specifico per monitorare la modalità con cui è

stato gestito il processo di valutazione e la «qualità delle valutazioni» effettuate;

– attribuire al primo periodo di introduzione del sistema di valutazione della performance individuale una valenza di carattere sperimentale, senza ricadute sul sistema di incentivazione economica o sullo sviluppo professionale (le progressioni orizzontali o la gestione degli incarichi dirigenziali). In prospettiva futura tali ricadute risultano comunque molto contenute e derivate dai risultati di carattere organizzativo ottenuti dalla «squadra» nel suo complesso, con una diversa valorizzazione del contributo individuale al raggiungimento dei comuni obiettivi.

Lo schema riportato nella **tabella 1** colloca le molteplici linee di attività all'interno dei tre processi di cambiamento identificati dal modello di *Change Management* prima descritto, tenendo presente che alcuni interventi sono collocabili all'interno di più processi di cambiamento.

In seguito si descrivono sinteticamente le declinazioni operative assunte dai diversi «paletti progettuali», per poi analizzare i primi risultati ottenuti grazie a un approccio che ha investito molto sulla dimensione culturale.

La dimensione sperimentale della fase iniziale è stata funzionale a provare sul campo gli strumenti di valutazione, per poi introdurre i necessari correttivi, anche grazie ai suggerimenti offerti dai valutatori; questo

approccio graduale e sperimentale ha agevolato il percorso negoziale, riscuotendo un «attento interesse» da parte delle organizzazioni sindacali.

6.1. Il coinvolgimento attivo dei destinatari nella progettazione operativa delle schede di valutazione, soprattutto in una delle tre aziende

Le tre aziende, con modalità in parte differenti, hanno fatto la scelta di coinvolgere i destinatari del sistema di valutazione, valutatori e valutati, in un percorso di analisi e riprogettazione del sistema di valutazione in vigore, attraverso la costituzione di due *team* progettuali, rispettivamente per la dirigenza e per il comparto, composti da sei persone ciascuno, con la presenza di una persona identificata dalla direzione come il «referente aziendale del sistema di valutazione».

Questo percorso aveva l'obiettivo di raccogliere e canalizzare i contributi e i punti di vista di tutti gli attori-chiave, anche per favorire una maggiore sincronizzazione del sistema di valutazione con le specificità del contesto, cercando di valorizzare i punti di forza e di superare i limiti del passato.

Per evitare il rischio di farsi catturare nella «morsa» dell'esistente, la direzione strategica ha delineato una chiara prospettiva evolutiva all'interno della quale doveva snodarsi la riprogettazione del sistema di valutazione, fornendo ai due *team* progettuali il supporto,

	Le diverse linee di attività previste
Il processo di apprendimento	Coinvolgimento dei destinatari nella progettazione della metodologia di valutazione Qualificazione e sviluppo delle competenze dei valutatori Informazione diffusa ai valutati, attraverso un <i>team</i> aziendale appositamente addestrato
Il processo di gestione del sistema di potere	Forte determinazione della Direzione strategica Presenza attiva della Direzione strategica attraverso azioni di supporto e interventi informativi in alcuni momenti significativi Interventi organizzativi e culturali finalizzati ad orientare i comportamenti di ruolo dei valutatori
Il processo di sviluppo delle risorse organizzative	Attivazione di una funzione di «help aziendale» a supporto del processo di valutazione Liberalizzazione della prima fase del processo ipotizzando un primo periodo sperimentale

Tabella 1

I processi di cambiamento dal modello di *Change Management*

tecnico e metodologico, di un esperto di sistemi di valutazione, che ha operato in stretto raccordo con il «referente aziendale del sistema di valutazione».

Gli stimoli della direzione e la funzione di *tutorship* avevano il compito di promuovere all'interno del gruppo una prospettiva di tipo evolutivo, pur considerando le specificità aziendali e le diverse sensibilità presenti nell'area della dirigenza e del comparto.

Per meglio comprendere lo stato dell'arte del sistema di valutazione e la sua concreta percezione nelle diverse articolazioni aziendali, in una delle tre aziende sono state fatte sette interviste strutturate da ciascuno dei componenti dei due *team*, per un totale di più di cento interviste; tutto questo con lo scopo di promuovere un'attività di «ascolto organizzato» utile a raccogliere problematiche specifiche dell'attuale sistema di valutazione e possibili suggerimenti migliorativi.

I due gruppi di lavoro avevano il compito di elaborare possibili ipotesi, realisticamente praticabili, di sviluppo operativo del sistema di valutazione, con modalità e tempi predefiniti, all'interno di un «percorso guidato», con un breve supporto formativo e utilizzando una metodologia predefinita nella fase di analisi (la metodologia del *focus group*, con un'apposita griglia di ricerca sociale e il supporto di interviste semi-strutturate) e nella successiva di riprogettazione del sistema di valutazione (la metodologia del *problem solving*) con un supporto metodologico e relazionale al gruppo di progetto, facendo ogni sforzo per raccogliere e «mettere a sistema» i contributi provenienti dalle diverse realtà aziendali.

In questa prospettiva, il gruppo di progetto si è configurato come un «laboratorio progettuale» a servizio dell'azienda, con il compito di produrre soluzioni anche differenti, operando in stretta sintonia con le indicazioni della direzione strategica, cui è spettata la decisione relativa all'introduzione e alla messa a regime della nuova metodologia di valutazione.

La progettualità sviluppata dai due gruppi è stata poi perfezionata da un gruppo ristretto rappresentativo dei due *team*, che ha lavorato per la stretta finale e la definitiva messa a punto di sistema di valutazione.

Su tutto il processo ha vigilato la direzione strategica, espressamente coinvolta nel

fornire le indicazioni progettuali di massima e nell'esprimersi in alcuni momenti chiave.

6.2. La formazione dei valutatori

Nelle diverse realtà aziendali sono stati progettati e gestiti interventi formativi rivolti a tutti i valutatori (dirigenti e quadri), della durata di due giornate complessive, per un numero di edizioni utili a sensibilizzare tutti i potenziali destinatari, da 120 a 250, nelle tre aziende.

Ciascuno dei diversi seminari formativi si è articolato in due momenti.

Una prima parte del percorso formativo si proponeva di fornire ai dirigenti, ai quadri e ad altri partecipanti (collaboratori del servizio personale o del controllo di gestione) conoscenze mirate sulle caratteristiche del sistema di valutazione, con particolare attenzione alla metodologia e agli strumenti per progettare e gestire un efficace colloquio di valutazione, dedicando attenzione ai contenuti da veicolare e al processo di comunicazione quale strumento per costruire «valore condiviso» sul significato e sull'utilizzo della valutazione, anche nella prospettiva di qualificare il sistema delle aspettative e la relazione tra il responsabile e i propri collaboratori.

Poiché l'obiettivo formativo di saper progettare e gestire un colloquio di valutazione si colloca nell'area del «saper essere» e dell'imparare a gestire situazioni relazionali in tempo reale, si è fatto ampio ricorso allo strumento didattico della simulazione, attraverso il diretto coinvolgimento dei partecipanti nella progettazione e concreta gestione di un colloquio di valutazione della durata di 20-25 minuti, utilizzando un canovaccio scritto in sintonia con le caratteristiche del sistema di valutazione aziendale, con una osservazione guidata su apposita scheda, la videoregistrazione della simulazione d'aula e il successivo riascolto mirato.

Una seconda parte, che si è sviluppata nell'arco di mezza giornata, ha previsto un momento di discussione e confronto sulle diverse esperienze fatte dai valutatori, direttamente impegnati nei primi colloqui di valutazione.

Per accrescere il livello di condivisione e di consenso, il concreto avvio del percorso formativo è stato preceduto da una giornata

dedicata alla presentazione del percorso formativo rivolta a tutti i partecipanti, in momenti differenti, in considerazione del loro numero, anche per raccogliere osservazioni e suggerimenti.

6.3. La costituzione di un *team* aziendale, opportunamente addestrato, con il compito di sensibilizzare i valutati

La rilevanza della dimensione culturale implicita nella valutazione richiede un'azione di sensibilizzazione diffusa rivolta a tutti gli attori coinvolti, sia nel ruolo di valutatori che di valutati.

La numerosità dei destinatari, sul fronte dei valutati, ha stimolato la costituzione di un *team* aziendale con il compito di promuovere un'azione di sensibilizzazione, cercando di coinvolgere con un ruolo attivo, per quanto possibile, anche le persone chiamate a svolgere funzioni di presidio organizzativo del sistema di valutazione o di alcuni momenti specifici, in particolare le persone che operano nel Servizio personale.

I criteri scelti per la composizione del *team* sono stati differenti, almeno in parte, nelle tre aziende. In un caso si è preferito utilizzare la rete dei referenti della formazione, già esistente in azienda e che comprendeva le diverse figure professionali, integrata da alcune persone operanti nel Servizio personale. Negli altri due casi si sono individuate persone rappresentative delle diverse articolazioni aziendali e appartenenti ai differenti profili professionali, che presentassero alcuni requisiti attitudinali, soprattutto relativi alla disponibilità alla comunicazione, all'attenzione all'ascolto, all'orientamento al servizio, all'esistenza di un livello significativo di credibilità professionale. Per gli aspetti relativi ai contenuti della valutazione si sarebbe provveduto attraverso l'apposito percorso formativo, con la definizione della scaletta dei contenuti, dei messaggi-chiave e degli strumenti visivi di supporto d'aula. Di conseguenza, l'individuazione delle persone è stata fatta utilizzando canali indiretti, lavorando per costruire il consenso necessario delle persone ritenute potenzialmente capaci, per taluni requisiti di carattere attitudinale, ad espletare il compito, loro affidato, di sensibilizzare i valutati dopo l'apposito percorso formativo.

Il seminario di tre giorni doveva essere l'occasione concreta per verificare l'esistenza di un'effettiva disponibilità e potenzialità personale, corredata da un *set* di attitudini essenziali alla gestione dei contenuti, alla relazione con i partecipanti e al governo del clima d'aula.

Il percorso formativo rivolto al *team* incaricato successivamente di sensibilizzare tutti i valutati ha richiesto l'impegno di tre giornate, e ha affrontato i seguenti argomenti: le caratteristiche del processo di apprendimento e il ruolo della formazione, la progettazione e la gestione di una lezione coinvolgente e interattiva e del conseguente rapporto con i partecipanti, il *mix* dei contenuti e dei supporti visivi.

6.4. La sensibilizzazione dei valutati.

Dopo la conclusione del percorso formativo, il *team* incaricato della sensibilizzazione dei valutati è stato impegnato nell'effettuazione di brevi interventi formativi rivolti a tutta la vasta e differenziata platea dei valutati, raccolti in gruppi di 20-25 persone e mixati tra i diversi profili professionali, con esclusione dei dirigenti e dei quadri già destinatari del percorso formativo rivolto ai valutatori.

Si è preferita la presenza di due componenti del *team* per ciascun momento informativo, in funzione della delicatezza del contesto, raddoppiando in questo modo gli interventi per i diversi componenti, che sono stati impegnati mediamente ad effettuare da 10 a 16 interventi di sensibilizzazione.

Nei primi due incontri, le coppie dei componenti del *team* sono state affiancate da alcune persone del Servizio personale particolarmente competenti anche nel *mix* dei contenuti per «tutelare e garantire» i primi confronti diretti delle coppie di formatori con la complessa platea dei destinatari.

Durante gli incontri, a ciascun partecipante è stata fornita una cartellina contenente un *set* di materiali relativo alle caratteristiche essenziali del sistema di valutazione aziendale, in particolare: l'accordo sindacale, le schede di valutazione e il regolamento.

Gli incontri hanno riscosso notevole curiosità e interesse, alimentando diffuse aspettative e attese relativamente al comportamento che i loro valutatori avrebbero assunto nel

concreto; il successo degli incontri è stato dimostrato dal fatto che la quasi totalità delle persone ha partecipato a uno dei diversi incontri.

In taluni casi, assai circoscritti, non sono mancati momenti di «alta intensità dialettica», venati anche da contrapposizioni dirette, la qual cosa non ha impedito che nella maggior parte dei casi la coppia di formatori ottenesse una performance d'aula significativa, raggiungendo il risultato previsto. Nel corso dei colloqui i valutatori hanno potuto apprezzare, dal riscontro diretto dei valutati, l'utilità di questi momenti propedeutici. La direzione aziendale ha dato, in tutti e tre i casi, un forte risalto a questi momenti di sensibilizzazione, attraverso iniziative informative specifiche.

6.5. L'attivazione di una funzione di «help aziendale» a supporto del processo di valutazione

L'introduzione di un sistema di valutazione mette in fibrillazione l'assetto organizzativo ed entra in potenziale rotta di collisione con la precedente cultura della valutazione, sia a livello individuale che sociale, partendo dall'assunto, già descritto, che ogni gruppo sociale cementi intorno a sé una sua cultura che ne definisce le caratteristiche fondanti e che rappresenta il suo naturale punto di riferimento e il fattore di comune identificazione.

La valenza innovativa implicita nello strumento della valutazione, coniugata con il suo forte impatto culturale, richiede una costante azione di stimolo e supporto, per gestire e superare le possibili difficoltà e le inerzie diffuse, che tendono ad aumentare nella prima fase di introduzione di significative innovazioni. La loro implicita capacità di destabilizzazione e le incertezze iniziali tendono ad alimentare il già predisposto fronte delle contestazioni e delle resistenze.

La dimensione innovativa, unitamente alla «distanza culturale», alimenta incertezze e timori che tendono a ingigantire, anche a dismisura, le potenziali difficoltà. In questo ambito i contestatori e i detrattori, o semplicemente gli antagonisti strutturali, trovano il terreno fertile per individuare e amplificare tutte le possibili difficoltà, alimentando ad arte i limiti naturali di ogni nuova proposta e

giocando nell'individuazione di tutte le possibili eccezioni che sicuramente non possono essere previste all'interno di una prima impostazione del sistema di valutazione.

In tutte le innovazioni esiste un periodo di rodaggio iniziale da gestire con attenzione, monitorando la fase sperimentale e introducendo le possibili migliorie e i necessari aggiustamenti che solo la concreta esperienza sul campo può fare emergere.

Per questo insieme di ragioni, risulta indispensabile l'attivazione di una funzione di «help aziendale» chiamata a svolgere un'azione di aiuto e sostegno alla concreta implementazione e al costante miglioramento del sistema di valutazione.

Nel concreto, le tre aziende hanno costituito un *team* di persone direttamente coinvolte nella gestione di un «progetto trasversale» finalizzato al supporto e al monitoraggio del sistema di valutazione. I componenti di questa «area funzionale» erano persone appartenenti anche a più unità organizzative diverse tra loro (*in primis* il Servizio personale e quello di Programmazione e controllo), con l'aggiunta di persone di altre unità organizzative (in particolare la Formazione) che hanno acquisito competenze distintive nella partecipazione ai diversi percorsi formativi e che sono state in grado di offrire un contributo a servizio dell'azienda per la concreta introduzione del sistema di valutazione.

Più praticamente, la funzione di «help aziendale» è stata impegnata nello svolgimento delle seguenti attività:

- supporto diretto ai valutatori, su richiesta, nella gestione di alcuni momenti collegiali finalizzati alla presentazione del sistema di valutazione all'insieme dei collaboratori;
- supporto diretto ai valutatori nella risoluzione di alcune situazioni specifiche, le classiche eccezioni, la cui concreta risoluzione avrebbe potuto, almeno a prima vista, non trovare immediata soluzione operativa negli strumenti di valutazione progettati;
- segnalazione e contributo alla risoluzione di problematiche di carattere organizzativo che avrebbero potuto ostacolare la corretta identificazione della figura del valutatore (esempio: situazioni in cui il personale lavorava per due unità organizzative, situazione di allocazione temporanea del personale, ecc.);

– supporto ai responsabili nell'individuazione di un efficace sistema di *governance* del processo di valutazione, attraverso un coinvolgimento dei quadri, con diversi livelli di intensità. Si tratta della classica situazione in cui il responsabile gestisce un elevato numero di collaboratori e deve, quasi necessariamente, avvalersi del contributo dei quadri (spesso con il ruolo di posizione organizzativa), la cui relazione organizzativa è di tipo funzionale, o del responsabile sanitario di struttura complessa in ambito ospedaliero (che spesso è medico) chiamato a valutare, quale responsabile ultimo, gli infermieri o i tecnici, del cui operato ha una conoscenza limitata. In tutti questi casi diventa cruciale definire un modello di gestione concertata e condivisa della valutazione con le funzioni di coordinamento delle attività infermieristiche e tecniche;

– supporto ai valutatori nell'azione indispensabile, almeno in una prima fase, di armonizzazione dei criteri di valutazione per contenere l'errore sistematico;

– svolgimento di una funzione di *help* telefonico per la gestione operativa dei diversi strumenti del sistema di valutazione, con particolare attenzione alla corretta gestione del *software* di supporto. Tutte le tre le aziende interessate a questa sperimentazione hanno attivato, con tempi e modalità diverse, uno strumento informatico a supporto del sistema di valutazione, puntando, in prospettiva, all'introduzione della «firma digitale». Come per tutte le novità, anche in questo caso sono state molteplici le richieste di consulenza operativa e la necessità di introdurre gli opportuni aggiustamenti.

La funzione prospettica di sviluppo organizzativo correlata all'help aziendale

L'attenzione dedicata all'attivazione di questa funzione rappresenta un investimento organizzativo finalizzato a promuovere un'azione tesa a qualificare, dall'interno, la funzione di gestione del personale, valorizzando tutte le potenzialità presenti, con l'obiettivo di contemperare la prevalente focalizzazione amministrativa tipica di chi opera nell'area personale.

In prospettiva, si mira a individuare una o più figure con le competenze necessarie a svolgere una funzione di presidio organizza-

tivo e gestionale, duraturo nel tempo, a sostegno dell'introduzione e del costante monitoraggio del sistema di valutazione.

Occorre puntare a meglio definire la funzione di gestione strategica del personale, investendo, se necessario, sulla qualificazione delle competenze di chi, a diversi livelli, si occupa «istituzionalmente» di gestione del personale. Si tratta di una funzione sempre più critica che dovrà qualificare la classica «visione amministrativa» di gestione del personale, per sviluppare una visione strategica e di sistema, correlata allo sviluppo delle persone e del capitale sociale.

6.6. Progettare un'informazione diffusa sul sistema di valutazione

La delicatezza e la complessità, che contraddistinguono la fase di introduzione del sistema di valutazione, richiedono una forte determinazione della direzione strategica nel sostenere, a tutti i livelli, l'importanza aziendale di tale meccanismo, all'interno di un disegno più complessivo di gestione strategica del personale e di sviluppo organizzativo, in sintonia con le indicazioni normative e contrattuali.

Tale determinazione si deve necessariamente tramutare in concreti interventi gestionali ad alta visibilità, codificati da espliciti atti formali, con l'intento di dare al sistema di valutazione la necessaria visibilità organizzativa.

Capita spesso nelle aziende sanitarie che le informazioni non si trasmettano lungo la classica catena organizzativa: talvolta incorrono in alcuni blocchi o devono fare i conti con improvvisi ostacoli, conseguentemente i messaggi che giungono alla periferia dell'organizzazione sono molto limitati rispetto alle informazioni fornite dalla Direzione generale ai massimi responsabili aziendali. Per evitare questo rischio, più presente di quanto comunemente si pensi, risulta utile attivare uno specifico canale informativo diretto, che colleghi la Direzione con tutti i collaboratori dell'azienda, nel rispetto della «catena organizzativa».

Le tre aziende hanno cercato di progettare strumenti informativi aziendali utili a diffondere a tutti alcuni messaggi-chiave inerenti al sistema di valutazione, con particolare attenzione agli obiettivi, alla sua dimensione

valoriale, all'impianto metodologico e agli strumenti di supporto.

I supporti informativi utilizzati dalle tre aziende sono stati i seguenti: una lettera inviata a tutti i collaboratori, allegata al cedolino paga, un comunicato appeso a tutte le bacheche aziendali, un inserto collocato all'interno del giornalino aziendale, prodotto con cadenza bimensile, alcuni interventi sui giornali locali. L'effetto e l'impatto di tali interventi sono stati condizionati da due elementi: la novità e l'estemporaneità dello strumento di comunicazione utilizzato (messaggio in busta paga) o l'enfasi e la visibilità pubblica dello strumento utilizzato (uno specifico inserto collocato in modo molto visibile nel giornalino aziendale).

In due dei tre casi la direzione aziendale ha attivato il coinvolgimento della stampa locale per pubblicizzare il percorso formativo in tutte le sue articolazioni e per comunicare l'imminente introduzione del sistema di valutazione del personale.

6.7. Esplicitare le attese di ruolo sui valutatori e valutare i valutatori per come valutano i loro collaboratori

Una delle maggiori difficoltà da affrontare nell'introdurre un sistema di valutazione che valorizzasse molto la dimensione del processo (con particolare attenzione ai colloqui di valutazione: iniziale, intermedi e finale) è derivata dalla resistenza di alcune figure professionali, soprattutto sanitarie, titolari di ruoli significativi di responsabilità organizzativa e gestionale, nell'accettare di intraprendere questa nuova funzione, percepita come aggiuntiva, incrementale e poco coerente con la specifica e naturale attività, di taglio sanitario e assistenziale.

La principale preoccupazione (o l'alibi più facilmente spendibile!) veniva individuata nella enorme mole di tempo che un tale meccanismo richiedeva, a tutto danno del *core* della attività professionale. È tipico delle persone che ricoprono ruoli di gestione, soprattutto se caratterizzate da una storia personale con un forte connotato professionale, avere talune difficoltà ad accogliere strumenti di gestione la cui finalità sembra loro travalicare le esigenze immediate della specifica realtà organizzativa su cui sono prevalentemente focalizzati. Tali meccanismi appaiono come

una sovrastruttura, un ulteriore compito da svolgere di taglio amministrativo e burocratico, della serie: «ci tocca anche questa...».

Considerato che chi ricopre ruoli di responsabilità organizzativa «non può non gestire», nei fatti prevalgono logiche di gestione informali e personalizzate, in sintonia con gli orientamenti e le focalizzazioni dei diversi responsabili, con la conseguente attivazione di climi organizzativi fortemente intrisi di forme di opacità relazionale.

Per questo motivo le tre aziende hanno ritenuto opportuno, come previsto dalla «Riforma Brunetta», attribuire all'attività di valutazione fatta dai dirigenti un peso rilevante all'interno del loro comportamento di ruolo, dedicando un apposito *item* della scheda di valutazione a monitorare la modalità con cui essi valutano i loro collaboratori: un comportamento non difficile da osservare. Di fatto i dirigenti tendono a «subire l'onere» della valutazione; non mancano taluni comportamenti critici che testimoniano questo atteggiamento del tipo: la scarsa informazione fornita ai collaboratori e il loro frettoloso coinvolgimento, la carenza o mancanza di colloqui specifici, l'appiattimento verso l'alto delle valutazioni, la non partecipazione ai momenti di lavoro comune finalizzati ad armonizzare le valutazioni, l'approccio distaccato tipico di chi esegue un fastidioso adempimento.

6.8. Attribuire una valenza di carattere sperimentale alla prima fase di introduzione del sistema di valutazione

Come già descritto, tutte e tre le aziende hanno deciso di attribuire alla prima fase di introduzione del sistema di valutazione una valenza sperimentale, evitando espressamente qualsiasi ricaduta sui sistemi di incentivazione e di sviluppo professionale, che sono diversamente disegnati nelle tre aziende.

Il problema della correlazione tra valutazione e incentivazione è soggetto a una vasta gamma di soluzioni possibili, combinando diversamente i seguenti fattori:

– gli obiettivi del sistema di valutazione: logicamente una valutazione prevalentemente orientata alla crescita delle persone poco si presta a uno stretto «ancoraggio meritocratico» con il sistema di incentivazione;

– l'equilibrio e il peso relativo tra gli obiettivi di struttura e la performance individuale, attribuendo ai primi il ruolo di comune riferimento;

– la focalizzazione prevalente del sistema premiante sui comportamenti del singolo, di *team* omogenei, di *team* interprofessionali, sui risultati di unità organizzativa (micro o macro) o sui risultati aziendali;

– la concreta modalità con cui si affronta il problema della multiprofessionalità e multidimensionalità nel sistema di valutazione, con i correlati risvolti nel modello organizzativo, in termini di legami gerarchici e funzionali e con la necessità di coinvolgere più attori nel processo di valutazione, attraverso la progettazione di «valutazioni multiple»;

– il livello di selettività che si intende attribuire al sistema, con l'introduzione di eventuali tecniche particolari (esempio: la distribuzione forzata più o meno accentuata o l'identificazione di diverse «curve di valutazione»).

Logicamente, trattandosi di distinti sistemi di gestione del personale (valutazione, incentivazione e sviluppo professionale), sono possibili molteplici tipi di raccordo tra i diversi meccanismi di gestione del personale. Questo induce tutta una serie di riflessioni sul modo di sincronizzare i diversi sistemi operativi del personale, a fronte della necessità di contemperare una serie di obiettivi tra loro potenzialmente conflittuali.

La stessa valutazione multipla può prevedere diversi livelli di coinvolgimento dei diversi attori nel processo di valutazione.

In coerenza con l'attenzione dedicata alla valenza culturale (costruire valore condiviso sulla valutazione) e con la necessità di sviluppare apprendimento organizzativo, con il comune obiettivo di «imparare a valutare», si è deciso di attribuire alla prima fase, di durata variabile nelle tre aziende, una valenza di tipo sperimentale, anche per ridurre resistenze e preoccupazioni, molte volte ingigantite, sulle possibili ricadute economiche.

L'attivazione di una prima «fase protetta» ha ampliato i gradi di libertà dei valutatori nello sperimentare situazioni innovative e nel confrontarsi senza la preoccupazione che possibili limiti o errori potessero produrre conseguenze non volute. Il rischio di poter essere i soli a penalizzare i propri collabo-

ratori, soprattutto nelle incertezze della fase iniziale, grazie a valutazioni più restrittive di quelle formulate dai colleghi, tende a orientare i responsabili a formulare valutazioni molto positive per evitare di essere oggetto di critiche, dal basso o dall'alto, o di ricadute negative sul clima organizzativo.

7. Alcuni primi risultati, certamente parziali, relativi alla fase di introduzione del sistema di valutazione

In considerazione della fase di prima introduzione del sistema di valutazione, risulta difficile tracciare un bilancio completo, compito reso più difficile dal fatto che si tratta di valutare molti aspetti «intangibili» e soggetti ad interpretazione soggettiva.

Gli investimenti relativi alla qualificazione dei processi e del sistema delle relazioni si presentano a una duplice chiave di lettura: da un lato, hanno una strumentalità logica rispetto all'introduzione di meccanismi e strumenti che richiedono un necessario tasso di consenso, dall'altro, rappresentano un obiettivo in sé e per sé, poiché si connotano come una condizione imprescindibile, soprattutto in un'organizzazione professionale a legami deboli e ad autonomia diffusa, per introdurre strumenti la cui applicazione richiede la valorizzazione e la finalizzazione degli ampi spazi di autonomia.

Le riflessioni di seguito riportate raccolgono, con una certa sistematicità, le osservazioni emerse nei diversi *follow up* post colloqui effettuati; questi incontri hanno rappresentato una preziosa occasione per raccogliere dalla viva voce dei diretti interessati i successi e le difficoltà incontrate.

Le esperienze condotte dai partecipanti hanno evidenziato alcuni aspetti di carattere organizzativo, coerenti con le necessità di rispondere ad alcuni fattori di complessità che caratterizzano le aziende sanitarie, come il connotato della multiprofessionalità e della multidimensionalità. Ad un primo sommario bilancio, le diverse esperienze hanno dimostrato la necessità di investire sulla qualificazione di alcuni aspetti di carattere organizzativo e culturale, in sintonia con le specificità di un'azienda sanitaria; di seguito si evidenziano alcune questioni nodali.

7.1. I risvolti della multidimensionalità sul sistema di valutazione

Il connotato della multidimensionalità, tipico delle aziende sanitarie, influenza in misura significativa la progettazione delle variabili organizzative, con particolare attenzione alla ricerca di una combinazione equilibrata tra assetti funzionali e assetti gerarchici, nel delicato equilibrio finalizzato a valorizzare (fabbisogno di differenziazione) e orientare (fabbisogno di integrazione) le autonomie professionali, in coerenza con i comuni obiettivi.

Anche il sistema di valutazione deve necessariamente considerare questo elemento che, nell'esperienza fatta, interessa quasi tutto il personale sanitario del comparto, coinvolgendo nel processo i direttori (i classici «primari»), i ruoli di coordinamento (le classiche caposala) e i responsabili dei Servizi infermieristici.

Un primo aspetto di carattere generale, su cui si è sviluppata un'ampia discussione in tutte e tre le aziende, riguarda il coinvolgimento dei direttori di unità complessa e dei coordinatori infermieristici e tecnici nel processo di valutazione del personale sanitario del comparto.

Il modello organizzativo in atto nelle tre aziende attribuisce formalmente al direttore la responsabilità ultima della valutazione, in considerazione del tipo di legame (forte, strutturale, di tipo gerarchico) che lo lega ai collaboratori di tutte le professioni operanti nel reparto/servizio. In queste aziende, i coordinatori hanno un legame di coordinamento (debole o funzionale) verso i loro collaboratori, senza una responsabilità di tipo gerarchico. In questa situazione, il semplice ricorso alla dimensione strutturale non è in grado di risolvere il problema del coinvolgimento dei diversi attori nel processo di valutazione. La debolezza strutturale potrebbe contribuire a vanificare la funzione dei coordinatori nel processo di valutazione, con il rischio di perdere un patrimonio di conoscenza diretta delle specificità tecniche e dell'operato dei profili professionali non medici (gli infermieri e i tecnici in particolare), solitamente limitata a livello delle posizioni apicali ricoperte da medici. Questo limite può essere compensato individuando alcuni sistemi operativi, supportati da un investimento culturale, fi-

nalizzati a promuovere il coinvolgimento congiunto e integrato dei direttori di unità operativa e dei coordinatori infermieristici e tecnici nel processo di valutazione.

Un'efficace valutazione dei diversi profili professionali (non dirigenziali) presenti all'interno delle diverse unità organizzative richiede, a parere dei valutati, e della maggior parte dei valutatori direttamente interessati, anche considerando l'attuale modello organizzativo, la partecipazione congiunta, progettata e coordinata dei due attori-chiave in tutto il processo di valutazione: il direttore di unità operativa e i coordinatori infermieristici e tecnici, con lo scopo di alimentare una forte ed esplicita «corresponsabilizzazione» sul processo e sul risultato della valutazione. Diventa indispensabile progettare operativamente la modalità di coinvolgimento dei due soggetti, sia nei momenti ufficiali e pubblici (le riunioni per la presentazione del sistema di valutazione) che le concrete modalità di gestione della valutazione delle singole persone. Logicamente, a monte, risulta essenziale un forte livello di condivisione degli obiettivi, dei criteri e delle concrete modalità di svolgimento delle valutazioni.

Le soluzioni sono molteplici e variegata e si muovono all'interno delle seguenti coordinate:

- il livello di coinvolgimento dei due attori nei momenti di alta visibilità sociale: incontri di presentazione del sistema di valutazione;
- utilizzo di differenti schede di valutazione con l'effettuazione di separati momenti di valutazione, oppure utilizzo di un unico strumento di valutazione con l'effettuazione di valutazioni congiunte (con firma di entrambi);
- delega sostanziale del direttore ai ruoli di coordinamento, relativamente alla effettuazione dei colloqui di valutazione, previa concertazione e condivisione degli obiettivi e dei criteri.

Sono possibili soluzioni intermedie combinando diversamente le tre opzioni precedenti.

In analogia, è stato affrontato il nodo della valutazione dei ruoli di coordinamento, puntando al coinvolgimento dei due attori deputati, il primo, al presidio della dimensione organizzativa (il direttore in qualità di garan-

te della combinazione efficace ed efficiente dei diversi processi in funzione del risultato complessivo a livello di unità operativa) e il secondo, il responsabile del Servizio infermieristico (per gli aspetti relativi alla qualificazione e allo sviluppo della professione infermieristica e tecnica e per la progettazione, la gestione, il controllo e la valutazione degli strumenti informativi e gestionali che accompagnano e supportano le attività professionali).

7.2. La centralità dei colloqui di valutazione

Dalle diverse esperienze fatte dai valutatori è risultata evidente la centralità è l'importanza dei colloqui di valutazione (iniziale, intermedio e finale, quest'ultimo preceduto da eventuale autovalutazione): uno strumento di comunicazione bi-direzionale funzionale all'attivazione di un «processo di influenza» utile a costruire «significati condivisi» sulle finalità e sul concreto utilizzo della valutazione.

Il colloquio ha svolto una preziosa funzione di riposizionamento cognitivo ed emotivo dei diversi attori coinvolti, garantendo l'esplicitazione e la relativa condivisione delle reciproche aspettative, contribuendo a riqualificare la relazione tra i responsabili e i loro collaboratori, anche attraverso la comunicazione di un «*feedback* atteso» sul proprio operato da parte di ciascun collaboratore.

Quasi tutti hanno ravvisato, tranne piccole eccezioni, un importante aspetto positivo nel coinvolgimento attivo dei valutatori e dei valutati. Solo in questo modo si può raggiungere l'obiettivo di produrre un positivo impatto culturale, stimolando i valutati a rivedere il loro naturale atteggiamento di resistenza, sospetto e timore e orientando i responsabili a «dare valore» alla valutazione, sia per le persone che per l'organizzazione; il colloquio è risultato il principale strumento per innalzare il «tasso di oggettività percepita» della valutazione.

Il colloquio ha offerto l'opportunità, almeno in taluni casi, di acquisire nuovi e significativi elementi di conoscenza dei propri collaboratori e dei loro orientamenti preferenziali, con indubbi risvolti positivi sulla gestione del personale e sul clima organizzativo.

Taluni dirigenti e quadri hanno segnalato la piacevole sensazione di aver fatto una «riscoperta dei propri collaboratori», attraverso il nuovo contesto relazionale del colloquio di valutazione che ha obbligato entrambi ad accrescere il loro livello di esposizione, anche per governare una situazione ad alta intensità emotiva; l'utilizzo dello strumento dell'autovalutazione ha offerto un notevole contributo in questa direzione.

Un sicuro fattore di successo è stato da tutti individuato nella stretta collaborazione tra i direttori e i ruoli di coordinamento (classicamente, in ambito ospedaliero i primari e i capisala); in tutti i casi in cui si è progettato e gestito il colloquio di valutazione in modo integrato e coordinato si sono raggiunti risultati positivi, tra i quali spiccano: una maggiore chiarezza nell'esplicitazione delle reciproche aspettative, una maggiore conoscenza reciproca, anche facendo piacevoli scoperte sulle caratteristiche e attitudini dei propri collaboratori e una progressiva qualificazione della relazione interpersonale.

7.3. Il ruolo dell'autovalutazione

Capitalizzando le opportunità offerte dalla fase sperimentale, si è favorita l'opzione di ricorrere allo strumento dell'autovalutazione preventiva al colloquio finale; uno strumento molto semplice, ma che contribuisce ad accrescere il livello di responsabilizzazione dei due principali attori coinvolti nella valutazione, abbassando il tasso di tensione emotiva e accrescendo la possibilità di costruire consenso e valore condiviso sul processo e sull'esito della valutazione.

Tutto questo avendo ben chiaro che la valutazione non si negozia, ma che si dialoga e ci si confronta per meglio comprendersi, per chiarire le reciproche aspettative e per costruire «valore condiviso» sui criteri e, per quanto possibile, sull'esito della valutazione.

Operativamente l'autovalutazione preventiva al colloquio finale si articola nelle fasi seguenti:

- un momento collegiale di presentazione del prossimo avvio dei colloqui individuali di valutazione, con la presentazione degli obiettivi e della metodologia e la formalizzazione delle tappe successive. In questa sede si

ripropone la metodica della autovalutazione, stimolando i collaboratori a formulare, entro due o tre settimane, una loro valutazione in sintonia con *item* della scheda e i relativi comportamenti osservabili precedentemente definiti. Già in questa sede si definiscono gli appuntamenti per i colloqui di valutazione individuali;

- nell’arco delle due o tre settimane successive ogni collaboratore si autovaluta compilando l’apposita scheda;

- nel colloquio finale il valutato presenta la valutazione, il valutatore la confronta con una propria, che in questa fase non è tenuto a formalizzare, chiarendo che questo momento è propedeutico alla valutazione definitiva che verrà presentata entro una settimana con un breve incontro. Durante il colloquio ci si confronta sui principali scostamenti, capitalizzando tutte le possibili sintonie. L’esperienza ha dimostrato che nella maggior parte dei casi le persone tendono a sotto valutarsi;

- dopo un ulteriore periodo di riflessione il valutatore presenta la valutazione di periodo.

7.4. Le risorse da investire per attivare e far funzionare il sistema di valutazione

Come per molte situazioni, anche in questo caso l’ottenimento di significativi risultati, oltre alla bontà intrinseca dell’ipotesi di lavoro, risulta strettamente correlato alla convinzione e determinazione di chi ricopre ruoli di gestione (a livello strategico e operativo) e all’impegno profuso, anche in termini di risorse dedicate. Le molteplici attività di formazione, rivolte ai valutatori e ai valutati, funzionali a sostenere un diffuso processo di apprendimento, richiedono un impegno in termini di risorse economiche e di tempo dedicato da parte delle persone coinvolte. La

progettazione e il monitoraggio del sistema di valutazione, quest’ultimo determinante e impegnativo nella fase di prima introduzione, richiedono un attento presidio da parte della direzione strategica per contrastare le molteplici inerzie e resistenze. L’attivazione della funzione di *help* aziendale richiede un investimento di tempo e di «risorsa uomo» per la gestione della nuova funzione, spesso accompagnato da uno specifico investimento formativo, necessario per completare e arricchire il tipico bagaglio di competenze di taglio prevalentemente amministrativo che caratterizza le persone che operano nella funzione del personale. Gli stessi valutatori sono chiamati a rivedere le proprie priorità di utilizzo della risorsa tempo, definendo e progettando, in stretto raccordo con i loro collaboratori in caso di valutazioni multiple, il proprio «tempo organizzativo».

La progettazione e l’implementazione di un *software* specifico a sostegno della valutazione richiedono risorse economiche e persone dedicate. L’impegno di risorse può aumentare, nella fase iniziale, se il supporto informatico è strettamente correlato ai sistemi di programmazione e controllo ed ai sistemi di gestione del personale.

Note

1. Le tre aziende sanitarie che hanno cercato di percorrere questa strada di sviluppo organizzativo sono le seguenti:
 - I.N.R.C.A.: Istituto nazionale di ricerca e cura per anziani, un Istituto a carattere scientifico, con sedi ubicate in cinque Regioni (le Marche: con sedi ad Ancona – che ospita la Direzione generale –, Fermo e Appignano, la Lombardia, con sede a Casatenovo, il Lazio, con sede a Roma, la Calabria, con sede a Cosenza, la Sardegna, con sede a Cagliari);
 - l’Azienda Ulss n. 12 di Venezia;
 - l’Azienda Ulss n. 1 di Belluno.

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

- AMIETTA (1995), *Comunicare per apprendere*, Franco Angeli, Milano.
- AUTERI E. (1998), *Management delle risorse umane. Fondamenti professionali*, Guerini e Associati, Milano.
- BIRKENBIHL V.F. (1994), *L'arte di intendersi ovvero come imparare a comunicare meglio*, Franco Angeli, Milano.
- BORGOGNI L. (1998), *Valutazione e motivazione delle risorse umane nelle organizzazioni*, Franco Angeli, Milano.
- BURLEY-ALLEN M. (1989), *La direzione assertiva. Come sviluppare le proprie capacità di trattare con le persone*, Franco Angeli, Milano.
- BUFERA F., REBORA G. (2006), *Il Change Management nelle imprese e nelle pubbliche amministrazioni*, Università Carlo Cattaneo - LIUC, Rivista Studi Organizzativi.
- CASTELLO G. (1999), *Trasmettere competenze. Guida pratica per la gestione della comunicazione nella formazione e in azienda*, Franco Angeli, Milano.
- CAVAZZA N. (1997), *Comunicazione e persuasione*, Il Mulino, Bologna.
- COSTANTINI R., CARSO R. (1993), *Negoziare. Come trasformare le tecniche negoziali in abilità istintive*, Franco Angeli, Milano.
- CROZIER M. (1969), *Il fenomeno burocratico*, Etas Compass.
- DRUCKER P.F. (1999), *Il futuro che è già qui. La professione del dirigente nella società postcapitalistica*, Etas Libri, Milano.
- FOUCAULT M. (1978), *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano.
- JANDT FRED EDMUND (1990), *Winner contro Winner. L'arte di trattare con gli altri, negoziare «positivamente» e trasformare tutti i conflitti in accordi*, Franco Angeli, Milano.
- KERMALLY S. (1998), *Gestire la performance. I nuovi strumenti di management per conseguire e mantenere nel tempo una performance elevata*, Franco Angeli, Milano.
- KET DE VRIES M.F.R. (1964), *L'organizzazione nevrotica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- KETTLITZ V. (1998), *Come trattare i propri collaboratori. Introduzione alle nuove tecniche di leadership*, Franco Angeli, Milano.
- LAWRENCE P., LORSCH J. (1967), «Differentiation and integration in Complex Organization», *Administrative Science Quarterly*, 12, pp. 1-47.
- LEVATI W., SARAÒ M.V. (1998), *Il modello delle competenze. Un modello originale per la definizione di un nuovo approccio all'individuo e all'organizzazione nella gestione e nello sviluppo delle risorse umane*, Franco Angeli, Milano.
- MOHRMAN JR.A.M., LAWLER III E.E., RESNICK-WEST S.M. (1992), *La valutazione dei dipendenti. Come progettare sistemi di valutazione della performance dei dipendenti*, Franco Angeli, Milano.
- OGGIONI E., ROLANDI A. (1998), *Performance Improvement. Il miglioramento delle prestazioni organizzative attraverso lo sviluppo delle competenze*, Etas Libri, Milano.
- PASSERINI W., TOMATIS A.A. (1994), *Management dell'ascolto*, Franco Angeli, Milano.
- QUAGLINO G.P. (1999), *Voglia di fare. Motivati per crescere nell'organizzazione*, Guerini e Associati, Milano.
- REBORA G. (2007), *Change Management*, Etas Libri, Milano.
- SCHEIN E. (1990), *Cultura d'azienda e leadership*, Guerini e Associati, Milano.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, 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**.

L'analisi delle migrazioni manageriali nel Ssn: il caso dei direttori generali

ILARIA PICONI, DANIELE MASCIA

After the managerial reform of the Italian NHS the strategic role of CEO in public healthcare organizations has become more and more important. The aim of this paper is to describe a specific aspect of CEOs careers by tracking their mobility among different INHS organizations. The social network analysis has been applied to analyze data gathered from the curriculum of 149 CEOs describing their careers. The results show that a specific set of health care organizations are especially relevant as learning context for the training of CEOs within the Italian NHS.

Keywords: CEOs, managerial competencies, social network analysis

Parole chiave: direttori generali, competenze manageriali, social network analysis

Note sugli autori

Ilaria Piconi, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Economia, Sede di Roma

Daniele Mascia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Sede di Roma

Attribuzione

Pur essendo frutto di un lavoro comune, i §§ 1, 2 e 5 sono da attribuire prevalentemente al lavoro di I. Piconi mentre i §§ 3 e 4 a quello di D. Mascia

Ringraziamenti

Gli autori desiderano ringraziare la dott.ssa Valentina Ippoliti per il supporto fornito nella raccolta dei dati. Si ringrazia inoltre il prof. Americo Cicchetti per i suggerimenti forniti nella stesura dell'articolo. Una precedente versione di questo *paper* è stato oggetto di presentazione alla 14ª conferenza annuale AIES tenuta a Bergamo, 29-30 ottobre 2009

1. Introduzione

Gli studi di management affermano ormai da diversi anni che il capitale umano è una risorsa fondamentale per le aziende che offrono servizi sanitari. Comportamenti e *outcome* di queste organizzazioni sono legati in maniera imprescindibile alle risorse umane impegnate sia nell'ambito delle attività assistenziali che nel management aziendale. Nel corso degli ultimi anni si è assistito a una vera e propria proliferazione degli studi di organizzazione sanitaria sul tema della valutazione delle risorse umane, e specificamente sull'analisi delle competenze e dei requisiti di professionalità che il management deve possedere per governare con efficacia ospedali e strutture sanitarie complesse (tra gli altri, Cicchetti, 2003; Del Vecchio, Carbone, 2002; Carbone, 2009; Agenas, 2009). Da alcuni anni nell'ambito degli studi organizzativi il filone della «population ecology» (Hannan, Freeman, 1977, 1989) contribuisce a sottolineare l'importanza che le risorse umane hanno per le organizzazioni analizzando i flussi di migrazione di manager e dirigenti tra le aziende (Baty, 1971; Carrol, 1998; Pfeffer, O'Reilly, 1987; Sørensen 1999, 1999b, 2004). Le organizzazioni competono non soltanto sul versante dei mercati di sbocco ma anche su quello delle risorse umane. Lo studio dei flussi migratori può dunque contribuire alla comprensione dei meccanismi attraverso cui conoscenze e competenze si sedimentano all'interno delle organizzazioni per effetto delle esperienze maturate dai dirigenti di grandi organizzazioni. Il presente lavoro descrive i «flussi migratori» dei dirigenti all'interno del settore sanitario sulla base dell'analisi dei percorsi

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Background
3. Dati e metodi
4. Risultati
5. Discussione

di mobilità dei singoli manager tra le aziende sanitarie del Ssn.

L'analisi delle migrazioni manageriali nel settore della sanità viene affrontata in questo *paper* prendendo in considerazione la figura del Direttore generale – figura chiave per comprendere comportamenti e risultati delle aziende sanitarie – e utilizzando le tecniche della *social network analysis*, che consente di analizzare in una prospettiva diadica i flussi di migrazione del management, ricostruiti sulla base dei percorsi di carriera che i singoli direttori generali compiono all'interno del Servizio sanitario nazionale. Lo studio delle migrazioni dei *top manager* offre spunti di riflessione per ricercatori, manager e *policymaker* interessati a capire quali sono le «palestre» in cui si formano i manager delle aziende sanitarie.

L'articolo è strutturato come segue. Nel *background* presenta un'analisi del ruolo svolto dalla figura del Direttore generale all'interno del processo di riforma del Servizio sanitario nazionale, cui fa seguito una rassegna della letteratura organizzativa sul tema delle migrazioni manageriali riferite al *top management* aziendale. Il terzo paragrafo descrive i dati utilizzati e i metodi impiegati ai fini dell'analisi. Successivamente si presenta l'analisi dei risultati, articolata in una prima descrizione delle caratteristiche curriculari dei direttori generali e in una descrizione dei flussi di migrazione. Il lavoro si chiude con la discussione dei risultati, la presentazione delle principali implicazioni di *policymaking* e i limiti dello studio.

2. Background

Durante gli anni '90 il Servizio sanitario nazionale è stato caratterizzato da profondi mutamenti dell'assetto istituzionale. I decreti di riordino del 1992-93, e successive modifiche, hanno ridisegnato l'architettura del Ssn alla luce del modello europeo di gestione della pubblica amministrazione noto come *New Public Management* (Ferlie *et al.*, 1996). Tale modello di matrice aziendale si è configurato a livello internazionale come risposta all'esigenza di rendere più efficienti ed efficace l'azione delle organizzazioni erogatrici di servizi pubblici, determinando l'adozione di assetti organizzativi e strumenti gestionali propri della pratica manageriale

e tesi ad accrescere i livelli di competizione nel sistema stesso.

In Italia, alla luce delle esperienze europee, alcuni degli elementi propri del *New Public Management* sono stati progressivamente implementati nel Ssn andando a modificarne il profilo istituzionale e organizzativo. La strutturazione del modello annovera tra i principali cambiamenti la creazione di aziende sanitarie dotate di una maggiore autonomia strategico-organizzativa, la separazione tra *provider/acquirenti* di prestazioni e l'introduzione del meccanismo di rimborso a prestazione sulla base dei Drg.

Le autonomie riconosciute alle istituende aziende sanitarie hanno consentito a queste ultime di operare nella cornice della programmazione nazionale e regionale, avvalendosi degli strumenti necessari al raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari e qualitativi oggetto di valutazione a livello istituzionale.

Il quadro così delineato si completa grazie alla modifica dell'architettura strategica e organizzativa delle strutture sanitarie. Come sottolinea Costa (2000), la realizzazione dei processi di riforma richiede la nascita di figure dirigenziali in grado di favorire l'evoluzione di una cultura organizzativa nonché l'adozione di nuovi strumenti manageriali, ponendo la necessaria attenzione alle specificità della missione «pubblica» distintiva delle organizzazioni in oggetto. Accanto al Direttore sanitario e al Direttore amministrativo, quello del Direttore generale (DG) viene riconosciuto come un ruolo chiave per la realizzazione delle strategie aziendali. L'introduzione della figura del DG rappresenta, infatti, sul piano operativo, l'espressione più diretta della riforma aziendalistica (Del Vecchio, Carbone, 2002). L'essere allo stesso tempo oggetto di un rapporto di lavoro esclusivo disciplinato dal diritto privato, e soggetto a valutazione degli obiettivi assegnati dal governo regionale, pena la revoca dell'incarico, così come l'obbligo di formazione in ambito manageriale, fanno del DG la figura cruciale nella gestione del processo di cambiamento organizzativo-gestionale (Achar *et al.*, 2004).

La figura del DG presenta oggi una grande autonomia e responsabilità rispetto al livello di raggiungimento degli obiettivi aziendali concordati con gli *stakeholder* istituziona-

li. Il suo stesso mandato appare strettamente connesso al livello di performance della azienda da lui diretta e gestita. Inoltre, alla luce della particolare composizione e frammentarietà che caratterizza il soggetto strategico in sanità (Fontana, Lorenzoni, 2000; Cicchetti, 2002), al DG viene riconosciuto un ruolo di armonizzazione tra la programmazione sanitaria realizzata a livello centrale e regionale, e la pianificazione strategica dell'azienda sanitaria stessa. La figura del DG è dunque fondamentale affinché l'azienda possa operare in modo efficace sia rispetto a dimensioni tecniche, avendo accesso e impiegando risorse di valore, sia rispetto alla dimensione istituzionale, assicurando legittimità attraverso le relazioni con le diverse categorie di *stakeholder* (Scott *et al.*, 2000; Ruef, Scott, 1998).

La ricerca condotta nel corso degli ultimi anni sulla figura del DG si è focalizzata soprattutto sull'approfondimento di due aspetti principali: da un lato la definizione di un profilo di competenze del DG in grado di conciliare i contenuti manageriali con le *skill* adeguate alla gestione delle dinamiche istituzionali e professionali; dall'altro le dinamiche di mobilità dei direttori, legate sia alle scadenze contrattuali che alle instabilità proprie della legislatura regionale.

Le competenze e il *background* del DG (tra gli altri, Achard *et al.*, 2004; Cicchetti *et al.*, 2003), gli stili di *leadership* adottati (Gil-martin, D'Aunno, 2008), nonché l'approccio al *decision-making* (Mintzberg, 1983) sono caratteristiche che la ricerca ha ampiamente esplorato per gettare luce su un profilo che appare poco strutturato e ancora tutto da definire. Tra gli altri il lavoro svolto nel 2003 da Cicchetti e colleghi, ha contribuito a delineare una prima descrizione del profilo professionale dei DG al fine di definirne un possibile modello di competenze. Dal campione, composto da 107 manager, emergeva che il 34% degli individui aveva conseguito la laurea Medicina e chirurgia, e il 69% del totale aveva svolto i corsi di formazione manageriale previsti dalla normativa vigente. Rispetto alla totalità degli intervistati, solo il 26% di essi dichiarava una precedente esperienza nel ruolo di DG, mentre l'89% affermava di non aver intrapreso parte del proprio percorso di carriera nell'azienda diretta nel periodo in analisi. La ricerca realizzata nel

2003 ha contribuito, nello specifico, a delineare un modello manageriale dei DG che risulta fortemente influenzato dall'ambiente istituzionale (Achard *et al.*, 2004). Come affermato da Cicchetti (2002), la capacità di negoziazione tra istanze tecnico-cliniche e tecnico-economiche diviene, in tale ambito, elemento di ulteriore criticità. Le tematiche emerse offrono altresì spunti di riflessione in merito alle competenze e ai percorsi formativi, necessari alla copertura di un ruolo in grado di conseguire performance positive sul fronte dell'efficacia delle prestazioni, dell'economicità dell'organizzazione nel suo insieme e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. L'aumento delle esperienze di copertura del ruolo di DG da parte di numerosi professionisti, unitamente alle tematiche riferite al necessario profilo multidisciplinare, ha inoltre portato gli studiosi a interrogarsi sul processo di formazione di una specifica comunità professionale in grado di riconoscersi come categoria professionale di manager delle aziende sanitarie pubbliche (Del Vecchio, Carbone, 2002; Carbone, 2003, 2009).

Gli studi sinora illustrati colgono nelle diverse declinazioni la percezione del cambiamento intervenuto nell'interpretazione del ruolo di DG. Se la previsione normativa disegna da un lato una forte monocraticità nel modello di gestione, negli ultimi dieci anni si è assistito al mutamento degli assetti organizzativi e gestionali a livello regionale tesi a sfruttare le sinergie collaborative a tutela sia della multidimensionalità dei risultati aziendali, che della stessa natura pubblica aziendale (Del Vecchio, 2008). La frammentarietà dello spazio strategico aziendale, nelle diverse realizzazioni regionali, e la molteplicità di *stakeholder* coinvolti hanno dunque ridisegnato il ruolo del direttore generale alla luce della capacità nel gestire l'articolato sistema di relazioni, al fine di contemperare le istanze della pluralità di attori coinvolti nell'azione organizzativa.

La ricerca ha, inoltre, analizzato la figura del DG andando a mettere in relazione il suo ruolo con variabili e dimensioni riferibili soprattutto all'ambiente competitivo e istituzionale di riferimento. Alcuni studi hanno, ad esempio, analizzato la figura dei DG in relazione ai modelli di *governance* delle aziende e delle Regioni in cui essi operano (Fontana,

Lorenzoni, 2000). Altri censiscono ormai da diversi anni i tassi di *turnover* dei DG, studiando il grado di instabilità ambientale al fine di comprenderne l'impatto sull'efficacia dell'azione manageriale (Del Vecchio, Carbone, 2002; Carbone, 2003, 2009).

In tale ambito, l'analisi della mobilità realizzata dagli autori evidenzia un valore medio nazionale della durata in carica dei DG pari a 3 anni e 6 mesi (Carbone, 2009). Si conferma, inoltre, nel tempo la maggiore stabilità dei DG delle aziende ospedaliere rispetto ai DG delle aziende territoriali apparentemente dovuta sia a una più chiara definizione della *mission* aziendale che a una minore complessità nelle relazioni istituzionali (Del Vecchio, Carbone, 2002; Carbone, 2003, 2009).

Nell'ambito delle teorie dell'organizzazione, la prospettiva della dipendenza delle risorse riconosce come l'incertezza ambientale possa essere affrontata dalle organizzazioni attuando meccanismi di interdipendenza transazionale o competitiva tesi al controllo delle risorse esterne ritenute strategiche, al fine di minimizzare la dipendenza dalle stesse (Pfeffer, Salancik, 1978). Recentemente il filone della *population ecology* (Hannan, Freeman, 1977, 1989) ha sviluppato in diversi contesti industriali vari studi che analizzano i flussi di migrazione del management tra organizzazioni per descrivere il tasso di successo/insuccesso competitivo raggiunto all'interno del settore (Sørensen, 2004). Secondo l'approccio ecologico, le organizzazioni che appartengono a una data popolazione sono caratterizzate dalla comune dipendenza dalle medesime risorse, siano esse finanziarie, tecnologiche, materiali, umane, ecc. Tale dipendenza determina il sorgere di una pressione competitiva tra aziende presenti nella medesima nicchia di risorse (Hannan, Freeman, 1977). In particolare, il termine «nicchia» viene utilizzato correntemente all'interno di questo filone per identificare uno spazio di risorse dal quale dipende la sopravvivenza e la crescita di una popolazione di organizzazioni (Hannan, Freeman, 1989). Nell'approccio ecologico il principale elemento in grado di spiegare il successo o, per contro, l'insuccesso delle organizzazioni è l'ambiente in cui queste operano, e la particolare interdipendenza competitiva che si crea tra le organizzazioni per l'acquisizione di risorse scarse e cruciali. Le risorse umane

possono, dunque, essere considerate una delle risorse principali per le quali la competizione tra organizzazioni prende vita.

Gli studi relativi alle migrazioni manageriali tra le organizzazioni prendono spunto dal lavoro condotto da Baty, Evan e Rotmel (1971), i quali suggeriscono come il ruolo svolto dal *set* di esperienze e competenze maturate dal management nel corso della propria esperienza lavorativa, possa influenzare il raggiungimento degli obiettivi organizzativi. Sotto tale prospettiva i flussi migratori iniziano a essere interpretati nella fattispecie di relazioni interorganizzative per le quali il mercato del lavoro diviene fonte di vantaggio, o costrizione, nel conseguimento delle performance organizzative (Sørensen, 1999a). Le teorie riferite alla demografia organizzativa emergono in tale contesto consentendo di mettere in relazione le caratteristiche demografiche dei *top management team* con gli *outcome* organizzativi (Pfeffer, 1983; Hambrick, Mason, 1984). Fattori quali l'eterogeneità nella distribuzione dell'anzianità di servizio nel *top management team*, o l'incremento della diversità nelle caratteristiche demografiche dello stesso si sono rivelati nel tempo positivamente associati al livello di crescita dell'organizzazione stessa (Eisenhardt, Shoonhoven, 1990; Hambrick *et al.*, 1996). Alla luce di questi risultati è possibile essere concordi nell'affermare che le differenze riscontrabili negli *outcome* possano riflettere, almeno in parte, le differenze presenti nelle prospettive cognitive e nelle disposizioni comportamentali del *top management* (Pennings, Wezel, 2007).

Il filone di ricerca avviato da Hambrick e Mason (1984) si sviluppa proprio in questo ambito sotto il nome di *upper-echelons theory*. In tale contesto gli autori pongono in evidenza come il *top management* sia tipicamente soggetto a una serie di pressioni interne ed esterne all'organizzazione che intervengono sul processo decisionale. Secondo Finkelstein e Hambrick (1990; 1996), la formulazione delle decisioni sottostanti all'azione organizzativa si realizza attraverso un processo discrezionale articolato in tre fasi principali. Nella prima fase il manager trae le informazioni provenienti dall'ambiente all'interno del quale la rete sociale, in cui è inserito, agisce sotto forma di filtro rispetto alla totalità delle informazioni po-

tenzialmente disponibili. Nella fase successiva le caratteristiche proprie dell'individuo, comprese le esperienze realizzate durante la carriera lavorativa, influenzano il grado di rilevanza attribuito alle informazioni ricevute. In ultimo, le caratteristiche manageriali sviluppate nell'area funzionale di provenienza condizionano l'interpretazione degli stimoli provenienti dall'ambiente stesso. Dunque, i modelli attraverso i quali le organizzazioni assumono i manager, possono essere considerati una determinante per l'azione futura dell'organizzazione stessa in quanto: (i) modificano il *mix* delle prospettive del *top management team* e (ii) riconfigurano il modello delle relazioni esterne delle organizzazioni esponendole a nuove influenze ambientali (Sørensen, 1999a). Possiamo dunque concludere dagli studi riportati, che la prospettiva ecologica nello studio delle organizzazioni suggerisca che i modelli di mobilità tra queste ultime impattino sulla distribuzione delle capacità manageriali modificandone, in ultima istanza, l'assetto competitivo (Sørensen, 1999a).

Ad oggi in ambito sanitario l'approccio ecologico allo studio delle migrazioni manageriali è stato preso in considerazione analizzando soprattutto i flussi migratori dei clinici, ritenuti fondamentali per l'acquisizione di una delle risorse più vitali per le strutture sanitarie, ovvero i pazienti (Douglas, Ryman, 2003). Nonostante recenti lavori nel nostro Paese abbiano iniziato a studiare l'esperienza maturata dal management aziendale attraverso l'approfondimento degli «spostamenti» dei *top manager* tra Regioni limitrofe (Carbone, 2009), la ricerca presenta ancora un *gap* significativo per quanto concerne la figura dei DG. Il presente studio intende approfondire il tema delle migrazioni manageriali dei DG studiando i flussi di mobilità che hanno caratterizzato la carriera dei singoli manager, portandoli ad assumere la direzione delle organizzazioni sanitarie in Italia.

3. Dati e metodi

Il presente lavoro descrive i «flussi migratori» dei dirigenti all'interno del settore sanitario in base all'analisi dei percorsi di mobilità dei direttori generali in carica al 2008 all'interno delle aziende sanitarie del Ssn. I

dati utilizzati sono stati raccolti sulla base dei *curriculum vitae* (CV) degli stessi DG. Si ritiene che tale fonte sia particolarmente idonea sia ai fini della descrizione delle variabili demografiche individuali, sia per la ricostruzione storica e la mappatura dei percorsi di mobilità lavorativa degli individui in contesti organizzativi. I *curriculum* sono stati collezionati attraverso una ricerca condotta in due fasi. La prima fase ha visto la consultazione online dei siti *web* delle aziende sanitarie del Ssn. La ricerca, condotta nel periodo marzo-luglio 2008, ha permesso di avere accesso a 148 *curriculum* su un totale nazionale di 284.

Le criticità riscontrate, quali ad esempio l'assenza del sito *web* aziendale o del CV aggiornato, hanno reso necessario, al fine di ampliare il campione, richiedere direttamente i CV presso le segreterie dei rispettivi DG non presenti nel campione già rilevato. I CV complessivamente raccolti al 15 settembre del 2008 erano 165. Ai fini dell'analisi relazionale sono stati considerati solo i DG e le Aziende presenti in Regioni in cui è stata reperita una quota di *curriculum* non inferiore al 30%. Restano dunque escluse dall'analisi le Regioni: Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Molise, Basilicata, Calabria e Sicilia. Come descritto in **tabella 1**, il campione utilizzato per il presente studio consta di 149 strutture pari al 55% della popolazione di Aziende presenti nel Ssn al 30 giugno 2008.

L'analisi delle migrazioni manageriali è stata condotta attraverso l'impiego dell'analisi delle reti sociali, metodologia che utilizza specifici algoritmi (densità, centralità, equivalenza strutturale, etc.) per comprendere i modelli di relazione e di interazione tra attori appartenenti a una rete o *network* (Wasserman, Faust, 1994; Lomi, 1991; Scott, 1991; Mascia, 2009). Una rete sociale – o *social network* – consiste di un qualsiasi gruppo di attori sociali (cosiddetti nodi) connessi tra loro da legami (cosiddette relazioni) di varia natura, sociale o di affiliazione, in relazione a specifici eventi. Nel presente studio l'analisi delle reti sociali è stata applicata considerando come *nodi* della rete le diverse aziende sanitarie del Ssn e come *relazioni* la presenza/assenza di «migrazioni», da un'azienda all'altra, realizzate nel corso della propria carriera da parte dei DG in carica al 2008. L'analisi è stata condotta utilizzando pac-

Regione	Asl		Ao		Aou e Policlinici		Irccs		Totale	
	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali
Piemonte	13	100	8	100	0	0	0	0	21	75
Val d'Aosta	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100
Lombardia	11	73	24	83	0	0	0	0	35	50
Trentino A.A.	2	100	0	0	0	0	0	0	2	100
Veneto	11	52	1	50	0	0	0	0	12	44
Liguria	1	20	2	67	0	0	0	0	3	20
Emilia Romagna	8	73	1	20	3	75	1	100	13	62
Toscana	10	83	1	25	1	25	0	0	12	57
Umbria	3	75	2	100	0	0	0	0	5	83
Marche	14	100	2	100	0	0	1	50	3	94
Abruzzo	3	50	0	0	0	0	0	0	3	50
Campania	10	77	4	50	0	0	0	0	14	56
Puglia	4	67	0	0	0	0	0	0	4	25
Sardegna	6	75	1	100	0	0	0	0	7	54
Italia	97	74	46	70	4	16	2	4	149	55

* Fonte popolazione di riferimento: Rapporto Oasi (2008).

** Fonte popolazione di riferimento: Ministero della Salute - Strutture al 1° gennaio 2008.

*** Sono comprese la A.S.U.R. e le 13 Z.T.

Tabella 1

Campione dello studio: valori assoluti e valori percentuali rispetto alla popolazione di riferimento

chetti statistici dedicati: Pajek 1.02 (Batagelj, Mrvar, 2004) e UCINET 6 (Borgatti, Everett e Freeman, 2002).

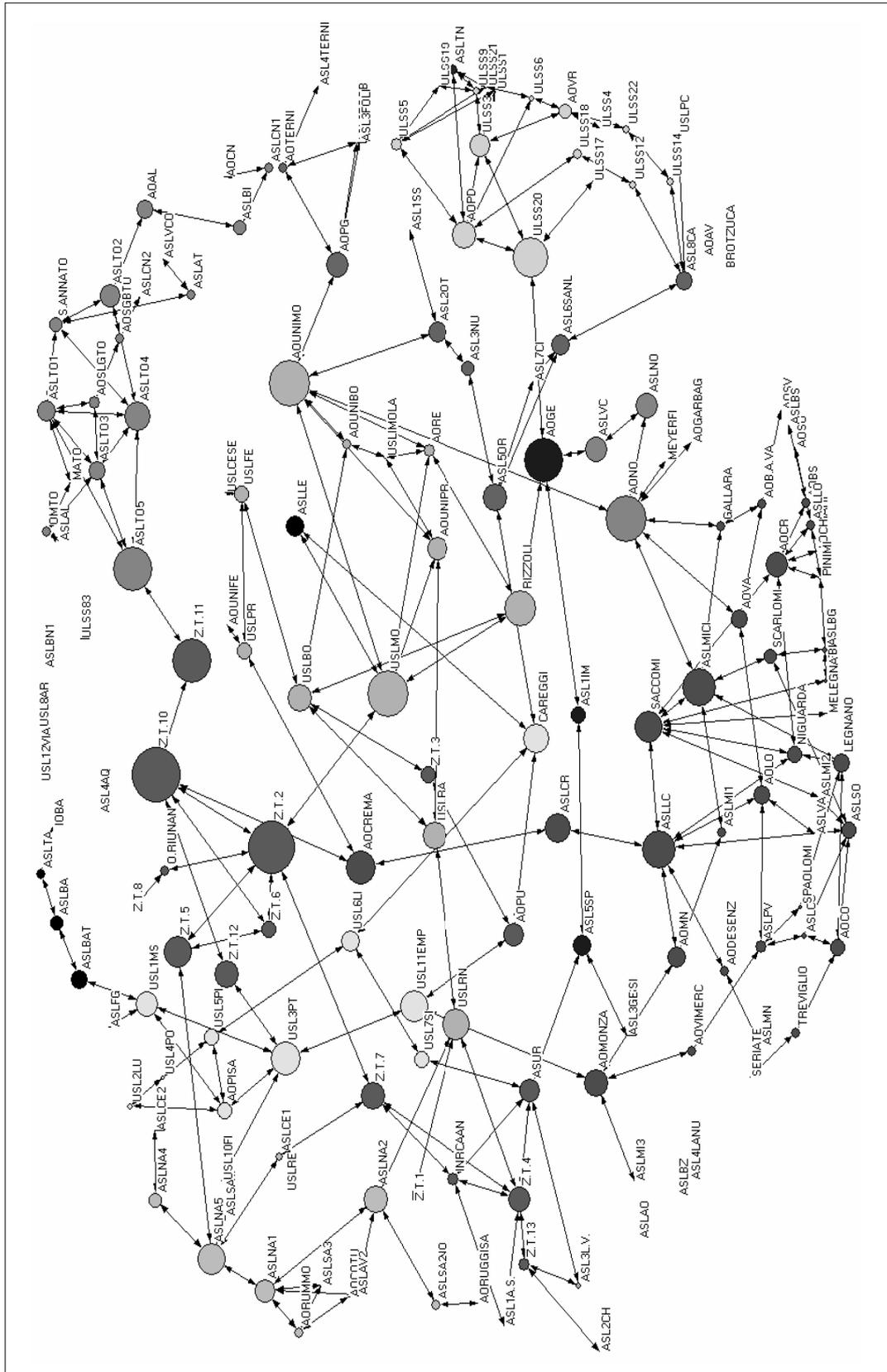
4. Risultati

I dati utilizzati per la presente analisi, come anticipato, si basano sui *curriculum* dei DG. Un primo contributo è dato dall'analisi delle caratteristiche dei singoli *top manager*. L'analisi dei singoli *curriculum* ha messo in evidenza come ben il 93% dei DG abbia maturato la propria esperienza lavorativa all'interno di aziende sanitarie. Tale fenomeno può essere ricondotto alla maggiore conoscenza e comprensione del contesto organizzativo interno data dalla formazione «on the job». Con riferimento al titolo di studio e alla tipologia di laurea conseguita, la maggior parte dei DG si distingue per una laurea in Medicina e chirurgia (51%), alla quale seguono la laurea in Giurisprudenza (17%) e in Economia e commercio (10%). La presenza di una preponderante componente maschile nella copertura della carica risulta confermata dal campione in studio nel quale, i DG di sesso femminile, rappresentano soltanto il 4%.

Oltre ai risultati relativi alle caratteristiche «attributive» dei singoli DG, presentiamo di seguito i risultati ottenuti con l'ausilio della *social network analysis*. I dati sociometrici sono espressi sotto forma di matrici di adiacenza. Nel presente studio le matrici sono costituite dalle aziende ospedaliere (nodi) e mostrano la presenza/assenza di flussi migratori (relazioni), dati dai percorsi di mobilità tra coppie di aziende ospedaliere, lungo la carriera dei DG. L'analisi dei dati e la presentazione dei risultati avvengono, prima, attraverso l'analisi grafica dei diversi *network* e, successivamente, con l'applicazione di specifici algoritmi di centralità propri della *social network analysis* al fine di studiare la misura in cui le relazioni si addensano intorno a uno o più nodi focali.

La **figura 1** mostra il *network* complessivo delle migrazioni dei DG. Dalla figura è possibile osservare i nodi della rete, rappresentati dalle varie aziende presso la quale si sono avvicendati i vari *top manager* sanitari, e le relazioni che mettono in connessione le singole strutture segnalando la comune appartenenza ai percorsi di carriera dei DG. La dimensione dei nodi nella figura è propor-

Figura 1
Legami inter-aziendali e flussi migratori dei DG



Visualizzazione ottenuta con Pajek 1.02 (Fruchterman-Reingold - 2D spring embedding option)

zionale al valore di «betweenness centrality» dei nodi presenti nella rete. La «betweenness centrality» (cfr. **box 1**) indica la misura in cui un nodo svolge un ruolo di intermediazione rispetto ai restanti nodi presenti nella rete (Wasserman, Faust, 1994). Il grafo in oggetto evidenzia in maniera piuttosto nitida la presenza di aziende sanitarie particolarmente centrali localizzate al centro della rete e, al contempo, una moltitudine di strutture che compongono la cosiddetta «periferia» del *network*. Le strutture più centrali sono le seguenti: Zona territoriale n. 10 (Z.T.10 - Marche); Zona territoriale n. 2 (Z.T.2 - Marche); Ausl di Modena (UslMO - Emilia Romagna); Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena (AouniMo - Emilia-Romagna). Alla luce della peculiare centralità che le caratterizza, queste aziende costituiscono nell'insieme alcune tappe che vengono percorse con particolare frequenza nell'ambito delle dinamiche di carriera dei DG presenti nel campione.

L'afferenza regionale delle singole Aziende, e le dinamiche di mobilità legate a tale afferenza, sono state analizzate grazie all'indicatore di densità, algoritmo impiegato routinariamente nelle analisi di *social network* (Scott, 1991; Lomi, 1991). Come riportato

nel box 1, la densità esprime il grado di coesione del *network*, ponendo in relazione il numero di relazioni esistenti tra coppie di nodi della rete e il totale delle relazioni che ipoteticamente è possibile osservare (Wasserman, Faust, 1994). La densità dunque, è un indice che presenta come valore minimo 0 e come valore massimo 1. Nel *network* analizzato, la densità complessiva è pari all'1,5%. Questo significa che il numero delle relazioni tra i nodi presenti in questo *network* rappresenta l'1,5% del totale delle relazioni possibili tra tutti i nodi della rete. La **tabella 2** mostra la matrice densità (cfr. box 1) riferita alle singole Regioni sottoposte ad analisi. Questo strumento consente di analizzare le Regioni in un'ottica comparativa mostrando in quali sistemi regionali la migrazione dei *top manager* è stata nel tempo particolarmente elevata a fronte di percorsi di carriera che hanno coinvolto aziende sanitarie presenti nel medesimo territorio.

Andando ad analizzare i valori presenti nelle celle che formano la diagonale principale della tabella 2, è possibile individuare quelle Regioni all'interno delle quali le migrazioni manageriali sono apparse più frequenti. Come si può osservare dai dati, la Regione che presenta la più alta percentuale

Box 1

Dettaglio delle misure e degli strumenti di *Social Network Analysis* utilizzati

Fonte: nostro adattamento da Wasserman Faust (1994)

Indicatore	Significato	Descrizione
Densità globale	Rapporto tra le relazioni effettivamente presenti nella rete e l'insieme delle relazioni possibili all'interno del <i>network</i>	Consente di misurare il grado di coesione complessiva del <i>network</i>
<i>Degree</i>	Numero di relazioni che legano direttamente un nodo agli altri nodi del <i>network</i>	Questa misura si focalizza sul numero di legami che collegano un dato attore al suo vicinato. L'attore con il grado più elevato rappresenta colui che ricopre il ruolo maggiormente «strategico» all'interno della rete
<i>Betweenness</i>	Misura la probabilità che un attore si trovi «coinvolto» nella relazione tra altri due attori, prendendo in considerazione tutte le possibili coppie di attori presenti nel <i>network</i> ad esclusione dell'attore di riferimento	L'iterazione tra attori non adiacenti può essere legata alla collaborazione/scambio con altri attori. Nello specifico questa misura prende in considerazione il grado di «intermediazione» che ogni nodo svolge nei percorsi che interessano nodi/attori tra loro non adiacenti. Il ruolo di «intermediazione» di-viene dunque posizione d'interesse strategico in quanto veicolo di informazioni
<i>Eigenvector</i>	Misura la centralità dei nodi sia sulla base del numero di attori direttamente connessi (cfr. <i>Degree</i>) sia prendendo in considerazione anche la centralità di questi ultimi	Può essere considerata una misura di centralità «pesata» per lo status degli attori coinvolti. Se il vicinato di un attore si compone di attori particolarmente prestigiosi/centrali, allora tale caratteristica influenza anche il suo stesso ruolo all'interno della rete

Tabella 2

Matrice di densità delle migrazioni professionali per Regione (*)

	Abruzzo	Campania	Emilia R.	Liguria	Lombardia	Marche	Piemonte	Puglia	Sardegna	Toscana	Trentino Alto Adige	Umbria	Valle d'Aosta	Veneto
Abruzzo	0	0	0	0	0	0,078125	0	0	0	0	0	0	0	0
Campania	0	0,111111	0,003289	0	0	0,006579	0	0	0	0	0	0	0	0
Emilia R.	0	0,003289	0,166667	0,010417	0,001563	0,015625	0,002976	0,010417	0,013889	0	0	0,010417	0	0
Liguria	0	0	0,010417	0,333333	0,004167	0,010417	0,007937	0	0	0	0	0	0	0,008772
Lombardia	0	0	0,001563	0,004167	0,067949	0,001563	0,004762	0	0	0,001786	0	0	0	0
Marche	0,078125	0,006579	0,015625	0,010417	0,001563	0,141667	0,002976	0	0	0,017857	0	0	0	0
Piemonte	0	0	0,002976	0,007937	0,004762	0,002976	0,133333	0	0	0,003401	0	0	0	0
Puglia	0	0	0,010417	0	0	0	0	0,200000	0	0,035714	0	0	0	0
Sardegna	0	0	0,013889	0	0	0	0	0	0,194444	0,007937	0	0	0	0,011696
Toscana	0	0	0	0	0,001786	0,017857	0,003401	0,035714	0,007937	0,131868	0	0	0	0
Trentino A. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,105263
Umbria	0	0	0,010417	0	0	0	0	0	0	0	0	0,533333	0	0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Veneto	0	0	0	0,008772	0	0	0	0	0,011696	0	0,105263	0	0	0,128655

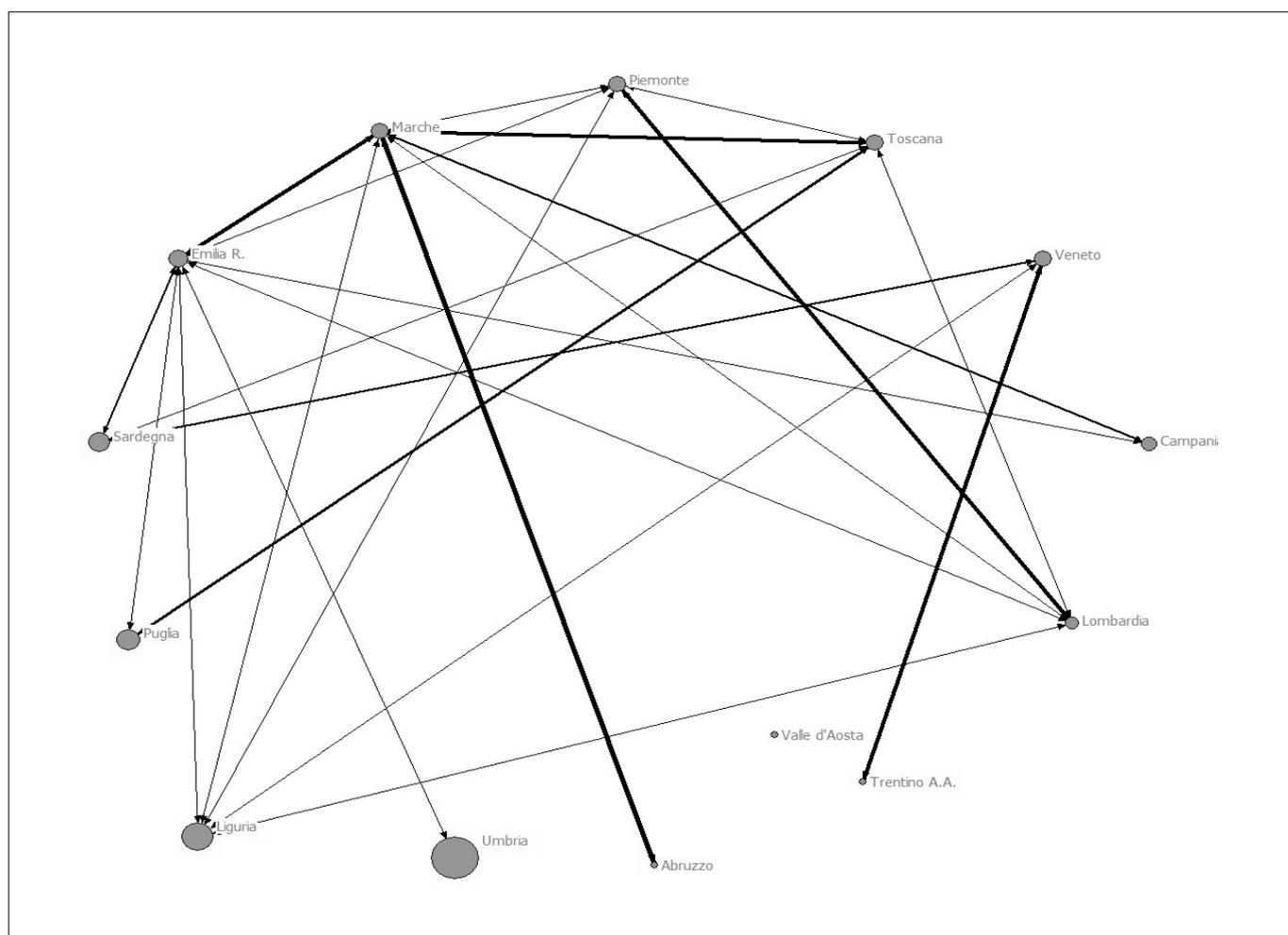
(*) Valore min = 0; valore max = 1.

di densità è l'Umbria con il 53,3%; seguono Liguria (33,33%), Puglia (20%), Sardegna (19,44%), Emilia-Romagna (16,66%), Marche (14,17%), Piemonte (13,3%), Toscana (13,18%), Veneto (12,87%), Campania (11,11%) e Lombardia (6,79%). Per le altre Regioni, il valore di densità è invece pari a 0. Queste Regioni sono: Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Abruzzo. La Valle d'Aosta presenta un valore di densità pari allo zero in quanto si registra la presenza di un'unica azienda sanitaria (cfr. tabella 2). Il Trentino-Alto Adige presenta due strutture sanitarie che non hanno relazioni tra di loro rispetto alla dinamica in esame.

La matrice di densità a livello regionale appare utile anche per verificare la misura in cui le migrazioni dei direttori interessano aziende che operano in contesti regionali differenti. In questo caso il valore di densità è indicato nelle celle al di sopra e al di sotto della diagonale principale. Osservando i valori di densità tra coppie di Regioni presenti nella tabella 2 si rileva che, nel complesso, i percorsi di carriera dei DG afferenti ad aziende di diverse Regioni hanno riguardato con maggiore frequenza Veneto e Trentino Alto Adige, con una percentuale pari al 10,52%. Leggendo i valori di densità per riga emerge un dato significativo per quanto riguarda alcune altre Regioni. Ad esempio, l'Emilia Romagna presenta dei valori di densità diversi da 0 nelle celle di intersezione con le Regioni Campania, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna e Umbria. Anche la Regione Marche presenta le medesime caratteristiche, presentando valori di densità diversi da 0 rispetto alle Regioni: Abruzzo, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia e Toscana. Appare invece debole la mobilità tra aziende presenti nelle Regioni del Sud e Isole verso aziende del Centro e Nord Italia. Il grafo presentato nella **figura 2** mostra il *network* relativo ai flussi migratori tra le varie Regioni sulla base dei valori di densità riportati nella tabella 2. Il grafo permette di cogliere in maniera ancora più intuitiva le relazioni tra aziende di diverse Regioni oltre che quelle intraregionali. La dimensione dei singoli nodi del *network* nella figura 2 è proporzionale alla densità dei percorsi che caratterizzano le aziende all'interno della Regione, mentre la dimensione dei legami (c.d. archi) varia in

funzione della densità delle migrazioni che si realizzano tra aziende afferenti a Regioni diverse. La figura 2 mostra che la Regione con una maggiore densità complessiva di relazioni, sia tra aziende presenti sul suo territorio che verso aziende presenti in altre Regioni, è la Regione Marche; seguono l'Emilia Romagna e la Toscana. Alla luce di queste evidenze è possibile affermare che alcune Regioni si confermano quali contesti di apprendimento rilevanti nell'ambito del Ssn, a fronte del ruolo che le proprie aziende hanno nei percorsi di carriera dei DG presenti nel campione.

Oltre che quello delle diverse Regioni, la *social network analysis* ha permesso anche di studiare il ruolo delle singole aziende sanitarie alla luce dei flussi manageriali nel Ssn. L'analisi in questa prospettiva è stata condotta grazie all'applicazione di specifici indicatori (o misure) di centralità. La centralità viene calcolata prendendo in considerazione i dati relazionali, rappresentati in questo caso dai flussi migratori tra le aziende, indicando la misura in cui la singola struttura presenta connessioni con gli altri nodi del *network* (Wasserman, Faust, 1994). Un nodo è particolarmente centrale se gode, in virtù dell'elevato numero di legami con il resto del *network*, di una posizione di importanza strategica nella struttura complessiva della rete. Gli indicatori di centralità utilizzati nella presente analisi sono: il *Degree*, la *Betweenness* e l'*Eigenvector* (cfr. box 1). Le statistiche relative agli indicatori di centralità per il *network* in esame sono riportate nella **tabella 3**. L'analisi del *Degree*, ovvero del numero di legami che legano direttamente un dato agli altri nodi del *network*, mostra come i valori più elevati caratterizzano le seguenti strutture: A.O. di Novara; l'Aou di Modena, Asl di Lecco, A.O. Luigi Sacco di Milano. Lo studio della *Betweenness*, ovvero la misura in cui un nodo si frappone nel contatto diretto fra gli altri nodi, mostra che le cinque strutture più centrali sono: Zona territoriale 10; Zona territoriale 2; Aou di Modena; Ausl di Modena, A.O. di Novara. I valori dell'*Eigenvector*, che considera la centralità dei nodi sulla base del numero di attori direttamente connessi (ovvero il *Degree*) prendendo, tuttavia, in considerazione anche la centralità di questi ultimi, permettono infine di identificare come particolarmente centrali



le seguenti strutture: Aou di Modena, Ausl di Modena, A.O. Luigi Sacco di Milano, A.O. di Novara.

5. Discussione

Il presente articolo presenta una *review* della letteratura sul ruolo del DG in sanità. Particolare enfasi è data al tema della valutazione delle esigenze di professionalità e al legame tra competenze manageriali e risultati aziendali. Il *background* teorico si completa con l'analisi della letteratura relativa ai «flussi migratori» con particolare riferimento alla *population ecology*. Il management, con la propria esperienza e competenza distintiva, viene interpretato come una delle principali risorse – o nicchia di risorse – cui le organizzazioni possono avere accesso per lo sviluppo efficace delle attività. Manager

capaci sono in grado di guidare le organizzazioni verso obiettivi ambiziosi ma raggiungibili, attuando strategie e modelli organizzativi coerenti sia con le dinamiche istituzionali, sia con l'ambiente organizzativo di riferimento.

Le migrazioni manageriali rappresentano legami tra aziende in virtù delle dinamiche di carriera dei manager, dunque utili per spiegare i vincoli o le opportunità ambientali che le organizzazioni sanitarie si trovano a dover affrontare. Dall'analisi condotta si evidenzia la presenza di relazioni interorganizzative tra le strutture sanitarie italiane date dalla «mobilità» dei Direttori generali da un'azienda sanitaria a un'altra. Le aziende sanitarie formano, dal lato delle risorse umane e quindi degli *input*, una rete sociale data dai flussi di migrazione che hanno caratterizzato la carriera dei Direttori generali.

Figura 2
Network relativo alla densità delle relazioni (flussi migratori) tra e nelle Regioni

Tabella 3

Misure di centralità Aziende sanitarie calcolate su flussi di migrazione dei DG

	<i>Degree</i>	<i>Betweenness</i>	<i>Eigenvector</i>
Media	1,4939	2,9282	6,2412
Deviazione standard	0,9208	4,6271	8,5550
Varianza	0,8479	21,4104	73,1875
Min	0	0	0
Max	3,9326	26,0205	45,9666
Nodi più centrali	AoNO, AouniMO, AsILC, SaccoMI, AoCR, AoPD, AsIMICI, AsINA5, AsITO1, UsIMO, Z.T.2, Z.T.4	Z.T.10, Z.T.2, AouniMO, UsIMO, AoNO, Z.T.11, AoGE, AsITO5, UlsS20, ASLLC, AsIMICI, Rizzoli, Usl3PT, AoCR, AsINA5, SaccoMI, Z.T.5, Usl11Emp, UsIRN	AouniMO, UsIMO, SaccoMI, AoNO, AsIMICI, AoRE, AsILC, AouniPR, Niguarda, Rizzoli, AoCR, AsISO, Z.T.2, AouniBO, Legnano, UsIlmola, AoPG, Gallara, UsIBO, S.CarloMI, AsIMI2, AoLO, AoVA, AoCO, AsI20T, UsIRA
Nodi meno centrali	AoAV, AsI4AQ, AsI4LANU, AsIAO, AsIBN1, AsIBZ	57 strutture con valore di Betweenness pari a 0	AoAV, AsI4AQ, AsI4LANU, AsIAO, AsIBN1, AsIBZ, Brotzuca, Ulss13, Ulss8, UsI12VIA, UsI8AR, UsIRE

Nel contesto che attualmente caratterizza il Ssn, le tematiche relative alla valutazione delle risorse umane rivestono un ruolo di primo piano. La possibilità di disporre di un management capace e dotato delle giuste competenze e conoscenze è uno dei temi salienti nell'organizzazione sanitaria. Diversi studi hanno in passato analizzato le caratteristiche e i modelli di professionalità del *top management* nelle aziende sanitarie. Il presente lavoro intende arricchire questa letteratura analizzando, secondo una prospettiva organizzativa, le migrazioni manageriali. Questa prospettiva, indubbiamente innovativa nell'ambito degli studi organizzativi, appare pionieristica nel campo dell'organizzazione sanitaria stessa.

Alla luce delle recenti riforme che hanno interessato la Pubblica amministrazione in un'ottica di trasparenza dei requisiti e dei risultati raggiunti dai dirigenti, art. 21 della Legge 69/2009, la possibilità di delineare un adeguato profilo professionale per il ruolo di DG in sanità assume nuovo significato. Le potenzialità informative presenti nel Cv, congiuntamente alla valutazione delle performance conseguite nelle precedenti posizioni, consentirebbero di gettare nuova luce sulle dinamiche legate al *turn-over* laddove il rapporto fiduciario con lo schieramento politico regionale diventi su scala nazionale

conseguenza e non requisito per le nomine dirigenziali.

L'analisi condotta suggerisce la presenza di Regioni all'interno delle quali si rileva una maggiore densità di relazioni interorganizzative tra le aziende sanitarie presenti, ricordiamo che tali Regioni sono: Emilia Romagna e Marche; Toscana e Marche; Abruzzo e Marche; Lombardia e Piemonte. Tali relazioni si concentrano dunque in via principale tra Regioni limitrofe. Dalla matrice di densità emerge inoltre la presenza di deboli relazioni interorganizzative tra aziende collocate nelle regioni del Sud verso aziende afferenti a regioni del Nord Italia e viceversa. Nonostante questo risultato richiederebbe ulteriori elementi per essere contestualizzato correttamente, le Regioni del Sud e Isole comprese nel campione sono unicamente tre su sette, appare utile riportare tale dato come spunto di riflessione sulla necessità di sviluppare nel Ssn una classe di dirigenti omogenea per competenze al fine di garantire un'appropriata, equa e sostenibile erogazione dei servizi stessi. Le Regioni tra le quali si rileva una maggiore densità di relazioni interorganizzative, sono altresì caratterizzate dalla presenza di aziende che, alla luce delle analisi condotte, svolgono un ruolo di rilievo all'interno dei percorsi di carriera dei DG presenti nel campione. Dall'analisi effettuata attraverso gli indicatori di centralità risulta, infatti, che

le aziende maggiormente focali all'interno del *network* sono: l'Aou di Modena; l'A.O. di Novara; l'A.O. Luigi Sacco di Milano. I flussi migratori che determinano le relazioni interorganizzative in esame indicano la presenza di aziende tra le quali la mobilità dei professionisti è maggiormente frequente. Considerando che il 93% dei DG presenti nel campione ha svolto il proprio percorso di carriera all'interno delle aziende sanitarie del Ssn, le relazioni interorganizzative in analisi suggeriscono la presenza di organizzazioni che hanno costituito non solo una sede lavorativa nel percorso di carriera della maggioranza dei DG, ma anche un contesto di apprendimento rilevante per lo sviluppo dei requisiti necessari alla copertura del ruolo. Questo risultato assume rilievo se inquadrato nella cornice legislativa che regola la nomina a DG.

La normativa vigente, all'art. 3 bis e successive modifiche del D.L.vo 502/92, prevede che per la candidatura e l'eventuale nomina a DG siano necessari: i) diploma di laurea; ii) esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti alla pubblicazione dell'avviso. Con riferimento al profilo di competenze l'articolo 3 bis al comma 4 del D.L.vo 502/92 e successive modifiche (cfr. D.L.vo 229/99), sottolinea la necessità che entro 18 mesi dalla nomina, dunque non a priori dalla candidatura, il DG produca una certificazione delle proprie competenze manageriali e organizzative nella sanità pubblica frequentando specifici corsi di formazione. Alla luce degli elementi sopra individuati, l'identificazione di contesti organizzativi di apprendimento che rappresentino delle «palestre» per lo sviluppo delle competenze dei futuri *top manager* delle aziende sanitarie (Acharid *et al.*, 2004; Cicchetti, 2003), apre nuove prospettive in termini di *policy-making*. Tale individuazione suggerisce la possibilità di definire parametri e percorsi di sviluppo «on the job» che certifichino *ex-ante* il possesso di quei requisiti manageriali maturati nel corso dell'esperien-

za lavorativa in specifiche aree funzionali. Questa definizione potrebbe altresì consentire un inserimento in ruolo che garantisca, su scala generale, una migliore tempestività nella ripresa dell'azione organizzativa senza esclusione del necessario aggiornamento continuo.

La condivisione dei medesimi contesti organizzativi consente di contribuire inoltre alla letteratura riferita allo sviluppo di una «comunità professionale» dei DG (Del Vecchio, Carbone, 2002; Carbone, 2003, 2009). L'esperienza professionale maturata in contesti comuni può altresì favorire l'emergere di una rete professionale informale. Tale rete professionale può essere ricondotta al c.d. «social capital» (Coleman, 1988, 1990) di cui ogni professionista diviene portatore e che può contribuire al vantaggio competitivo sia dell'individuo, divenendo una cornice di confronto nella ricerca di soluzioni organizzative, sia dell'azienda, riconfigurandone il modello di relazioni esterne.

Si illustrano di seguito i limiti dello studio agli sviluppi futuri della ricerca in oggetto. In primo luogo l'analisi, di tipo ancora preliminare, è stata condotta senza operare una distinzione tra le posizioni ricoperte durante il percorso di carriera dei DG. La mancata distinzione non consente di differenziare le migrazioni relative alla copertura del ruolo di DG in più di un'azienda, dalle migrazioni di altra natura. Se da un lato questa carenza permette di porre in evidenza una prima analisi dei percorsi individuali, dall'altro non consente di porre in relazione le dinamiche di *turn-over* dei DG in funzione del rapporto fiduciario che intercorre con il livello regionale che ne delimita lo spazio strategico. Le dinamiche di mobilità individuali, come illustrato nel *background* teorico, sono inoltre legate all'assetto di *governance* regionale e alla sua stessa instabilità. Questo aspetto, unitamente a ulteriori variabili rilevanti sia a livello individuale che aziendale in grado di spiegare i flussi di migrazioni, sarà oggetto di future analisi da parte degli autori al fine di contribuire a comprendere più a fondo comportamenti, performance e dinamiche competitive delle aziende sanitarie.

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

- ACHARD P.O., CASTELLO V., PROFILI S. (2004), *Il governo del processo strategico nelle aziende sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI (2009), «La valutazione del personale», *Monitor*, 23, pp. 33-66.
- BATY G.B., EVAN W.M., ROTHERMEL T.W. (1971), «Personnel flows as inter-organizational relations», *Administrative Science Quarterly*, 16(4), pp. 430-443.
- BORGATTI S.P., EVERETT M.G., FREEMAN L.C. (2002), «Ucinet 6 for Windows», Harvard, Analytic Technologies.
- CARBONE C. (2003), «La mobilità dei Direttori Generali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2008*, pp. 315-334, Egea, Milano.
- CARBONE C. (2009), «La mobilità delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, pp. 287-300, Egea, Milano.
- CARROL R., HARRISON J.R. (1998), «Organizational demography and culture: insights from a formal model and simulation», *Administrative Science Quarterly*, 43, pp. 637-667.
- CICCHETTI A., PROFILI S., FONTANA F. (2003), «Le competenze delle figure manageriali apicali nella sanità», *Sviluppo e Organizzazione*, 198, pp. 21-35.
- CICCHETTI A. (2002), *L'organizzazione dell'ospedale fra tradizione e strategie per il futuro*, Vita e Pensiero, Milano.
- COLEMAN J. (1988), «Social Capital in the Creation of Human Capital», *American Journal of Sociology*, 94, pp. 95-120.
- COLEMAN J. (1990), *Foundations of Social Theory*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- COSTA G. (2000), *Economia e direzione delle risorse umane*, Utet, Torino.
- DEL VECCHIO M., CARBONE C. (2002), «Stabilità Aziendale e Mobilità dei Direttori Generali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, pp. 100-130, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2008), «Assetti Istituzionali, corporate governance e aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 67 (17), pp. 9-19.
- DOUGLAS T.J., RYMAN J.A. (2003), «Understanding Competitive Advantage in the General Hospital Industry: Evaluating Strategic Competencies», *Strategic of Management Journal*, 24, pp. 333-347.
- EISENHARDT K.M., SHOONHOVEN C.B. (1990), «Organizational Growth: linking founding team, strategy, environment, and growth among US semiconductor ventures, 1978-1988», *Administrative Science Quarterly*, 35, pp. 504-529.
- FERLIE E., ASHBURNER A., FITZGERALD L., PETTIGREW A. (1996), *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, Oxford.
- FINKELSTEIN S., HAMBRICK D. (1990), «Top-management-team tenure and organizational outcomes: the moderating rule of managerial discretion», *Administrative Science Quarterly*, 35, pp. 484-503.
- FINKELSTEIN S., HAMBRICK D. (1996), *Strategic leadership: top executives ad their effects on organizations*, West Publishing Company, St. Paul, MN.
- FONTANA F., LORENZONI G. (2000), *L'architettura strategica delle aziende ospedaliere: un'analisi empirica*, Franco Angeli, Milano.
- GILMARTIN M.J., D'AUNNO T.A. (2008), «Leadership in Healthcare», *The Academy of Management Annals*, 1, pp. 387-438.
- HAMBRICK D.C., CHO T., CHEN M. (1996), «The influence of top management team heterogeneity on firms competitive moves», *Administrative Science Quarterly*, 41, pp. 659-684.
- HAMBRICK D.C., MASON P.A. (1984), «Upper echelons: organization as a reflection of its top managers», *Academy of Management Review*, 9, pp. 193-206.
- HANNAN M., FREEMAN J.H. (1977), «The population ecology of organizations», *American Journal of Sociology*, 82, pp. 929-964.
- HANNAN M., FREEMAN J.H. (1989), *Organizational Ecology*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- LOMI A. (1991), *Reti Organizzative*, Il Mulino, Bologna.
- MARCH J.C., SIMON H.A. (1958), *Organizations*, Wiley, New York.
- MASCIA D. (2009), *L'organizzazione delle reti in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- MINTZBERG H. (1983), *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*, Prentice-Hall, New Jersey.
- PENNINGS M.J., WEZEL F.C. (2007), *Human Capital, Interfirm Mobility and Organizational Evolution*, Edward Elgar Publishing.
- PFEFFER J. (1978), *The External Control of Organizations: a Resource dependent Perspective*, Harper, New York.
- PFEFFER J. (1983), «Organizational Demography», *Research in Organizational Behaviour*, 5, pp. 299-357.
- PFEFFER J., O'REILLY C.A. (1987), «Hospital demography and turnover among nurses», *Industrial relations*, 26 (2), pp. 158-173.
- RUEF M., SCOTT W.R. (1998), «A multidimensional model of organizational legitimacy: Hospital survival in changing institutional environments», *Administrative Science Quarterly*, 43(4), pp. 877-904.
- SCOTT J. (1991), *Social Network Analysis: a Handbook*, Sage, London.
- SCOTT R.W., RUEF M., MENDEL P.J., CARONNA C.A. (2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, University of Chicago Press, Chicago, IL.
- SØRENSEN J.B. (1999a), «Executive Migration and Interorganizational Competition», *Social Science Research*, 28, pp. 289-315.
- SØRENSEN J.B. (1999b), «The Ecology of Organizational Demography: Managerial Tenure Distributions and Organizational Competition», *Industrial and Corporate Change*, 8(4), pp. 713-744.
- SØRENSEN J.B. (2004), «Recruitment-based competition between industries: a community ecology», *Industrial and Corporate Change*, 13 (1), pp. 149-170.
- WASSERMAN S., FAUST K. (1994), *Social Network Analysis*, Cambridge University Press.

La valorizzazione dei servizi intermedi. Il caso delle prestazioni diagnostiche nella Ausl di Viterbo

LUCA DEL BENE, SERENA CECCARELLI

Cost accounting systems are largely diffused among public healthcare organizations and yet the use of the information they provide in the decision making processes is much less than expected. One possible reason for that may be found in weak design and implementation. Cost accounting systems are often focused on administrative procedures and forget the real needs of decision makers. The aim of this paper is to describe how a system can effectively support the management providing «interpreted data». For this purpose, the article analyzes different methods for the allocation of intermediate costs of diagnostic services in the experience of the Asl of Viterbo.

Keywords: cost accounting, intermediate performance, diagnostic imaging, healthcare performance management

Parole chiave: contabilità analitica, prestazioni intermedie, diagnostica per immagini, performance in sanità

Note sugli autori

Luca Del Bene è professore associato di Economia aziendale presso la Facoltà di Economia «G. Fuà» dell'Università Politecnica delle Marche; Serena Ceccarelli è collaboratore professionale amministrativo presso la U.O. Controllo interno di gestione Ausl Viterbo

1. La contabilità analitica nelle aziende sanitarie: approccio «amministrativo» e supporto reale

La normativa di riforma del settore sanitario del '92 è stata la prima ad avere introdotto l'obbligo di attivazione della contabilità analitica e, fino al decreto di riforma del bilancio dello Stato e a quello sui controlli interni, l'unica a livello nazionale. In verità, alcune Usi (per esempio in Emilia Romagna, Veneto, Toscana) avevano introdotto la contabilità analitica anche precedentemente alle riforme.

Il tema è stato affrontato, da un lato, con trattazioni sulle problematiche generali nelle quali sono stati ripresi, ribaditi e talvolta specificati in chiave operativa i principi di progettazione, funzionamento e utilizzo delle informazioni prodotte; dall'altro, sono state esaminate esperienze di analisi dei costi applicate prevalentemente a contesti specifici come patologie, reparti, servizi, ecc. ed elaborate con criteri e impostazioni differenziati e non sempre rispondenti a standard metodologici corretti. Tali esperienze non presuppongono necessariamente un sistema funzionante di contabilità analitica. Minore è invece la reperibilità di lavori riferibili ad analisi complessive di funzionalità dei sistemi o delle fasi sulle quali si fonda il processo di svolgimento e di impatto generalizzato sui processi decisionali. Per certi versi, tale fenomeno sembra fisiologico, in quanto si ritiene il tema scientificamente ormai consolidato e quindi non più terreno fertile per esperienze particolarmente innovative. A ciò si aggiunge che, per suo il carattere eminentemente tecnico-contabile, la materia può essere ritenuta di secondo piano in termini di rilievo sul

SOMMARIO

1. La contabilità analitica nelle aziende sanitarie: tra risposta formale e valenza sostanziale
2. Il funzionamento della contabilità analitica: la chiusura dei centri intermedi
3. Analisi delle possibilità applicative nella Ausl Viterbo
4. Conclusioni

piano di una più ampia visione manageriale. Inoltre, è opportuno rilevare come l'obbligatorietà di attivazione derivante dalle norme sia soddisfatta dal relativo adempimento formale cui talvolta non corrisponde un funzionamento sostanziale del sistema o un adeguato utilizzo dei risultati ottenuti nei processi decisionali. In altri casi, invece, dove esiste un'esperienza consolidata, la configurazione del sistema è frutto di un percorso evolutivo finalizzato a renderlo coerente con le esigenze informative (Anselmi *et al.*, 2009).

In realtà, proprio in ragione del differenziato stato di avanzamento dell'applicazione della contabilità analitica sul territorio nazionale, dell'esigenza di consolidare in questo ambito una cultura, che possa favorire l'interiorizzazione delle finalità e delle logiche di funzionamento del sistema da parte degli operatori, si ritiene vi siano motivi che inducono ad effettuare ancora studi sul tema. Infatti, nonostante sia trascorso un periodo di tempo sufficientemente ampio, la contabilità analitica non sembra ancora aver assunto il ruolo auspicato, e ad essa attribuito nei sistemi di pianificazione e controllo, nell'ambito dei processi decisionali, riferibili sia al *top management*, sia ad ambiti di responsabilità più limitati.

Dal punto di vista della realtà operativa è possibile notare una distanza tra la diffusione (adozione) degli strumenti e il loro reale utilizzo, riscontrabile dal loro impiego effettivo in seno ai processi decisionali e valutativi (per esempio: presenza o meno di analisi di *make or buy* in situazioni di esternalizzazione; analisi di scostamenti di costo in relazione ai *cost driver*; uso delle risultanze di contabilità analitica nella programmazione).

Indubbiamente, riguardo a uno strumento, l'esistenza nel settore pubblico di una norma che ne introduca l'applicazione riveste importanza basilare ai fini del suo utilizzo: l'approccio culturale è tale per cui l'esistenza della norma implica una risposta coerente, almeno dal punto di vista formale. Tale norma, però, non costituisce condizione sufficiente affinché gli strumenti vengano sostanzialmente utilizzati poiché, come nel caso in oggetto, possono presentarsi condizioni in cui, pur esistendo dal punto di vista formale, le informazioni prodotte, non vengono (o molto poco) utilizzate nei processi decisionali e ignorando, quindi, la finalità sostanziale

della norma. Anche le logiche decisionali a livello macro e meso sembrano prescindere dagli *output* informativi provenienti dai sistemi di rilevazione dei costi. La contabilità analitica finisce allora per assumere una connotazione di carattere prevalentemente comunicativo-conoscitivo.

Una delle possibili motivazioni dello scarso impatto della contabilità analitica può essere individuata nei criteri e nelle modalità su cui se ne è fondata la progettazione. La questione può avere una duplice lettura: la prima si riferisce all'interpretazione della contabilità analitica come un sistema con valenza soprattutto «amministrativa», nel senso che, parafrasando un noto studioso, essa sembra avere «la faccia» rivolta verso la direzione e «le spalle» ai componenti della struttura (Mintzberg, 1996), i quali dovrebbero essere, invece, i più interessati all'utilizzo degli *output*.

Sia nella fase di progettazione degli elementi strutturali e di quelli dinamici, sia in quella di attuazione ha prevalso un orientamento mirato a produrre informazioni di costo, anche molto diversificate, con una attenzione orientata principalmente al conseguimento del risultato finale, piuttosto che focalizzata sul percorso e sulle modalità per ottenerlo. Poiché le informazioni di costo influenzano (o dovrebbero influenzare) i processi decisionali e le condotte dei vari responsabili, la conoscenza diffusa delle modalità di ottenimento delle informazioni di costo diviene rilevante per comprendere adeguatamente le logiche di funzionamento del sistema, gli obiettivi che si intendono raggiungere, le possibilità di miglioramento. Questa conoscenza consente ai destinatari di interpretare le informazioni, traendo da esse le indicazioni circa le leve gestionali su cui poter agire, valutando i miglioramenti ottenibili.

A ciò si deve aggiungere – ed è la seconda direttrice di lettura – che spesso la progettazione strutturale e del funzionamento è, nei fatti, affidata alle società di *software* che forniscono il supporto tecnologico per la gestione di questo sistema informativo. Spesso, anziché partire dall'identificazione delle esigenze informative e scegliere di conseguenza il *software* che meglio si addice loro, valutando a fondo le eventuali possibilità di adattamento, la scelta viene invece effettua-

ta senza un'approfondita conoscenza degli obiettivi informativi e basandosi «solo» sulle funzionalità dello strumento, astratte dal contesto applicativo. Il *software* prescelto può, allora, condizionare l'ottenimento di certi *output* informativi, le modalità per ottenerli, le procedure di alimentazione, ecc. In questa circostanza, il processo di localizzazione dei costi nei centri (nelle componenti speciali – che implicano determinate modalità di valorizzazione – e comuni – con particolare riguardo all'individuazione dei parametri di imputazione), di attribuzione dei costi dei centri intermedi a quelli utenti, il calcolo del costo dell'oggetto finale, divengono questioni eminentemente tecniche, in un'ottica amministrativa e informatica.

Ciò accentua l'interpretazione della contabilità analitica come sistema con preminente connotazione amministrativa, risultando «distante» dalle necessità informative dei responsabili anche in relazione alle loro possibilità di interpretazione dei dati di costo, come rappresentativi, secondo un determinato punto di vista, degli andamenti gestionali e di supporto alle decisioni (insieme, ovviamente, ad altri parametri) ritenute opportune. Sotto l'aspetto tecnico, quindi, le informazioni economiche non forniscono adeguato supporto all'analisi della gestione e, di conseguenza, alle valutazioni circa il mantenimento o le possibili direttrici di miglioramento delle condizioni operative.

Così come, ad esempio, la progettazione dei centri di costo non sempre soddisfa adeguatamente l'esigenza di conoscenza economica delle attività svolte, fermandosi l'analisi a un livello superiore, prendendo cioè come riferimento le unità individuate dalla struttura organizzativa, senza tener conto delle attività presenti al loro interno, per le quali potrebbe risultare utile un monitoraggio specifico, che non viene effettuato.¹ Ciò influisce sia sulla qualità e sull'utilizzabilità dell'informazione prodotta, sia sul funzionamento della contabilità analitica con riferimento alla valorizzazione delle relazioni tra centri.

È opportuno allora recuperare una visione manageriale della contabilità analitica, intendendo con questo termine un'impostazione che evidenzia la relazione tra attività gestionale e formazione dei costi, non sempre adeguatamente esplicitata, offrendo la possibilità di individuare le leve operative a disposi-

zione dei responsabili per agire sui costi. Si tratta cioè di risalire alle variabili causali che sono all'origine del sostenimento dei costi, sia quelle immediate, relative all'entità e al tipo dell'attività svolta, alle condizioni organizzative e operative, che incidono sui consumi dei fattori, e agli aspetti qualitativi delle prestazioni rese, sia alle variabili ultime, ovvero quelle riferibili ai motivi per cui un'attività viene svolta e alle ragioni della sua entità. A tal fine, si deve tener presente che la conoscenza delle condizioni operative e delle relazioni che le legano al sostenimento di certi costi risulta fondamentale proprio per gestire questi ultimi. Dal punto di vista dei responsabili, la modifica dei costi dipende dai cambiamenti dalle operazioni gestionali e, quindi, essa si pone come conseguenza ed effetto. Ciò rende possibile una valutazione più circostanziata circa la fattibilità di obiettivi di miglioramento dell'efficienza, spesso determinati senza un'adeguata conoscenza delle reali possibilità. In assenza di queste condizioni, infatti, la comunicazione dei costi ai responsabili può essere interpretata solo come un'indicazione per una loro riduzione, senza però offrire adeguate informazioni sulle possibili direttrici perseguibili e senza una contestualizzazione alle specifiche condizioni operative.

2. Il funzionamento della contabilità analitica: la chiusura dei centri intermedi

Una volta identificati i centri di costo, il funzionamento della contabilità analitica prevede la localizzazione dei fattori produttivi nei centri, la chiusura dei centri intermedi e il calcolo del costo dell'oggetto finale.² Nelle aziende sanitarie la progettazione del piano dei centri di costo è stata prevalentemente impostata in base al criterio gerarchico, che distingue tra centri finali, intermedi e comuni (Coda, 1968; Zangrandi, 1985; Anthony, Young, 1992).

L'articolo affronta, in particolare, la fase di chiusura dei centri intermedi, la quale risulta necessaria per calcolare il costo pieno dell'oggetto finale, imputandogli anche i costi relativi ad attività di supporto. Nella prassi, tale fase è stata spesso impostata e svolta con criteri convenzionali, che non sempre hanno consentito di rispettare efficacemente il principio causale; pratica che ha suscitato,

a livello generale, le critiche relative all'attendibilità delle informazioni prodotte. Tale impostazione, inoltre, non offre ai centri utilizzatori delle prestazioni intermedie informazioni chiare sui motivi che portano all'attribuzione di certi costi e sulla lettura, in senso economico, delle relazioni operative e organizzative che li legano ai primi. Può essere utile, allora, impostare la fase in oggetto in modo che sia possibile, oltre a determinare il costo dell'oggetto finale, valorizzare le relazioni esistenti tra centri (quando possibile, di ricerca del valore delle prestazioni rese da alcuni centri ad altri all'interno dell'organizzazione). Secondo questa prospettiva, la fase in oggetto trova giustificazione anche nella constatazione che i centri finali, per poter effettuare le proprie prestazioni, necessitano del supporto dei servizi messi a disposizione da altri centri. In un'ottica di responsabilizzazione e di orientamento della contabilità analitica a evidenziare maggiormente il funzionamento dell'organizzazione, obiettivo di questa fase è valorizzare il contributo offerto dalle attività intermedie alla produzione dei servizi finali, che spesso non viene adeguatamente percepito. È per questo motivo che la procedura dovrebbe essere allargata ai centri per i quali si ottengano risultati significativi e accettabili dal punto di vista dell'attendibilità. È possibile, infatti, notare come nel corso del tempo si sia assistito a un orientamento che mira a rendere misurabile l'attività svolta dai centri e ad ampliare l'area dei centri intermedi, mediante la ricerca di parametri che identifichino in maniera più stretta il loro apporto allo svolgimento dell'attività dei centri utenti. La questione assume particolare importanza in sanità, dove l'ottenimento della prestazione finale implica spesso la presenza di una molteplicità di servizi prodotti da più unità, la cui partecipazione deve essere opportunamente coordinata in termini organizzativi e valorizzata dal punto di vista del contributo economico.

Le due impostazioni, quella in cui prevale la valenza informativa e quella che pone particolarmente l'accento sulla responsabilizzazione e sul funzionamento dell'organizzazione, non sono ovviamente alternative, ma è possibile notare, nelle esperienze di attivazione della contabilità analitica, una prevalenza della prima, che potrebbe condizionare

il funzionamento del sistema in relazione alla seconda impostazione.

In particolare, se la struttura di centri è di tipo gerarchico, dovranno essere «ribaltati» i costi dei centri intermedi sui centri utenti e, da ultimo, su quelli finali. Per quanto concerne i centri comuni o di struttura, potrebbe risultare opportuno un loro diverso trattamento a seconda dell'attività svolta e quindi potrà verificarsi il caso in cui i costi di tali centri vengano imputati all'oggetto finale di costo oppure ad altri centri.

Le questioni da affrontare sono due: la prima è quella della scelta del tipo di parametro con cui operare il ribaltamento; la seconda è quella della metodologia che informa la procedura. Relativamente alla prima possono essere identificate tre tipologie di indicatori: di impiego, di attività o di capacità (Baraldi, Pogna, 1995, pp. 219-225; Agliati, 1996, p. 290 e ss.).

Utilizzando un indicatore di impiego, i costi del centro intermedio vengono attribuiti su quello utente in base a un parametro evocativo del livello di attività del centro fornitore e, quindi, mediante una misurazione diretta. L'ipotesi che informa tale scelta è che i costi del centro intermedio siano correlati al suo livello di attività e siano, quindi, in prevalenza variabili.

Nel caso in cui non sia possibile misurare il livello di attività del centro fornitore o i suoi costi non siano correlati in maniera significativa al suo livello di attività, allora è utile impostare il ribaltamento sulla base di un indicatore che evidenzia il livello di attività svolto nel centro utente, che costituisce quindi una misurazione indiretta. In altre parole, facendo riferimento a una struttura di costo del centro intermedio tendenzialmente rigida, maggiore è l'attività svolta nel centro utente e più elevato dovrebbe essere il grado di sfruttamento della capacità predisposta nel centro fornitore.

Talvolta risulta difficoltoso individuare un parametro omogeneo per misurare l'attività dei centri fornitori oppure identificare un indicatore omogeneo di attività dei centri utenti. Inoltre, quando i costi del centro fornitore sono determinati principalmente dalla dimensione che caratterizza la capacità produttiva di cui il centro si è dotato per soddisfare le esigenze dei centri utenti, allora vengono utilizzati indicatori definiti di

capacità. In questo caso, il centro intermedio è caratterizzato da prevalenza di costi fissi ma, a differenza della situazione precedente, lo sfruttamento della capacità predisposta è costante nel breve periodo, per cui l'attribuzione dei costi avviene in base al parametro che ha indotto la strutturazione della capacità produttiva del centro fornitore.

Nella realtà, vi sono varie situazioni in cui la scelta del parametro non è così univoca (in relazione, ad esempio, alla struttura di costo dei centri) e potrebbe ricadere, ad esempio, su un indicatore di impiego o di attività o, nell'ambito della stessa tipologia su indicatori diversi, senza che questo infici la validità della decisione, modificando però l'attribuzione dei costi tra i centri utenti. Diventa allora indispensabile la condivisione e l'esatta interpretazione dei parametri da parte dei responsabili dei vari centri, intermedi e utenti, coinvolti, con riferimento alla capacità dell'indicatore di identificare da un lato il rapporto tra *output* e costo (e quindi i costi addossati al centro utente, rispetto ai servizi dei centri intermedi utilizzati), dall'altro, le modalità di utilizzo dell'attività del centro intermedio da parte di quello utente. La partecipazione dei vari responsabili alla definizione del parametro diventa allora anche funzionale alla conoscenza e alla condivisione delle regole di funzionamento del sistema.

Infatti, anche con riferimento a questa fase si ritiene che l'obiettivo dovrebbe essere quello di sviluppare la conoscenza dei costi, facilitare la loro analisi e causa di sostenimento, favorire il loro controllo. Insomma, più che un'attività di semplice attribuzione dei costi dei centri intermedi o, come talvolta si usa dire di «spalmatura» (espressione che raffigura esattamente finalità e modi di svolgimento di questa fase nella prassi), essa dovrebbe tendere a fornire una quantificazione del valore dei servizi scambiati all'interno di un'organizzazione. L'analisi degli aspetti contabili può risultare, infatti, strumentale per portare alla luce gli aspetti tecnici che li hanno causati e i risultati di questa fase possono essere considerati come alcuni degli indicatori da cui è possibile trarre informazioni di carattere organizzativo e operativo (modalità di funzionamento dei centri intermedi, livello di coordinamento tra centri, ecc.) superando così il limite di semplice procedura amministrativo-contabile.

Il tentativo dovrebbe essere quello di misurare, quando possibile, in maniera attendibile e significativa l'*output* prodotto dai centri fornitori dei servizi interni, rendendo così possibile il governo di una quantità maggiore di variabili mediante il controllo delle modalità di utilizzo dei servizi offerti dai centri intermedi.³

La pratica di «spalmare» i costi dei centri intermedi su quelli utilizzatori con parametri puramente convenzionali può essere accettata solo se l'obiettivo è quello informativo del calcolo del costo della prestazione finale, ma se viene perseguito anche un obiettivo di responsabilizzazione, essa non si dimostra efficace e potrà provocare distorsioni comportamentali e valutative.⁴ I principi illustrati devono allora costituire riferimento per valutare la solidità concettuale dei parametri adottati anziché essere base di ricerca di sofisticati quanto sterili tecnicismi che rischiano di far perdere di vista l'obiettivo principale.

L'accentuazione delle caratteristiche di meccanismo operativo del processo di ribaltamento, rispetto a quella di procedura puramente contabile, può essere ottenuta utilizzando la tecnica dei prezzi interni di trasferimento. Si intende, con questo termine, l'attivazione di uno strumento che utilizzi i rapporti funzionali esistenti tra i centri di tipo cliente-fornitore, valorizzando le prestazioni rese da un centro a un altro (Zangrandi, 1990, pp. 38-39) per indurre comportamenti coerenti con gli obiettivi del sistema di controllo di gestione (per esempio incentivazione o limitazione all'uso di certi servizi, attenzione all'efficienza dei centri fornitori). Esso può, quindi, diventare anche un sistema utilizzabile in termini di miglioramento complessivo del processo erogativo tramite un maggior coordinamento tra i vari centri.

Un prezzo di trasferimento che, pur basato sui costi, è stabilito preventivamente, consente di individuare standard di efficienza per i centri fornitori e di stimolare i loro responsabili, la cui attività può essere misurata utilizzando il risultato economico di centro (Anthony, Young, 1992), a intraprendere azioni volte al suo miglioramento, conoscendo quali ricavi si otterranno dalle diverse prestazioni.

Una prima precisazione si impone in merito al campo di applicazione dei prezzi di trasferimento, che deve essere riferito a pre-

stazioni nei confronti delle quali il centro richiedente può agire su almeno due variabili. Si tratta delle variabili determinanti il costo, cioè la quantità e la tipologia, e il prezzo, in loro assenza, l'applicazione di questa tecnica si rivelerà inutile e non porterà alcun cambiamento nella condotta dei responsabili coinvolti (Casati, 1996, p. 282). Inoltre, le prestazioni offerte dal centro fornitore devono essere chiaramente identificabili, in modo da poter associare un prezzo a ognuna.

Si deve comunque specificare che l'individuazione di un prezzo di trasferimento, anche nell'ipotesi di scarsa discrezionalità da parte del centro utente, permette di conoscere preventivamente il valore delle transazioni da effettuare e di stimolare miglioramenti nell'efficienza del centro fornitore.

3. Analisi delle possibilità applicative nell'Ausl Viterbo

3.1. Applicazione degli strumenti di valorizzazione delle prestazioni diagnostiche

La fase di chiusura dei centri intermedi è di seguito descritta attraverso l'analisi delle differenti modalità di attribuzione dei costi di erogazione dei servizi intermedi, in particolare quelli diagnostici, a una unità operativa di medicina, con l'obiettivo di evidenziarne il diverso impatto economico.

Come già accennato, la valutazione dei costi di un processo sanitario, necessita la considerazione di tutte le operazioni che hanno contribuito all'erogazione dei servizi, tra loro coordinate in modo sistematico (Del Bene, 1994). Va ricordato che l'obiettivo finale dell'azienda sanitaria, la tutela della salute, non fa riferimento alla singola prestazione effettuata in reparto o in una unità operativa, ma all'insieme di attività di prevenzione, diagnosi, prognosi e *follow-up* (Galfetti, 1992). Gli obiettivi perseguiti dalla singola struttura rappresentano, infatti, una condizione necessaria per raggiungere l'obiettivo finale aziendale.

Tale approccio potrebbe risultare utile in un'ottica di razionalizzazione del processo sanitario. L'attività diagnostica, come noto, svolge un ruolo di rilevante interesse nell'ambito dell'identificazione del rischio, diagnosi precoce, scelta di trattamenti più personalizzati, efficaci e spesso meno inva-

sivi, definizione più accurata di prognosi e gestione maggiormente efficace della malattia cronica (Cappelletti, 2007). Non può essere considerata, pertanto, come una variabile indipendente, ma strettamente collegata all'assistenza sanitaria. Con l'aumento della domanda di salute, quindi, le prestazioni sono erogate in maggiore quantità (Pradella, 2004).

In tal senso, i servizi diagnostici diventano, in contabilità analitica, un centro intermedio. La loro attività, infatti, può essere analizzata sotto due punti di vista:

1) considerando quanto ha consumato e prodotto, in un'ottica di determinazione degli aggregati economici significativi per responsabilizzare l'unità operativa stessa (centro di costo finale);

2) intendendola come supporto all'attività dei reparti, in un'ottica di determinazione dei costi complessivi di produzione aziendali (centro di costo intermedio).

Il caso esposto si riferisce alla Ausl Viterbo della Regione Lazio. Il suo ambito territoriale coincide con 60 comuni distribuiti in 3.612 kmq di superficie. L'assistenza alla popolazione, pari a più di 315.000 abitanti, è garantita attraverso l'attività svolta nei cinque distretti, nei dipartimenti aziendali e in uno interaziendale (Medicina trasfusionale), nei presidi del Polo ospedaliero centrale e nei tre presidi ospedalieri di frontiera.

La necessità di perseguire l'economicità e l'efficacia clinica dei processi di integrazione professionale e di eteroreferenzialità sta spingendo l'Azienda verso la logica delle reti funzionali integrate e, quindi, dei profili di assistenza che assumono i bisogni complessi del paziente per definire i percorsi della migliore pratica clinica. L'Ausl di Viterbo intende ispirarsi, infatti, a un modello di organizzazione per processi che si fonda sull'integrazione e sulla complementarietà funzionale fra strutture, spostando l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale (Asl Viterbo, 2008).

Naturalmente il riassetto organizzativo del servizio assistenziale non è sufficiente di per sé a garantire un'efficace funzione delle attività aziendali, servono anche buone capacità gestionali e strumentali di governo delle

risorse utilizzate e delle attività svolte (Aa. Vv., 2002).

Tale esigenza si è resa maggiormente critica in questi ultimi anni in quanto, a livello regionale, le risorse risultano sempre più scarse rispetto ai costi pregressi e attuali. Il governo della dinamica dei costi è, infatti, oggetto di particolare attenzione nel Piano di rientro per la Regione Lazio del 2007.

Il sistema di controllo di gestione dell'Azienda si basa quindi sull'elaborazione di *report* in grado di fornire un quadro sintetico delle performance aziendali e delle singole strutture, oltre che produrre indicatori di governo clinico, dei processi ed economico. In particolare, per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, l'Azienda intende promuovere una maggiore responsabilizzazione sui costi da parte dei responsabili di struttura e dipartimentali attraverso l'individuazione di *budget* economici.

Si precisa che lo studio riportato nella tabella 1 si riferisce all'attività svolta nel 2007 da una struttura di diagnostica per immagini della Ausl di Viterbo.

Sebbene l'Unità operativa di Diagnostica per immagini non sia collocata nel presidio ospedaliero principale, sono molteplici le strutture che si avvalgono del suo contributo, sia nello stesso ospedale, che in quelli limotrofi.

Nel complesso, il valore prodotto e consumato direttamente dalla U.O. può essere sintetizzato nella tabella 2.

Si chiarisce che:

- i ricavi diretti sono ottenuti considerando i valori indicati nel nomenclatore tariffario in vigore e, laddove non disponibile, gli importi concordati con la Contabilità analitica;

- il costo del personale si riferisce al pagato del periodo in esame e include: stipendi, assegni fissi, oneri sociali a carico dell'Azienda, indennità variabili, premi, incentivazioni, straordinario, costi di consulenza e per l'acquisto prestazioni (Alpa);

- il valore dei beni sanitari e non sanitari considera il costo dei beni che sono stati scaricati, ovvero trasferiti dal magazzino farmaceutico ed economale a quello del reparto.⁵

La differenza tra ricavi diretti e costi diretti della U.O. Medicina è pari a 1.733.266,52 euro. Naturalmente, nel calcolo non sono

stati considerati i costi relativi al servizio fornito dalla Diagnostica per immagini. Questi ultimi verranno di volta in volta aggiunti in base a quanto ottenuto applicando i seguenti metodi di valorizzazione:

A. Prezzi di trasferimento diversi dal costo effettivo di produzione: tariffe delle prestazioni ambulatoriali;

B1. Imputazione dei costi effettivi di produzione in base al numero di prestazioni richieste;

B2. Imputazione dei costi effettivi di produzione in base alle tariffe delle prestazioni ambulatoriali;

B3. Imputazione dei costi effettivi di produzione in base ai pesi utilizzati nel modello *Rer*;

B4. Imputazione dei costi effettivi in base ai pesi definiti da *Sirm* e *Snr*.

Prezzi di trasferimento diversi dal costo effettivo di produzione (A)

Il supporto fornito dalla U.O. Diagnostica per immagini alla cura dei pazienti è calcolato, in questo caso, attraverso la valorizzazione dell'attività in base al tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale attualmente in vigore secondo la del. G.R. 1059 del 25 marzo 1998 e successive integrazioni e modificazioni. La tariffa, come previsto dalla normativa nazionale, è determinata dai costi standard di produzione e quote standard di costi generali che presuppongono condizioni di qualità, appropriatezza ed efficacia dell'assistenza. Tale valore intende rappresentare la congrua remunerazione dei fattori di produzione delle prestazioni erogate.

Nel caso analizzato, il servizio diagnostico fornito alla U.O. di Medicina ha un valore di 56.307,72 euro (**tabella 1**).

Aggiungendo tale importo ai consumi di prestazioni per interni della Medicina, si ottiene un margine operativo lordo pari a 1.676.958,80 euro.

Dal 2000 ad oggi la politica dei prezzi di trasferimento adottata dalla Ausl di Viterbo è proprio quella di valorizzare le prestazioni intermedie applicando le tariffe previste dall'ultimo nomenclatore tariffario dell'attività ambulatoriale (Asl di Viterbo, 2004).

Tabella 1

Il caso analizzato: sintesi informazioni Uu.Oo. Diagnostica per immagini e Medicina

U.O. diagnostica per immagini	
Personale totale	20 unità
di cui dirigente sanitario medico	4 unità
comparto sanitario tecnico	11 unità
altro	5 unità
n. prestazioni erogate alla medicina	1.179
totale n. prestazioni interne erogate	14.056
valore prestazioni erogate alla medicina	€ 56.307,72
Totale valore prestazioni interne erogate	€ 409.373,30
U.O. medicina generale	
Ricavi diretti - costi diretti	€ 1.733.266,52
1. Nel calcolo sono considerati anche i consumi di prestazioni per interni richieste dalla Medicina ad altre Uu.Oo., come Analisi cliniche, Anestesia, Ortopedia e medicina Nucleare	
2. Le valorizzazioni sono state effettuate in base alla tariffa del Nomenclatore regionale delle prestazioni ambulatoriali	

Non essendo stati concordati altri criteri di valorizzazione delle prestazioni per interni della diagnostica nell'Azienda, non è possibile applicare ulteriori parametri alternativi al costo di produzione.

Costo effettivo di produzione

Di seguito si è scelto di prendere in considerazione la sola configurazione a costi diretti, in quanto non si disponeva di informazioni puntuali e sistematiche in merito al costo di produzione totale per unità operativa (sistema a costo pieno).

Come già evidenziato in precedenza (**tabella 2**), l'U.O. Diagnostica per immagini ha richiesto un consumo di risorse pari a 1.373.310,66 euro (costo del personale e per beni sanitari e non sanitari). Per calcolare il costo effettivo di produzione da ripartire ai reparti, è necessario individuare quanti di questi consumi sono stati generati dall'erogazione di prestazioni per interni.

Per semplicità, si è supposto che il consumo di risorse dipenda esclusivamente dal volume di attività erogata, indipendentemente dalla tipologia. La percentuale di prestazioni per interni rispetto al volume di attività totale è pari a 40,6%, pertanto, i costi per l'eroga-

zione di prestazioni per interni corrispondono a 557.564,13 euro.

Imputazione dei costi effettivi di produzione di diagnostica ai reparti in base al numero di prestazioni (B1)

Una volta quantificato il valore delle risorse necessarie per erogare prestazioni ai pazienti interni, si può procedere alla ripartizione di tali costi tra i reparti che hanno usufruito dei servizi diagnostici.

Il primo criterio utilizzato è il numero di prestazioni richieste. È opportuno chiarire sin da ora, però, che tale metodo non esprime il legame tra *input* e *output*, e quindi non rispecchia la relazione causa-effetto necessaria per una ripartizione dei costi, in quanto presuppone che ogni esecuzione di prestazione generi lo stesso ammontare di consumi, indipendentemente dalle risorse richieste (Anthony, Young, 2002). Il suo utilizzo sembra rispondere pertanto a mere procedure amministrative di ottenimento dei costi totali, poco utili a fornire informazioni di carattere gestionale.

Pur non essendo adatto per la ripartizione dei costi di diagnostica tra i reparti, per esigenze di completezza dell'analisi si è proceduto nel suo utilizzo.

L'8,4% delle prestazioni interne della U.O. Diagnostica per immagini (tabella 1) sono state richieste dalla U.O. Medicina (1.179 su 14.056). I costi da attribuire sono, pertanto, pari a 46.835,39 euro.

Considerando anche tali consumi, il margine operativo lordo diviene pari a 1.686.431,13 euro.

RICAVI DIRETTI	Ricavi prestazioni per esterni	1.089.396,42
	Ricavi prestazioni per interni	409.373,30
COSTI DIRETTI	Personale	1.202.340,63
	Beni sanitari e non sanitari	170.970,03
MARGINE OPERATIVO LORDO		125.459,06

Imputazione dei costi effettivi di produzione di diagnostica ai reparti in base alle tariffe delle prestazioni ambulatoriali (B2)

Tale criterio prevede che le prestazioni diagnostiche per interni vengano valorizzate in base al costo effettivo di produzione. La quota da attribuire tra le unità operative è calcolata in proporzione al valore riconosciuto dal tariffario regionale delle prestazioni richieste. L'utilizzo di tale criterio, piuttosto che la tariffa, fa supporre che i costi effettivi non coincidano con gli standard regionali. Il metodo prevede che la maggiore o minore efficienza di gestione della diagnostica sia proporzionale all'ammontare della tariffa. Una diagnostica in grado di erogare prestazioni impiegando risorse per un valore inferiore alla tariffa, garantirà una minore attribuzione dei consumi alle unità operative richiedenti. Tale risparmio sarà maggiore per le Uu.Oo. a cui sono state erogate prestazioni aventi una tariffa elevata.

Il confronto dei risultati ottenuti tra il criterio B2 e la tariffa permette, pertanto, di soddisfare molteplici esigenze conoscitive. Il Responsabile della U.O. Medicina, ad esempio, potrà disporre di informazioni utili per valutare la possibilità di giustificare i costi con gli obiettivi attesi di salute del paziente (e quindi la significatività strategica dei costi), o l'utilizzo di altre prestazioni con costi minori ed efficacia clinica equivalente.

Si precisa che l'analisi dei risultati ottenuti dalla logica «B2» rispetto al criterio «A» va svolta tenendo presente che uno riguarda i soli costi diretti, mentre l'altro include anche quelli indiretti.

L'importo totale dell'attività diagnostica rivolta a tutti i pazienti ricoverati in base alla tariffa, è pari a 409.373,30 euro. Il valore delle sole prestazioni richieste dalla U.O. Medicina è 56.307,72 euro, corrispondente al 13,7% del totale.

Il 13,7% dei costi effettivi di erogazione delle prestazioni diagnostiche per interni (557.564,13 euro) rappresenta l'ammontare dei consumi da attribuire con questo criterio. Il margine operativo lordo della U.O. Medicina, comprensivo anche dei costi appena calcolati (pari a 76.386,29 euro), è pari a 1.656.880,23 euro.

Imputazione dei costi effettivi di produzione di diagnostica ai reparti in base ai pesi utilizzati nel modello della Regione Emilia Romagna - Rer (B3)

I pesi degli esami individuati in questo modello sono ponderati in base al contributo fornito all'esecuzione di un esame da struttura, apparecchiature e personale (Bibbolino *et al.*, 2001). Permettono, quindi, di evidenziare la modalità di utilizzo delle risorse radiologiche, in quanto esprimono il costo complessivamente sostenuto per l'erogazione dei servizi secondo le procedure esecutive mediamente utilizzate. Tale metodo nasce, infatti, per individuare indici relativi di complessità di produzione delle prestazioni, impiegati nel trasferimento dei costi diagnostici ai centri di prestazioni finali (costo del paziente, del caso trattato, o di un giorno di degenza). Consente di effettuare valutazioni sull'efficienza produttiva, purché vengano considerati anche altri aspetti come la qualità delle prestazioni, il *case-mix* del servizio, la professionalità degli operatori e la tipologia di attrezzature) (Virgilio *et al.*, 1994).

L'attività indicata dal nomenclatore della Regione Lazio, usato dalla Ausl Viterbo, è stata ricondotta a quella fornita in una lista di prestazioni dal modello Rer (**tabella 3**).

L'attività svolta dalla U.O. Diagnostica per immagini per i pazienti della U.O. Medicina è tradotta nel modello Rer in un numero totale di prestazioni pesate, o, in altre parole, nella somma delle prestazioni omogenee, pa-

Tabella 2
Sintesi economica
dell'attività della U.O.
Diagnostica per immagini

Tabella 3

Modello Rer: attribuzione dei pesi alle prestazioni per interni erogate dalla U.O. Diagnostica per immagini

Codice	Descrizione prestazione	Quantità	Peso	Peso totale
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	55	480	26.400
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	66	240	15.840
87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	104	80	8.320
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	595	12	7.140
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	27	160	4.320
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	27	120	3.240
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO	6	320	1.920
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	42	40	1.680
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	42	40	1.680
88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE Spazio intersomatico o metamero aggiuntivo in corso di TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale	6	240	1.440
...
Totale prestazioni erogate alla U.O. Medicina e relativo peso		1.179		80.460
Totale prestazioni per interni erogate e relativo peso		14.056		403.985
<p>LEGENDA:</p> <p>«Descrizione prestazione» = denominazione prestazione corrispondente al codice regionale.</p> <p>«Quantità» = numero prestazioni erogate a cui è stato attribuito quel codice.</p> <p>«Peso» = punteggio assegnato dal modello Rer alla singola prestazione.</p> <p>«Peso tot» = peso x quantità.</p> <p>«Totale prestazioni» (quantità) = somma dei valori riportati nella colonna quantità.</p> <p>«Totale prestazioni» (peso tot) = somma dei valori riportati nella colonna peso tot.</p>				
<p>CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DI UN MAGGIOR PESO:</p> <p>– Peso esami Tac eseguiti direttamente con m.d.c.: peso base indicato dal modello + 30%;</p> <p>– Peso esami Tac eseguiti prima senza e poi con m.d.c.: peso base + 50% del peso;</p> <p>– Peso esami richiesti in urgenza: peso base + 50% (quest'ultima indicazione, a causa della mancanza del dato, non è stata osservata).</p>				

ri a 80.460. Tale valore rappresenta il 19,9% dell'attività diagnostica per interni totale. In base al modello Rer, quindi, l'esecuzione delle prestazioni richieste dall'U.O. Medicina implica un consumo di risorse pari al 19,9% delle risorse totali impiegate nell'attività di diagnostica per interni. Il margine operativo lordo della U.O. Medicina, dopo aver sottratto tali consumi (pari a 110.955,26 euro), è pari a 1.622.311,26 euro.

Imputazione dei costi effettivi di produzione di diagnostica ai reparti in base ai pesi definiti da associazioni di categoria (B4)

Il modello di seguito applicato all'attività diagnostica è stato sviluppato da un gruppo di lavoro misto composto da esperti Sirm (Società italiana di radiologia medica) e Snr (Sindacato nazionale area radiologica) con lo scopo di rendere omogenee, e quindi confrontabili, prestazioni erogate da differenti realtà sanitarie. I pesi sono determinati in base all'impegno professionale del medico radiologo, inteso come tempo necessario per il processo d'accoglienza e trattamento del paziente, refertazione e comunicazione dei risultati (Miele, 2004). I punteggi, pertanto, sono definiti considerando le 34 ore lavorative previste contrattualmente per la dirigenza e applicando dei fattori correttivi che considerano anche il tempo speso in funzioni direttive delegate e in attività di tipo clinico-organizzativo. I valori associati a ogni prestazione sono definiti «volume di attività pesato torace equivalente»: le prestazioni sono rapportate all'esame Rx del torace che rappresenta l'esame di riferimento (Aa. Vv., 2004).

Il calcolo dei pesi di seguito sviluppato è semplificato per facilitarne l'applicazione. I volumi di attività, infatti, sono ponderati in base alla considerazione delle sole prestazioni e non all'utilizzo congiunto con il dato relativo al numero dei pazienti, come raccomandato dal gruppo di lavoro che ha proposto il metodo.⁶ Si chiarisce che tale ipotesi non compromette in alcun modo la funzionalità del modello rispetto allo scopo prefissato in questa parte del lavoro: attribuire le spese di diagnostica alla U.O. Medicina (tabella 4).

Il volume di attività ponderato lordo complessivo, 21.713, è calcolato associando a ciascuna prestazione il relativo peso, e mol-

tiplicando la somma totale ottenuta, 20.105, per il coefficiente correttivo di 1,08.

Il volume di attività ponderato relativo alle sole prestazioni erogate alla U.O. Medicina ha un peso pari a 2.409.

Dividendo tale valore per il volume di attività ponderato totale e moltiplicando per 100, si ottiene la percentuale di impegno del medico radiologo dedicata all'esecuzione delle prestazioni richieste dalla U.O. Medicina: 11,1%.

Il valore totale delle prestazioni per interni di diagnostica da attribuire alla U.O. Medicina è quindi pari all'11,1% dei costi totali: 61.889,62 euro. Ne consegue che il margine operativo lordo diventa pari a 1.671.376,90 euro.

3.2. Confronto tra criteri di valorizzazione del servizio diagnostico utilizzati

I costi radiologici attribuiti alla medicina variano in base agli strumenti utilizzati (tabella 5).

Il criterio che valorizza maggiormente il contributo della diagnostica all'attività della U.O. Medicina è quello con indicazione «B3», che prevede l'imputazione dei costi effettivi di produzione in base ai pesi utilizzati nel modello Rer. Il valore imputato è infatti pari a 110.955,26 euro.

Non esiste una configurazione di costo o un modello di ripartizione dei consumi perfetto per tutte le esigenze conoscitive e di giudizio (Anselmi *et al.*, 1997). Si può notare come:

A. Nella definizione dei prezzi di trasferimento in base alle tariffe, la valorizzazione dell'attività per interni di diagnostica dipende dal numero e dal prezzo delle prestazioni richieste. A parità di volume di attività, il costo radiologico da attribuire alla U.O. Medicina è maggiore se la tipologia di prestazioni richieste da quest'ultima ha una tariffa regionale elevata.

In particolare, rispetto al caso analizzato, le prime dieci tipologie di prestazioni con il prezzo maggiore, erogate dalla U.O. Diagnostica per immagini, sono: la risonanza magnetica nucleare (non richiesta dalla U.O. Medicina) e le tomografie computerizzate senza e con contrasto.

Tabella 4

Modello Sirm-Snr:
attribuzione dei pesi
alle prestazioni
per interni erogate
dalla U.O. Diagnostica
per immagini

	Macro classe	N. prestazioni	Peso prestazioni	Tot. punti
1	Rx torace standard	595	1,0	595
2	Esami di Rx tradiz. (escluso torace)	124	0,9	111,6
3	Esami contrastografici baritati	27	5,1	137,7
4	Esami contrastografici iodati	4	6,1	24,4
5	Mammografie (escluso <i>screening</i>)	102	3,3	336,6
6	Esami ecografici	160	3,5	560
7	TC senza mdc	166	2,8	464,8
16	Moc	1	0,9	0,9
Totale		1.179	Volume attività ponderato al netto dei coefficienti correttivi:	2.231
Volume attività ponderato al lordo dei coefficienti correttivi relativo alle prestazioni erogate alla U.O. Medicina:				2.409
Volume attività ponderato al lordo dei coefficienti correttivi relativo alle prestazioni per interni:				21.713
<p>LEGENDA: «Macro classe» = gruppo di prestazioni individuato nel modello. «N. prestazioni» = numero di prestazioni erogate afferenti alla macro classe. «Peso prestazioni» = punteggio assegnato dal modello a ciascuna prestazione appartenente alla macro classe. «Tot. punti» = N. prestazioni x Peso prestazioni. «Totale» (N. prestazioni) = somma dei valori riportati nella colonna N. prestazioni. «Volume attività ponderato al netto dei coefficienti correttivi» = somma dei valori riportati nella colonna tot. punti. «Volume attività ponderato al lordo dei coefficienti correttivi» = volume attività ponderato al netto dei coefficienti correttivi x 1,08.</p>				

Tabella 5

Valorizzazione dell'attività
di diagnostica
per interni svolta
per la U.O. Medicina:
confronto tra i criteri
proposti

	Modalità di valorizzazione prestazioni diagnostiche per interni	% costi di diagnostica per interni imputati alla U.O. Medicina	Valore imputato alla U.O. Medicina	Mol U.O. Medicina
A	Prezzi di trasferimento diversi dal costo effettivo di produzione: tariffe delle prestazioni ambulatoriali	10,10%	56.307,72	1.676.958,80
B1	Imputazione dei costi effettivi di produzione in base al numero di prestazioni richieste	8,40%	46.835,39	1.686.431,13
B2	Imputazione dei costi effettivi di produzione in base alle tariffe delle prestazioni ambulatoriali	13,70%	76.386,29	1.656.880,23
B3	Imputazione dei costi effettivi di produzione in base ai pesi utilizzati nel modello Rer	19,90%	110.955,26	1.622.311,26
B4	Imputazione dei costi effettivi in base ai pesi definiti da Sirm e Snr	11,10%	61.889,62	1.671.376,90

Considerando congiuntamente quantità e prezzo, invece, le prestazioni che prevedono una valorizzazione maggiore sono date dalla tomografia computerizzata del capo (valore erogato 71.924,75 euro) e dalla radiografia del torace di routine (47.507,83 euro). Tali attività hanno ricevuto un maggior peso nel modello in quanto, pur non avendo una tariffa associata tra le più elevate (rispettivamente 83,15 e 15,49 euro), sono richieste in quantità elevate.

Tale modello, come già detto, stimola il miglioramento dell'efficienza del centro radiologico, in quanto il valore attribuito al supporto fornito ai reparti è indipendente dai costi sostenuti. La tariffa in questo senso rappresenta un valore di riferimento a cui i consumi dovrebbero tendere, è un obiettivo da raggiungere.

D'altro canto, però, questo criterio non evidenzia i costi effettivamente sostenuti, l'impegno e le risorse richieste. Non permette, infine, di determinare il costo effettivo della cura di un singolo paziente né di una patologia.

B. Analizzando le configurazioni di costo utilizzate per l'attribuzione dei consumi alla U.O. Medicina, si può osservare che:

- il sistema a costi effettivi permette di monitorare i consumi e i livelli di efficienza. Nel caso in cui la U.O. Diagnostica per immagini fosse gestita in condizioni di non adeguato sfruttamento delle risorse, però, i maggiori costi sarebbero trasferiti ai reparti con conseguenze negative anche sul risultato economico di questi ultimi. In riferimento al caso trattato, sarebbe, quindi, poco significativo per il responsabile della U.O. Medicina confrontare i costi effettivi delle prestazioni con le valorizzazioni dei Drg previsti dalla Regione, in quanto conterrebbero elementi non direttamente controllabili.

Inoltre, i criteri di ripartizione dei costi, pur essendo utili per la determinazione del costo pieno, non sono in grado di individuare esattamente gli effettivi consumi sostenuti dai centri di costo, come avviene nei casi di attribuzione dei costi diretti. Più la percentuale dei costi indiretti sui costi totali delle unità operative con reparti è elevata, quindi, e maggiore sarà il rischio che non venga rispettato il nesso causa-effetto che dovrebbe

ispirare i criteri d'attribuzione dei costi (Mecchelli, 2000).

Nel caso della Medicina della Ausl di Viterbo, ad esempio, le spese diagnostiche rappresentano una percentuale dei costi totali che va da appena l'1,97%, raggiunto considerando il criterio di ripartizione del numero di prestazioni richieste, al 4,5%, ottenuto applicando i pesi definiti dal modello della Regione Emilia Romagna. È da tener presente, però, che tali costi rappresentano solo la componente di consumi direttamente imputabili alla U.O. Diagnostica per immagini, e che, oltretutto, costituiscono soltanto una parte dei costi indiretti della Medicina. Per effettuare una valutazione corretta sull'incidenza dei costi indiretti su quelli totali, pertanto, sarebbe necessario considerare tutti i consumi attribuibili alla U.O. Medicina.

Il sistema a costi effettivi è, infine, l'unico strumento che permette di determinare, come già noto, il costo effettivo per prestazione. Tale metodo non può essere applicato uniformemente a tutta l'azienda, in quanto i costi indiretti possono essere differenti da struttura a struttura e quindi non possono essere ripartiti in modo omogeneo tra le unità operative. Ne sono un esempio le apparecchiature disponibili che possono variare tra loro in termini di costi e di numero di prestazioni eseguite (Casati, 1996);

- il sistema a costi diretti, invece, concentra l'attenzione sugli elementi maggiormente controllabili dal responsabile dei reparti. I costi fissi, infatti, non sono considerati, poiché si ritiene che vengano generati a seguito di decisioni puramente strategiche. Si tratta, in ogni caso, di una metodologia di scarsa incisività, qualora si decida di utilizzarla al fine di responsabilizzare le strutture che fruiscono dei servizi diagnostici. I costi diretti, pur essendo effettivi, non rappresentano il valore complessivo delle prestazioni richieste.

B1. La ripartizione dei costi effettivi in base al conteggio numerico dipende esclusivamente da una variabile: la quantità delle prestazioni diagnostiche erogate. Nel caso analizzato assumono un ruolo determinante gli esami di radiologia tradizionale. Le quattro prestazioni maggiormente richieste alla U.O. Diagnostica per immagini sono, infatti, la radiografia del torace di routine, del piede e della caviglia, del polso e della mano, e del

femore ginocchio e gamba. La loro somma rappresenta ben il 50% dell'attività erogata.

Non essendoci una correlazione diretta tra costo e numero delle prestazioni (il costo dipende anche dal tipo di prestazione eseguita), può accadere che i costi di diagnostica attribuiti a un reparto possano risultare eccessivi rispetto all'effettivo consumo di risorse impiegato per le prestazioni richieste (l'angiocardiografia, ad esempio, ha lo stesso peso della radiografia degli ossi nasali).

Tale criterio non risalta pertanto la funzione di supporto di una diagnostica con alto contenuto tecnologico, professionale e con elevato rendimento economico. Penalizza fortemente proprio gli esami che, per le radiologie, rappresentano un fattore distintivo dal punto di vista scientifico, competitivo e del ritorno finanziario (Bibbolino *et al.*, 2001).

B2. Nell'imputazione dei costi in base alle tariffe, l'utilizzo del nomenclatore tariffario regionale diviene funzionale alla ripartizione dei costi totali della radiologia analizzata. Maggiore è il numero e il prezzo delle prestazioni richieste dalla U.O. Medicina e più alta sarà la quota di costi ad essa attribuita. La logica di ripartizione è simile alla valorizzazione in base alle tariffe proprio perché, anche in questo caso, le prestazioni con un maggior peso sono date dalla tomografia computerizzata del capo e la radiografia del torace di routine. Tali prestazioni, infatti, secondo questo criterio di ripartizione, hanno generato maggiori costi per la radiologia analizzata.

La valorizzazione ottenuta, però, risulta maggiore rispetto a quella delle tariffe. I costi effettivi possono, infatti, risentire di un'eventuale minore efficienza di gestione, oppure includere costi, legati ad esempio alla dotazione strutturale e strumentale o all'approvvigionamento di materiali, differenti dai valori presupposti a livello istituzionale nella definizione delle tariffe (Del Bene, 2008).

B3-4. I pesi definiti dalle associazioni o da esperti radiologi hanno lo scopo di stimolare la razionalizzazione dell'uso delle risorse, chiarendo la provenienza del carico di lavoro. I modelli proposti si basano, però, su condizioni di operatività standard validi a livello nazionale. Il sistema dei pesi, pertanto,

potrebbe non essere perfettamente adeguato per un servizio che presenta una particolare struttura dei costi. In merito al caso analizzato, pertanto, prima di applicare dei pesi stabiliti in modo universale, sarebbe stato opportuno valutare con il responsabile del servizio diagnostico la corrispondenza con le proprie condizioni di svolgimento dell'attività e, in caso si fossero riscontrate incongruenze, modificare i pesi.

B3. In particolare, il modello Rer evidenzia le prestazioni più costose, dando una maggiore rilevanza a quelle che richiedono l'uso di tecnologie costose. I pesi più alti sono attribuiti, infatti, all'agobiopsia («puntura ecoguidata terapeutica» pari a 250 punti), alle tomografie computerizzate eseguite prima senza e poi con contrasto (240 punti per prestazione) e alla risonanza magnetica nucleare muscoloscheletrica («Rnm articolazioni o tratto di arto» pari a 200 punti).

Dato che l'attribuzione dei pesi nel modello Rer è in base all'utilizzo delle risorse, si potrebbe pensare che i costi diagnostici imputati alla U.O. Medicina dovrebbero essere simili ai valori ottenuti con il criterio descritto nel punto B2, proprio perché le tariffe regionali rispecchiano i consumi medi per ciascuna tipologia di prestazione. I risultati dei calcoli dimostrano, però, il contrario: la valorizzazione del supporto diagnostico in base al modello Rer è pari a 110.955,26 euro, mentre quella ottenuta dall'imputazione dei costi in base alle tariffe è pari a 76.386,29 euro.⁷ Questa differenza di valutazione è sottolineata dallo stesso modello Rer, che non considera il suo sistema di pesi uno strumento per il computo preciso dei costi effettivi. I punteggi assegnati, in diversi casi, non rispecchiano né le tariffe regionali, tantomeno i costi effettivi, in quanto esprimono un valore convenzionale che deriva da valutazioni fatte con altri criteri e soprattutto obiettivi differenti. Scopo del tariffario è, infatti, quello di attribuire un compenso all'attività svolta, mentre quello del modello è di risaltare il modo qualitativo e quantitativo dei reparti di attingere alle risorse radiologiche comuni (Virgilio *et al.*, 1994).

A differenza del sistema di pesi Sim-Srn, nel modello Rer, si segnala una minore facilità di applicazione legata alla mancata transcodifica dell'elenco di prestazioni, a

cui è assegnato un peso, con il nomenclatore nazionale in vigore. Le prestazioni utilizzate nel modello sono state, infatti, definite in base al nomenclatore unico di radiodiagnostica della Regione Emilia Romagna, in parte eliminate, se relative a indagini obsolete, integrate con altre voci non contemplate e, quando possibile, accorpate (Virgilio *et al.*, 1994).

In alcuni casi, pertanto, alla dicitura del nomenclatore tariffario della Regione Lazio corrispondevano più prestazioni del modello Rer, o prestazioni non del tutto coincidenti (ad esempio la radiografia assiale della rotula eseguita in 3 proiezioni è stata associata alla prestazione del modello Rer «rx ginocchio»),⁸ per cui è stato necessario apportare degli adattamenti.

B4. Il modello Snr-Sirm, infine, esamina esclusivamente l'impegno del medico radiologo nell'attribuzione dei costi diagnostici della U.O. Medicina. Questa variabile è stata considerata, infatti, *proxy* del consumo anche delle altre risorse, in quanto è stata utilizzata per dare una rappresentazione quantitativa approssimata dei costi delle prestazioni richieste, supponendo che non possano essere direttamente misurabili in maniera più oggettiva. Nel caso analizzato, pertanto, la quota di costi attribuita dipende dagli esami che richiedono per il medico radiologo un tempo medio per prestazione (inclusi giustificazione dell'esame, consenso informato e verifica dell'appropriatezza della prescrizione) più elevato. Il maggior peso, pari a 6,1, è, infatti, attribuito agli esami contrastografici iodati quali cistografia, urologia endovenosa e colangiografia trans-kehr che richiedono un impegno del radiologo pari a circa 43 minuti.

Il modello, pur basandosi su un'unica variabile, il tempo impiegato dal medico radiologo per svolgere il proprio incarico, non tiene in considerazione tutti gli aspetti professionali. Il contributo all'esito delle prestazioni e le attività di ricerca di miglioramento della qualità dei servizi, ad esempio, pur richiedendo ugualmente tempo e risorse, inevitabilmente sottratti alla produzione di immagini e referti, non hanno rilevanza nella definizione del sistema di pesi.

Il modello non considera, inoltre, la disomogeneità delle apparecchiature disponibili.

L'introduzione di tecnologie o la loro obsolescenza o nuove prestazioni, che assorbono in modo diverso il tempo del medico radiologo, rende necessaria la revisione del metodo da parte dell'azienda sanitaria che intende applicarlo.

Non bisogna dimenticare, infine, che il modello nasce come supporto alla pianificazione dell'attività, dell'utilizzo delle risorse (in particolar modo del medico radiologo) e alla migliore offerta quantitativa e qualitativa.⁹ Pertanto, sembra più utile per misurare l'apporto dei medici radiologi alla realizzazione delle prestazioni piuttosto che il contributo del servizio diagnostico alla performance sanitaria finale.

Nonostante la variabilità dei modelli di valorizzazione delle prestazioni intermedie disponibili, come già accennato, la Ausl di Viterbo, per rispondere alle proprie esigenze interne di valorizzazione delle prestazioni intermedie, al fine di responsabilizzare le unità organizzative di degenza sui risultati economici, tende a utilizzare le tariffe previste dal nomenclatore regionale relativo all'attività di specialistica ambulatoriale.

Tale scelta risulta conforme a quanto previsto dalla Regione Lazio. Va ricordato, infatti, che a fianco alle esigenze aziendali, bisogna tener presente anche le necessità informative a livello regionale. Nella Regione Lazio, in particolare, si è cercato di promuovere un modello di attribuzione dei consumi di servizi ai reparti uniforme su tutto il territorio, onde evitare la strutturazione di sistemi di valorizzazione profondamente diversi da azienda ad azienda.

Le linee-guida regionali per il controllo di gestione, in un'ottica di determinazione dei costi complessivi di produzione aziendali dei centri di prestazione finali, suggeriscono di utilizzare, quale riferimento per la determinazione del peso per l'attribuzione dei costi delle prestazioni di specialistica e di diagnostica strumentale, la tariffa del nomenclatore tariffario in vigore integrato, per le prestazioni non previste, da valorizzazioni interne (metodo «B2»).

In un'ottica di determinazione di aggregati economici significativi ai fini di responsabilizzazione dei centri, sia intermedi che finali, invece, suggeriscono di prendere a riferimento il criterio delle tariffe di mercato, cioè

le tariffe previste dal nomenclatore integrato, in caso di prestazioni non incluse, con valorizzazioni interne (metodo «A»).

In ultima analisi, si vuole sottolineare il collegamento tra determinazione preventiva e a consuntivo delle prestazioni intermedie. La Regione, infatti, ribadisce l'applicazione dei medesimi criteri anche in sede di determinazione preventiva della valorizzazione delle prestazioni per interni. In condizioni di normale funzionamento suggerisce, infatti, di calcolare il relativo *budget* sulla base dello storico e valorizzare tale attività in base a quanto già definito in contabilità analitica (Deliberazione Giunta Regionale Lazio, 2005; Cipriani *et al.*, 2005). Anche le valutazioni previsionali della Ausl di Viterbo, naturalmente, sembrano rispecchiare tali indirizzi.

4. Conclusioni

L'impostazione dei meccanismi di funzionamento della contabilità analitica, oltre a consentire il calcolo del costo pieno dell'oggetto finale, può rivelarsi utile anche per valorizzare il contributo dei centri intermedi all'ottenimento delle prestazioni finali non solo dal punto di vista economico. Mediante il parametro di valorizzazione dei servizi intermedi è anche possibile esplicitare, infatti, in termini organizzativi, la relazione che lega operatori che svolgono attività tecnicamente e logicamente legate da relazioni di interdipendenza, ma il cui coordinamento è lasciato talvolta a meccanismi del tutto spontanei ed estemporanei, dato che l'attenzione viene posta sullo svolgimento della singola fase piuttosto che del processo.¹⁰

La creazione di questa relazione risulta funzionale anche alla redazione del *budget*, in quanto la determinazione degli obiettivi di attività di un centro di responsabilità non può essere adeguatamente negoziata, se non viene messa in relazione al contributo richiesto ai responsabili dei servizi la cui attività risulta indispensabile nell'ambito del processo complessivo. È così possibile ottenere un coordinamento in termini di coerenza quantitativa delle attività dei diversi centri e di consonanza qualitativa e temporale.

I parametri per l'imputazione dei costi dei centri intermedi possono allora costituire:

- momento per la conoscenza del funzionamento dei servizi intermedi dal punto di vista economico;

- strumenti che, insieme ad altri parametri di tipo qualitativo, possono permettere una valutazione più completa delle performance di centro, delle relazioni tra centri ed un'adeguata responsabilizzazione degli operatori;

- fattori di valutazione circa lo sfruttamento dei servizi intermedi (modalità, motivi, entità, ecc.) e quindi mezzi per indurre comportamenti ritenuti auspicabili circa l'utilizzo dei servizi intermedi;

- mezzi di diffusione di una logica di processo e quindi dell'orientamento al risultato complessivo anziché unicamente a quello del singolo centro;

- componenti del *set* di parametri che permettono l'apprezzamento delle relazioni interorganizzative.

L'efficacia di un sistema di valorizzazione delle prestazioni intermedie utilizzato a fini di responsabilizzazione deve anche essere valutato alla luce dell'influenza sui comportamenti dei responsabili sia dell'unità destinataria, sia di quella erogatrice dei servizi. Nel primo caso, ad esempio, basti pensare al caso in cui vi sia una misurazione diretta di tipo quantitativo-fisico delle prestazioni effettuate con un sistema di pesi, che potrebbe indurre l'unità richiedente ad agire sul *mix* delle prestazioni richieste così da minimizzare i costi attribuiti. È altresì abbastanza intuitivo come l'attivazione di un sistema di prezzi di trasferimento possa provocare, a seconda dei criteri scelti per la loro determinazione,¹¹ una minore attenzione nella richiesta di alcune prestazioni (quindi una domanda non sempre giustificata dalle esigenze correlate all'appropriatezza), oppure costituire un condizionamento eccessivo alla loro richiesta. Ancora differente potrebbe essere la situazione, allorquando vi sia una misurazione indiretta utilizzando parametri evocativi dell'attività dell'unità richiedente espressi in termini fisici o monetari.

Dal punto di vista dell'unità erogatrice, l'attività è prevalentemente indotta dalle richieste di quelle destinatarie, per cui i margini d'azione non sono significativamente ampi. In ogni caso, diversa potrebbe essere la condotta se i costi oggetto di trasferimento fossero solamente quelli variabili o invece

i costi speciali dell'unità, nel qual caso dovrebbe essere tenuta nel dovuto conto anche l'esistenza dei costi fissi e, quindi, la possibilità di aumentarne l'assorbimento. D'altro canto, l'utilizzo di un sistema di prezzi interni di trasferimento può, a parità di altre condizioni, consentire la responsabilizzazione sul risultato economico dell'unità, stimolando il responsabile al miglioramento dell'efficienza.

È altresì indubbio che la problematica affrontata nel lavoro può favorire la conoscenza del funzionamento dell'azienda sanitaria dal punto di vista economico e, quindi, una maggiore attenzione all'utilizzo dei servizi intermedi e, di conseguenza, alle risorse impiegate per il loro funzionamento (aspetto che non sempre è adeguatamente percepito: essendo interni si crea la convinzione che non siano onerosi), alla gestione delle unità coinvolte e delle relazioni che le legano. La valorizzazione economica non può, però, costituire riferimento unico e assolutizzante per apprezzare il funzionamento delle varie unità, seppure talvolta esso venga interpretato in tal senso, estremizzandone l'utilizzo a fini informativi e valutativi.

L'appiattimento sull'aspetto economico delle prestazioni intermedie può provocare distorsioni nei comportamenti degli operatori volti a minimizzare i costi ad essi attribuiti, cedendo margini all'efficacia e all'appropriatezza dei processi. All'aspetto economico devono essere affiancati indicatori che analizzino e consentano di assicurare l'esistenza e il livello adeguato di fattori più tipicamente tecnico-sanitari affinché possa essere garantito un efficace governo clinico.

Note

1. Il centro di costo viene, infatti, spesso individuato come struttura organizzativa anziché come costruzione contabile, anche se dal punto di vista operativo e contingente possano talvolta coincidere.
2. In dottrina le fasi prevedono l'imputazione dei costi diretti all'oggetto finale e la localizzazione dei costi indiretti nei centri di costo. Nelle aziende sanitarie è piuttosto invalso l'uso, a causa di una serie di difficoltà operative, di localizzare nei centri anche i costi che potrebbero essere suscettibili di attribuzione all'oggetto finale. Si deve però sottolineare come in alcune realtà si sia tentato e si tenti tuttora di creare una distinta-base per imputare alla prestazione finale i costi diretti.
3. Afferma in tal senso la Bergamin Barbato, seppur tenendo conto di tutte le cautele relative all'identificazione di centri che consentano tale approccio e con le difficoltà esistenti nelle moderne aziende, che «il parametro ideale, in quanto dotato del minore grado di approssimazione possibile, è quello diretto rappresentato dalla conta della produzione.» Bergamin Barbato (1991), p. 110.
4. «In senso lato, si può intendere tutta l'attività di impresa, che non sia di produzione finale, come tesa a fornire servizi; è quindi possibile, con tale logica, isolare molti centri. Affinché questi diventino ausiliari è necessario però che si possa identificare il parametro di imputazione ai centri utilizzatori.» Bergamin Barbato (1991), p. 108. «I centri di prestazioni intermedie forniscono servizi di supporto ai centri di prestazioni finali e/o ad altri centri di prestazioni intermedie.» Anthony, Young (1992), p. 121.
5. I consumi non menzionati, ad esempio le utenze, nel 2007 non erano oggetto di specifica analisi da parte del controllo di gestione che disponeva di un valore globale comprendente «altri costi».
6. I dati relativi ai pazienti permettono di comparare risultati di servizi appartenenti a strutture sanitarie differenti.
7. Ne è una dimostrazione il fatto che nel modello Rer la Tac encefalo ha un peso pari a 80 e il valore regionale della corrispondente prestazione (cod. 87.03) è di 83,15 euro; mentre la Tac torace con un peso pari al doppio, 160, ha un valore (cod. 87.41) lievemente maggiore rispetto alla prima prestazione: 86,25 euro.
8. Il modello Rer non tiene conto del numero di proiezioni eseguite. Il peso, unico e globale per ciascun esame, è calcolato considerando le modalità di esecuzione mediamente utilizzate nei Servizi di radiodiagnostica.
9. Il metodo Sirm-Snr permette di calcolare e confrontare la produttività del Medico radiologo, indipendentemente dalle strutture di appartenenza e dalle prestazioni erogate. Sirm-Snr, 2006.
10. «L'imputazione dei costi dei centri di costo ausiliari e di servizio a quelli principali permette di conseguire questo obiettivo nei seguenti modi:
 - incentivando i responsabili dei dipartimenti ausiliari e di servizio al raggiungimento di livelli di efficienza più elevati;
 - incentivando i responsabili dei dipartimenti produttivi a fare un uso più oculato delle risorse dei reparti ausiliari e di servizio». Kaplan, Atkinson (2002), p. 84.
11. Si pensi semplicemente alla differenza tra prezzi basati sui costi variabili o sui costi pieni. Uno dei primi lavori sul tema è quello di Zangrandi (1990).

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

- AA.VA. (2002), *Management in sanità. Scenari, metodi e casi*, a cura di L. Hinna, Aracne, Roma.
- AA.VA. (2004), «Metodologia di determinazione dei volumi di attività e della produttività dei medici radiologi. Nomenclatore SIRM-SNR», *Il Radiologo*, n. 1 (suppl.), pp. 1-60.
- AGLIATI M. (1990), *La contabilità direzionale*, Cusl, Milano.
- ANSEMI (a cura di) (1997), *Il controllo di gestione nelle amministrazioni pubbliche*, Maggioli, Rimini.
- ANSEMI (a cura di) (2009), *I principi contabili internazionali per le amministrazioni pubbliche*, Giuffrè, Milano.
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W. (2002), *Non profit: il controllo di gestione*, McGraw-Hill, Milano.
- ASL VITERBO (2004), *Il regolamento della Contabilità Analitica*.
- ASL VITERBO (2008), «Atto di autonomia aziendale», *Bollettino Ufficiale della Regione Lazio* al n. 6, 14 febbraio, Suppl. ordinario, n. 11.
- BARALDI S., POGNA A. (1995), «I sistemi di misurazione dei costi», in S. BARALDI, C. DEVECCHI (a cura di), *I sistemi di pianificazione programmazione e controllo*, Giappichelli, Torino.
- BERGAMIN BARBATO M. (1991), *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*, Utet, Torino.
- BIBBOLINO C., CRISTOFARO M., LAURIA F.N., PETRACCHIA A., VIMERCATI F., DAVID V. (2001), «Esperienza di confronto tra indicatori per misurare i volumi di attività in radiologia», *La Radiologia Medica*, n. 102, pp. 391-396.
- BOZZA A.V., CIPRIANI M., LIPODIO D., MAGRINI G., PIANESI N., SORO G.M. (2005), «Le linee guida per il Sistema di programmazione e controllo delle Aziende sanitarie pubbliche della Regione Lazio», *Mecosan*, 55, pp. 35-64.
- CAPPELLETTI P. (2007), «La Medicina di Laboratorio ed il miglioramento delle cure: un servizio essenziale, una prospettiva interdisciplinare, una visione solistica», *RIME/IIJLaM*, n. 3 (suppl.), pp. 19-24.
- CASATI G. (1996), «Il sistema di prezzi di trasferimento», in G. CASATI, *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- CODA V. (1968), *I costi di produzione*, Giuffrè, Milano.
- DEL BENE L. (1994), «I sistemi di pianificazione e controllo nelle aziende sanitarie», *Azienda Pubblica*, 3, pp. 489-533.
- DEL BENE L. (2008), *Lineamenti di pianificazione e controllo per le amministrazioni pubbliche*, Giappichelli, Torino.
- GALFETTI F. (1992), «Osservazioni e proposte sul Servizio sanitario nazionale», *Economia e management*, 4, pp. 121-125.
- KAPLAN R.S., ATKINSON A.A. (2002), *Advanced management accounting*, ed. italiana C. BIANCHI, A. BUBBIO (a cura di), Isedi, Torino.
- MECHELLI A. (2000), *Processo di aziendalizzazione e analisi dei costi nelle aziende ospedaliere. Un'interpretazione economico-aziendale della riforma del sistema ospedaliero*, Cedam, Padova.
- MIELE V. (2004), *Calcolo dei volumi di attività: attualità e prospettive*, www.sirm.org, Roma.
- MINTZBERG H. (1996), *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, Utet, Torino.
- PRADELLA M. (2004), «Appropriatezza diagnostica: una competenza medica», *Riv Med Lab - JLM*, n. 2, pp. 86-91.
- VIRGILIO G., CURCIO RUBERTINI B., MALVI C. (1994), *Revisione dei nomenclatori e dei pesi per la determinazione dei prezzi di trasferimento dei servizi sanitari intermedi ospedalieri*, Clueb, Bologna.
- VIRGILIO G., CURCIO RUBERTINI B., MALVI C. (2006), *SIRM-SNR, Metodologia di determinazione dei volumi di attività e della produttività dei medici radiologi - Nomenclatore SIRM - SRN delle prestazioni radiologiche*, www.sirm.org.
- ZANGRANDI A. (1985), *Il controllo di gestione nelle USL*, Giuffrè, Milano.
- ZANGRANDI A. (1990), «I prezzi di trasferimento per un controllo di gestione», in Aa.Vv., *I prezzi di trasferimento dei servizi ospedalieri intermedi*, Clueb, Bologna.

Riferimenti normativi regionali

- REGIONE LAZIO (2005), deliberazione della Giunta Regionale 18 febbraio 2005, n. 203 «Approvazione delle Linee Guida per il controllo di gestione delle Aziende Sanitarie pubbliche», *Bollettino Ufficiale*, n. 14 del 20 maggio 2005, Suppl. ordinario n. 1.

L'impatto delle caratteristiche e dell'organizzazione dei Mmg sulla qualità assistenziale delle malattie croniche

M.P. FANTINI, E. CARRETTA, S. MIMMI, M. BELLETTI, P. RUCCI, G. CAVAZZA, M. DI MARTINO, F. LONGO

The aims of this paper are to estimate some indicators of quality of care for diabetes, heart failure, stroke and post-acute MI in the Local Health Trust of Bologna and to determine the appropriateness of management of these diseases in relation to the organizational structure of general practitioners (individual practices, practice associations, networks and group medicine). Multilevel logistic regression models were used to examine the relationship between organizational structure and quality of care indicators taking into account patient characteristics and comorbidity and physician characteristics. Indicators of good management were selected according to international guidelines. Group medicine was the most effective integration form of medical care for diabetes and post-IMA. For stroke, practice association was related to good performance.

Keywords: general practitioners, performance indicators, appropriateness, organization

Parole chiave: medici di medicina generale, forme associative, indicatori di performance, appropriatezza, organizzazione

1. Premessa

Negli ultimi anni, numerosi cambiamenti demografici, epidemiologici, socio-economici, tecnologici e culturali hanno reso necessario apportare importanti modifiche all'interno del sistema sanitario. In particolare la crescente prevalenza delle malattie croniche e delle patologie invalidanti ha richiesto di riorganizzare un sistema sanitario che investiva quasi esclusivamente nel settore delle malattie acute e di riequilibrare la medicina territoriale con quella ospedaliera. Un ruolo cruciale in questo sistema è giocato dai medici di medicina generale (Mmg) per la loro specifica funzione di *gatekeeper* tra questi due livelli.

In questo contesto, in Italia l'Accordo collettivo nazionale (ACN) del 2000 regola la possibilità per il Medico di medicina generale di aderire a diverse forme associative consentendo un cambiamento sostanziale nell'attività assistenziale, fino ad allora isolata e autoreferenziale del Mmg, ossia il passaggio da un modello di lavoro strettamente individuale, a un modello in associazione, nel quale prevale la logica del lavoro in *team* attraverso l'utilizzo di modelli organizzativi sempre più complessi ed evoluti (Cicchetti, Mascia, 2007).

L'associazionismo si esprime in diverse forme di collaborazione fra medici al fine di poter gestire in maniera più efficiente ed efficace gli interventi volti a soddisfare i bisogni di particolari fasce di popolazione: anziani, disabili, dipendenze, cure palliative ecc. Le forme associative oggi in essere sono

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Materiali e metodi
3. Risultati
4. Discussione e conclusioni

disciplinate dall'art. 40 dell'ACN 2000 che prevede e incentiva le seguenti forme:

- medicina in associazione semplice;
- medicina in rete;
- medicina di gruppo.

La medicina in «associazione semplice» è caratterizzata da una minore complessità organizzativa, è composta da singoli professionisti associati (minimo 3, massimo 10) che non sono vincolati a una sede unica e sono aggregati per condividere linee guida diagnostico-terapeutiche e momenti di confronto professionale.

La medicina in rete prevede un analogo numero di associati, ma anche la gestione delle cartelle cliniche dei pazienti su supporto informatico mediante *software* tra loro compatibili, il collegamento reciproco degli studi dei medici con sistemi informatici che consentano ai componenti dell'associazione l'accesso alle informazioni relative agli assistiti, e inoltre chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19:00.

La medicina di gruppo prevede un numero di associati variabile da 3 a 8, una sede unica articolata anche in più studi medici e l'utilizzo comune di personale amministrativo e/o infermieristico. Prevede inoltre, come la medicina in rete, il collegamento informatico e la condivisione delle cartelle cliniche dei pazienti.

Nell'ultimo ACN del 2009 viene definita come cogente per il Mmg l'appartenenza a un'Aggregazione funzionale territoriale (AFT) in modo da realizzare una maggiore integrazione funzionale tra i professionisti convenzionati per il raggiungimento degli obiettivi delle Cure primarie.

Nella Regione Emilia-Romagna già l'Accordo integrativo regionale (Air) 2001-2005 successivo all'ACN 2000, oltre all'associazionismo di varia tipologia, perseguiva obiettivi quali: garantire la continuità assistenziale, potenziare la gestione dei pazienti cronici attraverso l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici, integrare i Medici nella rete informatica-telematica regionale. Successivamente l'Air del 2006 (del. G.R. 1328/06), ha continuato in questa direzione, affrontando il tema dello sviluppo dei Nuclei di cure primarie (Ncp).

La delibera di attuazione del Piano sanitario regionale del 2000 (309/2000) della Regione Emilia-Romagna definisce il ruolo del Ncp. Il Nucleo di cure primarie è l'unità organizzativa di base, i cui principali protagonisti sono i Medici di medicina generale (Mmg) e Pediatri di libera scelta (Pls). Gli altri operatori professionali che afferiscono al Ncp sono: assistente sanitaria, infermiere professionale, farmacista, assistente sociale, educatore professionale, addetto all'assistenza di base, ostetrica, terapeuta della riabilitazione; essi svolgono attività coordinata su progetti o programmi definiti e per specifici piani assistenziali. Il Ncp opera su aree territoriali omogenee, con caratteristiche geomorfologiche simili, con popolazione di 10/30mila abitanti, che coincidono o comprendono uno o più comuni.

A livello del Ncp si realizza, pertanto, l'integrazione professionale e operativa delle diverse figure professionali, indipendentemente e nel rispetto delle strutture organizzative di appartenenza, siano esse articolazioni del Ssn o dei Comuni.

La composizione media di un Ncp può essere:

- 8-15 medici di medicina generale;
- 3-4 pediatri di libera scelta;
- infermieri, assistenti sanitarie, ostetrica;
- assistente sociale dei comuni;
- farmacisti titolari delle farmacie presenti nel territorio di riferimento.

La Regione Emilia-Romagna, con la del. G.R. 2011/2007, individua la medicina territoriale come il «luogo privilegiato per perseguire obiettivi di continuità assistenziale, integrazione delle attività territoriali, governo clinico in relazione agli obiettivi di salute, miglioramento della qualità assistenziale attraverso linee guida, *audit* clinico e formazione specifica».

Parallelamente alla crescente rilevanza dell'assistenza territoriale e all'introduzione di nuovi modelli organizzativi, sia in Europa che in Nord America si è sentita la necessità di ricorrere a sistemi di valutazione oggettivi e condivisi sulla qualità e l'impatto delle cure; in questo ambito assistenziale, tuttavia, la raccolta di informazioni strutturate sullo stato reale delle malattie e l'utilizzo di indicatori di performance rappresentano ancora

una sfida non del tutto vinta (Berg *et al.*, 2006). La difficoltà di individuare indicatori coerenti con l'assistenza territoriale è legata al fatto che la maggior parte dei pazienti che si presentano dal medico di famiglia ha problemi multipli, complessi e interagenti – fisici, psicologici e sociali –, non sempre misurabili. Il ruolo «chiave» delle cure primarie è quello di integrare gli apporti di differenti professionisti in modo da rendere l'assistenza coerente e sostenibile, personalizzandola in funzione dell'ambiente e delle capacità del singolo paziente. La qualità in questo specifico settore assistenziale dipende, quindi, dall'integrazione dell'assistenza verticale e di quella orizzontale. La «vertically oriented care» riguarda la gestione di specifiche malattie dall'assistenza primaria a quella terziaria, mentre la «horizontally oriented care» si basa sull'integrazione dell'assistenza intorno ai bisogni dell'individuo e su una strategia che dà priorità ai bisogni più ampi della comunità e della popolazione. Per questi motivi, le misure della qualità delle cure primarie dovrebbero riflettere entrambe le dimensioni. Un'eccessiva enfasi sull'assistenza verticale può migliorare specifici *outcome*, ma può anche avere delle involontarie e negative conseguenze, come la frammentazione dell'assistenza e il peggioramento della qualità complessiva delle cure (Heath *et al.*, 2009).

Come già sottolineato, un'area di particolare rilievo per le cure primarie è quella della gestione delle malattie croniche. Un numero sempre maggiore di studi evidenzia i benefici di un approccio integrato per la cura di queste patologie (Bodenheimer *et al.*, 2002; Olivarius, 2001). Un recente articolo americano ha indagato la relazione tra forme associative dei medici di famiglia e qualità dell'assistenza per le malattie croniche (Solberg *et al.*, 2009) attraverso una *survey* centrata sugli aspetti strutturali, finanziari e funzionali delle cure integrate; la ricerca identifica nell'integrazione funzionale l'aspetto che maggiormente si associa all'adozione di un modello di cura delle malattie croniche. Un altro studio americano ha evidenziato che i gruppi integrati di medici fanno più frequentemente ricorso a procedure di *screening* (Mehrotra *et al.*, 2006) rispetto ad associazioni di studi medici singoli. Lo studio italiano di Mannino *et al.* (2009), utilizzan-

do *database* amministrativi correnti, mostra performance migliori per le Reti e i Gruppi rispetto ai Mmg singoli, ma a costo di livello di consumi superiori per i pazienti e quindi di spesa. Mancano, tuttavia, studi di valutazione della qualità delle cure in relazione alle forme associative con un *focus* esclusivo sulle patologie croniche e che tengano conto delle caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti. Gli studi ecologici che esaminano la relazione tra forme associative e indicatori di performance non sono, infatti, in grado di spiegare se e in che misura la variabilità osservata tra forme associative sia attribuibile al *case-mix* dei pazienti o alle caratteristiche dei medici.

Questo studio si propone di analizzare la relazione tra forme associative e indicatori di qualità della cura per alcune patologie croniche, adottando una metodologia appropriata per identificare il contributo delle fonti di variabilità legate ai pazienti e ai medici. Gli scopi specifici dello studio sono:

- 1) stimare la prevalenza di alcune patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, ictus e post-ima) nell'Ausl di Bologna, con riferimento all'anno 2007;
- 2) identificare e stimare indicatori di qualità assistenziale per le patologie selezionate;
- 3) verificare la correlazione tra il grado di appropriatezza della gestione di ciascuna patologia in relazione alle diverse forme associative dei Mmg.

2. Materiali e metodi

2.1. Periodo di studio

Il periodo di reclutamento della coorte è 1 gennaio 2006-31 dicembre 2007; mentre il periodo di *follow-up* per l'osservazione degli indicatori è 1 gennaio 2008-31 dicembre 2008.

2.2. Coorte

La popolazione oggetto di studio consiste nei cittadini residenti nella Ausl di Bologna nel periodo 1 gennaio 2006-31 dicembre 2007, identificati attraverso l'utilizzo di diverse fonti informative.

Sono stati inclusi nella coorte i pazienti residenti nel territorio dell'Ausl di Bologna e affetti da almeno una delle patologie selezionate, con età superiore a 14 anni ad eccezione dei pazienti diabetici per i quali è stata considerata un'età superiore ai 35 anni – si tratta del *cut-off* di età utilizzato nel sistema di classificazione Drg per escludere i casi a esordio giovanile – (Dossier 179-2009 ASSR).

Sono stati esclusi dalla coorte i pazienti deceduti entro il 31 dicembre 2007 e durante il periodo di *follow-up* e i pazienti per i quali non è stato possibile attribuire il Mmg.

2.3. Fonti informative

La base informativa per l'esecuzione dell'indagine è rappresentata dalle seguenti banche dati:

- 1) anagrafe assistiti al 31 dicembre 2007 e al 31 dicembre 2008;
- 2) archivi dei medici di medicina generale forniti dall'Ufficio convenzioni dell'Ausl di Bologna aggiornati al 31 dicembre 2007 e al 31 dicembre 2008;
- 3) Sdo per gli anni 2006-2008;
- 4) assistenza farmaceutica territoriale (flusso AFT) per l'anno 2007 e 2008;
- 5) assistenza specialistica ambulatoriale (flusso Asa) per l'anno 2008;
- 6) registro «progetto diabete» (flusso aziendale) per l'anno 2007;
- 7) questionario per la caratterizzazione dei Ncp (anno 2008) compilato dai medici di organizzazione referenti di nucleo.

2.4. Definizione delle patologie

Si sono scelte delle patologie o degli stadi di patologia che hanno in comune la centralità del Mmg come medico di riferimento, ma che differiscono per l'intensità specialistica e assistenziale necessaria e, quindi, per il livello di interdipendenza plausibile con professionisti ospedalieri o specialisti ambulatoriali. Questa scelta è orientata a verificare se all'aumentare dell'intensità specialistica e dell'intensità delle interdipendenze organizzative, si registri un diverso impatto delle caratteristiche del Mmg e delle sue forme associative sulla qualità assistenziale. Pertanto, le patologie selezionate, elencate in ordine di intensità assistenziale e specialistica cre-

sciente sono state il diabete, lo scompenso cardiaco, l'ictus e il post Ima (infarto miocardico acuto), adottando i seguenti criteri di inclusione nello studio.

I pazienti *diabetici* sono stati selezionati da tre fonti informative, se sussisteva almeno uno dei seguenti criteri:

- 1) codici ICD-9-CM 250* nella SDO in qualunque posizione, negli anni 2006/2007;
- 2) almeno una prescrizione di farmaci con codice A10* (A10A: insulina e A10B: anti-diabetici orali) nell'anno 2007;
- 3) presenza nel registro «progetto diabete» anno 2007.

I pazienti con *scompenso cardiaco* sono stati identificati dalle SDO con codici ICD-9-CM in diagnosi principale: 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428* negli anni 2006/2007.

I pazienti con *ictus* sono stati identificati dalle SDO con codici ICD9-CM in diagnosi principale: 430*, 431*, 434*, 436* negli anni 2006/2007.

I pazienti con *pregresso IMA* sono stati identificati dalle SDO con codici ICD9-CM in diagnosi principale: 410* negli anni 2006/2007.

2.5. Indicatori di qualità assistenziale

Gli indicatori sono stati selezionati sulla base di un'analisi della letteratura e riguardano la prescrizione farmacologia e la prescrizione degli esami necessari al fine di evitare complicanze. Tali indicatori sono definiti indicatori di processo. Come riportato da Crombie (1998), gli indicatori di processo sono buone misure della qualità assistenziale, sono di facile interpretazione e indicano parti del processo di cura suscettibili di azioni di miglioramento. Essi possono essere considerati *proxy* dell'esito quando sono disponibili solide evidenze scientifiche che legano il processo agli *outcome* desiderati. Di seguito è riportato l'elenco degli indicatori di qualità utilizzati suddivisi per patologia.

2.6. Diabete

1. Percentuale di pazienti diabetici sottoposti a dosaggio dell'HbA1c (cod. 90.28.1)

nell'anno di stima (n. pazienti diabetici cui viene effettuato il dosaggio dell'HbA1c 2 volte nell'anno di stima / n. pazienti diabetici) (Regione Emilia Romagna, 2003; Health Disparities Collaboratives, 2006; Institute for Clinical Systems Improvement, 2008).

2. Percentuale di pazienti diabetici cui viene effettuato il dosaggio della microalbuminuria (cod. 90.33.4) nell'anno di stima (n. pazienti diabetici con dosaggio microalbuminuria nell'anno di stima/n. pazienti diabetici) (Regione Emilia Romagna, 2003; National Diabetes Quality Improvement Alliance, 2003; Shekelle, Vijan, 2007; National Health Service Confederation and British Medical Association, 2008).

3. Percentuale di pazienti diabetici cui viene effettuata la valutazione del filtrato glomerulare o dosaggio della creatinina (cod. 90.16.3) nell'anno di stima (n. pazienti diabetici con valutazione GFR o dosaggio creatinina nell'anno di stima / n. pazienti diabetici) (Regione Emilia Romagna, 2003; National Health Service Confederation and British Medical Association, 2008).

4. Percentuale di pazienti diabetici cui viene effettuata una valutazione dell'assetto lipidico (colesterolo totale, cod. 90.14.3) nell'anno di stima (n. pazienti diabetici con valutazione dell'assetto lipidico nell'anno di stima / n. pazienti diabetici) (Regione Emilia Romagna, 2003; National Diabetes Quality Improvement Alliance, 2003; National Health Service Confederation and British Medical Association, 2008).

5. Percentuale di pazienti diabetici cui viene effettuato un Ecg (cod. 89.52) nell'anno di stima (N. pazienti diabetici con Ecg nell'anno di stima / n. pazienti diabetici) (Regione Emilia Romagna, 2003).

6. Percentuale di pazienti diabetici cui viene effettuato l'esame del *fundus oculi* (cod. 95.09.1) o visita oculistica (cod. 89.7, cod. 95.02) nell'anno di stima (n. pazienti diabetici cui viene effettuato esame del *fundus oculi* o visita oculistica nell'anno di stima / n. pazienti diabetici) (Regione Emilia Romagna, 2003; National Health Service Confederation and British Medical Association, 2008; Shekelle, Vijan, 2007).

7. Percentuale di pazienti diabetici che effettuano i seguenti esami nell'anno di stima: dosaggio dell'HbA1c, dosaggio della microalbuminuria, assetto lipidico ed esame

del *fundus oculi* o visita oculistica (buona gestione).

2.7. Scompenso cardiaco

1. Percentuale di pazienti affetti da scompenso cardiaco in terapia con ace-inibitori (C09A o C09B) o antagonisti del recettore dell'angiotensina (sartani) (C09C o C09D) (n. di pazienti affetti da scompenso cardiaco in terapia con ACE-inibitori o sartani nell'anno di stima / n. di pazienti affetti da scompenso cardiaco) (American College of Cardiology, American Heart Association, Physician Consortium for Performance Improvement, 2005; National Health Service Confederation and British Medical Association, 2008; Heidenreich, Fonarow, 2007).

2. Percentuale di pazienti affetti da scompenso cardiaco in terapia con β -bloccanti (C07) (n. di pazienti affetti da scompenso cardiaco in terapia con β -bloccanti nell'anno di stima / n. di pazienti affetti da scompenso cardiaco, esclusi i pazienti con asma/BPCO) (American College of Cardiology, American Heart Association, Physician Consortium for Performance Improvement, 2005; National Health Service Confederation and British Medical Association, 2008; Heidenreich, Fonarow, 2007).

3. Percentuale di pazienti affetti da scompenso cardiaco in terapia con diuretici ai quali è stato effettuato un monitoraggio elettrolitico (Na 90.40.4; K 90.37.4, Cl 90.13.3 e CL, Na, K 90.13.4) (n. di pazienti affetti da scompenso cardiaco in terapia con diuretici che hanno effettuato un monitoraggio elettrolitico nel periodo di stima / n. pazienti affetti da scompenso cardiaco in terapia con diuretici) (American Medical Directors Association, 2003).

2.8. Ictus

1. Percentuale di pazienti con pregresso ictus ischemico (esclusi quindi i pazienti con ictus emorragico, codice ICD-9 CM 431) in terapia con antiaggreganti (B01AC o B01AB) o anticoagulanti (B01AA) nell'anno di stima (n. pazienti con pregresso ictus ischemico in terapia con antiaggreganti nell'anno di stima / n. pazienti con pregresso ictus ischemico in carico dal Mmg) (Cheng, 2007; National Health Service Confederation and British Medical Association, 2008).

2. Percentuale di pazienti con pregresso ictus con dosaggio del colesterolo (90.14.3) nell'anno di stima (n. pazienti con pregresso ictus con valutazione del colesterolo totale nell'anno di stima / n. pazienti con pregresso ictus) (Cheng, 2007; National Health Service Confederation and British Medical Association, 2008).

2.9. Post-Ima

1. Percentuale di pazienti con pregresso Ima in terapia con aspirina (B01AC06) o antiaggregante (B01AC o B01AB) (n. di pazienti con pregresso Ima in terapia con aspirina nell'anno di stima / n. di pazienti con pregresso Ima in carico al Mmg) (National Health Service Confederation and British Medical Association, 2008; Centers for Medicare & Medicaid Services, 2009).

2. Percentuale di pazienti con pregresso Ima in terapia con β -bloccanti (C07) (n. di pazienti con pregresso Ima in terapia con β -bloccanti nell'anno di stima / n. di pazienti con pregresso Ima in carico al Mmg nell'anno di stima, esclusi i pazienti con asma/BPCO) (American College of Cardiology, American Heart Association, Physician Consortium for Performance Improvement, 2005; Katz *et al.*, 2004).

3. Percentuale di pazienti con pregresso Ima in terapia con ace-inibitori (C09A o C09B) o sartani (C09C o C09D) (n. di pazienti con pregresso Ima in terapia con ace-inibitori o sartani nell'anno di stima / n. di pazienti con pregresso Ima in carico al Mmg) (National Health Service Confederation and British Medical Association, 2008; American College of Cardiology, American Heart Association, Physician Consortium for Performance Improvement, 2005).

4. Percentuale di pazienti con pregresso Ima con dosaggio colesterolo (90.14.3) nell'anno di stima (n. pazienti con pregresso Ima con valutazione del colesterolo totale nell'anno di stima / n. pazienti con pregresso Ima in carico dal Mmg) (National Health Service Confederation and British Medical Association, 2008; Katz *et al.*, 2004).

2.10. Tipologia di associazionismo

In base alla forma associativa dei propri Mmg i pazienti sono stati classificati in:

- a) gruppo;
- b) rete;
- c) associazione semplice;
- d) nessuna forma associativa.

2.11. Analisi statistica

È stata calcolata la prevalenza grezza e standardizzata per età delle patologie di interesse. La popolazione-tipo utilizzata per la standardizzazione è quella residente nella Provincia di Bologna residente al 31 dicembre 2007. Per descrivere il profilo dei Nuclei di cure primarie in relazione alla qualità assistenziale, gli indicatori sono aggregati a livello dei Ncp e sintetizzati graficamente mediante *boxplots*.

La relazione tra forma associativa e indicatori di qualità della cura nelle 4 patologie di interesse è stata esaminata inizialmente utilizzando il *test* χ^2 . Questo test consente di stabilire se la proporzione di pazienti che ricevono terapie o prescrizioni di esami appropriate varia in funzione della forma associativa, tuttavia non spiega la variabilità della forma associativa legata alle caratteristiche dei medici che ne fanno parte e alle caratteristiche degli assistiti di ciascun medico.

Per poter indagare in modo statisticamente adeguato sui dati organizzati in modo gerarchico (livello dei pazienti, livello dei Mmg) e su come questi due livelli e le loro reciproche interazioni influenzino la relazione tra forma associativa e indicatori di qualità della cura, sono stati utilizzati modelli multilivello (Scott, 1997; Rice, 1997; Lippi Bruni, 2009).

Questa metodologia permette di quantificare la variabilità nei diversi livelli della gerarchia: variabilità tra pazienti che afferiscono allo stesso medico di medicina generale e variabilità tra i medici.

La formula assunta dal modello multilivello è la seguente:

$$Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j}X_{ij} + \varepsilon_{ij} \quad (16)$$

L'intercetta β_{0j} fornisce una misura dell'efficacia relativa dell'unità al livello superiore al netto dei fattori di rischio X_{ij} . Ipotizzato che i parametri β_{0j} e β_{1j} siano variabili casuali con varianza costante e distribuzione nota, è possibile inserire nel modello anche variabili a livello superiore; in questo caso

l'equazione sopra riportata si può esprimere nel seguente modo:

$$Y_{ij} = [\gamma_{00} + \gamma_{10}X_{ij} + \gamma_{01}Z_j + \gamma_{11}Z_jX_{ij}] + [u_{1j}X_{ij} + u_{0j} + \varepsilon_{ij}] \quad (17)$$

La distribuzione della variabile dipendente condiziona la scelta del modello; nel nostro studio è stato deciso di utilizzare modelli di regressione logistica per tener conto del fatto che la variabile dipendente è sempre dicotomica. Nel modello multilivello sono state considerate le caratteristiche del paziente e le caratteristiche del Mmg.

Per quanto riguarda le caratteristiche del paziente oltre al genere e all'età sono state considerate le prescrizioni farmaceutiche come *proxy* di alcune comorbidità. Più precisamente sono state considerate nei 365 giorni antecedenti l'inizio del *follow-up*, almeno 4 prescrizioni in date distinte delle seguenti terapie farmacologiche:

- farmaci antidiabetici (codice ATC A10) per definire i pazienti diabetici;
- farmaci per la terapia cardiaca (codice ATC C01) per definire i pazienti cardiopatici;
- farmaci per le affezioni respiratorie (codice ATC R03) per definire i pazienti con asma o BPCO;
- farmaci antiipertensivi: diuretici (codice ATC C03), β -bloccanti (codice ATC C07), calcio antagonisti (codice ATC C08), sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (ACE-inibitori e antagonisti dell'angiotensina II, codici ATC C09A/B e C09C/D, rispettivamente) e altri antiipertensivi (codice ATC C02) per definire i pazienti ipertesi;
- statine (codice ATC C10AA) per definire i pazienti ipercolesterolemici;
- terapia con antiaggreganti (codice ATC B01AC) per definire i pazienti a rischio di eventi cardiovascolari maggiori.

Quindi, a seconda della patologia cronica in esame, sono state considerate nel modello multilivello le diverse comorbidità. L'assenza di comorbidità, il genere femminile e la classe di età inferiore (diversa a seconda della patologia) sono state utilizzate come categorie di riferimento.

A livello di Mmg le caratteristiche considerate sono: genere, età, tipo di associazio-

nismo (nessuna, associazione, rete, gruppo), collocazione geografica dell'ambulatorio (città, montagna, pianura) e numero di assistiti (codificati come < 1500 , ≥ 1500).

Le categorie di riferimento per le analisi sono state «femmina» per il genere, «< 50 anni» per l'età, «nessuna» per l'associazione, «città» per la collocazione geografica, «< 1500» per gli assistiti. Dall'analisi della multicollinearità, gli anni di attività del medico e l'età del medico sono risultate fortemente correlate e pertanto la variabile anni di attività è stata eliminata dalle analisi.

3. Risultati

La Ausl di Bologna nel 2007 registrava un totale di 843.230 assistiti dai Mmg.

I Ncp nell'ambito dell'Ausl di Bologna, sulla base della nuova classificazione vigente dal 2008, sono 41 mentre i Mmg sono 637 di cui il 97% ha aderito formalmente ai Ncp.

Le coorti dello studio comprendono 38.166 pazienti diabetici, 3937 pazienti con scompenso cardiaco, 2386 pazienti con ictus e 2862 pazienti con pregresso Ima.

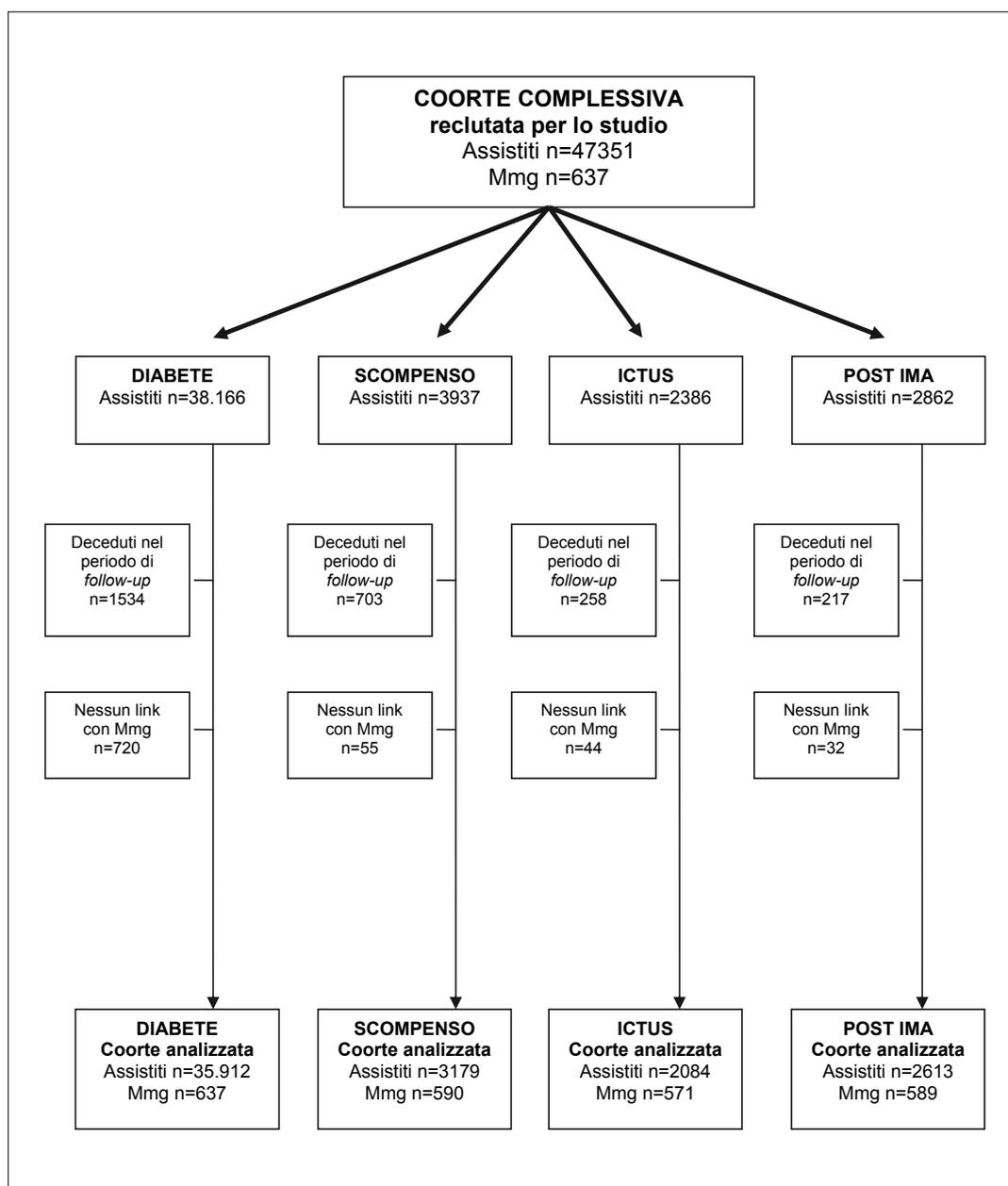
Come riportato nella *flow-chart* (figura 1), sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione sono stati utilizzati per le analisi 35.912 pazienti diabetici, 3179 pazienti con scompenso cardiaco, 2084 pazienti con ictus e 2613 pazienti con pregresso Ima.

Nella **tabella 1** sono riportate le caratteristiche dei pazienti delle varie coorti e dei loro Mmg. I pazienti diabetici sono per il 52.2% di genere maschile e hanno un'età media di 68,5 anni. Il 28.7% segue una terapia con antiaggreganti e il 26.5% è ipercolesterolemico. I pazienti con scompenso cardiaco sono per il 44.7% di genere maschile e hanno un'età media pari a 79,6 anni. Il 24% è ipercolesterolemico, il 20% è diabetico e il 14.5% è asmatico o affetto da BPCO.

I pazienti con pregresso ictus sono per il 51.7% di genere maschile e hanno un'età media di 75 anni. Il 77.3% è iperteso, il 26.4% è ipercolesterolemico, il 15.9% è diabetico e il 15.5% è cardiopatico.

I pazienti con pregresso Ima sono per il 63.5% di genere maschile e hanno un'età media di 72 anni. Il 57.3% è ipercolesterolemico e il 17.6% è diabetico.

Figura 1
Flow chart delle coorti dello studio



3.1. Caratteristiche dei Nuclei di cure primarie

Il numero medio di Mmg per Ncp è pari a 15 (*range*: 7-28) e il numero medio di assistiti è di 17.546 (*range*: 9062-33904). Nella maggior parte dei Ncp sono presenti ore dedicate di infermieri che operano per gli assistibili del nucleo stesso. Nel 50% dei casi la sede del Ncp corrisponde con quella di una medicina di gruppo. Nel 97% delle sedi di

Ncp si effettuano riunioni organizzative e/o di aggiornamento e in circa il 60% dei Ncp viene svolta attività clinica specialistica per alcune patologie, di norma croniche, come da ACN (nel 33% dei Ncp da parte di tutti i Mmg; nel 26% dei casi solo da parte di alcuni Mmg). Nel 45% dei Ncp è inoltre presente il servizio infermieristico per prestazioni ambulatoriali, nel 63% un servizio prelievi, nel 70% un servizio Cup e nel 50% circa si effettua la distribuzione diretta dei farmaci.

Caratteristiche paziente	DIABETE	SCOMPENSO	ICTUS	Post-IMA
	N = 35912	N = 3179	N = 2084	N = 2613
Genere M	18761 (52.2)	1420 (44.7)	1077 (51.7)	1658 (63.5)
Età	68.5 ± 12.03	79.6 ± 10.46	75.0 ± 12.47	72.0 ± 12.88
Diabete		636 (20.0)	331 (15.9)	459 (17.6)
Cardiopatìa	3719 (10.4)		324 (15.5)	590 (22.6)
Asma_BPCO	1935 (5.4)	461 (14.5)	126 (6.0)	187 (7.2)
Iperensione	6784 (18.9)		1610 (77.3)	
Ipercolesterolemia	9512 (26.5)	764 (24.0)	550 (26.4)	1498 (57.3)
Antiaggreganti	10297 (28.7)	1415 (44.5)	1125 (54.0)	
Caratteristiche Mmg	N = 637	N = 590	N = 571	N = 589
Genere M	430 (67.5)	403 (68.3)	389 (68.1)	401 (68.1)
Età	53.5 ± 5.50	54.6 ± 5.15	54.5 ± 5.28	54.7 ± 5.13
Tipo di associazionismo				
Nessuna	188 (29.5)	160 (27.1)	158 (27.7)	163 (27.7)
Associazione	21 (3.3)	21 (3.6)	18 (3.2)	20 (3.4)
Rete	143 (22.5)	139 (23.5)	128 (22.4)	133 (22.6)
Gruppo	285 (44.7)	270 (45.8)	267 (46.7)	273 (46.3)
Collocazione geografica ambulatorio				
Città	295 (46.3)	272 (46.1)	264 (46.2)	277 (47.0)
Montagna	93 (14.6)	92 (15.6)	86 (15.1)	84 (14.3)
Pianura	249 (39.1)	226 (38.3)	221 (38.7)	228 (38.7)
Classi assistiti				
Assistiti < 1500	446 (70.0)	400 (67.8)	382 (66.9)	399 (67.7)
Assistiti ≥ 1500	191 (30.0)	190 (32.2)	189 (33.1)	190 (32.3)

Tabella 1
Caratteristiche dei pazienti e dei Mmg nelle coorti analizzate. Le variabili continue sono riportate in tabella come media ± deviazione standard, mentre le variabili categoriche sono riportate come n (%)

Per quanto riguarda i percorsi attivati per patologia cronica a livello di Ncp, in tutti i Ncp è presente il percorso per la gestione integrata dei pazienti con diabete tipo II e nel 15% dei nuclei è presente il percorso per il paziente con scompenso cardiaco.

3.2. Profilo dei Nuclei di cure primarie in relazione alla qualità assistenziale per patologia

La prevalenza standardizzata per età delle patologie studiate è il 47.75‰ per il diabete, il 4.2‰ per lo scompenso, il 2.77‰ per l'ictus, e il 3.5‰ per il post-Ima.

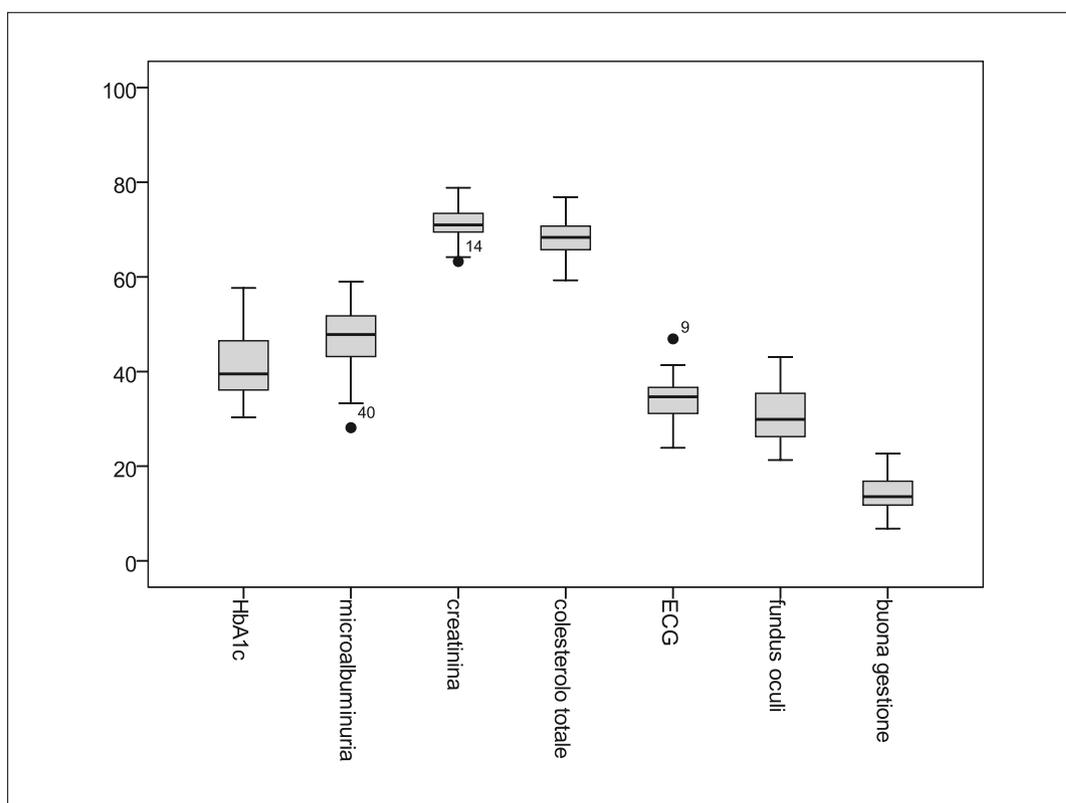
Per quanto riguarda gli indicatori di processo del diabete, l'HbA1c viene richiesta

nel 40.8% dei casi, il dosaggio della microlbuminuria nel 47.3%, il filtrato glomerulare o creatinina nel 71.5%, l'assetto lipidico nel 67.8%, l'Ecg viene effettuato nel 34.1% e il *fundus oculi* è richiesto solo per il 30.4% dei pazienti diabetici e adottando un indice sintetico che valuta la buona gestione complessiva della patologia, considerando tutte le procedure che sarebbero necessarie in base ai percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) definiti, si riscontra solo nel 14.2% dei pazienti una aderenza completa alle indicazioni basate sulle evidenze scientifiche.

Tali indicatori calcolati a livello di Ncp mostrano differenti significativi livelli di variabilità per i diversi indicatori utilizzati, come evidenziato nei *boxplots* (figura 2).

Figura 2

Box-plots degli indicatori del diabete. La linea nera all'interno del box rappresenta la mediana, l'altezza del box la distanza interquartile, i numeri esterni ai box indicano il progressivo dell'Ncp con un valore anomalo rispetto agli altri (*outlier*)



In particolare, una forte variabilità tra i nuclei è registrata per il dosaggio della HbA1c (mediana 39.5, 25%-75% percentile rispettivamente 36.0-46.7), per il dosaggio della microalbuminuria (mediana 47.8, 25%-75% percentile 42.9-52.1) e il *fundus oculi* (mediana 29.9, 25%-75% percentile 26.0-35.6). Il dosaggio della creatinina, l'assetto lipidico, e l'Ecg, invece, hanno una distribuzione abbastanza uniforme tra i 41 Ncp. Si può osservare che in alcuni nuclei, identificati con i numeri 40 e 14, si prescrive in misura molto minore degli altri il dosaggio della microalbuminuria e della creatinina, mentre nel nucleo 9 l'Ecg viene richiesto con una frequenza molto superiore rispetto agli altri nuclei.

Per quanto riguarda gli indicatori di processo dello scompenso, la terapia con ace-inibitori o sartani è prescritta nel 78.5% dei casi, i β -bloccanti nel 59.1%, il monitoraggio elettrolitico nei pazienti con diuretici nel 63.7%.

Nei pazienti con ictus ischemico, la terapia con antiaggreganti/anticoagulanti viene

prescritta nel 82.8%, mentre il dosaggio del colesterolo è richiesto nel 53.1% della totalità dei pazienti con ictus (compreso quindi l'ictus emorragico).

Nel post-Ima la terapia con aspirina o antiaggreganti è prescritta nell'88.1%, i β -bloccanti nell'86.5%, gli ace-inibitori o sartani nel 83%, e il dosaggio del colesterolo nel 68.5%.

La variabilità degli indicatori fra nuclei risulta elevata anche per lo scompenso, l'ictus e il post-Ima, riportata nelle **figure 3, 4 e 5**, fatta eccezione per la prescrizione di aspirina o antiaggreganti nei pazienti con post-Ima.

3.3. Relazione tra caratteristiche e modelli organizzativi dei Mmg e qualità assistenziale nei pazienti affetti da diabete, scompenso, ictus e post-Ima

La prescrizione di tutti gli esami per il diabete e del colesterolo totale nel post-Ima varia in funzione delle diverse forme associative, come emerge dai *test* χ^2 che sono tutti

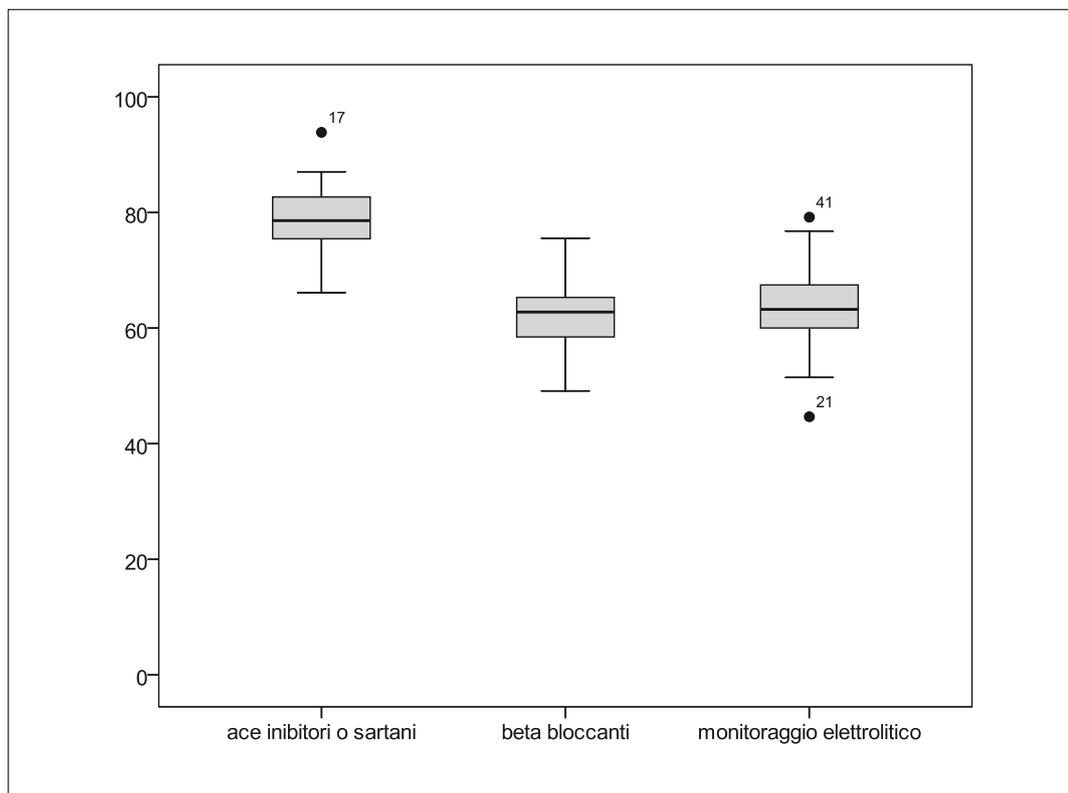


Figura 3
Box-plots degli indicatori dello scopenso cardiaco

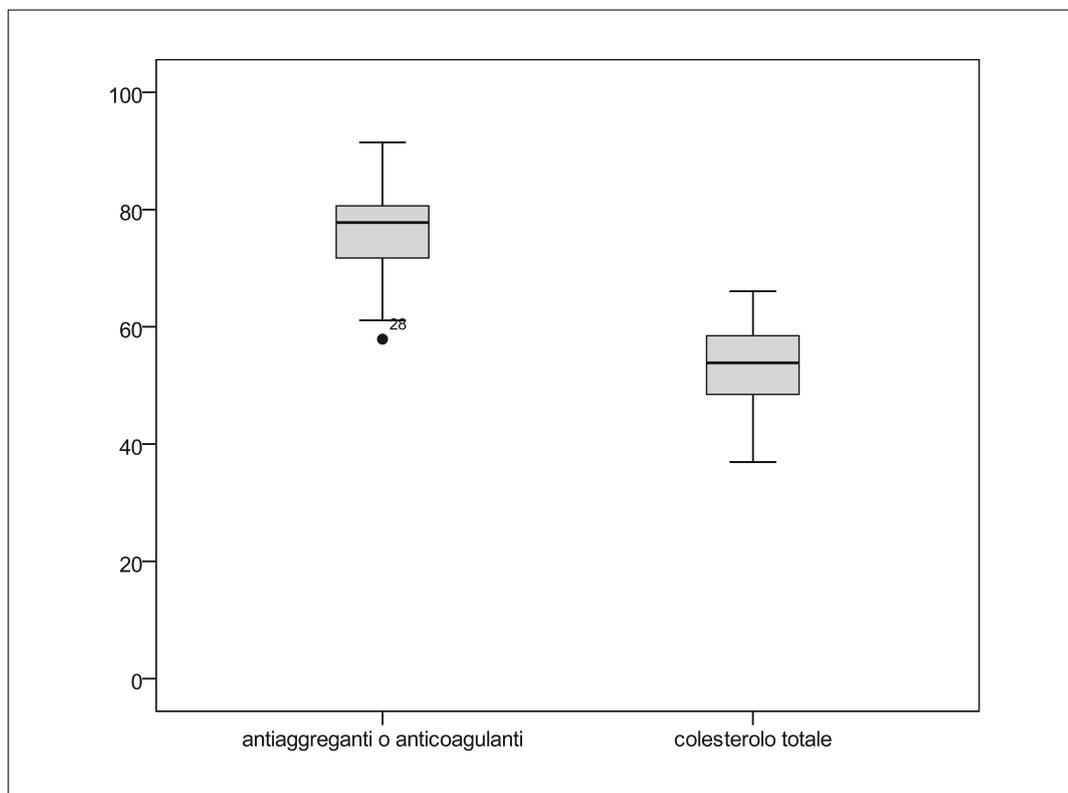
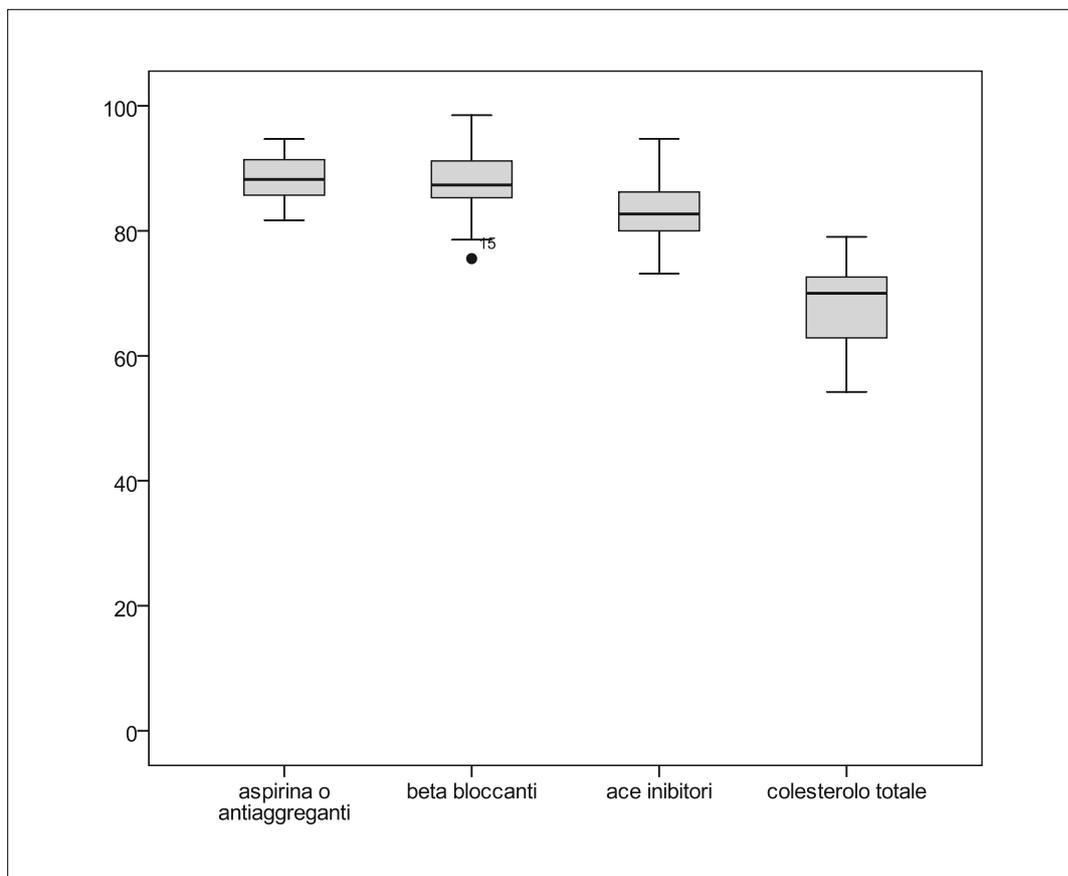


Figura 4
Box-plots degli indicatori dell'ictus

Figura 5

Box-plots degli indicatori del post-Ima



statisticamente significativi (**tabella 2**). Al contrario, nelle coorti dei pazienti con scompenso e ictus nessun indicatore è legato della tipologia di associazionismo.

Diabete

Con riferimento al diabete, i modelli multi-livello indicano che, per l'indicatore HbA1c, il genere maschile e l'età più avanzata, sia nel paziente che nel medico, espongono il paziente a un maggior rischio di mancata prescrizione dell'esame, mentre risultano essere fattori protettivi l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, l'essere in terapia antiaggregante e avere un Mmg che esercita in pianura rispetto alla città (**tabella 3**).

Per quanto riguarda l'esame della microalbuminuria (**tabella 3**), un'età > 70 anni, l'essere cardiopatico o asmatico, l'aver un Mmg di genere maschile o l'aver un Mmg che esercita in pianura espongono il paziente a un maggior rischio di mancata prescrizio-

ne. Risultano invece fattori protettivi l'ipercolesterolemia, la terapia con antiaggreganti e avere un Mmg che aderisce a una Rete o a una Medicina di gruppo.

Nella valutazione del valore di filtrato glomerulare o della creatinina (**tabella 3**) il genere maschile, l'età avanzata (> 80 anni), l'aver un Mmg di genere maschile e con più di 60 anni aumenta la probabilità di mancata prescrizione dell'esame. Risultano invece fattori protettivi l'aver dai 61 agli 80 anni, l'essere cardiopatici, ipertesi o ipercolesterolemici o essere in terapia con antiaggreganti; avere un Mmg che ha più di 1500 assistiti o che aderisce a una qualsiasi forma associativa.

Nella valutazione dell'assetto lipidico (**tabella 3**) il paziente ha un maggior rischio di non prescrizione dell'esame se uomo, con età > 80 anni e se ha un Mmg con più di 60 anni. Hanno invece una maggior probabilità di prescrizione i pazienti con età compresa tra 61 e 70 anni, con ipertensione e iperco-

Tabella 2
Relazione tra indicatori di qualità assistenziale e forme associative

Indicatori	Nessuna (%)	Associazione (%)	Rete (%)	Gruppo (%)	χ^2 , p*
Diabete					
HbA1c	38.80	39.49	39.99	42.30	< 0.0001
Microalbuminuria	41.90	47.81	50.63	48.27	0.0001
Creatinina	67.51	73.98	71.71	72.97	0.0001
Colesterolo totale	63.68	71.10	68.82	69.00	0.0001
Ecg	31.70	29.20	32.43	36.33	0.0001
<i>Fundus oculi</i>	28.32	29.88	29.41	31.79	0.0001
Scompenso cardiaco					
Ace-inibitori	76.50	82.01	79.84	78.43	0.3062
β -bloccanti	59.27	56.12	58.87	59.48	0.8905
Diuretici con monitoraggio elettrolitico	61.70	58.77	61.87	66.03	0.1157
Ictus					
Antiaggregante/anticoagulante	83.78	92.21	81.08	82.44	0.1116
Colesterolo totale	49.69	56.47	50.96	55.43	0.1221
Post-IMA					
Aspirina/antiaggregante	86.75	94.12	88.22	88.29	0.1988
β -bloccanti	85.62	93.14	85.92	86.73	0.2129
Ace-Inibitori	82.23	84.31	83.47	82.98	0.9235
Colesterolo totale	64.30	75.49	68.41	70.02	0.0327

lesterolemia o in terapia antiaggregante; i pazienti che hanno un Mmg con più di 1500 assistiti, che esercita in montagna o che aderisce a una forma associativa.

Considerando la prescrizione dell'Ecg (tabella 3) risultano fattori protettivi l'età compresa tra 61 e 80 anni, la cardiopatia, l'asma-BPCO, l'ipertensione, l'ipercolesterolemia o l'essere in terapia con antiaggreganti così come l'aver il Mmg aderente a una Medicina di gruppo. I pazienti con più di 80 anni, con un Mmg di sesso maschile e che esercita in montagna hanno minor probabilità di prescrizione di Ecg.

L'esame del *fundus* o visita oculistica (tabella 3) viene effettuato con minor probabilità se il paziente è di genere maschile, se ha più di 80 anni e se è cardiopatico e se il Mmg è di genere maschile. Se invece il paziente ha fra i 61 e gli 80 anni, se è asmatico o affetto da BPCO, iperteso, ipercolesterolemico o in terapia con antiaggreganti oppure se ha un Mmg aderente a una medicina di gruppo ha

una maggiore probabilità di avere prescritto l'esame.

È stato infine costruito un indicatore complessivo di «buona gestione» comprendente il dosaggio dell'HbA1c, della microalbuminuria, la valutazione dell'assetto lipidico e l'esame del fundus o visita oculistica (tabella 3). Rispetto a questo indicatore complessivo il genere maschile, l'aver più di 70 anni, l'essere cardiopatico o l'aver un Mmg di genere maschile espone a un maggior rischio di non avere tutti gli esami prescritti. Essere invece ipercolesterolemico, in terapia antiaggregante o avere il Mmg aderente a una medicina di gruppo rispetto all'aver un Mmg non aderente ad alcuna forma associativa rende più probabile la prescrizione di tutti gli esami selezionati.

Considerando l'insieme degli indicatori selezionati per la coorte dei diabetici, la forma associativa che mostra una migliore performance è certamente il gruppo, a seguire la rete con risultati positivi su 4 dei 7 indicatori

Tabella 3

Fattori di rischio per i 7 indicatori relativi alla coorte dei pazienti diabetici (OR (95%CI)). Gli Odds Ratio statisticamente significativi sono riportati in grassetto

Variabili del paziente (I livello)	HbA1c	Microalbuminuria	Creatinina	Colesterolo totale	Ecg	Fundus oculi	Buona gestione
Genere							
M vs F	1.094 (1.046 - 1.145)	0.964 (0.921 - 1.009)	1.073 (1.022 - 1.125)	1.069 (1.020 - 1.120)	0.992 (0.948 - 1.039)	1.091 (1.041 - 1.144)	1.064 (1.000 - 1.133)
Età							
61-70 vs ≤ 60	1.014 (0.954 - 1.078)	1.043 (0.980 - 1.110)	0.770 (0.722 - 0.822)	0.822 (0.771 - 0.877)	0.772 (0.724 - 0.823)	0.838 (0.786 - 0.893)	1.056 (0.973 - 1.146)
71-80 vs ≤ 60	1.224 (1.150 - 1.303)	1.327 (1.246 - 1.414)	0.756 (0.708 - 0.808)	0.977 (0.916 - 1.043)	0.747 (0.701 - 0.797)	0.843 (0.790 - 0.900)	1.189 (1.093 - 1.294)
> 80 vs ≤ 60	2.153 (1.990 - 2.329)	2.780 (2.569 - 3.008)	1.166 (1.080 - 1.259)	1.782 (1.653 - 1.920)	1.083 (1.001 - 1.172)	1.584 (1.457 - 1.723)	2.715 (2.401 - 3.069)
Cardiopatia	0.982 (0.909 - 1.060)	1.150 (1.063 - 1.244)	0.901 (0.829 - 0.979)	1.035 (0.957 - 1.119)	0.687 (0.637 - 0.740)	1.153 (1.063 - 1.251)	1.180 (1.054 - 1.322)
Asma - BPCO	1.049 (0.949 - 1.160)	1.144 (1.033 - 1.266)	0.897 (0.806 - 1.000)	1.014 (0.916 - 1.123)	0.819 (0.742 - 0.903)	0.886 (0.800 - 0.980)	0.917 (0.800 - 1.051)
Iperensione	0.907 (0.841 - 0.979)	0.968 (0.894 - 1.048)	0.914 (0.845 - 0.990)	0.901 (0.835 - 0.973)	0.928 (0.861 - 1.000)	0.887 (0.823 - 0.957)	0.916 (0.828 - 1.013)
Ipercolesterolemia	0.674 (0.640 - 0.710)	0.689 (0.653 - 0.727)	0.662 (0.624 - 0.703)	0.583 (0.550 - 0.618)	0.692 (0.657 - 0.729)	0.855 (0.810 - 0.902)	0.757 (0.707 - 0.812)
Antiaggreganti	0.752 (0.711 - 0.794)	0.817 (0.773 - 0.864)	0.776 (0.731 - 0.824)	0.803 (0.758 - 0.851)	0.714 (0.676 - 0.754)	0.789 (0.746 - 0.834)	0.742 (0.689 - 0.798)
Variabili del medico (II livello)							
Genere							
M vs F	1.188 (1.057 - 1.336)	1.175 (1.013 - 1.363)	1.133 (1.031 - 1.245)	1.090 (0.994 - 1.196)	1.303 (1.192 - 1.424)	1.158 (1.058 - 1.267)	1.233 (1.078 - 1.410)
Età							
51-55 vs ≤ 50	1.002 (0.875 - 1.148)	0.929 (0.783 - 1.102)	1.126 (1.009 - 1.257)	1.036 (0.930 - 1.153)	0.944 (0.851 - 1.048)	1.004 (0.904 - 1.115)	0.918 (0.785 - 1.073)
56-60 vs ≤ 50	1.194 (1.027 - 1.389)	1.024 (0.846 - 1.239)	1.183 (1.048 - 1.336)	1.085 (0.964 - 1.223)	0.931 (0.830 - 1.045)	1.005 (0.895 - 1.129)	1.019 (0.856 - 1.214)
> 60 vs ≤ 50	1.319 (1.044 - 1.665)	1.145 (0.854 - 1.536)	1.358 (1.129 - 1.632)	1.360 (1.135 - 1.630)	1.056 (0.885 - 1.261)	1.096 (0.916 - 1.311)	1.131 (0.864 - 1.481)
Classe assistiti							
≥ 1500 vs < 1500	1.002 (0.894 - 1.122)	0.993 (0.859 - 1.147)	0.897 (0.820 - 0.981)	0.907 (0.831 - 0.991)	1.040 (0.956 - 1.132)	1.017 (0.934 - 1.108)	1.064 (0.935 - 1.210)
Collocazione geografica							
Pianura vs Città	0.749 (0.665 - 0.845)	1.426 (1.226 - 1.659)	0.969 (0.880 - 1.068)	0.978 (0.889 - 1.076)	1.022 (0.932 - 1.121)	0.968 (0.882 - 1.063)	1.056 (0.919 - 1.214)
Montagna vs Città	0.928 (0.788 - 1.092)	1.186 (0.965 - 1.458)	0.932 (0.817 - 1.062)	0.873 (0.768 - 0.994)	1.217 (1.074 - 1.380)	1.116 (0.983 - 1.267)	1.170 (0.968 - 1.415)
Associazione							
Associazione vs Nessuno	0.989 (0.732 - 1.336)	0.729 (0.497 - 1.068)	0.725 (0.570 - 0.923)	0.751 (0.593 - 0.952)	0.999 (0.794 - 1.256)	0.852 (0.677 - 1.071)	0.837 (0.594 - 1.179)
Rete vs Nessuno	0.985 (0.846 - 1.148)	0.712 (0.588 - 0.864)	0.837 (0.740 - 0.946)	0.824 (0.730 - 0.929)	0.962 (0.855 - 1.081)	0.941 (0.836 - 1.060)	0.952 (0.798 - 1.137)
Gruppo vs Nessuno	0.964 (0.843 - 1.102)	0.708 (0.598 - 0.838)	0.798 (0.717 - 0.888)	0.832 (0.749 - 0.925)	0.814 (0.735 - 0.902)	0.855 (0.771 - 0.948)	0.848 (0.727 - 0.990)

considerati e l'associazione semplice con risultati positivi su 2 indicatori (tabella 4).

Scompenso cardiaco

Dalle analisi multilivello degli indicatori per lo scompenso cardiaco, non emerge nessuna relazione con il tipo di associazione dei Mmg. Tuttavia ci sono caratteristiche dei pazienti e dei medici che risultano significativamente associate alle prescrizioni di farmaci o di esami di laboratorio. In particolare, l'età anziana del paziente è sempre associata a una minore prescrizione, mentre le comorbidità in genere sono associate a una maggiore prescrizione. La terapia con β -bloccanti (tabella 5) è meno comune se il medico esercita in montagna, mentre il monitoraggio elettrolitico dei pazienti in terapia diuretica è meno prescritto dai Mmg di genere maschile.

Ictus

L'analisi multilivello indica che i pazienti con pregresso ictus ischemico hanno una maggior probabilità di essere in terapia con antiaggreganti o anticoagulanti (tabella 6) se di sesso maschile, di età compresa 61-70 anni, se affetti da cardiopatia, ipertensione o ipercolesterolemia e, inoltre, se il Mmg appartiene a un'associazione semplice. La prescrizione del dosaggio del colesterolo totale (tabella 6) risulta più probabile se il paziente è diabetico, iperteso o ipercolesterolemico e meno probabile nei pazienti di oltre 80 anni.

Post-Ima

Dalle analisi degli indicatori del post-Ima emerge che l'ipercolesterolemia favorisce sempre la prescrizione di terapie appropriate e il dosaggio del colesterolo.

Per quanto riguarda la prescrizione di β -bloccanti (tabella 7), gli ulteriori fattori favorevoli sono l'età compresa tra 61-80 anni, e l'essere in carico a un Mmg che esercita in pianura. La terapia con ace-inibitori o sartani (tabella 7) è invece più probabile se il paziente è di genere maschile, se ha un'età maggiore di 60 anni, oppure se ha un Mmg che esercita in Pianura e ha tra i 51 e i 60 anni. Il dosaggio del colesterolo (tabella 7) viene effettuato più probabilmente se il pa-

	Associazione	Rete	Gruppo
DIABETE			
HbA1c			
Microalbuminuria		X	X
Creatinina	X	X	X
Assetto lipidico	X	X	X
Ecg			X
fundus oculi			X
«buona gestione»			X
SCOMPENSO CARDIACO			
Ace-inibitori			
β -bloccanti			
Monitoraggio elettrolitico			
ICTUS			
Antiaggreganti	X		
Colesterolo totale			
Aspirina o antiaggregante			
Post-Ima			
β -bloccanti			
Ace inibitori			
Dosaggio colesterolo			X

Legenda: (x) = performance positiva; (o) performance negativa; (vuoto) = nessuna indicazione di rilievo. Categoria di riferimento = «Nessuna forma associativa»

ziente ha 61-70 anni, se è diabetico o se il Mmg fa parte di una medicina di gruppo, è meno probabile la prescrizione dell'esame se il paziente ha più di 80 anni o è asmatico.

Tabella 4
Sintesi delle relazioni tra tipologia associativa e indicatori nelle coorti analizzate

4. Discussione e conclusioni

Lo studio presenta innanzitutto un modello logico e dei correlati strumenti adatti per monitorare il grado di adesione ai PDTA definiti dalle aziende o dai sistemi sanitari. Ad esempio, sapere che il percorso diabete è applicato nella sua interezza solo nel 14,2% dei pazienti, dopo anni di investimento in questo PDTA, risulta una informazione gestionale rilevante, sulla quale è possibile costruire una traiettoria di sviluppo e rafforzamento aziendale o di sistema. La disponibilità di dati sistematici sui livelli di adesione ai PDTA costruiti sulle evidenze scientifiche dovrebbe rappresentare la nuova metrica per la gestio-

Tabella 5

Fattori di rischio per gli indicatori calcolati sulla coorte dei pazienti con scompenso cardiaco (OR (95%CI)). Gli *Odds Ratio* statisticamente significativi sono riportati in grassetto

Variabili del paziente (I livello)	Ace-inibitori o sartani	β -bloccanti	Monitoraggio elettrolitico
Genere paziente			
M vs F	0.944 (0.787 - 1.131)	0.829 (0.698 - 0.985)	1.090 (0.915 - 1.299)
Età paziente			
76-80 vs \leq 75	0.914 (0.687 - 1.215)	1.279 (0.982 - 1.667)	1.334 (1.028 - 1.731)
81-85 vs \leq 75	1.266 (0.982 - 1.632)	1.887 (1.483 - 2.401)	1.262 (0.986 - 1.615)
> 85 vs \leq 75	1.659 (1.308 - 2.105)	3.582 (2.843 - 4.512)	1.821 (1.432 - 2.314)
Diabete	0.643 (0.498 - 0.829)	0.889 (0.712 - 1.111)	0.953 (0.771 - 1.180)
Asma BPCO	0.909 (0.704 - 1.174)		0.775 (0.610 - 0.985)
Ipercolesterolemia	0.501 (0.390 - 0.664)	0.410 (0.328 - 0.513)	0.753 (0.611 - 0.927)
Antiaggreganti	0.658 (0.548 - 0.790)	0.687 (0.578 - 0.817)	1.108 (0.929 - 1.321)
Variabili del medico (II livello)			
Genere medico			
M vs F	1.098 (0.895 - 1.347)	1.026 (0.846 - 1.245)	1.570 (1.263 - 1.951)
Età medico			
51-55 vs \leq 50	0.887 (0.688 - 1.145)	1.166 (0.910 - 1.494)	0.948 (0.722 - 1.246)
56-60 vs \leq 50	0.897 (0.689 - 1.169)	1.058 (0.818 - 1.369)	0.818 (0.615 - 1.089)
> 60 vs \leq 50	0.967 (0.671 - 1.394)	0.920 (0.643 - 1.316)	0.802 (0.540 - 1.192)
Classe assistiti			
> 1500 vs \leq 1500	1.017 (0.848 - 1.221)	0.937 (0.788 - 1.114)	1.129 (0.931 - 1.368)
Collocazione geografica			
Pianura vs Città	0.952 (0.780 - 1.161)	1.184 (0.980 - 1.430)	0.821 (0.665 - 1.013)
Montagna vs Città	1.017 (0.789 - 1.312)	1.532 (1.199 - 1.958)	0.919 (0.697 - 1.211)
Associazionismo			
Associazione vs Nessuno	0.748 (0.462 - 1.211)	0.977 (0.630 - 1.515)	1.115 (0.695 - 1.791)
Rete vs Nessuno	0.816 (0.629 - 1.059)	0.951 (0.743 - 1.216)	0.963 (0.732 - 1.266)
Gruppo vs Nessuno	0.932 (0.737 - 1.155)	0.937 (0.755 - 1.163)	0.861 (0.677 - 1.095)

ne delle aziende sanitarie e delle loro unità operative, in un'ottica di governo clinico, rafforzando o superando la tradizionale logica dei *budget* per risorse e numero di prestazioni (Vendramini, Lega, 2008).

I risultati di questo studio ci permettono di discutere l'impatto delle seguenti dimensioni rispetto la qualità delle cure in alcune patologie croniche: le caratteristiche dei pazienti, le caratteristiche del medico, le forme associative, l'ubicazione geografica di medico e paziente e le caratteristiche delle patologie.

1. L'età avanzata dei pazienti (> 80 anni) è un fattore che abbassa la qualità delle cure in tutte le patologie considerate. I pazienti perdono *compliance* rispetto ai PDTA attesi. Questo può essere spiegato dal generale prevalere della medicina di attesa, che non persegue quindi logiche di reclutamento e di *fol-*

low up pro-attivo nei confronti dei pazienti più anziani, i quali tendono fisiologicamente a ridurre l'attenzione alla propria salute, perdendo progressivamente energie e interesse per difendere autonomamente il proprio benessere fisico.

Risulta invece più complessa l'azione delle comorbidità. Le comorbidità rappresentano dei fattori protettivi quando si tratta di patologie fortemente correlate con la patologia principale, rappresentandone quindi una sorta di stadiazione più avanzata o quando si tratta di comorbidità minori rispetto alla patologia principale. In particolare, questo è vero per i principali fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, ipercolesterolemia) nel diabete, nell'ictus e nel post-Ima.

Al contrario, quando la comorbidità afferisce ad altre patologie, soprattutto se di maggiore peso relativo, scatta un effetto «spiaz-

Variabili del paziente (I livello)	Antiaggreganti o anticoagulanti	Colesterolo totale
Genere		
M vs F	0.595 (0.449 - 0.789)	1.153 (0.956 - 1.392)
Età		
61-70 vs ≤ 60	0.525 (0.316 - 0.871)	0.762 (0.540 - 1.074)
71-80 vs ≤ 60	0.693 (0.453 - 1.062)	0.669 (0.493 - 0.909)
> 80 vs ≤ 60	0.702 (0.465 - 1.061)	1.448 (1.067 - 1.966)
Diabete	0.699 (0.452 - 1.082)	0.664 (0.510 - 0.864)
Cardiopatìa	0.614 (0.393 - 0.959)	1.078 (0.832 - 1.396)
Asma - BPCO	0.518 (0.249 - 1.079)	1.014 (0.688 - 1.492)
Iperensione	0.270 (0.201 - 0.362)	0.598 (0.476 - 0.751)
Ipercolesterolemia	0.328 (0.218 - 0.493)	0.725 (0.584 - 0.901)
Variabili del medico (II livello)		
Genere		
M vs F	0.876 (0.631 - 1.217)	1.109 (0.880 - 1.398)
Età		
51-55 vs ≤ 50	0.792 (0.525 - 1.195)	1.040 (0.773 - 1.399)
56-60 vs ≤ 50	0.796 (0.522 - 1.214)	1.098 (0.812 - 1.484)
> 60 vs ≤ 50	0.950 (0.511 - 1.766)	1.252 (0.814 - 1.922)
Classe assistiti		
≥ 1500 vs < 1500	0.742 (0.548 - 1.005)	0.922 (0.747 - 1.136)
Collocazione geografica		
Pianura vs Città	1.083 (0.781 - 1.500)	0.948 (0.758 - 1.186)
Montagna vs Città	1.383 (0.919 - 2.080)	1.229 (0.912 - 1.657)
Associazionismo		
Associazione vs Nessuno	0.336 (0.127 - 0.891)	0.701 (0.402 - 1.222)
Rete vs Nessuno	1.205 (0.784 - 1.853)	0.951 (0.706 - 1.281)
Gruppo vs Nessuno	1.220 (0.834 - 1.784)	0.825 (0.637 - 1.070)

Tabella 6
Fattori di rischio per gli indicatori calcolati sulla coorte dei pazienti con Ictus (OR (95%CI)). Gli Odds Ratio statisticamente significativi sono riportati in grassetto

zamento» che distrae il medico dalla patologia che risulta secondaria e non correlata. Ad esempio la patologia respiratoria cronica (asma/BPCO) si associa a una minore probabilità di corretta gestione del diabete.

2. I medici di sesso femminile hanno generalmente dei risultati migliori nella qualità delle cure delle patologie croniche rispetto ai colleghi maschi. Questo può essere spiegato da una maggiore propensione alla presa in carico e da un maggior investimento sulla relazione con il paziente da parte dei medici donna, che traggono una rilevante soddisfazione professionale ed esistenziale dalla percezione della *compliance* del paziente (alla cura e alla relazione), laddove invece la psicologia maschile è più orientata all'interven-

to puntuale e risolutivo, poco correlato alle esigenze delle patologie croniche (Borgonovi, Landau, 2007).

L'età avanzata del medico è un fattore che diminuisce la qualità assistenziale, probabilmente determinata da un crescente effetto di *burn-out* e da un progressivo de-investimento nella professione all'avvicinarsi dell'età della pensione. Questo rappresenta un problema assai rilevante per il Ssn vista l'età media estremamente avanzata dei propri professionisti (47 anni per i dipendenti del Ssn), che purtroppo è destinata a peggiorare nei prossimi anni.

È interessante osservare come in alcune procedure previste dai PDTA, i Mmg massimalisti (con 1500 scelte) manifestano dei

Variabili del paziente (I livello)	Aspirina o antiaggreganti	β -bloccanti	Ace-inibitori	Colesterolo totale
Genere paziente				
<i>M vs F</i>	0.787 (0.607 - 1.020)	0.946 (0.722 - 1.240)	0.709 (0.566 - 0.888)	0.952 (0.791 - 1.145)
Età paziente				
61-70 vs \leq 60	0.786 (0.519 - 1.192)	0.389 (0.247 - 0.611)	0.464 (0.333 - 0.648)	0.640 (0.480 - 0.852)
71-80 vs \leq 60	0.770 (0.524 - 1.132)	0.685 (0.475 - 0.989)	0.487 (0.359 - 0.659)	0.902 (0.696 - 1.167)
> 80 vs \leq 60	1.342 (0.919 - 1.959)	1.157 (0.820 - 1.670)	0.596 (0.435 - 0.818)	1.875 (1.435 - 2.449)
Diabete	0.741 (0.518 - 1.060)	0.947 (0.668 - 1.343)	0.818 (0.606 - 1.105)	0.768 (0.607 - 0.972)
Cardiopatìa	0.998 (0.736 - 1.353)	0.913 (0.662 - 1.258)	0.917 (0.698 - 1.204)	1.029 (0.831 - 1.274)
Asma-BPCO	0.839 (0.510 - 1.379)		1.327 (0.899 - 1.987)	1.597 (1.162 - 2.195)
Ipercolesterolemia	0.330 (0.254 - 0.428)	0.303 (0.232 - 0.396)	0.469 (0.378 - 0.581)	0.611 (0.513 - 0.727)
Variabili del medico (II livello)				
Genere Medico				
<i>M vs F</i>	0.952 (0.718 - 1.264)	0.863 (0.647 - 1.150)	1.091 (0.853 - 1.397)	1.196 (0.976 - 1.465)
Età medico				
51-55 vs \leq 50	1.006 (0.698 - 1.449)	0.806 (0.554 - 1.172)	0.676 (0.500 - 0.915)	1.045 (0.807 - 1.354)
56-60 vs \leq 50	0.961 (0.661 - 1.398)	1.011 (0.697 - 1.467)	0.696 (0.513 - 0.946)	1.087 (0.835 - 1.414)
> 60 vs \leq 50	1.261 (0.767 - 2.076)	1.155 (0.698 - 1.911)	0.806 (0.524 - 1.239)	0.939 (0.648 - 1.361)
Classe assistiti				
\geq 1500 vs < 1500	0.867 (0.667 - 1.127)	0.940 (0.719 - 1.228)	1.077 (0.863 - 1.344)	1.033 (0.862 - 1.238)
Collocazione geografica				
Pianura vs Città	1.002 (0.756 - 1.328)	0.740 (0.555 - 0.986)	0.764 (0.600 - 0.972)	0.935 (0.770 - 1.136)
Montagna vs Città	1.221 (0.839 - 1.777)	0.970 (0.656 - 1.435)	0.874 (0.628 - 1.218)	0.892 (0.675 - 1.179)
Associazionismo				
Associazione vs Nessuno	0.428 (0.175 - 1.048)	0.493 (0.200 - 1.216)	0.967 (0.525 - 1.781)	0.601 (0.360 - 1.006)
Rete vs Nessuno	0.987 (0.686 - 1.420)	1.150 (0.786 - 1.681)	1.000 (0.729 - 1.372)	0.818 (0.634 - 1.056)
Gruppo vs Nessuno	0.993 (0.722 - 1.367)	0.953 (0.658 - 1.379)	1.097 (0.831 - 1.448)	0.776 (0.619 - 0.972)

Tabella 7

Fattori di rischio per gli indicatori calcolati sulla coorte di pazienti con IMA (OR (95%CI)). Gli Odds Ratio statisticamente significativi sono riportati in grassetto

comportamenti più appropriati, probabilmente cognitivamente allertati su tutti i processi assistenziali necessari dai rilevanti numeri di pazienti che trattano.

3. Le forme associative più strutturate e impegnative riescono a garantire una qualità assistenziale migliore per le patologie o per i processi di diagnosi e cura che più integralmente afferiscono all'azione diretta del Mmg. Ad esempio, le forme associative dei Mmg garantiscono una migliore gestione del paziente diabetico rispetto alla pratica singola, in particolare la Medicina di gruppo. Allo stesso modo il gruppo garantisce risultati migliori per il controllo del colesterolo post-Ima. Al contrario le forme associative non riescono a determinare risultati migliori sulla gestione dello scompenso o dell'ictus o su altre dimensioni più complesse del post-Ima.

Da queste evidenze emerge come l'associazionismo sia in grado di garantire risultati migliorativi significative per patologie in cui i Mmg esercitano un ruolo pivotale nel processo di cura, mentre esse lasciano ancora invariate le relazioni con gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali. Pertanto, laddove il ruolo dello specialista risulta decisivo come *consultant* della patologia, le forme associative non sono in grado di determinare ancora un significativo valore aggiunto. Questa constatazione ci impone di riflettere su quali debbano essere i confini organizzativi e di competenze dei Nuclei di cure primarie o su quali altri strumenti è possibile attivare per aumentare l'integrazione professionale tra Mmg e specialisti (Lega, 2007).

4. L'ubicazione geografica del medico e del paziente ha degli impatti, in alcuni ca-

si, sulla qualità assistenziale. I medici di pianura e di montagna, realtà comunali più piccole e più decentrate, determinano una *compliance* più rilevante ai PDTA quando si tratta di patologie o processi semplici, in cui risulta decisiva la cultura della presa in carico della cronicità. Ad esempio, risulta protettivo il medico di pianura nella prescrizione dei β -bloccanti, ace-inibitori o sartani nel post-Ima. Al contrario, per esami più rari e specialistici risulta un fattore favorente l'ubicazione metropolitana del Mmg, come nel caso dell'esame della microalbuminuria per il diabete. Questo conferma la differente cultura e il diverso *focus* di attività dei Mmg nel confronto tra realtà cittadine e quelle più rurali.

5. Al crescere della complessità e del fabbisogno specialistico della patologia decresce la rilevanza dell'impatto delle caratteristiche del medico e delle sue forme associative. Solo nel caso del diabete possiamo dire che l'organizzazione delle cure primarie risulta una variabile decisiva rispetto i risultati di salute. Questo ci induce a riflettere sul portafoglio di competenze oggi, di fatto, assegnate ai Mmg, che risulta per certi versi ancora insufficiente, lasciando alla competenza prevalente o esclusiva degli specialisti patologie o stadi di patologie croniche che probabilmente potrebbero trovare una risposta con un rapporto costo-efficacia migliore nell'ambito delle cure primarie. Questa riflessione si fa ancora più necessaria di fronte al crescere delle patologie croniche e al diminuire dei posti-letto e degli organici nei servizi ospedalieri. Accrescere il portafoglio delle competenze cliniche, e quindi delle patologie trattate, è un lavoro però più complesso e critico rispetto allo sviluppo dei modelli organizzativi dei Mmg o alla diffusione di personale e strumenti a loro supporto, che

richiede specifici investimenti in termini di sviluppo culturale, cognitivo e tecnico-scientifico (Longo, 2007).

La ricerca presenta quindi rilevanti evidenze che aprono numerosi punti di riflessione sull'attuale processo di sviluppo del Ssn, ma che potrebbero essere ancora meglio fondati disponendo di un campione più ampio di pazienti e medici (regionale o inter-regionale) e osservando un numero maggiore di patologie.

La metodologia dell'analisi multilivello si è dimostrata feconda, come strategia analitica per rispondere alla domanda se l'adesione da parte del Mmg a una qualche forma di associazionismo abbia un impatto sulla qualità dell'assistenza fornita ai pazienti cronici, al netto delle caratteristiche dei pazienti e delle caratteristiche dei medici.

Note sugli autori

Dipartimento di Medicina e sanità pubblica, Università di Bologna: Maria Pia Fantini è professore associato di programmazione-organizzazione servizi sanitari; Elisa Carretta è statistico, dottore di Ricerca; Stefano Mimmi è statistico; Milena Belletti è specialista in Igiene e medicina preventiva dottore di Ricerca; Paola Rucci è statistico.

Gabriele Cavazza è specialista in Igiene e medicina preventiva, Direzione sanitaria Azienda Usl, Bologna.

Mirko Di Martino è statistico, Servizio controllo strategico e statistica, Regione Emilia Romagna.

Francesco Longo è professore associato di management sanitario, direttore CERGAS - Università Bocconi.

Note

1. Y_{ij} = *outcome* relativo all'i-esimo soggetto preso in carico dal j-esimo Mmg.
 β_{0j} = corrisponde all'intercetta di un modello lineare
 X_{ij} = è il vettore di variabili esplicative con parametri β_{ij}
 ε_{ij} = rappresentano i residui indipendenti di media nulla ($\mu = 0$) a livello del soggetto.
2. Z_j = variabili esplicative a livello del medico.

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

- AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY, AMERICAN HEART ASSOCIATION, PHYSICIAN CONSORTIUM FOR PERFORMANCE IMPROVEMENT (2005), *Clinical performance measures: heart failure. Tools developed by physicians for physicians*, American Medical Association (AMA), Chicago, IL.
- AMERICAN MEDICAL DIRECTORS ASSOCIATION (2003), *Clinical practice guidelines: heart failure*.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2007), *AHRQuality indicators - Guide to prevention quality indicators: hospital admission for ambulatory care sensitive conditions*, Rockville (MD).
- ASSR (2009), *Dossier 179-2009: Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna*.
- BERG M., DE BRANTES F., SCHELLEKENS W. (2006), «The right incentives for high-quality, affordable care: a new form of regulated competition», *International Journal for Quality in Health Care*, 18 (4), pp. 261-263
- BODENHEIMER T., WAGNER E.H., GRUMBACH K. (2002), «Improving primary care for patients with chronic illness», *JAMA*, 288(14), pp. 1775-9.
- BORGONOV I. E., LANDAU J. (2007), *Relationship Competence for Healthcare Management*, Egea, Milano.
- CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CSM) (2008), *The Joint Commission*, http://www.qualitymeasures.org/summary/summary.aspx?doc_id=14726.
- CHENG E., FUNG C. (2007), «Quality indicators for the care of ictus and atrial fibrillation in vulnerable elders», *Journal of American Geriatric Society*, 55, Suppl. 2, pp. S431-7.
- CICCHETTI A., MASCIA D. (2007), «Organizzare le reti in sanità: teoria, metodi e strumenti di social network analysis», *Mecosan*, 61, pp. 9-32.
- CROMBIE I.K., DAVIES H.T.O. (1998), «Beyond health outcomes: the advantage of measuring process», *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 4, 1, pp. 31-38.
- HEATH I., RUBINSTEIN A., STANGE K.C., VAN DRIEL M.L. (2009), «Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity», *BMJ*, 338, pp. 911-13.
- HEALTH DISPARITIES COLLABORATIVES (2006), Rockville MD, http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summary/summary.aspx?ss=1&doc_id=6885.
- HEIDENREICH P.A., FONAROW G.C. (2007), «Quality indicators for the care of heart failure in vulnerable elders», *Journal of the American Geriatric Society*, 55 Suppl. 2, pp. S340-6.
- KATZ A., DE COSTER C., BOGDANOVIC B., SOODEEN R.A., CHATEAU D. (2004), *Using administrative data to develop indicators of quality in family practice*, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba: Manitoba Centre for Health Policy.
- INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (2008), «Diabetes Mellitus in Adults, Type 2», *Diagnosis and Management Guidelines*.
- LEGA F. (2007), «Organisational design for health integrated delivery systems: Theory and practice», *Health Policy*, n. 81(2-3), pp. 258-79.
- LIPPI BRUNI M., NOBILIO L., UGOLINI C. (2009), «Economic incentives in general practice: The impact of pay-for-participation and pay-for-compliance programs on diabetes care», *Health Policy*, 90, pp. 140-148.
- LONGO F. (2007), «Implementing managerial innovations in primary care: Can we rank change drivers in complex adoptive organizations? », *Health Care Management Review*, n. 3, pp. 1-13.
- MANNINO S., VILLA M., LUCCHI S., BRUNELLI G., LOCATELLI G.W., ZENONI S., LONGO F. (2009), «Variazioni della performance dei MMG in relazione alle forme associative», *Mecosan*, 70, pp. 75-98.
- MEHROTRA A., EPSTEIN A.M., ROSENTHAL M.B. (2006) «Do integrated medical groups provide higher-quality medical care than individual practice associations?», *Annals of Internal Medicine*, 145(11), pp. 826-33.
- NATIONAL DIABETES QUALITY IMPROVEMENT ALLIANCE (2003), *National Diabetes Quality Improvement Alliance performance measurement set for adult diabetes*.
- NATIONAL HEALTH SERVICE CONFEDERATION AND BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (2008), *Quality and outcomes framework: guidance*.
- OLIVARIUS N.F., BECK-NIELSEN H., ANDREASEN A.H., HØRDER M., PEDERSEN P.A. (2001), «Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus», *BMJ*, Oct 27, 323(7319), pp. 970-5.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA (2003), *Linee guida clinico-organizzative per il management del diabete mellito*.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA (2009), *Linee guida clinico-organizzative per il management del diabete mellito*.
- RICE N., JONES A. (1997), «Multilevel models and health economics», *Health Economics*, 6, pp. 561-75.
- SCOTT A., SHIELL A. (1997), «Do fee descriptors influence treatment choices in general practice? A multi-level discrete choice model», *Journal of Health Economics*, 16, pp. 323-42.
- SHEKELLE P., VIAN S. (2007), «Quality indicators for the care of diabetes mellitus in vulnerable elders», *Journal of American Geriatric Society*, 55, Suppl. 2, S3, pp. 12-7.
- SOLBERG L.I., ASCHE S.E., SHORTELL S.M., GILLIES R.R., TAYLOR N., PAWLSON L.G., SCHOLLE S.H., YOUNG M.R. (2009), «Is integration in large medical groups associated with quality? », *American Journal of Managed Care*, Jun 1, 15(6), pp. 34-41.
- VENDRAMINI E., LEGA F. (2008), «Budgeting and performance management in the Italian National Health System: assessment and constructive criticism», *Journal of Health Organization and Management*, 22(1), pp. 11-22.

Rimodellare le Direzioni di presidio ospedaliero in Asl multipresidio: l'esperienza di Cagliari

FLAVIA PIROLA

Based on the experience of Cagliari Asl a public healthcare organisation that runs a complex multi-hospital system, the article explores the problems related to the role and responsibilities of hospital medical directors in a multi-hospital environment structured around large medical directorates. In fact, strong medical directorates and specialised staffs may erode the traditional role that medical directors used to play in each single hospital. The paper suggests that from a better distinction among different activities (medical affairs, operations, and legal responsibilities) may result a better role for medical directors and their competencies. The author underlines the importance of a «network organisations» in which each «hospital directorate» and each medical director is focused on a specific area or topic.

Keywords: medical directors, hospital management, organizational innovation

Parole chiave: direttori sanitari di presidio, gestione degli ospedali, innovazione organizzativa

Note sull'autore

Flavia Pirola è Direttore sanitario aziendale dell'Asl 4 di Terni

Ringraziamenti

L'autrice ringrazia tutti i medici delle direzioni sanitarie di presidio ospedaliero della Asl di Cagliari e tutti gli altri partecipanti al corso di formazione il cui impegno ha permesso la realizzazione del progetto e l'elaborazione del modello descritto. Ringrazia inoltre il dr. Carlo De Pietro e il prof. Federico Lega del Cergas, Università Bocconi, che hanno seguito la realizzazione del corso di formazione citato e hanno prodotto la bozza del documento di organizzazione che è stata spunto per il presente articolo

1. Introduzione

L'evoluzione del Sistema sanitario nazionale italiano in direzione di una più accentuata aziendalizzazione e l'introduzione di logiche e strutture dipartimentali nella organizzazione delle aziende sanitarie, in particolare quelle ospedaliere, hanno cambiato notevolmente il ruolo atteso per le Direzioni sanitarie di presidio ospedaliero. In questo contesto, è possibile affermare che l'introduzione dei dipartimenti nell'organizzazione ospedaliera e il ruolo che gli stessi Direttori di dipartimento hanno spesso finito per assumere rispetto alla Direzione aziendale, hanno messo in crisi il ruolo del Direttore del presidio ospedaliero.

Infatti, il rapporto diretto fra i Direttori di dipartimento e la Direzione aziendale, per quel che riguarda scelte quali, ad esempio, la programmazione delle attività, il profilo evolutivo delle singole strutture, la valutazione delle competenze professionali, la valutazione sul conseguimento degli obiettivi assegnati, sembra aver completamente escluso il direttore d'ospedale da quelli che sono sempre stati considerati da molti, all'interno e all'esterno della professione, aspetti chiave della sua funzione.

Se i Direttori di dipartimento sono i diretti responsabili della gestione delle risorse loro assegnate e di questa rispondono alla Direzione aziendale, se essi sono autonomi nelle scelte e modalità organizzative da adottare per raggiungere gli obiettivi assegnati, quale spazio rimane al direttore di presidio ospedaliero e quali responsabilità?

Già nella scelta del nome, se Direttore medico di presidio o Direttore sanitario di presidio ospedaliero (d'ora in avanti DSPO), si

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il contesto di riferimento
3. Il percorso adottato e i professionisti coinvolti
4. Un percorso evolutivo come frutto di passaggi intermedi
5. Conclusioni

ritrova una interpretazione diversa in funzione del ruolo che si vuole assegnare a questa figura. Infatti, chi usa il termine «sanitario» tende a attribuire al direttore di ospedale la direzione di tutto quanto avviene all'interno del presidio. In questo caso, la responsabilità del direttore dell'ospedale si estende dagli aspetti igienici a quelli operativi rispetto a tutte le professioni che operano nel presidio (medica, sanitaria non medica, infermieristica, amministrativa, tecnica). Il direttore di ospedale è il supervisore del funzionamento dei dipartimenti e gli viene conferito un ruolo di facilitatore e di coordinatore delle azioni necessarie per il raggiungimento complessivo degli obiettivi del presidio.

Se invece l'enfasi è posta sul termine «medico», il modello sembra avvicinarsi di più a quanto in atto nel sistema anglosassone, dove il *Medical Director* ha «delegato» tutto quanto non è rapporto con i professionisti medici ad altre figure (infermieristiche, tecniche, amministrative e organizzative), ivi compresi gli aspetti igienici e medico legali. In questo caso, si occuperà solo di tutto quanto riguarda i professionisti medici, ossia: lo sviluppo della attività medica a partire dagli aspetti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, l'aggiornamento tecnologico e professionale, l'introduzione di nuove attività.

Quest'ultimo modello, in Italia, non è a oggi completamente praticabile, poiché la normativa conferisce al direttore di ospedale precise responsabilità igienistiche, identificando anche il percorso formativo necessario a ricoprire tale ruolo. Il possesso della specializzazione in Igiene e medicina preventiva, o equipollenti, è, infatti, indispensabile. Il vincolo giuridico non impedisce, però, che attività generalmente svolte fino ad oggi dal direttore d'ospedale o dai medici di presidio ospedaliero possano essere svolte da altre figure di profilo non medico. Tra esse vanno annoverate quelle legate agli aspetti di miglioramento della qualità, della ingegnerizzazione dei processi, della gestione operativa, della gestione del personale. Spesso, oggi, queste funzioni sono svolte al di fuori della direzione di presidio stessa e svincolate dalla diretta responsabilità del direttore d'ospedale (Vitali, Nuti, 2003).

Per affrontare il tema di un modello organizzativo che faccia fronte alle proble-

matiche sopra accennate, occorre, a nostro parere, dapprima porre una distinzione fra direttore di presidio ospedaliero e direzione di presidio ospedaliero.

Quando in questo articolo si parla di direzione di presidio ospedaliero, si intendono tutte quelle funzioni/attività che vengono svolte dalla struttura in genere chiamata direzione di presidio e che sono a essa attribuite dalla direzione aziendale. In questo senso, sono numerose le varianti che possono essere osservate all'interno delle organizzazioni sanitarie. Si osservano, quindi, direzioni di presidio che svolgono direttamente tutte le funzioni sopra elencate, attraverso apposite partizioni organizzative guidate da medici di direzione di presidio. Questo avviene generalmente nelle aziende ospedaliere monopresidio. Per diretta esperienza, era questo il caso, per esempio, dell'Azienda ospedaliera di Parma nell'anno 2002. All'estremo opposto, si trovano aziende che hanno «esternalizzato», rispetto alla direzione di presidio ospedaliero, tutte le funzioni che non sono igienistiche e certificative e le hanno poste in *staff* alla direzione aziendale. Generalmente, questo avviene in aziende sanitarie locali al cui interno ci sono uno o due ospedali a gestione diretta. È, ancora per diretta esperienza negli anni 2000 e 2005, il caso delle Asl di Lucca e Pistoia, dove l'aver posizionato in *staff* alla direzione aziendale la gestione della qualità, lo sviluppo organizzativo, la gestione del rischio, la comunicazione e altro ha permesso di rendere operative anche sul territorio tali funzioni. Tale scelta ha però, evidentemente, depauperato del tutto le direzioni di presidio ospedaliero delle relative competenze.

In altre situazioni, non sono state operate scelte aziendali così definite e possiamo avere direzioni d'ospedale monopresidio in cui le funzioni di presidio si intersecano con quelle di direzione sanitaria aziendale (Aou Meyer, anni 2004-05) oppure Asl come quella di Cagliari in cui, pur essendo state fatte confluire negli *staff* alcune funzioni, la numerosità dei presidi ospedalieri presenti ha posto il tema della modalità di raccordo fra *staff* e direzioni di presidio.

Le scelte aziendali determinano la natura della direzione di presidio ospedaliero e le funzioni che a essa competono, di conseguenza influenzano anche il ruolo che viene attribuito al direttore di presidio ospedaliero.

Quando le scelte aziendali attribuiscono alla direzione di presidio responsabilità su attività che, però, vengono svolte da professionisti non appartenenti alla direzione stessa – spesso, anche, di profilo non sanitario – si pone il tema dei rapporti di responsabilità e di dipendenza interni e di che ruolo rivesta il direttore del presidio. Può essere responsabile di funzioni in cui non è direttamente competente in materia? Spesso, nel singolo presidio, pur esistendo una sola direzione, permangono più ruoli di responsabilità separati con afferenza alla dipendenza «professionale». Ad esempio, attualmente presso la Asl di Terni, all'ospedale di Orvieto, gli operatori amministrativi, tecnici e infermieri – e le relative funzioni – rispondono organizzativamente alla dirigenza aziendale del proprio settore, privilegiando l'appartenenza professionale, senza riuscire a trovare un unico punto di confluenza nella direzione di presidio ospedaliero. In questo caso, qual è il ruolo reale del direttore di presidio e quali le sue responsabilità?

Nella Asl di Cagliari, la presenza di numerosi ospedali ha posto il problema di come ricercare una omogeneità di comportamenti all'interno della Asl e, contemporaneamente, garantire che ogni singolo direttore di ogni ospedale potesse decidere in maniera autonoma al proprio interno. Nelle scelte aziendali cagliaritanee, si è voluto mantenere l'autonomia professionale di ogni direttore, intesa quale possibilità che ogni direttore assumesse decisioni su ogni materia, anche in modo difforme da quanto fatto dai suoi colleghi negli ospedali vicini. In questa esperienza, i direttori d'ospedale sentivano in maniera consistente il peso della responsabilità legale del singolo presidio, al punto da rivendicare anche la possibilità di decidere circa la concreta applicazione di decisioni assunte negli organi centrali di *staff*.

Nelle diverse esperienze sopra citate, si osserva come il direttore di presidio ospedaliero possa assumere ruoli diversi nell'ambito di uno stesso contesto organizzativo di Asl. È possibile, così, immaginare una direzione di presidio che mantenga al suo interno tutte le funzioni cui abbiamo accennato, quali organizzazione dei percorsi, verifica della qualità, innovazione tecnologica e organizzativa, igiene delle strutture, gestione del rischio e altro. Non necessariamente queste devono

essere, però, svolte dal direttore d'ospedale e dai suoi collaboratori medici. Il direttore d'ospedale può affidarsi ad altre competenze, non mediche, che integrino direttamente le sue, e continuare a essere responsabile di tutto quanto avviene nell'ospedale, oppure, pur mantenendo le stesse funzioni dentro la direzione di presidio, collocare al di fuori di sé la responsabilità delle stesse, mettendole in capo ad altre figure. Di contro, quando ci sono funzioni esternalizzate (in *staff* o, addirittura, fuori della azienda stessa) bisogna costruire le modalità di rapporto fra queste e la responsabilità del direttore di presidio il quale si trova ad applicare e far applicare quanto deciso da «altri» su temi dove egli stesso ha una, seppur parziale, competenza. Per ricorrere a esempi concreti, se la gestione delle sale operatorie viene posta in capo a un direttore di dipartimento e non più alla direzione ospedaliera, chi risponde di eventuali infezioni in cui incorre il paziente sottoposto a intervento chirurgico, infezioni derivanti da regole organizzative non più dettate dal direttore d'ospedale?

Si ritiene che il direttore d'ospedale debba definire in quale modo partecipa alla costruzione delle decisioni che verranno prese da figure diverse da sé, anche perché sarà comunque in qualche misura responsabile dell'applicazione delle decisioni prese e dell'efficacia delle scelte fatte. La partecipazione e l'inclusione del direttore d'ospedale in tutto il percorso decisionale potrebbero essere considerate, a giudizio di chi scrive, lo strumento di soluzione del problema. In Asl multipresidio e con presidi di piccole dimensioni che, in genere, hanno solo uno o due medici di direzione di presidio, la partecipazione a tutti questi processi pone il problema del tempo medico disponibile. Si ritiene che un modello organizzativo, dove ogni singola direzione di presidio si ponga come riferimento aziendale per tematiche specifiche, sia un buon modo per creare sinergie a fronte di problemi spesso simili, se non identici, e rispondere alla scarsità del tempo medico disponibile. In questa prospettiva, ogni singolo presidio può diventare specialista per alcune funzioni e fungere da riferimento per gli altri ospedali. Viene, in questo modo, garantita la partecipazione perché tutte le altre direzioni possono partecipare, ma, in caso di impossibilità, la «capofila» rappresenta anche chi

non c'è. Ne risulta una responsabilità condivisa all'interno della sfera professionale, responsabilità che può, comunque, anche essere vicariata.

Questo modello organizzativo permette di disegnare un ruolo per il direttore d'ospedale che non discende immediatamente e necessariamente da tutte le competenze di cui il medico di direzione d'ospedale è potenzialmente portatore.

Il ruolo che i direttori di presidio ospedaliero hanno tradizionalmente svolto nel contesto italiano rispetto all'organizzazione dei servizi ospedalieri risulta certamente oggi da rivedere in relazione alla evoluzione dei servizi sanitari stessi. Tuttavia, si ritiene che l'esperienza accumulata in questi anni continui a rendere il direttore d'ospedale un attore cruciale per accompagnare e contribuire a governare le importanti evoluzioni in atto nel settore ospedaliero. Queste ultime sono legate a numerosi fattori, tra i quali è opportuno menzionare almeno i seguenti (De Pietro, 2005; Lega, Cristofoli, 2005):

- la crescente tipizzazione e specializzazione degli ospedali per ruolo svolto nella rete dei servizi sanitari, per tecnologia disponibile, per specializzazioni cliniche;
- le pressioni per una riduzione della spesa ospedaliera sul totale della spesa sanitaria;
- un mutamento nel quadro epidemiologico rispetto alle patologie acute con aumento della prevalenza delle cronicità e le conseguenze che ne derivano per l'assistenza ospedaliera;
- la riduzione della durata media delle degenze negli ospedali per acuti e l'introduzione di modalità di assistenza che permettono la presa in carico a domicilio di aspetti assistenziali precedentemente necessariamente collocati in ospedale;
- la crescente informatizzazione degli ospedali, sia per necessità amministrative (contabilità analitica ecc.) che assistenziali (cartella clinica condivisa anche con i medici di medicina generale, accesso alla cartella clinica da parte del paziente stesso per via informatica o quantomeno ai referti dei propri esami eseguiti, telemedicina);
- la professionalizzazione di ampia parte del personale sanitario da cui deriva la necessità di nuovi modelli di organizzazione e divisione del lavoro tra figure professionali

(es. tra medici, infermieri laureati, ostetriche, altre professioni e Oss);

- l'aumento dell'età media del personale e le conseguenze sull'organizzazione del lavoro;
- la crescente femminilizzazione del personale medico;
- la diffusione di forme di esternalizzazione e terziarizzazione anche per alcune attività cliniche tradizionalmente considerate appartenenti al «core» della sanità pubblica.

Tali profondi cambiamenti rendono evidente l'importanza del ruolo dei direttori di presidio, in funzione della esperienza che essi hanno accumulato nel tempo e della profonda conoscenza che continuano ad avere, dei meccanismi d'interazione fra le diverse competenze necessarie a far funzionare un ospedale. Allo stesso modo, appare ineludibile un aggiornamento e un'evoluzione di tale ruolo, in particolare nella capacità di passare dalla funzione di esecutore diretto, tenuto in prima persona a «fare», a quella in cui contribuisce a «definire come si deve fare» e «sorvegliare cosa e come si fa». Le attività e le responsabilità affidate invece alle DSPO non sembrano altrettanto scontate e restano oggetto di scelte che le aziende sanitarie sono chiamate a fare rispetto alle loro specifiche esigenze. In particolare, su diverse attività le Regioni e le aziende del Ssn mostrano, come si è già visto, esperienze assai differenziate, che coinvolgono di volta in volta le direzioni ospedaliere, gli staff di direzione aziendale, gli uffici amministrativi e tecnici, l'area *nursing*, i dipartimenti ospedalieri, eventuali fornitori esterni per i servizi dati in *outsourcing*.

L'articolo descrive, di seguito, come è stato affrontato il tema del ruolo del direttore di presidio ospedaliero e delle modalità di organizzazione delle direzioni di presidio ospedaliero nonché della loro evoluzione organizzativa in un contesto di rete ospedaliera nella Asl di Cagliari, azienda ospedaliera multipresidio, derivante dalla confluenza di strutture ospedaliere prima distribuite in Asl autonome.

2. Il contesto di riferimento

Per dimensioni, caratteristiche, articolazione geografica e organizzativa, la Asl di

Cagliari si configura come una delle aziende sanitarie più complesse attualmente operanti sul territorio italiano. L'estensione del territorio (4.500 kmq su 71 Comuni), la popolazione assistita (550.000 residenti), i servizi e le risorse gestite la collocano, infatti, tra le prime cinque aziende sanitarie locali nazionali.

Il Piano strategico e l'Atto aziendale,¹ nell'avviare il riordino della rete ospedaliera prevedono il mantenimento dei 7 ospedali, ognuno con una direzione sanitaria costituita in struttura complessa. Entrambi gli atti indicano la necessità di integrazioni fra i diversi livelli di assistenza (integrazione verticale), ma anche una integrazione orizzontale che implica una configurazione a rete strutture presenti sul territorio. In questa prospettiva, in concomitanza con un riassetto che pone a base del funzionamento i dipartimenti, viene costituito il Dipartimento funzionale delle direzioni sanitarie di presidio ospedaliero quale strumento per la realizzazione dell'integrazione orizzontale.

I 7 ospedali direttamente gestiti vedono un totale di 1163 posti-letto complessivi (ppll), così distribuiti:

- PO Binaghi, di medie dimensioni (186 ppll) e «focalizzato» sulla patologia polmonare;
- PO Businco: medie dimensioni (269 ppll) e focalizzato sulla patologia oncologica;
- PO Marino: medio-piccole dimensioni (148 ppll) e focalizzato sulla patologia ortopedica e traumatologica;
- PO Microcitemico: piccole dimensioni (40 ppll) e focalizzato sulla patologia pediatrica;
- PO San Marcellino: piccole dimensioni (60 ppll) e «presidio del territorio»;
- PO San Giuseppe: piccole dimensioni (80 ppll) e «presidio del territorio»;
- PO SS. Trinità: grandi dimensioni (380 ppll) e multi specialistico.

Anche se complessivamente si contano 22 medici di direzione sanitaria (1 medico ogni 50 posti-letto, a fronte di uno standard di 1/100), la distribuzione degli stessi nei singoli presidi è disomogenea, con tre medici di direzione sanitaria al presidio pediatrico che presenta solo 40 posti-letto e un solo medico

rispettivamente nei due presidi extraurbani. L'atto aziendale prevedeva una struttura complessa per ogni direzione sanitaria di presidio ospedaliero al fine di garantire l'autonomia di ognuno di essi, a costo, però, di una sostanziale replicazione delle attività che ogni singola direzione svolge in ogni ospedale. Infatti, ognuna di esse doveva occuparsi di tutte le problematiche e tematiche che si presentavano, approfondirle e adottare autonomi provvedimenti, spesso fra essi diversi anche di fronte alla semplice applicazione di una medesima normativa.

Nel contesto descritto, le direzioni sanitarie ospedaliere costituivano certamente un patrimonio professionale di competenze ed esperienze cruciali per la funzionalità aziendale. I professionisti in esse presenti, lavorando all'interno delle strutture da numerosi anni, ne avevano una approfondita conoscenza. Gli stessi, però, hanno a un certo punto ritenuto necessario rivedere l'organizzazione adottata per poterla rendere più efficiente e omogenea tra le diverse direzioni, anche nel semplice comportamento quotidiano. L'altra richiesta è stata quella di rivedere le attività assegnate ai DSPO, al fine di individuare quelle che essi consideravano improprie, individuando a chi affidarle, per potersi occupare degli aspetti ritenuti più pertinenti alla propria formazione e vocazione. I medici di direzione sanitaria lamentavano, infatti, un assorbimento del tempo per attività che essi ritenevano non rilevanti per il ruolo ricoperto o di competenza di altri attori del sistema.

Già con l'atto aziendale, la direzione della Asl, considerata la complessità e l'articolazione territoriale dell'azienda, aveva formalizzato la creazione di un Dipartimento funzionale delle direzioni sanitarie, il cui fine era quello di favorire l'effettiva integrazione delle politiche sanitarie di area ospedaliera e il coordinamento delle Direzioni sanitarie dei presidi, sviluppando sinergie e modalità organizzative gestionali comuni e condivise, pur nel rispetto delle specificità legate alla funzione propria di ciascun presidio.

Il Dipartimento funzionale delle direzioni sanitarie è stato attivato con deliberazione n. 978 del 29 luglio 2008 della Asl di Cagliari e, successivamente, con deliberazione n. 837 del 15 luglio 2009, è stato adottato il Regolamento di dipartimento aziendale. Secondo quanto previsto nel Regolamento, il

dipartimento funzionale si caratterizza per la ricerca di forme di integrazione clinico-assistenziale, definisce i percorsi di cura, le linee-guida, i protocolli comuni per garantire la continuità assistenziale e lo sviluppo integrato delle risorse professionali.

A seguito della istituzione – e con il metodo che viene descritto nel capitolo successivo – è stato definito un modello operativo in grado di rispondere alla duplice esigenza di valorizzare ogni singola direzione ospedaliera e di garantire, al tempo stesso, una omogeneità di comportamenti tra i diversi presidi ospedalieri.

3. Il percorso adottato e i professionisti coinvolti

La situazione sopra descritta ha fatto sorgere nei direttori di presidio ospedaliero il bisogno di condurre una riflessione sul loro ruolo all'interno del dipartimento delle direzioni sanitarie e sulle modalità possibili di organizzazione delle direzioni sanitarie di presidio. È così emersa la proposta di un percorso formativo che, attraverso una riflessione sul ruolo, sull'organizzazione adottata e sulle difficoltà che si riscontravano nell'operare quotidiano, potesse concludersi con la predisposizione e l'adozione di un modello di funzionamento condiviso.

Il percorso formativo sperimentato ha coinvolto tutti i medici di tutte le direzioni ospedaliere della Asl di Cagliari, ma anche altri professionisti sanitari delle aree di *Staff* e Amministrativa. In particolare, sono stati coinvolti i professionisti che si occupa-

vano dello sviluppo organizzativo, del *risk management*, dell'ingegneria clinica, della formazione, delle relazioni esterne, delle professioni sanitarie, del servizio acquisti e, in generale, tutte le figure che all'interno dell'ospedale avevano una interfaccia preferenziale con le direzioni di presidio ospedaliero.

Il percorso si è articolato in un insieme di iniziative, riassunte nella seguente struttura:

- tre giornate d'aula introduttive su ruolo e prospettive dell'ospedale nel sistema sanitario italiano, con *focus* sull'organizzazione a rete e interna e sul ruolo dei DSPO;
- due *study tour* svolti in piccoli gruppi a Barcellona e a Oxford presso amministrazioni ospedaliere;
- due giornate d'aula su governo clinico, percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e gestione operativa;
- un'attività di approfondimento in piccoli gruppi sui temi riportati nella **tabella 1**;
- due giornate sullo sviluppo dei gruppi di lavoro e sulla fiducia nelle relazioni professionali;
- tre giornate di lavoro in comune e di presentazioni sui temi di approfondimento, sugli *study tour* e di elaborazione del modello organizzativo;
- una giornata di validazione del modello e di presentazione dello stesso alla Direzione aziendale per l'adozione.

La struttura del programma formativo ha permesso un confronto articolato tra i partecipanti, arricchito dalla presenza di diversi ruoli organizzativi e quindi dalle diverse visioni che essi rappresentavano.

Gli *study tour*, in particolare, hanno costituito un efficace momento di formazione per un duplice motivo. Da una parte, essi hanno rappresentato l'occasione per guardare a esperienze e soluzioni organizzative sviluppate in contesti istituzionali e aziendali diversi. In secondo luogo, sono stati particolarmente efficaci nel mostrare come le soluzioni organizzative adottate in Italia e il ruolo tradizionalmente svolto dai DSPO nel nostro Paese non siano gli unici possibili, anche per quanto concerne attività che in Italia sono tradizionalmente considerate di stretta pertinenza dei medici di direzione sanitaria ospedaliera. In tal senso, le differenze rispet-

Tabella 1

I temi di approfondimento svolti in piccoli gruppi

1	Logiche e modelli per progettare e riconfigurare le reti ospedaliere
2	Logiche e modelli per ripensare l'organizzazione interna dell'ospedale e strumenti gestionali e di supporto necessari
3	Migliorare e presidiare la qualità dell'offerta: dalla gestione del rischio clinico ai percorsi assistenziali
4	Manutenzione delle competenze e sviluppo del capitale umano: come governare o supportare gli sviluppi professionali
5	Governare le scelte sulle tecnologie: come sviluppare un HTA «intelligente»?
6	Migliorare e presidiare la qualità esperienziale, quella negli occhi della domanda (del paziente-cliente)

Acquisizioni comuni ai due *study tour* condotti

- le direzioni sanitarie di presidio ospedaliero «all'italiana» all'estero non esistono
- principali interlocutori sulle «operations» sono gli infermieri
- il *medical director* o direttore sanitario dell'ospedale svolge quasi esclusivamente funzioni di «medical affairs», nel senso di rapporti coi medici, valorizzazione capitale umano, attività di ricerca, relazioni istituzionali e interaziendali
- per descrivere gli ospedali gli interlocutori con cui ci si è confrontati, partivano dai percorsi di accesso e fruizione per i clienti, con forte enfasi non tanto sulle specialità cliniche quanto sulle aree assistenziali (ambulatori per esterni, degenze diurne, degenze ordinarie, ecc.)
- gli ambulatori per esterni, le sale operatorie, spesso gli spazi di degenza sono realmente piatteforme comuni (non un segno di riconoscimento delle discipline – o tanto meno dei medici – che li utilizzano)
- pochi i segni di attribuzione di spazi e strutture ai primari (quali le vetrofanie presenti negli ospedali italiani che indicano «Divisione di... - Prof. ...»)
- molto frequenti i *focus* su processi di misurazione e certificazione di qualità

to alla tradizione di altri Paesi hanno aiutato a identificare gli spazi per una revisione del ruolo dei DSPO, pur all'interno del perimetro definito dalla normativa italiana (si veda il **box 1**).

4. Un percorso evolutivo come frutto di passaggi intermedi

Il primo e fondamentale momento di confronto e discussione è stato dedicato all'individuazione delle attività che le direzioni quotidianamente svolgono o dovrebbero svolgere. Una volta individuate le attività, si è cercato di classificarle, ossia di suddividerle in funzione di alcuni criteri quali la obbligatorietà della funzione in capo ai DSPO (limiti legislativi), la pertinenza della assegnazione della funzione ai DSPO (aspetto professionale), la consistenza nella attività descritta della componente manageriale.

La discussione sulla classificazione delle attività svolte dalle direzioni di Presidio ospedaliero è stata di particolare interesse. Nella giornata a essa dedicata, si è creata una sostanziale convergenza nell'identificazione di tre grandi gruppi di attività.

In un primo gruppo sono state incluse tutte quelle attività che, secondo i partecipanti al corso, «opprimono» le direzioni di presidio e le «schiacciano verso il basso». Sono attività quotidiane che derivano dall'urgenza, non sempre di pertinenza delle direzioni di presidio, attività spesso banali, ma che devo-

no avere pronta esecuzione. Queste vengono percepite dai direttori di presidio come «scaricate da altri» ma, al momento in cui si verifica il problema, il solo che viene chiamato a intervenire è proprio il direttore di presidio (esempi sono il blocco del sistema informativo al laboratorio analisi, il rubinetto che perde e l'allagamento del bagno del paziente, il paziente che protesta e che vuole parlare col direttore d'ospedale). Sono attività che derivano da un ruolo che si identifica con quello di «responsabile di ultima istanza» rispetto al complessivo funzionamento dell'ospedale.

Il secondo gruppo di attività viene individuato in quelle «specificatamente professionali», considerate dai partecipanti come tipiche e tradizionali di una direzione sanitaria di presidio ospedaliero. Fra esse si inseriscono quelle di gestione dell'igiene ospedaliera, della documentazione clinica, ma anche della qualità, del *risk management*, della valutazione, dello sviluppo organizzativo, dell'edilizia ospedaliera, dell'analisi e valutazione delle tecnologie. Tale insieme di attività può essere, a sua volta, suddiviso in due sottogruppi: le attività che per la normativa vigente possono essere svolte solo dal medico di direzione sanitaria (medico igienista) e quelle che possono essere svolte anche da altri professionisti, cosicché in alcune realtà sono già state «tolte» alle direzioni di presidio ospedaliero e collocate negli *staff* aziendali (qualità, sviluppo organizzativo, tecnologie, valutazione).

Il terzo e ultimo gruppo comprende le attività di taglio più manageriale, a loro volta suddivise in due gruppi in funzione della creazione dei Dipartimenti ospedalieri e di quanto previsto dall'atto aziendale. Nel primo sottogruppo sono incluse le *operation*, ossia la gestione delle piattaforme tecnico-operative. Sono attività la cui gestione può essere, indifferentemente affidata ai DSPO o ai direttori di dipartimento (es. piattaforme degenza ordinaria, ambulatoriali, sale operatorie, *day-hospital*, *day surgery*, *week-hospital*, libera professione). Nel secondo sottogruppo sono incluse tutte quelle attività di gestione delle risorse (umane, tecnologiche, logistiche ecc.) che in una organizzazione dipartimentale sono, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, assegnate ai Dipartimenti.

Da questa prima suddivisione delle attività e dalle riflessioni successive derivanti anche dall'esperienza degli *study-tour*, è scaturito il modello organizzativo illustrato in seguito che si è concretizzato in:

a) un quadro di riferimento, con l'identificazione delle responsabilità, delle funzioni e delle attività attribuite al direttore di presidio ospedaliero;

b) un meccanismo di funzionamento, in grado di garantire al tempo stesso, da una parte, l'integrazione e l'efficienza delle diverse direzioni di presidio e, dall'altra, la crescita professionale dei singoli medici di direzione sanitaria;

c) l'adattamento al contesto di riferimento, ossia l'applicazione del modello elaborato alle direzioni sanitarie dei presidi ospedalieri della Asl di Cagliari nell'ambito del dipartimento funzionale.

4.1. Le responsabilità, le funzioni e le attività del direttore di presidio nella Asl di Cagliari

Nel progredire del percorso formativo si è consolidata l'idea che, nel contesto della Asl di Cagliari, il ruolo del direttore di presidio deve estendersi su tutti gli aspetti professionali e a tutte le professioni e funzioni che sono presenti nel presidio. In altri termini, i medici delle direzioni di presidio di Cagliari hanno riaffermato il ruolo onnicomprensivo del direttore di presidio e il

mantenimento dell'accezione di «sanitario» nel senso precedentemente chiarito. Secondo i medici delle direzioni di presidio della Asl di Cagliari, i medici con formazione in igiene e organizzazione sanitaria continuano a essere, per il percorso di studi affrontato, i professionisti che meglio si prestano per una direzione d'ospedale. Il percorso di studi e le specializzazioni specifiche fanno acquisire competenze uniche in termini di conoscenze sui percorsi da disegnare per i pazienti, sui rapporti che legano tra loro le diverse strutture operative, sulle procedure igienistiche da adottare (Pelissero, 2009). Peraltro, competenze di recente acquisizione, quali quelle più prettamente gestionali, possono essere acquisite attraverso percorsi formativi, così come per tutti gli altri professionisti. Tale impostazione implica che i DSPO siano coinvolti in tutti i processi che caratterizzano la gestione del presidio e le sue relazioni con il resto dell'azienda e l'ambiente in genere e pone in maniera acuta la necessità di chiarire e regolamentare come i DSPO possano o debbano essere coinvolti e quali siano le loro specifiche responsabilità.

Tralasciando le «attività improprie» che i DSPO svolgono routinariamente per l'assenza di altre dirette responsabilità che, pur prive di alcun valore aggiunto, risultano di fatto ineliminabili, le responsabilità afferenti alla funzione, nel contesto in questione, sono state identificate, sviluppando la ripartizione inizialmente definita, in tre grandi aree. Rispetto a tali aree è stato costruito il riassetto organizzativo e definita la divisione del lavoro.

La prima è relativa alle responsabilità medico-legali e igienistiche specifiche. Si tratta delle funzioni di «certificazione» che i DSPO assolvono sia direttamente sia indirettamente, cioè sorvegliando che chi ne ha la responsabilità operativa svolga correttamente il proprio ruolo. Sono funzioni professionali non delegabili per la normativa vigente oggi in Italia che comprendono incombenze quali: la medicina del lavoro; la tenuta dei registri dei ricoveri programmati e di sala operatoria; la corretta tenuta la qualità e l'archiviazione delle cartelle cliniche, il consenso informato, la sorveglianza igienistica degli ambienti e il comitato infezioni ospedaliere; la gestione rifiuti ospedalieri; la polizia mortuaria; le sperimentazioni cliniche.

Una seconda area può essere definita come gestione operativa e merita una discussione più approfondita. Quando effettivamente esercitate, le funzioni che rientrano in quest'ambito tradizionalmente sono sempre state svolte dai DSPO. La normativa vigente non pone particolari vincoli e sempre più spesso vengono assegnate ai direttori di dipartimento o a specifiche strutture aziendali. Sono funzioni di tipo organizzativo, di definizione di percorsi e di procedure operative, di miglioramento dell'efficienza in genere, la cui logica sottostante è riconducibile alla ingegnerizzazione dei processi o alla modellizzazione di comportamenti. Queste conoscenze e competenze possono essere acquisite anche attraverso percorsi formativi diversi da quelli del medico igienista. In queste funzioni i ruoli di responsabile sono spesso ricoperti da ingegneri gestionali o da laureati di matrice economica e organizzativa (Del Vecchio, 2008). Tra le funzioni in questione si possono annoverare: il sistema informativo ospedaliero; la gestione delle piattaforme assistenziali (accesso al pronto soccorso, corretto regime di erogazione delle prestazioni, gestione sale operatorie, piattaforme ambulatoriali, di degenza diurna, di *day-surgery*, di degenza ordinaria); la qualità della prestazione (protocolli, linee guida); i percorsi assistenziali per patologia; la formazione e l'aggiornamento professionale; la gestione del rischio clinico; l'edilizia sanitaria e l'impiantistica; le tecnologie sanitarie; il controllo di gestione; l'analisi e la verifica dei carichi di lavoro; l'uso dei farmaci; l'epidemiologia sanitaria; la comunicazione.

Come già accennato, la gestione operativa può essere posta direttamente in carico ai DSPO ovvero attribuita ai dipartimenti o a *staff* specializzati o addirittura esternalizzata. Anche nel caso di gestione indiretta, rimane comunque una responsabilità di ordine generale dei DSPO che si traduce, da una parte, nella definizione di linee di indirizzo e criteri di gestione comune e, dall'altra, nella verifica del loro rispetto. La scelta della formula da adottare dipende da un insieme di fattori, spesso legati alle specifiche contingenze aziendali. In termini molto generali, è possibile segnalare due criteri principali che possono orientare la scelta.

Un primo criterio è la natura delle relazioni che legano la funzione e i risultati che

essa produce in relazione al concreto funzionamento delle unità operative: quanto più critici sono i risultati per il funzionamento dell'unità ricevente e la loro potenziale variabilità, tanto più è necessario collegare le responsabilità. Così, per esempio, la gestione delle sale operatorie, della *day-surgery*, del *day-hospital* oncologico dovrebbe essere assegnata, salvo motivi particolari, ai dipartimenti direttamente interessati. Lo stesso può dirsi delle piattaforme assistenziali di degenza ordinaria chirurgica o internistica negli ospedali organizzati per intensità di cura. In tal caso, mentre la gestione dei posti-letto programmati dovrebbe essere del dipartimento interessato, qualora esistano degenze dedicate all'urgenza, quest'ultima dovrebbe confluire nel dipartimento di emergenza-urgenza insieme ai posti-letto di osservazione breve del pronto soccorso. In questo modo, la gestione dei posti-letto diventa più prossima a chi effettivamente utilizza e consuma questa risorsa preziosa. Il direttore di presidio diviene in questo caso il garante di un uso appropriato attraverso la definizione di adeguati protocolli. Le piattaforme ambulatoriali, invece, vengono più spesso assegnate alla gestione del direttore di ospedale, perché agli ambulatori afferiscono numerosissime strutture operative e più sono numerose più è elevato il livello di conflittualità fra professionisti. Spesso, inoltre, occorre organizzare tali spazi in maniera da garantire la confluenza di specialità il più possibile omogenee e simili all'interno degli stessi ambulatori, anche se in orari diversi. Oggi, inoltre, la gestione delle attività di specialistica ambulatoriale deve essere fatta in raccordo con la libera professione, con le strutture di prenotazione e di distribuzione dei referti centralizzate. In strutture con grande attività ambulatoriale, dove è possibile rendere più omogenea almeno la parte clinica ovvero, dove per la quantità di prestazioni erogate rimane efficiente la suddivisione degli ambulatori in chirurgici/interventistici e medici, allora diventa più facile assegnare la gestione degli stessi ai rispettivi dipartimenti.

Un secondo criterio è legato alla specificità delle conoscenze e competenze che devono essere alla base delle diverse funzioni. È il caso della edilizia sanitaria, dove gli ingegneri possono vantare un percorso formativo completo in ambito sanitario rispetto agli

anni passati, della *information technology*, rispetto alla complessità delle tematiche relative al parco tecnologico e dei flussi da assicurare per una mole di dati così imponente, o della comunicazione, per la quale si è giunti a creare percorsi universitari dedicati. In questi e tanti altri ambiti, come ad esempio la gestione della qualità delle prestazioni attraverso la costruzione di protocolli, linee-guida o percorsi assistenziali e del rischio clinico, il livello di competenze tecniche richiesto necessita di veri e propri professionisti dedicati, che abbiano seguito o che seguano un percorso formativo specifico e che svolgano questa attività a tempo pieno. Da queste funzioni, il direttore di presidio o, più in generale, il medico di direzione sanitaria ospedaliero, non è necessariamente escluso, ma, per le competenze richieste e il tempo da dedicare, sarebbe necessario un impegno a tempo pieno, con l'abbandono del ruolo di tipo generale e la trasformazione, quindi, in specialista di settore.

In relazione alle competenze disponibili e alle scelte organizzative adottate dalla azienda, i DSPO della Asl di Cagliari hanno incluso nella gestione diretta l'applicazione delle norme sulla sicurezza (Testo unico sicurezza, gestione di tutti gli spazi ambulatoriali e delle infrastrutture); l'applicazione dei PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali) già adottati e la supervisione nella loro costruzione nonché il coordinamento di eventuali gruppi di lavoro preposti; le piattaforme comuni quali le strutture poliambulatoriali centralizzate, i centri di prenotazione e di distribuzione referti e altre strutture a uso polivalente. Nella gestione indiretta e, quindi, attribuita ai dipartimenti, sono stati compresi: le sale operatorie, i letti di degenza, i letti di *day-hospital*, la *day-surgery*, la libera professione intramuraria nelle sue diverse implicazioni come lo sviluppo professionale, il controllo su tempi, volumi e contenuti. Fra le attività gestibili da strutture completamente esterne alla *line* ospedaliera, vanno annoverate: la gestione del comfort alberghiero, l'attività di accoglienza/*front-office*, il *risk management*, la comunicazione e le relazioni esterne per gli aspetti inerenti l'Urp (ufficio relazioni con il pubblico), l'edilizia ospedaliera, il sistema informativo ospedaliero (Lega, 2005).

La terza e ultima area di attività è rappresentata, con termine mutuato dal contesto anglosassone, dai cosiddetti *medical affairs*. Si tratta di un insieme di strumenti e attività con i quali è possibile orientare i comportamenti complessivi dei clinici rispondendo ad alcuni loro bisogni. L'insieme comprende, fra gli altri:

- la valutazione della produzione in termini di qualità e quantità della produzione che si estende ai fabbisogni di sviluppo del Presidio in funzione della domanda sanitaria, della appropriatezza dell'offerta, delle innovazioni tecnologiche e degli sviluppi professionali;

- l'area della programmazione che si concretizza nella partecipazione alla programmazione strategica e alla predisposizione delle linee di *budget* aziendali, alla definizione degli obiettivi specifici delle strutture del presidio e alla negoziazione di *budget* stessa;

- l'intervento sui percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA) in termini di partecipazione attiva nella definizione dei programmi aziendali sui percorsi (identificazione dei percorsi da attivare e delle relative priorità) e gli schemi/strumenti da adottare a livello di tutta l'azienda;

- il supporto ai clinici in posizione manageriale, come l'accompagnamento ai responsabili di dipartimento/unità operative nell'avvio di nuovi assetti organizzativi (ad esempio i dipartimenti) e successivamente la spinta alla adozione di modelli di funzionamento sufficientemente omogenei a livello di presidio e di azienda; si tratta di trasferire alle diverse unità alcune competenze di cui il DSPO è portatore e di svolgere quel ruolo di garanzia che permette lo sviluppo di comportamenti cooperativi e omogenei tra le diverse strutture;

- l'assicurazione della qualità, quale messa in atto di azioni proattive per la sicurezza di pazienti e operatori (controllo infezioni, ecc.); il controllo sui PDTA e sugli altri comportamenti clinico-assistenziali concordati; l'effettuazione di *audit* clinici su problematiche cliniche, quasi errori, processi e casi eccezionali di degenza;

- la definizione delle informazioni sanitarie da fornire ai pazienti attraverso il sito *web*

o altri strumenti, per migliorare l'accesso e la fruibilità dei servizi;

– l'*Health Technology Assessment (HTA)* per la parte di «visione epidemiologica» a supporto dell'HTA (analisi di fabbisogno, popolazione *target*, dimensionamento in funzione della rete dei servizi), in quanto sia per formazione che per propria storia i DSPO hanno sviluppato, nel corso della loro carriera, competenze specialistiche in ambito epidemiologico, di meta-analisi di letteratura e di pratiche cliniche;

– il sostegno alla identificazione del fabbisogno formativo per lo sviluppo delle competenze dei professionisti in funzione dello sviluppo delineato per il presidio ospedaliero; la valutazione dei professionisti attraverso l'implementazione dei processi di analisi della qualità delle prestazioni erogate, di controllo della appropriatezza sia clinica che organizzativa; la valutazione della qualità percepita dai pazienti sul singolo professionista (reclami, eventi avversi, contenziosi).

Quest'ultimo punto è di particolare rilievo ed è quello su cui, probabilmente, si misura maggiormente la qualità complessiva di un DSPO e il suo apporto al funzionamento aziendale. Si tratta di essere in grado di valutare, in funzione del ruolo organizzativo o professionale occupato dal professionista, se egli possieda o meno le competenze necessarie a ricoprire quel ruolo, comprese la disponibilità e la capacità a trasferire a altri conoscenze e competenze insieme alla disponibilità all'integrazione e al lavoro multidisciplinare. In relazione ai bisogni e alle prospettive di sviluppo del singolo presidio, il DSPO deve essere in grado di valutare la distanza tra le competenze presenti e quelle necessarie e identificare le modalità più adeguate (sviluppo, acquisizione) per colmare le distanze stesse.

I *medical affairs* nel loro complesso rappresentano il *core* del lavoro che svolge il DSPO, in quanto sono quelle vicine al medico e alla sua attività. Sono quelle che permettono lo sviluppo di una struttura sanitaria e delle attività cliniche efficace ed efficiente, il più possibile aderente al soddisfacimento dei bisogni della popolazione di riferimento, con le tecnologie più appropriate, con adeguati livelli di qualità delle prestazioni.

4.2. L'organizzazione in rete delle Direzioni sanitarie di presidio ospedaliero. Organizzazione, ruoli e relazioni

Se, nell'esperienza condotta, la suddivisione per aree ha permesso di condividere un ruolo atteso per il DSPO, ciò non è sufficiente per garantire né un comportamento omogeneo tra i diversi presidi rispetto alle singole tematiche, né un adeguato livello di efficienza, poiché le medesime attività verrebbero duplicate in ogni singolo presidio. La riflessione attorno a questi due temi ha portato alla elaborazione di uno schema di riferimento per la riorganizzazione del lavoro nella rete delle direzioni sanitarie della Asl di Cagliari secondo una logica di poli-antenne, vale a dire di specializzazione operativa (per competenze distintive) e di specializzazione relazionale (quali interfacce per tutte le direzioni di presidio) delle singole direzioni di presidio rispetto agli stessi DSPO e alle altre unità operative aziendali con cui occorre coordinarsi trasversalmente (integrazione orizzontale).

Per realizzare questo modello, i DSPO hanno individuato, quale modalità ordinaria di lavoro sulle funzioni direttamente assegnate, quella di avere gruppi di lavoro rappresentativi dei vari ospedali (con eventuali deleghe che definiscono gruppi più ristretti) con un coordinatore/referente per ciascuna tematica. Il coordinatore/referente, più eventuali altre persone, si specializza, quindi, su specifiche funzioni. L'ambito organizzativo di riferimento è il dipartimento funzionale delle direzioni sanitarie cui partecipano il direttore della direzione amministrativa interpresidio e il referente ospedaliero dell'area *nursing*. La stessa modalità di lavoro si replica per le funzioni la cui responsabilità complessiva è assegnata a strutture diverse (dipartimenti o *staff*). In questi casi, il coordinatore/referente svolge le funzioni di interfaccia con tali strutture.

Sul versante dei singoli presidi in ogni direzione sanitaria viene individuato un medico chiamato referente. In casi eccezionali, soprattutto in quegli ospedali dove è presente un solo medico di direzione sanitaria, su indicazione del Direttore del presidio, può essere individuato un medico del presidio non di direzione sanitaria. Nella stessa maniera possono essere individuati, sempre dal

Direttore del presidio considerato, referenti con qualifiche diverse da quella medica, preferibilmente appartenenti alla Direzione sanitaria di presidio, i cui compiti e riferimenti saranno gli stessi del referente medico.

Per ogni funzione viene, così, costituito un gruppo di lavoro composto da un medico (o corrispondente) per ogni direzione sanitaria di presidio ospedaliero. Ogni gruppo è pertanto costituito da 7 referenti per la tematica individuata. Si costituiscono, quindi, tanti gruppi di lavoro quante sono le funzioni che via via vengono individuate. Come già detto, il ruolo di referente di funzione per ogni ospedale viene indicato dal rispettivo direttore di presidio e operativamente egli continua a rispondere al proprio direttore di presidio. Ciò garantisce, da un lato, la rappresentatività del direttore di presidio nel gruppo di lavoro e, dall'altro, la condivisione di quanto proposto da ogni gruppo di lavoro all'interno del dipartimento funzionale di DSPO che rimane il luogo di decisione e di validazione delle scelte congiunte.

L'ospedale cui appartiene il coordinatore del gruppo diviene riferimento per la tematica in oggetto, applicando così lo schema poli-antenne. Il coordinatore del gruppo di lavoro assicura l'evoluzione dell'attività per la tematica ed è responsabile del corretto perseguimento delle linee di azione stabilite e approvate dal dipartimento. Egli verifica l'omogeneità dell'applicazione a livello aziendale e ne risponde al dipartimento stesso. Per le funzioni attribuite ad altre strutture, il coordinatore rappresenta il riferimento primario delle strutture stesse e fa parte di eventuali gruppi di programmazione o comitati di sviluppo delle attività.

I Direttori sanitari di presidio ospedaliero continuano a mantenere e a svolgere la funzione di gestione della Direzione sanitaria dell'ospedale corrispondente, così come previsto dalla normativa vigente e dall'atto aziendale. Inoltre, essi continuano a mantenere la responsabilità complessiva della realizzazione, all'interno del proprio presidio, di quanto individuato dai gruppi di lavoro e validato dal Dipartimento funzionale delle direzioni sanitarie.

Ogni Direzione sanitaria di presidio ha identificato e può continuare a identificare le proprie competenze distintive (a partire dalle funzioni individuate) e ne ha assunto le col-

legate responsabilità nei confronti del Dipartimento e della Direzione sanitaria della Asl e nei confronti delle altre strutture aziendali, divenendo «antenna» per la funzione identificata.

5. Conclusioni

Il confronto articolato fra i partecipanti e il supporto offerto dalla formazione hanno permesso di elaborare un modello organizzativo che tiene conto della evoluzione aziendale e delle sue necessità di coordinamento e, nel contempo, permette di conservare e sviluppare, attraverso dinamiche di specializzazione, il patrimonio professionale delle direzioni sanitarie.

L'adozione dello strumento del gruppo di lavoro per ogni funzione individuata permette il costante aggiornamento e un'alta flessibilità per quel che riguarda l'ampliamento o la riduzione delle funzioni assegnate o meno alle direzioni di presidio ospedaliero. Infatti, il modello può essere applicato a qualsiasi altra funzione aggiunta e assegnata direttamente alla direzione di presidio o, viceversa, a funzioni che dapprima sono di direzioni di presidio e successivamente trasferite ad altre strutture esterne.

Il modello valorizza l'autonomia di ogni presidio, in quanto ognuno di essi è rappresentato sia nel dipartimento delle direzioni sanitarie sia nei singoli gruppi di lavoro, permettendo a ogni presidio di esprimere la propria «voce» e di partecipare direttamente alla definizione delle regole, dei protocolli e dei comportamenti da tenersi. Il lavoro comune e le decisioni condivise consentono di pervenire a quella omogeneità di comportamenti che risultava una criticità all'interno della Asl.

L'altra caratteristica del modello è la possibilità di specializzazione di ogni singolo presidio su alcune tematiche. Questo aspetto risulta molto importante sia per la crescita professionale dei singoli medici di direzione sanitaria, sia nell'ambito di una organizzazione in rete degli ospedali. Infatti, risulta, così, naturale che, per esempio, in ambito di linee-guida/PDTA per l'assistenza pediatrica sia l'ospedale pediatrico ad assumere il ruolo di polo di riferimento rispetto agli altri. Ciò sprona lo stesso ospedale ad assumere una visione più ampia che include l'insieme del

sistema aziendale e delle sue diverse strutture di offerta. Lo stesso dicasi per ospedali con vocazione specialistica quale l'oncologico o il traumatologico. Per tematiche non direttamente collegate alle vocazioni specialistiche di presidio sarà ogni singolo ospedale che sceglierà i temi su cui diventare punto di riferimento. Distribuito sui vari temi, questo modo di affrontare le problematiche permette a ogni singolo ospedale e ai medici di direzione sanitaria di concentrarsi su alcuni temi e approfondirli, sapendo che su altri temi lo stesso lavoro verrà fatto dai colleghi. In questo modo si riesce a ottenere un miglioramento delle competenze sul singolo tema e nel totale, un miglioramento dell'intero sistema di competenze delle DSPO. Contemporaneamente, chi non è «antenna» è liberato dello specifico lavoro di approfondimento su ogni tematica, confidando nella competenza sviluppata e acquisita dal collega.

Lo sforzo di definizione del ruolo dei DSPO e di suddivisione dei suoi compiti è stato notevole e ha permesso di riflettere sulle reali funzioni dei DSPO. Nella riflessione, si è partiti dalla condizione esistente delle funzioni svolte dai DSPO dei presidi di Cagliari, dai limiti posti dalla normativa italiana e da quanto introdotto dai regolamenti e atti esistenti in azienda. L'analisi e il confronto con le esperienze europee, in particolare quella inglese, hanno però permesso di affrontare la tematica di cosa sia effettivamente il *core* delle attività dei DSPO, ossia quale sia quella parte di attività irrinunciabili per il ruolo ricoperto, in funzione delle competenze e delle professionalità specifiche.

Le riflessioni attorno alle funzioni e ai compiti delle direzioni sanitarie di presidio sono state intense e fruttuose, avendo portato a un lavoro di condivisione e alla stesura di un modello di organizzazione che riduce notevolmente i punti critici individuati (dispersione delle energie dei medici di direzione sanitaria, aumento delle competenze dei singoli medici, razionalizzazione dei rapporti con le strutture di *staff* e i dipartimenti, specializzazione di ogni singolo presidio anche in funzione del ruolo che lo stesso ricopre nell'ambito della rete ospedaliera).

Gli sforzi fatti hanno portato alla immediata adozione del modello organizzativo nella operatività del dipartimento delle direzioni sanitarie. Sono stati, infatti, creati i gruppi di lavoro per la qualità e gestione delle cartelle cliniche, per il consenso informato, per i controlli ambientali. È stato inoltre prodotto il regolamento di organizzazione del dipartimento, che sancisce il modello organizzativo disegnato.

Il modello organizzativo proposto è tendenzialmente replicabile in contesti simili a quello di Cagliari, ossia di Asl o anche Aziende ospedaliere con la caratteristica di essere multipresidio. Oggi il modello appare, quindi, esportabile in molti contesti laddove si sta procedendo ad accorpamenti di Asl o di Ospedali in aziende unificate.

Infine, la riflessione sulla componente *core* della professione di Direttore sanitario di presidio ospedaliero, mette in evidenza la necessità di identificare nel «medical affairs» la componente irrinunciabile e su di essa concentrare gli sforzi e per lo sviluppo della professionalità dei medici di direzione di presidio ospedaliero e per il mantenimento del ruolo delle direzioni di presidio ospedaliero, sganciandole dal tradizionale storico compito igienistico. In questo modo si ritiene sia possibile affrontare le sfide poste alle direzioni di presidio dal consolidamento del modello dipartimentale e dalla strutturazione a rete degli ospedali.

Note

1. Il Piano strategico aziendale 2007-2009 della Asl di Cagliari e l'Atto aziendale approvato con delibera regionale n. 18/9 del 26 marzo 2008 in vigore al momento della esperienza descritta, sono oggetto a, partire dalla seconda metà dell'anno 2009, di discussione da parte della nuova Direzione generale della Asl di Cagliari e della Giunta della Regione autonoma della Sardegna, al fine di una revisione. La proposta di revisione prevede l'accorpamento del Presidio ospedaliero microcitemico alla Azienda ospedaliera «Brotzu». La perdita per la Asl di Cagliari dell'ospedale pediatrico, non comporterà l'invalidazione, a nostro avviso, del modello organizzativo che viene presentato in questo lavoro, in quanto permane la numerosità degli ospedali afferenti alla Asl.

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

- DEL VECCHIO M. (2008), *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano.
- DE PIETRO C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, McGraw-Hill, Milano.
- LEGA F. (2005), *Organisational design and development for health care services*, McGraw-Hill, Milano.
- LEGA F., CRISTOFOLI D. (2005), *Strategic Management of Public Sector Organisations*, McGraw-Hill, Milano.
- PELISSERO G. (2009), «L'Ospedale. Potente strumento di difesa e promozione della Salute. Mito e realtà», in Atti della XI Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica «Prevenzione e sanità pubblica: modelli organizzativi e buone pratiche», suppl. al n. 5/2009, *Igiene e Sanità Pubblica*, Iniziative Sanitarie, Roma, pp. 205-210.
- VITALI P.M., NUTI S. (a cura di) (2003), *Ospedale in rete e reti di ospedali: modelli ed esperienze a confronto*, FrancoAngeli, Milano.

L'impatto dello stile di leadership sul clima organizzativo: due indagini empiriche

GABRIELLA PISCOPO

This article investigates the impact that distinct styles of leadership, which come from a situational managerial approach, have on the organizational climate. We adopted the organizational climate investigation as research tool, which is pursued in two different contexts, run by the same manager. The first context is the organizational population of a Local Health Authority in which the manager acts as chief executive; the second context is an intern-organizational committee, in which the manager acts as coordinator, who organizes the merger process of two local health authorities in a single council health authority. The evidences observed on the organizational climate of the two contexts are highly different. In the stable and complex first stage, the inclination of the chief executive towards the content provokes strongly adverse consequences on the organizational climate. In the dynamic and challenging second stage, the managerial inclination to the relationship brings highly favourable results.

Keywords: organizational climate, leadership, change

Parole chiave: clima organizzativo, leadership, cambiamento

Note sull'autore

Gabriella Piscopo è docente a contratto di Organizzazione Aziendale presso il corso di laurea in Dietistica e Tecniche di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare - Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. gpiscopo@unisa.it

1. Introduzione

Le indagini sul clima organizzativo permettono di rilevare la percezione che gli attori hanno della struttura organizzativa cui appartengono, delle relazioni che in essa vengono sviluppate nonché della capacità manageriale del vertice strategico. McClelland e Burnham (2003), a tal proposito, sostengono che il clima creato dal manager attorno a sé sia il miglior indicatore per la valutazione dell'efficacia manageriale. Tale assunto è posto alla base delle due ricerche empiriche condotte, che mirano a indagare l'impatto sul clima organizzativo di stili di leadership diversi adottati dallo stesso manager in contesti differenti.

Il primo scenario indagato è rappresentato da una Asl, fotografata prima del riassetto organizzativo e territoriale che la vede fondersi con la seconda Asl operante sul territorio provinciale in un'unica Azienda. Il manager, in qualità di direttore generale, risulta prevalentemente concentrato sui contenuti e in particolare sulle innovazioni da introdurre, attento alla comunicazione verso l'esterno piuttosto che verso la propria organizzazione. Nel secondo contesto di indagine, costituito dal comitato interaziendale impegnato nell'analizzare e gestire le situazioni emergenti dal processo di unificazione delle due precedenti Asl, lo stesso direttore generale – questa volta nelle vesti di coordinatore – viene percepito come proteso alle relazioni, assurgendo a leader attento a costruire e condividere con i collaboratori il senso più profondo della missione organizzativa.

L'elemento che fa da sfondo a entrambe le analisi, anche se posto in una prospettiva differente, è il cambiamento organizzativo de-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Clima organizzativo, cultura e leadership
3. Metodologia di indagine
4. La rilevazione del clima organizzativo presso la Asl
5. La rilevazione del clima organizzativo presso il comitato interaziendale
6. Conclusioni

terminato dal processo di fusione. All'interno della Asl esso è visto come cambiamento esogeno che gli attori organizzativi «subiscono» in qualità di semplici destinatari passivi. Per i componenti del comitato interaziendale la gestione del cambiamento rappresenta, invece, la finalità stessa della loro azione.

Si può ipotizzare che dietro il diverso stile applicato ai due contesti vi sia un approccio manageriale di tipo situazionale, in virtù del quale il leader modifica il proprio comportamento in base alle variabili di contesto ritenute determinanti, ossia la condizione in cui si trova il gruppo, i valori e gli atteggiamenti che caratterizzano i membri del gruppo.¹ Fiedler (1967), i cui studi fanno capo al cosiddetto filone situazionale della *leadership*, sostiene che l'efficacia di un gruppo è influenzata, oltre che dallo stile del leader, anche da una seconda variabile che l'autore definisce «controllo situazionale», ossia «il grado di sicurezza e di fiducia che il leader nutre nella possibilità di riuscire a svolgere il proprio compito». Il controllo situazionale dipende da tre elementi principali: la relazione che si sviluppa tra il leader e i membri del gruppo, la struttura del compito assegnato agli attori organizzativi, il grado di potere esercitato dal leader. Il controllo situazionale è elevato in presenza di una relazione serena e di fiducia tra leader e gruppo, una struttura del compito semplice e un buon grado di potere. Il controllo, di contro, è basso in presenza di situazioni di conflitto socio-relazionali, una struttura del compito complessa e un basso grado di potere del leader.

Secondo Fiedler i leader orientati al compito ottengono un rendimento maggiore quando possiedono un controllo altissimo o bassissimo, mentre i leader orientati alla relazione sono più efficienti in situazioni di controllo moderato.

Entrambi i contesti indagati, seppur in ragione di elementi differenti, sono caratterizzati da un controllo situazionale moderato. Nell'ambito della Asl esistono legami piuttosto deboli tra il leader e la generalità degli attori organizzativi, la struttura del compito è complessa e variegata, il potere manageriale deriva dall'esercizio della posizione gerarchica. Nel comitato interaziendale il rapporto tra leader e *followers* è basato su un'ampia partecipazione, il compito dei componenti del comitato è piuttosto complesso, ma inno-

vativo e ricco di stimoli, il potere del leader deriva dal ruolo di coordinamento svolto. I risultati della ricerca sembrano confermare la teoria di Fiedler, in quanto nei contesti indagati l'orientamento alla relazione genera i risultati migliori in termini di clima organizzativo.

2. Clima organizzativo, cultura e leadership

La scelta di condurre un'indagine di clima organizzativo si fonda sull'assunto che il clima ha una evidenza immediatamente percepibile sui comportamenti dei membri dell'organizzazione, in misura maggiore rispetto alla cultura, seppur quest'ultima abbia un'ampiezza e una pervasività più incisiva. I concetti di clima e cultura organizzativa, invero, sono intimamente connessi e reciprocamente condizionanti. Pertanto, al fine di ben inquadrare l'analisi si procede prima a ricostruire le origini degli studi sul clima, successivamente si tracciano le differenze principali intercorrenti tra clima e cultura, infine ci si sofferma sulla relazione esistente tra stile di *leadership* e clima organizzativo.

La tematica del clima organizzativo ha alimentato storicamente un dibattito molto vivace all'interno della comunità scientifica. Già nei primi anni del Novecento sono state sperimentate le prime tecniche di misurazione del clima, tanto in ambito accademico quanto in terreni più squisitamente operativi. Nel tempo la produzione scientifica si è arricchita di lavori maturati nell'alveo dell'economia industriale e in quello degli studi sul comportamento organizzativo. Tuttavia unanime è il consenso da parte degli studiosi (Schneider, 1978; Glick, 1985; Quaglino, Mander, 1987; Mestitz, 1987) nell'individuare la matrice originaria di tali studi nelle indagini condotte da Lewin alla fine degli anni Trenta. In particolare Lewin, Lippit e White (1939), in seguito alle osservazioni dei fenomeni prodotti da differenti stili di *leadership* nei gruppi e nei vissuti personali, introducono il concetto di clima sociale o atmosfera di gruppo. Essi pongono il concetto di clima in relazione alla motivazione sul lavoro e alla produttività, identificandolo come costruito in grado di spiegare le reazioni motivazionali e affettive al cambiamento che ogni individuo mette in atto all'interno di un'organizzazione.

Successivamente Argyris, in un articolo del 1958 sull'analisi del clima in una banca, associa il clima alle politiche organizzative formali, i bisogni degli impiegati, i valori, le personalità che operano in un sistema complesso, in continuo movimento che si auto-perpetua. In tale circostanza lo studioso usa il termine di clima intercambiabilmente con quello di cultura informale. È a tal punto che risulta opportuno evidenziare gli elementi di diversità tra i due concetti.

Il clima è la percezione aggregata che i membri hanno dell'organizzazione e, in particolare, dei processi, delle pratiche e dei comportamenti sostenuti e ricompensati in un'organizzazione (Patterson *et al.*, 2004). Esso, in altre parole, costituisce un attributo o una qualità dell'organizzazione. La cultura è intesa invece come elemento che appartiene «all'essere» dell'organizzazione; essa è definita da Schein (1985) come un insieme di assunti di base sviluppati da un gruppo determinato allorché impara ad affrontare i propri problemi di adattamento con il mondo esterno e di integrazione al suo interno. Da ciò deriva che il clima è agevolmente misurabile attraverso l'osservazione di alcune variabili (quali l'autonomia, la coesione, la fiducia, il riconoscimento, la lealtà e l'innovazione), la cultura di contro è difficilmente mappabile, soprattutto nel suo strato più profondo. Assumendo come riferimento il modello della cultura a tre livelli proposto da Schein (1985), in superficie si trovano gli aspetti relativamente accessibili, come i comportamenti osservabili e gli artefatti prodotti dall'organizzazione, al livello intermedio vi sono i valori, che non sono direttamente osservabili, ma che possono essere indagati con i questionari o tramite l'osservazione strutturata, al livello più profondo sono collocati gli assunti di base. Questi ultimi corrispondono a ciò che Argyris (1976) ha definito «theories in use»: assunti impliciti che determinano il comportamento, che indicano ai componenti del gruppo come la realtà vada percepita, pensata, sentita. In definitiva, mentre l'analisi della cultura consente di cogliere e descrivere la struttura profonda delle organizzazioni, il clima permette di rilevare la percezione condivisa delle politiche organizzative, delle pratiche e procedure, sia formali che informali. Pertanto il clima è più

sogetto a mutamenti provocati da cambiamenti dell'ambiente circostante.

Posta tale concezione di clima, al fine di non incorrere, in coerenza con quanto suggerito da Schneider (1990), con la presente analisi in un eccessivo genericismo, si è scelto di focalizzarsi sull'impatto specifico che lo stile manageriale genera sul clima organizzativo.

La stretta correlazione tra azione manageriale e clima organizzativo è teorizzata in primo luogo da McGregor che, nel 1960 all'interno del suo libro intitolato *The human side of enterprise*, elabora il concetto di clima manageriale. L'autore sostiene che la creazione del clima nel quale gli operatori lavorano sia una responsabilità diretta della dirigenza: i manager tramite ciò che fanno, il modo in cui lo fanno e le competenze che adoperano riescono a influenzare l'intera organizzazione. La tesi di McGregor è confermata dagli studi di Litwin e Stringer condotti nel 1968, dai quali emerge che all'interno delle organizzazioni esistono più climi organizzativi, i quali variano in funzione dei diversi stili di *leadership* esercitati e hanno effetti diversi sulle motivazioni dei membri, sulla performance e sulla soddisfazione del lavoro.

3. Metodologia di indagine

Sotto il profilo metodologico la dimensione di analisi in prevalenza adottata nelle indagini di clima è quella di tipo psicologico, che si focalizza sulle differenze individuali, sulle esperienze personali e sulle valutazioni affettive. L'ipotesi di fondo di tale impostazione è che i diversi tipi di apprendimento, le diverse competenze e abilità nonché i diversi sistemi di autoregolazione degli individui hanno un'influenza diretta sulla valutazione dell'ambiente di lavoro. Non v'è dubbio, invero, che la componente soggettiva nello studio del clima organizzativo sia fondamentale, dal momento che gli individui rispondono sempre con una certa dose di emotività alle caratteristiche ambientali che percepiscono. Tuttavia sarebbe poco corretto ed esaustivo, ai fini dell'analisi presentata, ridurre lo studio del clima alla sola dimensione della valutazione soggettiva. Infatti, è importante considerare ciò che costituisce l'oggetto stesso della valutazione, ossia l'insieme del-

le caratteristiche organizzative e strutturali, soggettivamente osservabili, che costituiscono la base materiale dell'organizzazione. Ciò significa che ogni struttura organizzativa detiene una certa dose di determinismo la quale, inevitabilmente, influenza i comportamenti e le percezioni individuali. Posta tale premessa, l'indagine di clima è condotta attraverso un approccio multidimensionale – che Letwin e Stringer hanno proposto per primi nel 1960 – fondato su tre dimensioni del sistema organizzativo: la dimensione strutturale, interpersonale e individuale.

La dimensione strutturale attiene all'insieme delle caratteristiche oggettive e intrinseche del sistema, come le peculiarità dell'ambiente e dei ruoli lavorativi. La dimensione interpersonale del lavoro si riferisce al tipo di interazione che si sviluppa tra i membri del gruppo all'interno del contesto di appartenenza, le dinamiche attraverso le quali gli individui si inseriscono nella cultura organizzativa, la presenza di meccanismi cooperativi o conflittuali. La terza dimensione è considerata punto di partenza e punto di arrivo dell'analisi: essa è rappresentata dalla percezione individuale delle condizioni esterne, l'interpretazione del contesto mediata da elaborazioni psicologiche e disposizioni personali.

Il clima organizzativo è caratterizzato dalla combinazione di queste tre dimensioni, nella realtà inscindibili tra di loro.

Lo strumento di indagine utilizzato, sia nella prima che nella seconda indagine, è un questionario strutturato teso a rilevare l'opinione dei rispondenti rispetto ai molteplici aspetti della situazione lavorativa.

Il questionario è suddiviso in tre sezioni:

1) la sezione socio-anagrafica, volta ad acquisire informazioni sul sesso, il ruolo ricoperto e l'anzianità di servizio (quest'ultimo nel caso dell'Asl) da parte dei dipendenti intervistati;

2) la sezione sul clima organizzativo, tesa a indagare le percezioni degli attori sull'azione manageriale con riferimento alle tre dimensioni di analisi su citate;

3) la sezione sul processo di cambiamento, orientata a cogliere l'approccio della popolazione intervistata nei confronti del cambiamento rappresentato dalla fusione.

La terza sezione, in coerenza con la diversa prospettiva che assume il cambiamento, è la parte del questionario che presenta differenze maggiori all'interno delle due analisi. Nel primo caso, infatti, l'obiettivo è rilevare la percezione degli intervistati in relazione all'imminente accorpamento delle due Asl provinciali in un'unica realtà aziendale; nel secondo caso la finalità è cogliere l'atteggiamento dei rispondenti in merito alla fusione in atto, alla cui realizzazione sono chiamati a collaborare.

Si è scelto di applicare all'analisi un approccio di tipo quantitativo ponendosi ben lontani dalla pretesa di ricostruire le caratteristiche qualitative dell'organizzazione attraverso l'interpretazione di dati numerici. In ragione della diversità degli ambiti indagati, per numerosità campionaria e scenario organizzativo di riferimento, i due questionari utilizzati – entrambi articolati nelle tre sezioni precedentemente illustrate – formulano domande diverse al fine di meglio adattarsi alle singole peculiarità di contesto.

4. La rilevazione del clima organizzativo presso la Asl

Nei mesi di novembre e dicembre 2008, la direzione dell'Azienda sanitaria locale X ha commissionato un'indagine di clima al fine di rilevare le opinioni maturate dagli attori aziendali sull'azione manageriale al termine del mandato quinquennale. L'Asl indagata, con una popolazione di 1477 dipendenti, conta circa 100.000 abitanti e comprende il 60% dei residenti nel territorio provinciale. Sotto il profilo organizzativo, i servizi sanitari sono erogati a livello ospedaliero da due Presidi e, a livello territoriale, da due Aree distrettuali.

4.1. Lo strumento di indagine

Le domande del questionario sono state strutturate a risposta chiusa e i valori sono stati assegnati secondo una scala Likert da 1 a 4. A seconda dell'impostazione del quesito, le opzioni di risposta – due positive e due negative – variano da una scala che va da «molto poco» a «molto» o, in alternativa, da «mai» a «sempre». Si è scelto di non inserire il valore intermedio così da evitare una «non

scelta», ossia il posizionamento automatico dell'intervistato sul valore centrale.

Le risposte al questionario contengono, come sovente si verifica in questo tipo di indagini, alcuni valori mancanti distribuiti tra le variabili. Al fine di massimizzare le informazioni e migliorarne le stime, i dati mancanti sono stati imputati utilizzando le tecniche di *Expectation Maximisation* (EM). Attraverso l'analisi delle risposte fornite alle altre domande, l'algoritmo EM stima i valori mancanti e fornisce stime più precise e robuste delle percentuali di risposta.²

Il contenuto delle domande poste agli intervistati, classificato sulla base delle tre di-

mensioni di analisi di clima assunte – strutturale, interpersonale, individuale – è sintetizzato nella **tabella 1**.

4.2. Analisi e discussione dei dati

La sezione socio-anagrafica

Su un totale di 1.477 dipendenti, sono stati raccolti 699 questionari corrispondenti a un tasso di risposta pari al 47,3% (**tabella 2**). Il questionario è stato distribuito ai dipendenti di tutte le sedi dislocate della Asl ed è stato loro rivolto l'invito a restituirlo in busta chiusa e in modo anonimo, con un punto di

Tabella 1
Il contenuto del questionario somministrato presso l'Asl

Sezione socio-anagrafica		
Sesso Ruolo Anzianità di servizio Appartenenza comparto o dirigenza		
Sezione sul clima aziendale		
Dimensione strutturale	Dimensione interpersonale	Dimensione individuale
Impegno dell'Asl nel garantire la salute alla popolazione Impegno dell'Asl nel comunicare all'esterno le sue attività Propensione dell'Azienda ad introdurre elementi di innovazione e cambiamento Correttezza nella gestione dei carichi di lavoro all'interno delle strutture Efficacia della comunicazione interna Correttezza nella distribuzione delle risorse tra le strutture Rispetto della privacy Efficacia dei sistemi di controllo e verifica adottati dall'Azienda Condizionamento della direzione da fattori esterni	Promozione da parte dell'Azienda della partecipazione dei dipendenti Modalità di interazione della direzione con gli operatori Chiarezza da parte della dirigenza sugli obiettivi aziendali Promozione da parte della direzione del coinvolgimento degli operatori	Percezione sull'adeguatezza dei servizi erogati al territorio Efficacia degli strumenti di valorizzazione del lavoro Adeguatezza della direzione nel fornire risposte adeguate alle esigenze degli operatori Equità della direzione nei confronti degli operatori Propensione della direzione nello stimolare il percorso di crescita personale degli operatori Percezione dello spirito di appartenenza degli operatori verso l'Azienda Giudizio complessivo sull'azione dell'Azienda
Sezione sul cambiamento		
Grado di conoscenza della legge sul riassetto organizzativo e territoriale del Sistema sanitario regionale Impatto sulla qualità dei servizi a seguito del riassetto Impatto sull'Azienda del riassetto organizzativo Potenziali occasioni di sviluppo derivanti per gli operatori a seguito del riassetto Accoglimento del cambiamento da parte degli operatori Interpretazione del riassetto come occasione di sviluppo per la struttura organizzativa di appartenenza Approccio personale al cambiamento		

Tabella 2

Rispondenti e popolazione di riferimento per genere e ruolo

	Uomini		Donne		Nessuna risposta	Totale	
	Pop.	Risp.	Pop.	Risp.	Numero	Pop.	Risp.
<i>COMPARTO sanitari</i>	240	141	483	220	6	723	367
<i>COMPARTO non sanitari</i>	183	64	235	69	5	418	138
<i>DIRIGENZA sanitari</i>	202	99	80	47	5	282	151
<i>DIRIGENZA non sanitari</i>	23	7	31	11	0	54	18
<i>Nessuna risposta</i>		4		7	14		25
Totale	648	315	829	354	30	1477	699

Tabella 3

Rispondenti per genere e ruolo in relazione alla popolazione di riferimento

	Popolazione			Campione		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
<i>COMPARTO sanitari</i>	37,0	58,3	49,0	45,3	63,4	54,9
<i>COMPARTO non sanitari</i>	28,2	28,4	28,3	20,6	19,9	20,2
<i>DIRIGENZA sanitari</i>	31,2	9,7	19,1	31,8	13,5	22,2
<i>DIRIGENZA non sanitari</i>	3,6	3,7	3,7	2,3	3,2	2,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

raccolta centralizzato o un indirizzo di posta interna.

La numerosità campionaria è sufficiente per garantire una elevata potenza statistica mentre le principali variabili di classifica dei rispondenti rivelano una distribuzione adeguata per sesso, ruolo e anni di servizio presso l'Azienda.

In relazione alla popolazione di riferimento, i tassi di risposta possono considerarsi soddisfacenti per quanto riguarda gli operatori sanitari: si registra, infatti, il 53,5% di risposte da parte dei dirigenti e il 50,8% da parte degli operatori del comparto. Più basso, invece, è il tasso di risposta riscontrato tra gli operatori del comparto di tipo non-sanitario (33%), presso i quali in genere si incontrano maggiori difficoltà nella raccolta di dati tramite questionario autosomministrato.

Anche la dirigenza non-sanitaria ha registrato un tasso di risposta relativamente più basso (33,3%), ma qui la criticità principale riguarda il numero limitato degli operatori nella popolazione di riferimento (54) e, di conseguenza, nel campione (18).³

Nelle indagini condotte sui luoghi di lavoro si riscontra, in genere, che le persone

più motivate, più istruite, più giovani, più propositive e in posizioni sociali più elevate tendono a rispondere con più frequenza ai questionari, mentre coloro con titoli di studio più bassi, di età più avanzata, con meno fiducia e che occupano posizioni più umili dimostrano una propensione minore. Nel caso limite, i risultati di un'indagine tramite somministrazione di questionari possono essere molto ingannevoli a causa della selettività delle risposte. Il successo e la precisione delle ricerche empiriche sul luogo di lavoro, pertanto, dipendono innanzitutto dall'incidenza di fattori di questo tipo. Nel caso oggetto d'analisi, la situazione si presenta di tipo intermedio, con talune distorsioni del campione dovute alla non totale disponibilità a partecipare all'indagine, ma con tassi di risposta piuttosto elevati e una buona approssimazione della distribuzione dei rispondenti per sesso, ruolo, area e anzianità di servizio (**tabella 3**).

La tabella evidenzia le disparità esistenti tra il campione e la popolazione di riferimento. La differenza maggiore riguarda gli operatori del comparto (non dirigenza), e soprattutto quelli non-sanitari: il 20,2% nel

campione, paragonato al 28,3% nella popolazione di riferimento. Questa differenza esiste a prescindere dal sesso del rispondente. In termini complessivi, il 54,9% dei rispondenti lavora nel comparto in ruolo sanitario, seguito dai dirigenti sanitari (22,2%) e gli operatori non-sanitari del comparto (20,2%). Soltanto il 2,7% del campione è composto da operatori non sanitari in ruoli dirigenti.

In relazione al sesso, il campione si divide quasi equamente tra uomini, rappresentanti il 47,1% della popolazione totale, e donne pari invece al 52,9% della stessa. Per quanto riguarda invece il ruolo, il 7,4% dei rispondenti non fornisce alcuna indicazione. Tuttavia, si ritiene che questo livello di non-risposta non impedisca una corretta interpretazione dei risultati: le differenze tra gli operatori sanitari e non-sanitari sono piuttosto evidenti e riguardano innanzitutto le domande sul lavoro e sulla valorizzazione del contributo dei dipendenti.

Dall'analisi dei dati forniti emerge che la stragrande maggioranza degli operatori si autodefiniscono sanitari (81,8%), contro il 18,2% di operatori non-sanitari. La percentuale di dipendenti appartenenti al comparto è, naturalmente, molto più alta della percentuale di dirigenti: il 71,5% dei primi contro il 28,5% dei secondi. In termini di anzianità di servizio maturata presso l'Azienda è da evidenziare il fatto che ben 142 questionari (più di un quinto) presentano valori mancanti, ciò verosimilmente per il timore che questa informazione, insieme agli altri dati anagrafici e occupazionali, avrebbe permesso un'agevole identificazione del rispondente. Più della metà dei restanti rispondenti ha tra i 10 e i 30 anni di servizio, mentre soltanto un quinto ha lavorato per meno di 6 anni presso l'Asl.

La sezione sul clima

Dimensione strutturale

Il dato più importante che emerge dall'indagine è la notevole valenza critica delle opinioni espresse da parte degli operatori nei confronti dell'Azienda. La **tabella 4** contiene la percentuale delle risposte negative e positive a ognuna delle 26 domande nel questionario, sommando le prime due categorie (molto poco e poco; molto insoddisfacente e insoddisfacente, ecc.), in ordine decrescente

di grandezza. Gli aspetti meno problematici riguardano il rispetto per la privacy (il 61,8% delle risposte è di carattere positivo), l'introduzione di elementi di innovazione negli ultimi cinque anni (58,2% risposte positive) e l'informazione all'esterno sulle attività dell'Azienda (57,5% positive).

Sotto il profilo strutturale i risultati dell'indagine forniscono un quadro piuttosto negativo.

Le domande relative all'Azienda (in cui si chiede agli intervistati un giudizio complessivo sull'attività aziendale e, in particolare, sulla sua capacità di garantire la salute alla popolazione e di fornire spiegazioni soddisfacenti in ordine a comunicazioni di servizio) sono caratterizzate da un sostanziale equilibrio tra risposte negative e positive, sebbene con un blocco di 10-15% di persone che giudica molto negativamente l'Azienda, a fronte di un piccolo numero di dipendenti che la giudicano molto positivamente. La spiegazione del fenomeno ha radici profonde, ravvisabili nella eterogeneità dei sistemi culturali e dei valori che convivono all'interno dell'organizzazione sanitaria. Medici, infermieri, tecnici, dirigenti radicano scelte e comportamenti su sistemi valoriali sostanzialmente diversi. In relazione a questi ultimi accade che, all'interno dello stesso contesto sociale e della stessa organizzazione, siano attribuiti agli stessi elementi significati diversi.

La valutazione peggiore emerge in corrispondenza delle modalità con cui l'Azienda distribuisce le risorse in rapporto alle esigenze delle strutture. Il 53,1% della dirigenza unitamente al 51,8% del comparto dichiara che detta distribuzione risponde a criteri di differenziazione inadeguati rispetto alle esigenze delle strutture. In relazione a tali ultimi aspetti (la distribuzione dei carichi di lavoro e l'efficacia dei meccanismi di verifica e controllo) la distribuzione delle risposte tra comparto e dirigenza è molto diversa, con scarti talora di 20 punti percentuali. Ad esempio, il 50,1% del personale del comparto contro il 37,9% della dirigenza considera scorretta la distribuzione dei carichi di lavoro; il 43,3% del comparto contro il 35,2% giudica poco efficaci i meccanismi di verifica e controllo messi in atto. Di contro le valutazioni più lusinghiere sono state ottenute a proposito degli elementi di innovazione introdotti e de-

Tabella 4

Percentuale di risposte negative e positive per singola domanda

Domanda	% negativo	% positivo	Tasso di risposta
Rispetto per la privacy	38,2	61,8	100,0
Elementi di innovazione	41,8	58,2	100,0
Comunicazione esterna	42,5	57,5	100,0
Garanzia di tutela alla salute per la popolazione	50,8	49,2	100,0
Comunicazione interna	52,1	47,9	100,0
Valutazione dell'Azienda	53,5	46,5	100,0
Sistemi di verifica	59,7	40,3	100,0
Distribuzione dei carichi di lavoro	62,5	37,5	100,0
Interazione della direzione con gli operatori	62,7	37,3	100,0
Spirito di appartenenza	65,2	34,8	100,0
Chiarezza degli obiettivi	66,2	33,8	100,0
Crescita professionale	67,0	33,0	100,0
Partecipazione dei dipendenti	69,1	30,9	100,0
Risposte ai bisogni degli operatori	69,7	30,3	100,0
Coinvolgimento degli operatori	72,5	27,5	100,0
Equità dei comportamenti	73,8	26,2	100,0
Valorizzazione del lavoro	77,4	22,6	100,0
Distribuzione delle risorse	79,5	20,5	100,0
Influenza dell'esterno	82,1	17,9	100,0
Media domande sul riassetto organizzativo	62,4		
Approccio personale verso il cambiamento	26,3	73,7	88,7
Legge regionale e potenziale di sviluppo per la struttura	42,3	57,7	88,6
Legge regionale e possibilità di crescita professionale	46,9	53,1	88,4
Conoscenza personale della Legge regionale	60,7	39,3	100,0
Legge regionale e impatto organizzativo sull'Azienda	61,8	38,2	87,3
Qualità dei servizi a seguito dell'accorpamento	71,8	28,2	88,4
Risposta degli operatori alla legge regionale	75,9	24,1	87,3
Media domande	55,1		

gli strumenti utilizzati per la comunicazione esterna.

Nella complessiva prospettiva di giudizio poco lusinghiera verso l'azione manageriale sono emersi giudizi positivi circa la capacità di introdurre elementi di innovazione e di impostare un'efficace campagna di comunicazione esterna sulle attività realizzate dall'Azienda. Il direttore generale, dunque, viene percepito come spiccatamente propenso a introdurre innovazioni *top-down* e gestire i rapporti con gli *stakeholder* esterni, ma poco attento ad attuare il necessario coinvolgimento degli operatori interni, i quali peraltro denunciano in maniera decisa la pesante influenza che l'Azienda riceve da fattori esogeni, estranei alla politica aziendale.

In generale, i ruoli dirigenziali maturano percezioni meno negative rispetto a quelli non dirigenziali, come emerge in tutte le componenti del questionario. Ciò deriva dalla maggiore «vicinanza» dei dirigenti al direttore generale e, conseguentemente, a una maggiore condivisione degli obiettivi strategici e una più fluida comunicazione.

Dimensione interpersonale

Sul fronte della dimensione interpersonale i risultati dell'indagine non delineano un clima fondato sulla partecipazione e la condivisione di valori e obiettivi.

Un terzo dei non-sanitari (33,1%) dichiara che gli obiettivi della propria struttura

non sono mai stati chiariti, e della medesima opinione è il 18,9% dei sanitari. Tra i sanitari, il 48% sostiene che questi obiettivi vengono chiariti qualche volta mentre di questa stessa opinione è il 31,4% dei non-sanitari.

Le diverse categorie professionali, se in talune domande si attestano su posizioni molto distanti tra loro in altre forniscono risposte tra loro quasi identiche. Ad esempio, la domanda sulle modalità con cui la direzione si rapporta con gli operatori, ha ottenuto risposte molto simili.

Un punteggio molto basso è stato rilevato in relazione al coinvolgimento e la partecipazione degli operatori da parte delle direzioni. Il 30,5% degli operatori non-sanitari, infatti, ritiene che l'Azienda abbia fatto molto poco per promuovere la partecipazione dei dipendenti. La percentuale inoltre si riduce notevolmente con le risposte fornite dai sanitari, i quali esprimono un parere negativo nella percentuale del 18,7%.

Anche dall'analisi della dimensione interpersonale il direttore generale risulta poco attento a sviluppare politiche di marketing interno, in particolare a condividere con i componenti dell'organizzazione gli obiettivi aziendali e a promuovere la partecipazione dei dipendenti nel perseguimento degli stessi. Seppur molteplici sono le iniziative di cambiamento proposte dal direttore generale, esse non sono supportate dall'entusiasmo degli attori organizzativi che si sentono meri spettatori. Non è stato chiarito il quadro di contesto che l'Azienda e i suoi dipendenti si trovano a fronteggiare a seguito delle innovazioni introdotte, di conseguenza gli attori aziendali non sono muniti di una «lente» attraverso cui filtrare i processi decisionali e comprendere le dinamiche organizzative. Il manager, in sostanza, pare non avere la competenza che Sosik (2005)⁴ definisce «To Inspire», cioè enfatizzare gli ideali e i valori dell'organizzazione, trasferendo entusiasmo alle persone e fornendo loro il supporto necessario per affrontare i cambiamenti. Un approccio «ispirato» è utile a costruire e proporre una *vision*, diffonderla nell'organizzazione dando ai collaboratori l'immagine mentale di un progetto da realizzare, verso cui orientare gli sforzi lavorativi.

Dimensione individuale

In merito alla percezione che l'individuo ha maturato circa il contesto di riferimento, probabilmente si delinea il quadro più negativo. L'Azienda risulta non essere attenta alle esigenze di crescita e di valorizzazione professionale degli operatori, così come risulta avere comportamenti poco adatti a sviluppare la partecipazione e il *commitment* aziendale.

Il 73,6% degli uomini contro l'81,1% delle donne ritiene che gli strumenti utilizzati per valorizzare il lavoro dei dipendenti siano poco o molto poco efficaci. Su tale argomento le differenze tra gli operatori sanitari e non sanitari – e il maggior giudizio negativo dei secondi rispetto ai primi – sono piuttosto evidenti. In merito agli strumenti che l'Azienda utilizza per valorizzare il lavoro dei dipendenti si evince come il 32,2% dei non sanitari – contro il 23,3% dei sanitari – li considerino molto poco efficaci. Il 49,2% dei sanitari inoltre ritiene che l'Azienda stimoli poco il percorso di crescita professionale, e della stessa opinione è il 48,3% dei non sanitari. In generale, gli operatori non sanitari e soprattutto quelli che svolgono mansioni non direttive, hanno una percezione più negativa delle iniziative dell'Azienda e del loro impatto sui dipendenti; essi si sentono meno valorizzati, meno considerati e meno stimolati a partecipare all'attuazione delle politiche aziendali.

La domanda sull'equità dei comportamenti verso i dipendenti genera risposte estremamente negative. Ad esempio, il 73,8% dichiara che la direzione non ha mai, o molto raramente, adottato comportamenti equi nei confronti degli operatori.

Dalle evidenze empiriche emerge una diffusa demotivazione della popolazione organizzativa legata, in sostanza, a un basso livello di equità percepita. In generale emerge una scarsa attenzione da parte del manager per il rispetto del contratto psicologico, ossia delle prestazioni che i lavoratori si attendono di ricevere dall'azienda a fronte delle controprestazioni che gli stessi forniscono. Numerosi studi, a partire dai contributi di Barnard (1938), Simon (1947), March e Simon (1958) e Thompson (1967), sostengono che su tale patto costitutivo poggia la capacità dell'organizzazione di generare coinvolgimento e produttività.

La sezione sul cambiamento

Le domande sulla Legge regionale, che prevede la fusione in un'unica Asl provinciale dell'Asl indagata con la seconda Azienda operante sul territorio, sono finalizzate a rilevare l'approccio al cambiamento degli attori organizzativi. Attraverso i risultati di tale sezione è inoltre possibile individuare il ruolo assunto dal management verso l'imminente cambiamento di cui l'organizzazione che dirige sarà protagonista.

Nelle sette domande del questionario dedicate al cambiamento ve ne sono tre che attirano risposte positive (sulla percezione personale rispetto alla Legge regionale, sull'opportunità di sviluppo per il proprio Dipartimento o Struttura, sulle occasioni di crescita professionale) e quattro caratterizzate da risposte negative (sul grado di conoscenza della legge, sulla qualità dei servizi, sugli effetti per l'azienda, sull'accoglimento del cambiamento da parte degli operatori). È interessante notare la polarizzazione tra la risposta personale alla Legge regionale (positiva) e le idee riguardanti la risposta degli operatori in generale alla stessa Legge (negativa). Mentre la percentuale di chi si pone in posizione negativa rispetto al modo in cui la legge verrà accolta dagli operatori è pari al 75,9%, la stessa si attesta al 26,3% allorché viene chiesto di esprimere un giudizio strettamente individuale.

Anche in questa terza sezione del questionario, l'analisi evidenzia una notevole disparità tra il giudizio espresso dagli uomini e quello espresso dalle donne. Ad esempio, mentre il 65,4% degli uomini prevede che l'unificazione delle Asl possa generare un impatto negativo sulla qualità dei servizi, la cifra sale a 77% quando si analizzano le risposte fornite dalle donne. I cambiamenti apportati dalla legge risultano accolti con preoccupazione dal 68,6% degli uomini e dall'83% delle donne. Nella maggior parte dei casi, il giudizio più negativo da parte delle operatrici dell'Azienda si esprime attraverso la seconda categoria di risposta (quasi certamente no) e non la prima (assolutamente no). Una parziale spiegazione di questa tendenza viene dall'incrocio tra il ruolo e il sesso del dipendente. Le donne, infatti, sono concentrate nei ruoli non-dirigenziali: sol-

tanto il 16,8% contro il 33,8% degli uomini svolge un ruolo sanitario dirigente.

Il dato significativo che emerge in merito a questa terza sezione del questionario è l'elevata percentuale di risposte non date che testimonia, evidentemente, una scarsa conoscenza dei contenuti della legge, della sua portata, degli esiti e degli obiettivi. Nella fase che precede la fusione gli attori si limitano a recepire «voci» e raccogliere informazioni incomplete, assemblandole in uno scenario prospettico negativo. Il manager, dal suo canto, pare non attivarsi per aiutare i dipendenti a gestire «l'assemblaggio» delle diverse informazioni, né tanto meno pare impegnarsi nel preparare l'Azienda all'imminente cambiamento.

5. La rilevazione del clima organizzativo presso il comitato interaziendale

Il secondo scenario di indagine, come anticipato, è quello del comitato interaziendale impegnato a gestire gli aspetti organizzativi della fusione delle due Asl in un'unica Azienda provinciale. La nuova realtà aziendale raccoglie 31 comuni per una popolazione totale di circa 200.000 abitanti.

L'elemento comune ai due contesti indagati è la responsabilità gestionale affidata al medesimo manager, direttore generale nella Asl precedentemente indagata e coordinatore del comitato in questo secondo caso.

Il comitato interaziendale, composto da 26 componenti referenti delle due Asl «ante-fusione», ha il compito di analizzare e gestire le principali problematiche generate dal processo di fusione. Al fine di perseguire il miglior risultato in ogni area operativa, il coordinatore ha istituito otto sottogruppi, ciascuno specializzato nelle seguenti aree: controllo di gestione e programmazione, contratti di servizio, dotazione organica, stato giuridico e trattamento economico, convenzioni-assicurazioni, gare-appalti, ragioneria e bilancio, processi informatici.

5.1. Lo strumento di indagine

Lo strumento di indagine del clima organizzativo utilizzato anche in questo secondo studio empirico è un questionario strutturato, articolato nelle tre sezioni: socio-anagrafica, clima organizzativo e cambiamento.⁵ Esso è

composto di 15 domande con opzioni di risposta di tipo chiuso, assegnate secondo una scala Likert da 1 a 3. Il questionario è stato somministrato a ventuno componenti del comitato interaziendale, dal momento che cinque membri non hanno mai preso parte ai lavori. Il contenuto del questionario sintetizzato in base alle tre dimensioni di analisi è riportato nella **tabella 5**.

Le tre dimensioni esplorate, influenzate dai peculiari fattori di contesto del comitato interaziendale, portano il questionario ad avere un contenuto diverso rispetto a quello utilizzato all'interno della Asl.

Per dimensione strutturale si intende la configurazione organizzativa adottata dal comitato al suo interno, in particolare l'adeguatezza del numero e della finalità dei sottogruppi costituiti, delle professionalità coinvolte, dei metodi di lavoro adottati. La dimensione interpersonale, come nella prima analisi, è tesa a indagare le dinamiche relazionali che si sviluppano nel contesto organizzativo. Nel caso specifico tale dimensione indaga l'orientamento del flusso comunicazionale, la gestione del potere decisionale e dell'orientamento strategico del manager, la tendenza al *team working* del comitato. La

dimensione individuale, infine, è focalizzata sulla percezione che i componenti hanno maturato nei confronti dell'adeguatezza del lavoro svolto, dell'impatto che lo stesso avrà sulla nuova realtà aziendale nonché sull'adeguatezza del *problem solving* mostrato dal comitato.

La sezione sul cambiamento indaga le percezioni individuali in termini di:

- orientamento generale dei partecipanti verso il cambiamento;
- motivazione della propria nomina a membro del comitato;
- impatto del cambiamento e della partecipazione al comitato sulla propria vita professionale;
- consapevolezza delle proprie capacità professionali a seguito della partecipazione al comitato.

5.2. Analisi e discussione dei dati

La sezione socio-anagrafica

La popolazione organizzativa coinvolta nell'indagine è stata caratterizzata dalla stratificazione illustrata nella **tabella 6**.

Tabella 5
Il contenuto del questionario somministrato presso il gruppo di progetto

Sezione socio-anagrafica		
Sesso Ruolo Appartenenza ruolo o comparto		
Sezione sul clima organizzativo		
Dimensione strutturale	Dimensione interpersonale	Dimensione individuale
Adeguatezza della configurazione organizzativa del comitato	Orientamento circolare dei flussi comunicativi interni	Orientamento al <i>problem solving</i> da parte dei componenti del comitato
Adeguatezza della composizione del comitato (per età, sesso, anzianità lavorativa, ruolo)	Orientamento al <i>team working</i>	Coerenza del lavoro del comitato rispetto agli obiettivi della legge regionale
Aderenza delle modalità operative del comitato rispetto alle proprie	Orientamento strategico del coordinamento	Accuratezza della direttiva finale prodotta dal comitato
	Decentramento del potere decisionale	Impatto della direttiva sulle realtà aziendali
Sezione sul cambiamento		
Predisposizione al cambiamento da parte dei partecipanti		
Motivo della nomina personale a membro del comitato		
Influenza sulla vita professionale a seguito della partecipazione al comitato		
Consapevolezza delle proprie capacità professionali a seguito della partecipazione al comitato		

Tabella 6

Stratificazione del gruppo di progetto

	Comparto sanità	Comparto tec/amm.vo	Dirigenza sanitaria	Dirigenza tec/amm.va	Totali
Donne	0	6 pari al 23%	1 pari al 4%	4 pari al 15%	11 pari al 42%
Uomini	0	9 pari al 35%	1 pari al 4%	5 pari al 19%	15 pari al 58%
Totali	0	15 pari al 58%	2 pari all'8%	9 pari al 34%	100%

Il gruppo di lavoro presenta, oltre a una lieve prevalenza della componente maschile su quella femminile, una netta preponderanza dell'area amministrativa rispetto all'area sanitaria. L'area amministrativa, infatti, nella sua interezza e non differenziata tra comparto e dirigenza, rappresenta il 92% della composizione totale, mentre il rimanente 8% è espressione dell'area sanitaria. Il comparto di area sanitaria non è per nulla rappresentato. Ciò probabilmente in ragione del fatto che le aree da organizzare prioritariamente in vista dell'istituzione della nuova Asl provinciale sono quelle amministrative, spettando invece quelle sanitarie direttamente alla direzione strategica della nuova Asl.

La sezione sul clima organizzativo

Dimensione strutturale

L'organizzazione del comitato interaziendale in otto sotto-gruppi di progetto specializzati funzionalmente incontra il pieno favore dei partecipanti che, a tal riguardo, esprimono il 95% dei giudizi positivi. Completa è anche l'adesione sulla scelta del profilo dei componenti, seppur entrambi i dati siano inficiati dalla ristrettezza del campione e dal fatto che i componenti siano le stesse persone che esprimono il giudizio.

La **tabella 7** riporta i risultati del questionario in termini percentuali. Le risposte fornite alle 15 domande, codificate secondo la scala di giudizio: risposta negativa - risposta sufficiente e risposta positiva, sono poste in ordine decrescente di grandezza rispetto al giudizio positivo.

Dietro la scelta organizzativa del coordinatore è possibile scorgere la volontà di costruire il futuro della nuova Asl sul patrimonio di conoscenze e di competenze frut-

to delle esperienze delle precedenti realtà organizzative. Tale obiettivo risulta inoltre confermato anche dai dati relativi alle domande sull'aderenza delle pratiche operative rispetto a quelle usuali dei singoli: il 55% dei componenti considera l'impostazione di lavoro del gruppo simile alla propria e il 45% la giudica coerente. Lasciando libero ciascun professionista di applicare le proprie pratiche operative nella gestione del lavoro – o quanto meno non chiedendo loro di stravolgerle – il coordinatore tende a fondare il cambiamento sulla storia e sulle professionalità già consolidate. Il passato, dunque, non solo non viene demonizzato, ma assurge a «fonte» di conoscenza e patrimonio esperienziale per il futuro.

L'istituzione dei sottogruppi funzionali, che raccolgono i diversi professionisti sulla base della diversa specializzazione, consente di valorizzare la professionalità tipica dei singoli e imprimere al lavoro un estremo valore motivante.

Dimensione interpersonale

L'aspetto socio-relazionale del comitato risulta percepito dagli intervistati in maniera particolarmente favorevole. Ciò grazie a uno stile di comunicazione interna impostato su flussi di carattere prevalentemente trasversale (come risulta dall'81% delle risposte). A ciò si aggiunge la percezione circa la tendenza del coordinatore nel promuovere e sviluppare costantemente il *team working* (come attestato dal 90% dei partecipanti) e soprattutto di lavorare per la creazione di valore (nel 52% delle risposte). L'unico dato che stride con l'orientamento generale è quello che emerge in merito all'accentramento del potere decisionale, che risulta dall'86% delle risposte. Tale scelta del coordinatore risulta, in realtà, solo in apparenza incongruente dato che, molto probabilmente, essa è dettata

Domanda	Risposta negativa	Risposta sufficiente	Risposta positiva
Consapevolezza delle proprie capacità professionali a seguito della partecipazione al comitato	0	0	100%
Influenza sulla vita professionale a seguito della partecipazione al comitato	0	0	100%
Adeguatezza della composizione del comitato (per età, sesso, anzianità lavorativa, ruolo)	0	0	100%
Adeguatezza della configurazione organizzativa del comitato	5%	0	95%
Orientamento al <i>team working</i>	5%	0	95%
Impatto della direttiva sulle realtà aziendali	0	10%	90%
Orientamento circolare dei flussi comunicativi interni	9,5%	9,5%	81%
Motivo della nomina personale a membro del comitato	42,9%	0	57,1%
Orientamento strategico del coordinamento	0	48%	52%
Aderenza delle modalità operative del comitato rispetto alle proprie	0	55%	45%
Decentramento del potere decisionale	86%	9,5%	4,5%
Coerenza del lavoro del comitato rispetto agli obiettivi della legge regionale	10%	45%	45%
Predisposizione al cambiamento da parte dei partecipanti	47,6%	14,3%	38,1%
Orientamento al <i>problem solving</i> da parte dei componenti del comitato	26,4%	45%	28,6%
Accuratezza della direttiva finale prodotta dal comitato	14%	86%	0

Tabella 7
Risultati del questionario somministrato al comitato interaziendale

dalla necessità di dover condurre il comitato a terminare i lavori in un arco temporale limitato.

Lo stile di *leadership* mostrato dal coordinatore si basa sui presupposti della teoria Y di McGregor (1960); egli, in altre parole, stimola i collaboratori alla comprensione e al raggiungimento dello scopo organizzativo, preoccupandosi sia del compito che della relazione e facendo in modo che i bisogni individuali e gli obiettivi organizzativi siano completamente integrati.

Dimensione individuale

In relazione alla dimensione individuale, l'analisi si concentra in primo luogo sulla percezione che i componenti del comitato interaziendale hanno nei confronti del risultato finale prodotto. L'*output* del comitato interaziendale è rappresentato da una direttiva vincolante per la progressiva unificazione delle procedure e degli istituti delle due vecchie Asl. A tal riguardo il 52% degli

intervistati definisce il lavoro prodotto «abbastanza coerente» e il 47% «coerente» con i bisogni, gli obiettivi e il contesto di cambiamento. L'efficacia della direttiva viene sostenuta inoltre dall'86% degli intervistati convinti di aver lavorato a un documento finale abbastanza accurato, autorevole, obiettivo e realizzabile, sebbene tale convinzione risulti in contrasto con il giudizio del restante 14% degli intervistati che considera, invece, il lavoro deficitario di un'adeguata analiticità. Tale dato nasconde una lieve vena critica nei confronti del coordinatore che, evidentemente, ha mancato di applicare rispetto ai sotto-gruppi i meccanismi di collegamento necessari a garantire una qualità omogenea di tutti gli *output* prodotti. Infine il 90% degli intervistati ritiene che la direttiva finale prodotta dal comitato vada a beneficio dell'Asl nel suo complesso, in termini di redditività ed efficienza economica, il 10% ritiene per contro che i benefici saranno localizzati solo in una o più aree funzionali.

La sezione sul cambiamento

In ordine alla propensione al cambiamento si rileva un 47,6% degli intervistati che considera il comportamento del comitato caratterizzato da scetticismo contro il 38,1% che invece vi intravede una buona dose di dinamismo. In un'ottica di analisi generale, tale scetticismo pare ricondursi ancora una volta all'accentramento del potere decisionale che, in un'impostazione di *leadership* orientata alla relazione, provoca qualche perplessità presso i componenti del comitato.

Di contro il dinamismo rilevato dal 38,1% degli intervistati è legato, oltre che al clima collaborativo sviluppato all'interno del comitato, anche alla percezione che l'esperienza vissuta abbia costituito un'opportunità di crescita professionale foriera di ulteriori benefici per la propria vita lavorativa, come attestato dal 57,1%, e non sia frutto di un mero «obbligo istituzionale» rispettato dalla dirigenza con l'atto di nomina.

Il coordinatore, in questo caso, mostra un approccio etico e responsabile verso il cambiamento mostrando la capacità che Kotter (1996) definisce «Creating and communicating the vision». Egli in altre parole massimizza il coinvolgimento e il contributo dei lavoratori verso il progetto comune, non solo attraverso il lavoro, ma principalmente mettendo a frutto le idee e le conoscenze. A tal riguardo il 52,4% degli intervistati dichiara di aver maturato la consapevolezza di dover arricchire il proprio bagaglio di conoscenze e competenze, mentre il restante 47,6% dichiara di averne acquisita maggior consapevolezza. Tale responsabilizzazione dei lavoratori tende, da un lato, a incrementare la creazione e la diffusione di nuove capacità e conoscenze tacite, dall'altro, a sviluppare un processo decisionale collettivo, attraverso il quale gli individui maturano un senso di *ownership* verso il cambiamento e patrimonializzano, al contempo, tutte le conoscenze esplicite e implicite (Polany, 1962).

5. Conclusioni

Il diverso stile di *leadership*, frutto di un approccio situazionale che il manager adotta nei due casi indagati, determina un impatto completamente differente sul clima organizzativo. L'orientamento verso il compito

mostrato all'interno della Asl, nella prima indagine, genera un clima organizzativo negativo; di contro lo stile orientato alla relazione applicato all'interno del comitato interaziendale porta a risultati in termini di clima molto positivi. Ciò dipende, come sostenuto da Fiedler (1967), oltre che dallo stile del leader anche dal tipo di controllo situazionale dallo stesso attuato, dunque dalla struttura del compito, dal rapporto esistente con i membri dell'organizzazione, dalla posizione di potere assunta. All'interno dei due contesti indagati le tre variabili, seppur assumano una connotazione diversa, configurano un controllo situazionale di tipo moderato.

Nel primo caso l'indagine di clima si riferisce a un campione numeroso costituito dai diversi attori operanti all'interno della Asl. I compiti della popolazione indagata sono complessi e molto variegati in quanto riflettono l'intreccio di ruoli, professionalità e culture che convivono all'interno di un'organizzazione sanitaria. In virtù dei diversi legami gerarchici esistenti, inoltre, si configura all'interno del gruppo un assetto bipolare delle relazioni che intercorrono tra dirigente e dipendenti. Il direttore generale interagisce con il personale collocato in ruoli e responsabilità gerarchico-funzionali predefinite (Perrone, 2004); ciò lo porta a sviluppare con i dirigenti una comunicazione maggiore rispetto a quanto avviene con il resto degli attori organizzativi. I dirigenti, pertanto, essendo gerarchicamente più «vicini» al management hanno una maggiore conoscenza e consapevolezza degli obiettivi aziendali, circostanza che li porta a maturare un atteggiamento meno critico nei confronti dell'azione manageriale. Il direttore generale, dal suo canto, fonda il comando sull'uso del potere gerarchico proveniente dal ruolo e dalla posizione occupata. Egli svolge la tipica attività di direzione e si esprime con le azioni di coordinamento, supervisione e controllo delle operazioni per gestire, organizzare e rilevare le attività economico-aziendali (Cafferata, 2007).

Nel secondo caso l'indagine è condotta su un gruppo decisamente più ristretto, circostanza che favorisce una naturale interazione tra manager e componenti del comitato interaziendale. Il compito assegnato si presenta ricco di stimoli e altamente sfidante, tanto per il coordinatore quanto per i componenti del

comitato. Il coordinatore non riveste questa volta un ruolo legato a posizioni gerarchiche, ma si configura come leader responsabile del cambiamento, in grado di coinvolgere i collaboratori in maniera partecipativa. Le relazioni impostate con questi ultimi sono volte a integrare e creare coordinamento tra le parti. Il suo compito prescinde dunque dalle mere funzioni di direzione (programmazione, organizzazione e controllo) e si concretizza nell'orientare e motivare le persone verso gli obiettivi comuni, soprattutto nell'ottica del cambiamento organizzativo e strategico (Kotter, 1990).

Una quarta variabile di contesto che influisce sui differenti risultati delle indagini è il ruolo che gli attori organizzativi giocano nell'ambito del cambiamento generato dalla fusione. Nel primo caso, i rispondenti sono attori passivi rispetto a un cambiamento di natura esogena – in quanto introdotto con legge regionale – verso il quale maturano, *a priori*, una percezione negativa. Tale reazione è coerente con quanto sostenuto dalle teorie organizzative che dimostrano come i gruppi e gli individui sviluppano dinamiche comportamentali di «difesa» verso il cambiamento (Weick, 1979; Levitt, March, 1988; Kotter, 1996). Tale fenomeno, invero, ha origini antiche. Basti pensare come già Machiavelli nel suo Principe del 1513 notava: «Non c'è niente di più difficile da prendere in mano, di più pericoloso da guidare e di più incerto successo che avviare un nuovo ordine di cose, perché l'innovazione ha nemici in tutti quelli che hanno operato bene nelle vecchie condizioni e soltanto tiepidi sostenitori in coloro che potranno essere avvantaggiati dal nuovo».

Il direttore generale risulta poco attento a preparare l'organizzazione ad affrontare l'imminente cambiamento ed è concentrato, piuttosto, sull'introduzione *top-down* di innovazioni che gli consentono di perseguire gli obiettivi aziendali.

Nel secondo caso i componenti del comitato sono attori protagonisti del cambiamento in quanto sono chiamati a gestirlo in prima persona. I membri dell'organizzazione condividono lo stesso *enacted environment*, cioè quell'ambiente «attivato» che risulta dalle percezioni del singolo, dalla sua capacità di interpretare fenomeni che accadono intorno a lui e associarvi un significato (Weick,

1969, 1979). In tale contesto prevalgono le competenze manageriali di tipo relazionale e negoziale rispetto a quelle tecnico-gestionali ed economico-amministrative.

Fiedler sostiene che i leader orientati al compito ottengono un rendimento migliore quando possiedono un controllo situazionale altissimo o bassissimo, mentre quelli orientati alla relazione sono più efficienti in situazioni di controllo moderato. In entrambi i contesti indagati, caratterizzati da un controllo situazionale moderato, i risultati sembrano confermare la teoria di Fiedler.

All'interno del comitato interaziendale l'orientamento del leader alla relazione con tutti i componenti genera, infatti, un clima organizzativo molto positivo. All'interno della Asl il leader adotta uno stile orientato al compito verso la generalità della popolazione organizzativa e uno maggiormente orientato alla relazione verso la classe dirigente. Questo determina risultati generali di clima organizzativo fortemente negativi, che si contrappongono a risultati più positivi, legati alla percezione benevola dei dirigenti. Il quadro complessivo assume note ancor più negative a causa di fattori di contesto ulteriori. In primo luogo, la posizione di predominanza gerarchica del direttore generale non è supportata da un esercizio del potere efficace e consapevole. I dipendenti, infatti, percepiscono una scarsa giustizia organizzativa, connessa a un'iniqua distribuzione delle risorse e a una scarsa valorizzazione delle professionalità. Inoltre, la struttura dei compiti per gli attori organizzativi, già complessa e variegata, tende a essere modificata dalle innovazioni introdotte. Il limite evidente che a tal riguardo emerge nel comportamento del manager è l'attenzione prevalente ai contenuti a discapito dei processi. Questi ultimi, secondo Bowen e Ostroff (2004) assumono in realtà un'importanza fondamentale in quanto sono portatori di una precisa funzione simbolica: essi inviano messaggi che i dipendenti usano per dare senso alla situazione che stanno vivendo. Ciò significa che non basta introdurre innovazioni, ma occorre tener conto del modo con cui le stesse saranno interpretate. Il manager investe molto nel comunicare all'esterno le innovazioni introdotte, ma trascura di motivare i propri dipendenti, condividere con loro il senso profondo della missione aziendale, ascoltarli, aiutarli

a crescere e acquisire consapevolezza di sé (Passerini, 2005); egli sembra rivolgersi solo in un secondo momento alla propria organizzazione, deconcentrato e «senza anima».

Note

1. Thomas, Znaniecki (1947); Gibb (1947); French (1949); Stodgill (1950); Cattell (1951).
2. Le sette domande sulla Legge regionale hanno un tasso di non-risposta molto più elevato, per cui non è stato possibile imputare le risposte mancanti.
3. Ai fini dell'analisi dei tassi di risposta, gli operatori che hanno indicato solo «sanitario» sono stati ridi-

tribuiti tra «Dirigenza - sanitari» e «Comparto - sanitari», secondo criteri di proporzione, mentre quelli che hanno indicato soltanto «comparto» sono stati ridistribuiti tra «Comparto - sanitari» e «Comparto - non-sanitari». Coloro invece che hanno indicato solo «dirigenza» sono stati ridistribuiti tra «Dirigenza - sanitari» e «Dirigenza - non-sanitari». Questa procedura non è stata seguita per le restanti analisi.

4. Sosik (2005) individua sei competenze necessarie a sviluppare una dimensione strategica della *leadership: to connect – to inspire – to look – to executive – to adapt – to develop*.
5. L'indagine presso il comitato interaziendale è stata condotta dal dott. Domenico Lagreca, dottorando di ricerca in Economia e Direzione delle Aziende Pubbliche dell'Università degli Studi di Salerno.

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

- BARNARD C.J. (1938), *The functions of the executive*, Harvard College, Mass.
- BOWEN D.E., OSTROFF C. (2004), «Understanding HRM-Performance Linkages: The Role of the Strength of the HRM System», *Academy of Management Review*, 29, pp. 202-221.
- CAFFERATA R. (2007), *Lezioni di economia e gestione delle imprese. Razionalismo economico e imperfezioni dei sistemi*, Texmat, Roma.
- FIEDLER F.E. (1967), *A theory of leadership effectiveness*, McGraw-Hill, New York.
- KOTTER J.P. (1990), «What leaders really do?», *Harvard Business Review*, n. 3. Tr. It. «Ma cosa fanno davvero i leader?», in G.P. Quaglino (a cura di) (2005), *Leadership. Nuovi profili di leader per nuovi scenari organizzativi*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- KOTTER J.P. (1996), *Leading Change*, Harvard Business School Press, Boston.
- LEVITT B., MARCH J.G. (1988), «Organizational Learning», *Annual Review of Sociology*, 14, pp. 319-340.
- LEWIN K., LIPPIT R., WHITE R.K. (1939), «Patterns of aggressive behaviour in experimentally created "social climates"», *Journal of applied psychology*, 10, pp. 271-299.
- LITWIN G.H., STRINGER R.A. (1968), *Motivation and organizational Climate*, Harvard Business School Press, Cambridge, MA.
- MARCH J.G., SIMON H.A. (1958), *Organizations*, Wiley, New York.
- MCCLELLAND D. (2003), *Power is the Great Motivator*, Harvard Business School Press, Boston.
- MC GREGOR D.M. (1960), *The human side of enterprise*, Mc Graw-Hill, New York.
- PASSERINI W. (2005), «Prefazione» in D. Batstone, *Salviamo l'anima delle aziende (e chissà, forse anche la nostra)*, EtasLibri, Milano.
- PATTERSON M., WARR P., WEST M. (2004), «Organizational climate and company productivity: the role of employee affect and employee level», *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, pp. 193-216.
- PERRONE F. (2004), *Manager del cambiamento. La gestione delle persone e dei processi nell'era post-industriale*, Franco Angeli, Milano.
- POLANYI M. (1962), *Personal Knowledge: Toward a Post-Critical Philosophy*, New York, Harper & Row.
- SCHNIEDER B. (ed. 1990), *Organizational climate and culture*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- SCHNIEDER B. (1985), *Cultura di azienda e leadership: una prospettiva dinamica*, Guerini, Milano.
- SCHNEIDER B. (ed. 1990), *Organizational climate and culture*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- SIMON H. (1947), *Administrative Behaviour*, Mcmillan, New York.
- SOSIK J.J., JUNG D.I., BERSON Y., DIONNE S.D., JAUSSI K.S. (2005), «Making all the right connections: the strategic leadership of top executives in high-tech organizations», *Organizational Dynamics*, 34.
- THOMPSON J.D. (1967), *Organization in Action*, McGraw Hill, New York.
- WEICK K. (1969; 1979), *The Social Psychology of Organizing*, II ed., Reading, Addison-Wesley.

Fondo regionale per la non autosufficienza. Implementazione di un metodo di programmazione, monitoraggio e verifica

A. BURIANI, L. CAMPANINI, M. COLOMBO, K. FERRI, R. MONTANELLI, A. SCAGLIARINI

The Emilia Romagna region decision to create a specific channel for funding the care of disabled people (FRNA - Fondo regionale per la non autosufficienza) is a starting point for better answers to a growing demand. Physical, mental or functional disability needs integrated care that, often, is difficult to be provided due to different sources of funds (local government and healthcare) and/or different providers (municipalities and healthcare organizations). So the region decided to put all the available resources in a single fund and give the responsibility for the operations to the local health authorities under the supervision of local government. The article describes how the arrangement works, pointing out the importance of close cooperation among the different actors involved. Only high degree of cooperation makes possible to answer the unique needs of each individual in a framework of universal coverage.

Keywords: FRNA, integration, welfare planning, governance

Parole chiave: FRNA, integrazione, programmazione socio-sanitaria, governance

Note sugli autori

Ausl di Bologna
Alice Scagliarini, Dipartimento Attività Socio-sanitarie; Alfonso Buriani - Distretto di Porretta; Linda Campanini - Distretto Pianura Ovest; Marilina Colombo e Katia Ferri, Distretto di San Lazzaro; Roberta Montanelli, Distretto Pianura Est

1. Premessa

L'introduzione nell'ambito del sistema di welfare regionale del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA) rappresenta sul piano programmatico, organizzativo, gestionale una vera e propria «rivoluzione copernicana». La necessità è quella di ottimizzare risposte e percorsi assistenziali particolarmente onerosi e dilatati nel tempo in favore di una popolazione non autosufficiente in costante aumento sia per cause meramente demografiche (aumento della attesa di vita con conseguente incremento della popolazione anziana in contesto come quello regionale che vede una percentuale di anziani ben al di là della media nazionale) che per maggiore attenzione al trattamento di stati patologici cronici e/o degenerativi causati da forme di gravi e gravissime disabilità (congenite e/o acquisite). Tale situazione, quindi, porta alla attivazione di un numero sempre maggiore di percorsi di lungo-assistenza che, per rispondere in modo adeguato ai bisogni via via espressi dai cittadini non autosufficienti e dalle loro famiglie, devono svilupparsi secondo una gradualità di intervento strettamente correlata al progressivo deterioramento e aggravamento della situazione sanitaria e assistenziale. La definizione del progetto personalizzato dell'utente, il suo monitoraggio e la sua verifica periodica diviene garanzia di appropriatezza degli interventi e delle risposte che sono poste in campo sulla base di una valutazione multi-dimensionale dei bisogni che, integrando le competenze

SOMMARIO

1. Premessa
2. Le finalità
3. Cos'è il Fondo regionale per la non autosufficienza
4. Il sistema di governance del FRNA
5. L'impatto sull'Azienda
6. La programmazione integrata - i documenti di programmazione, le loro interrelazioni e la loro compatibilità e congruità
7. Monitoraggio e verifica della programmazione - reporting
8. Proposte operative
9. Conclusioni

e l'operato dei vari professionisti (sanitari e sociali) garantisce un approccio globale alla situazione. Ma offrire risposte personalizzate mantenendo fermo il principio dell'universalità del sistema di *welfare*, promuovendo, al contempo, l'equità di accesso, in una logica di riequilibrio dell'offerta dei servizi e delle opportunità presenti nei territori, e garantendo la valorizzazione delle esperienze locali implica, necessariamente, una forte spinta verso l'*integrazione* dei vari attori coinvolti a vari livelli nella realizzazione del sistema di *welfare*. Tale approccio, peraltro indicato in diversi interventi normativi e di indirizzo a livello nazionale e regionale, deve svilupparsi sui vari piani e gradi in modo da creare un sistema che possa definirsi idoneo a rispondere in modo adeguato ai bisogni (in continuo mutamento) della popolazione non autosufficiente senza perdere di vista la necessaria sensibilità al tema della definizione e certezza delle specifiche risorse a disposizione e del loro uso coerente rispetto alle necessità espresse.

La creazione di un vero e proprio *sistema di welfare* implica che l'integrazione tra i soggetti coinvolti si realizzi sul piano istituzionale, organizzativo, professionale e, quindi, rispetto alla fase di programmazione, monitoraggio e valutazione delle politiche e delle azioni, dell'organizzazione dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, nella erogazione delle prestazioni vere e proprie mediante la chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità di ciascuno (Regione, Comuni, Azienda Usl, terzo settore, *non profit*, professionisti, forze sociali ma anche professionisti e cittadini).

2. Le finalità

Con l'avvio del percorso di introduzione del FRNA nel sistema regionale è stato esplicitato, sin dal livello regionale, il problema della *armonizzazione* e della *semplificazione* dei vari *strumenti di programmazione nel settore socio-sanitario*, condizione, questa, imprescindibile per il raggiungimento della auspicata integrazione programmatoria. La necessità, anche in ragione delle specifiche problematiche di tipo sociale meglio indicate nella premessa al presente documento, è quella di addivenire a una *programmazione sostenibile* che, connettendo e responsabi-

lizzando gli attori coinvolti nel complesso sistema di *welfare*, possa dare effettivo impulso allo sviluppo della «rete integrata di interventi e servizi» (graduati a seconda della gravità dei bisogni espressi) in grado di garantire la necessaria appropriatezza e l'ottimale utilizzo delle risorse complessivamente a disposizione. Il rapporto tra Azienda Usl e Comuni deve completamente rifondarsi in modo da rendere possibile a ogni livello la necessaria integrazione.

La nuova metodologia di programmazione, gestione, monitoraggio e verifica integrati del FRNA necessita della *costruzione di una modalità di lavoro e di strumenti* che possano rendere possibile il consolidamento del nuovo approccio al sistema di *welfare*. Diviene quindi importantissimo *reformulare in modo condiviso tra Azienda Usl e Comuni alcuni strumenti direzionali* che, a livello di Conferenza sociale e sanitaria e di Comitato di distretto, rendano possibile la competente e puntuale attività di supporto demandata all'Ufficio provinciale di supporto e all'Ufficio di piano. L'obiettivo del Gruppo di lavoro, partendo da un approfondimento di tipo teorico e dall'analisi del percorso fin qui compiuto in Azienda, è stato quello di individuare le possibili azioni di miglioramento per permettere la strutturazione di un approccio innovativo al tema della (co)gestione del FRNA.

3. Cos'è il Fondo regionale per la non autosufficienza

La Regione Emilia Romagna, dopo una prima fase di sperimentazione realizzata nel corso del 2006, negli anni 2007 e 2008 ha provveduto, attraverso la adozione di vari atti di indirizzo, ad avviare il percorso di costituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA) previsto dall'art. 51, L. reg. 23/12/2004 n. 27. La consistenza di tale Fondo, dedicato specificamente al finanziamento delle politiche in favore della non autosufficienza, è stata quantificata a livello regionale in complessivi 311 milioni di euro al netto della quota di riparto del Fondo nazionale per la non autosufficienza (FNA).

Tale somma deriva, in parte, dalla fiscalità regionale (100 milioni di euro) e, in parte, da risorse precedentemente ascritte al Fondo sanitario regionale. La Regione si è impegnata

a mantenere costante per un periodo di almeno tre anni tale impegno finanziario in modo da garantire certezza di risorse alla programmazione territoriale. Il Fondo regionale per la non autosufficienza, però, è da considerarsi aggiuntivo rispetto alla spesa storica sostenuta, tenendo conto della attuale normativa nazionale e regionale con particolare riferimento ai Lea, dalle Aziende Usl e dai Comuni in favore della non autosufficienza. La Regione ha inoltre definito nell'ambito di vari atti di indirizzo (Del. G.R. 509/2007, Del. G.R. 1004/2007, Del. G.R. 1206/2007, DGR 1230/2008):

- 1) le categorie di interventi e servizi finanziati dal FRNA in ordine alla popolazione anziana, alle disabilità gravi e alle gravissime disabilità acquisite;
- 2) i criteri di eleggibilità degli interventi nell'ambito del FRNA;
- 3) i criteri di riparto tra i territori provinciali;
- 4) le modalità di programmazione, monitoraggio e gestione del FRNA a livello territoriale, attribuendo specifiche responsabilità in capo ai soggetti istituzionali (CTSS, Aziende Usl, Comuni) e introducendo nell'ambito del sistema regionale il *Nuovo ufficio di piano* quale organismo trasversale inter-istituzionale deputato a fornire il necessario supporto tecnico-operativo al Comitato di distretto e al Direttore di distretto per l'attuazione della programmazione, monitoraggio e verifica delle politiche, delle azioni e degli interventi definiti a livello territoriale (distrettuale).

Si ritiene utile dover meglio rappresentare la consistenza del FRNA per gli anni 2007 e 2008 indicando l'importo complessivo dei finanziamenti che sono stati destinati all'Azienda Usl di Bologna. Si ricorda che la sperimentazione attivata nell'anno 2006 in preparazione dell'avvio del FRNA ha riguardato

solo e unicamente gli interventi socio-sanitari storicamente di competenza delle Aziende Usl in favore degli anziani non autosufficienti ed è stata gestita all'interno delle Aziende sanitarie con un minimo coinvolgimento degli altri soggetti istituzionali. Per l'anno 2006 il Fondo complessivo definito a livello regionale è stato pari a 211.269.856 di euro di cui 38.686.485 di euro sono stati assegnati all'Azienda Usl di Bologna.

Sono necessarie alcune precisazioni al fine di inquadrare esattamente l'entità finanziaria del FRNA e la quota di riparto assegnata alla Azienda Usl di Bologna (**tabella 1**):

- 1) nella colonna A è stata indicata la quota annuale stanziata a carico del bilancio regionale per l'implementazione del FRNA. È evidente l'impegno a garantire la massima stabilità e certezza rispetto alle risorse disponibili;
- 2) nella colonna B sono indicate le somme che la Regione ha assegnato alle CTSS ripartendo in tutto o in parte gli stanziamenti a bilancio. Come si vede, nel 2007 non è stato ripartito l'intero stanziamento ma una quota di esso (7.111.160 di euro, vedi colonna C) sono stati riportati sul 2008 e ripartiti in tale esercizio finanziario;
- 3) nella colonna D viene riportata la somma complessiva ripartita in favore dell'Azienda Usl di Bologna nelle due annualità. Come si può vedere la quota complessivamente ripartita in favore dell'Azienda Usl nel 2008 comprende anche la quota parte di competenza relativa alle somme precedentemente accantonate a livello regionale (colonna C).

I criteri di riparto del FRNA adottati dalla Giunta regionale sono stati la popolazione ultrasettantacinquenne residente al 1° gennaio di ciascun anno di competenza per l'Area anziani e la popolazione 15-64 anni

Anno	Stanziamento regionale complessivo FRNA (A)	Quota complessiva ripartita a livello regionale in favore delle Aziende Usl (B)	Quota complessiva accantonata a livello regionale e non ripartita tra i territori (C)	Quota complessiva ripartita in favore della Azienda Usl di Bologna (D)
2007	311.269.856 €	304.158.176 €	7.111.160 €	63.093.734 €
2008	311.269.896 €	318.381.536 €	0	64.199.835 €

Tabella 1

residente al 1° gennaio per l'Area disabili sottolineando, però, quanto segue:

1) gli interventi specificamente previsti per le gravissime disabilità acquisite, normati dalla del. G.R. 2068/2006, sono finanziati, nell'ambito del riparto del FRNA, in modo specifico tenendo conto delle situazioni censite nei territori;

2) nell'anno 2007 non è stato effettuato alcun riparto del FRNA relativamente all'Area delle disabilità: i 7.111.160 di euro accantonati e ripartiti nel 2008 erano la quota di stanziamento specificamente individuata per finanziare tale area. Nell'anno 2008 sono stati, infatti, ripartiti complessivamente 14.010.381 di euro per il finanziamento degli interventi compresi nell'area della disabilità pari alla sommatoria delle quote 2007 e 2008;

3) solo nell'anno 2008 si è provveduto a ripartire la quota di FRNA anche in riferimento all'Area disabili, con una ripartizione che è stata effettuata tenendo conto della necessità di effettuare una forte azione di riequilibrio tra i vari territori. Il riparto, quindi, è avvenuto tenendo conto dell'impegno a fornire specifici finanziamenti in modo da allineare tutti i territori a una capacità di spesa calcolata secondo la media di livello regionale garantendo, comunque, una quota di sviluppo a tutti i territori;

4) resta ancora da affrontare il tema dell'inserimento nell'ambito del sistema FRNA degli interventi e dei costi relativi all'Area della psichiatria.

Si specifica che la somma a disposizione dei territori dell'Azienda Usl di Bologna è pari, per l'anno 2008, a complessivi 76.154.788 di euro comprensivi di 11.954.953 di euro riscontati sul 2008 in quanto somme non utilizzate nel corso dell'esercizio precedente. Dal punto di vista contabile il FRNA è gestito nell'ambito del bilancio dell'Azienda Usl cui competono, peraltro, tutti i compiti e le responsabilità rispetto alla loro rendicontazione.

A tali consistenti somme per l'anno 2008 devono essere aggiunte, per completare il quadro delle risorse a disposizione della costruzione del nuovo sistema di *welfare*, ulteriori somme derivanti dalla ripartizione del Fondo nazionale per la non autosufficienza

(FNNA) anno 2007 e del Fondo per la famiglia. Complessivamente si tratta di 1.783.803 di euro ripartiti tra i vari territori distrettuali e trasferiti direttamente ai Comuni capofila individuati a livello distrettuale. Tali somme, destinate a specifiche finalità rispetto al loro utilizzo, rientrano comunque nell'ambito della programmazione annuale di livello distrettuale così come la spesa storica a carico dei bilanci dei Comuni e della Azienda sanitaria.

Sono evidenti l'importanza e l'attenzione che dovranno essere poste, in considerazione del fortissimo impatto economico-finanziario sul sistema del *welfare*, nella strutturazione dell'intero sistema di governo integrato di tali ingentissime somme.

4. Il sistema di *governance* del FRNA

Come precedentemente accennato, l'avvio del FRNA ha delineato un nuovo e complesso apparato di *governance* del sistema *welfare* in grado di integrare e connettere tra loro i vari attori istituzionali e gestionali, con l'obiettivo della definizione condivisa di scelte strategiche, obiettivi, azioni che, pur nel rispetto delle competenze e dei ruoli di ciascuno, affrontino in modo globale il tema del sostegno alla non autosufficienza.

In applicazione delle indicazioni normative nazionali e regionali (in particolare L. 328/2000, L. reg. 2/2003 e L. reg. 29/2004) e facendo tesoro dell'esperienza maturata attraverso la definizione dei Piani sociali di zona e dei Piani per la salute è stato impostato un sistema che vede:

1) la valorizzazione del *livello regionale* come sede: a) delle funzioni di *definizione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi generali* attraverso il continuo confronto, nell'ambito della Cabina di regia, tra l'Assessorato alla sanità della Regione e gli enti locali; b) di programmazione di livello macro territoriale; c) di indirizzo e di regolazione del sistema complessivo di *welfare* regionale con particolare riferimento alla realizzazione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari;

2) la valorizzazione, a *livello provinciale*, delle *Conferenze sociali e sanitarie territoriali* quali luogo di programmazione e coordinamento di livello intermedio nell'ambito delle politiche sociali, socio-sanitarie e sani-

tarie e con *funzioni di raccordo*, attraverso la Provincia, con altri settori significanti quali la formazione professionale, le politiche del lavoro, della istruzione, della casa;

3) la valorizzazione dell'*ambito distrettuale* quale sede ottimale per lo sviluppo della integrazione dei servizi e degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari, luogo di ricomposizione gestionale e professionale delle attività, per l'esercizio associato della funzione di governo e di committenza;

4) la *separazione delle funzioni pubbliche di governo* (programmazione, regolazione, verifica dei risultati) da quella di produzione dei servizi e delle prestazioni anche con la creazione delle Asp e con la sottoscrizione e gestione di specifici contratti di fornitura.

Il nuovo sistema di *governance* vede nella integrazione istituzionale (che si realizza secondo le forme e le modalità dell'accordo di programma, dell'atto di delega, ecc.) la esplicitazione, da parte dei vari soggetti istituzionali che operano sul territorio (Comuni, Provincia e Azienda Usl), delle reciproche responsabilità e competenze in riferimento alla gestione del sistema di *welfare*. Tale tipo di integrazione non genera di per sé attività operativo-assistenziali, ma rende possibile e pone le basi perché tale processo si realizzi. Esso codifica e formalizza gli impegni che le amministrazioni coinvolte assumono in ordine alla elaborazione e approvazione dei contenuti programmatici e alla loro successiva realizzazione. Attraverso questa integrazione è possibile affrontare il problema del finanziamento del sistema sia relativamente alla raccolta e individuazione delle risorse disponibili sul territorio, sia relativamente alla loro distribuzione. Diviene fondamentale il raggiungimento del massimo grado di coordinamento nella fase della programmazione territoriale, sia di livello intermedio che di livello distrettuale, allo scopo di garantire equità nella ripartizione delle risorse e nel loro utilizzo.

Il Piano sociale e sanitario recentemente approvato (delibera Assemblea legislativa Regione Emilia-Romagna n. 175 del 22/5/2008), in particolare, mette in evidenza come «L'assetto istituzionale attraverso il quale la Regione e gli enti locali hanno organizzato l'esercizio di questa funzione primaria (n.b. funzione di governo del sistema

pubblico di *welfare* regionale e locale) si è venuto consolidando attorno a due direttrici: *la centralità del ruolo della Regione nel governo del Servizio sanitario; la centralità del ruolo degli enti locali, in riferimento all'art. 118 della Costituzione, nel governo degli interventi e dei servizi sociali*».

Da qui discende lo sviluppo di due diverse forme di integrazione istituzionale, entrambe fondamentali per la costruzione del nuovo sistema di *welfare*: *lo sviluppo delle forme associative tra gli enti locali per la gestione e l'esercizio comune di funzioni e servizi di loro competenza, lo sviluppo e il consolidamento della CTSS e del Comitato di distretto quali strumenti di raccordo istituzionale di livello territoriale tra gli enti locali e le Aziende sanitarie*. La creazione degli Uffici di supporto e dei Nuovi uffici di piano assicura a tali organismi il necessario supporto operativo per lo svolgimento delle loro funzioni.

In modo schematico si indicano le funzioni e le competenze dei principali soggetti coinvolti nella *governance* del sistema così come definiti dal Piano sociale e sanitario soprarichiamato:

L'Assemblea legislativa regionale e la Giunta regionale titolari di specifici compiti di indirizzo politico e di controllo, di iniziativa legislativa, di amministrazione e promozione come definite dallo Statuto regionale a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione.

Il Consiglio delle autonomie (Il Consiglio non è ancora stato istituito con legge regionale. Le funzioni sono oggi esercitate dalla Conferenza Regione-Autonomie locali): organismo di rappresentanza, consultazione e coordinamento tra Regione ed enti locali. Partecipa ai processi decisionali della Regione riguardanti il sistema delle Autonomie locali con competenza di proposta e parere con particolare riferimento, tra gli altri, ai seguenti argomenti: piani e programmi che riguardano gli enti locali, sistema tributario e finanziario nonché linee della legge regionale di bilancio, conferimento di funzioni agli enti locali e relativa disciplina.

La Cabina di regia regionale per le politiche sociali e sanitarie: è stata istituita con uno specifico protocollo d'intesa tra Regione e Autonomie locali. Il Protocollo è stato recepito dalla del. G.R. 2187/2005. È titolare

di attività di impulso, proposta e valutazione nell'ambito di funzioni di confronto, coordinamento e collaborazione rivolte a raggiungere la più ampia integrazione delle strategie e delle politiche sanitarie, sociali e socio-sanitarie. È inoltre sede di concertazione con le Organizzazioni sindacali e svolge attività di supporto alla Conferenza Regione-Autonomie locali (CRAL).

La *Conferenza sociale e sanitaria territoriale* e il relativo *Ufficio di presidenza*: è organismo previsto dalla L. reg. 19/1994 e ss.mm. e integrazioni, dalla L. reg. 29/2004 e dalla L. reg. 2/2003. Essa svolge compiti specifici in materia di programmazione sociale e sanitaria con particolare riferimento alla elaborazione dei principali strumenti di programmazione, esercita funzioni di indirizzo e verifica periodica della attività delle Aziende Usl, promuove e coordina gli accordi in materia di integrazione socio-sanitaria e sociale. Attraverso la CTSS si realizza il coordinamento delle politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie. In particolare preme sottolineare che:

a) approva l'*atto di indirizzo e coordinamento triennale* contenente le priorità strategiche in area sociale, sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito delle quali sono definiti anche gli indirizzi per l'adozione da parte dell'Azienda Usl del Pal. Con particolare riferimento al FRNA;

b) assicura l'*equa distribuzione delle risorse* tra i diversi ambiti distrettuali in rapporto agli obiettivi di programmazione e riequilibrio, alla distribuzione e accessibilità dei servizi;

c) definisce i *criteri di riparto del FRNA tra i distretti garantendo il riequilibrio territoriale sia a livello finanziario che nell'organizzazione delle reti dei servizi al fine di assicurare ai cittadini equità di accesso ed omogeneità di trattamento*;

d) coordina la stipula degli *accordi in materia di integrazione socio-sanitaria previsti dai Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale* assicurandone la coerenza con i Piani per la salute;

e) promuove, con attività di indirizzo e verifica, il *raccordo tra la programmazione regionale e quella distrettuale*.

L'*Ufficio di supporto*: è organismo tecnico di supporto alla CTSS. I suoi principali compiti sono: il supporto informativo, monitoraggio e istruttoria ai fini della attività della CTSS compreso, anche coordinandosi con gli ambiti distrettuali, il supporto alle iniziative di comunicazione e partecipazione politica, le funzioni di segreteria. Per svolgere la propria attività, l'Ufficio di supporto si avvale in modo organico dei supporti professionali e delle strutture organizzative presenti nell'Azienda sanitaria, in Provincia e nei Comuni. In particolare si sottolineano tra le attività dell'Ufficio di supporto:

a) il coordinamento permanente con i nuovi uffici di piano in ordine alle istruttorie e il supporto tecnico alle tematiche di ambito sociale e socio-sanitario;

b) l'integrazione con l'Azienda Usl rispetto l'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

Nell'ambito dell'Ufficio di supporto della CTSS di Bologna si sta costituendo uno specifico gruppo di lavoro coordinato dal Dirigente dell'Assessorato provinciale (Staff tecnico) e composto dai Responsabili degli Uffici di piano, dal Direttore delle attività socio-sanitarie dell'Azienda Usl, dal Responsabile Amministrativo del Dipartimento delle Attività Socio-Sanitarie dell'Azienda Usl, dai Direttori delle Aree dipartimentali dell'integrazione socio-sanitaria. Tale gruppo svolge una attività di ausilio tecnico-operativo alla attività dell'Ufficio di supporto divenendo, inoltre, luogo di confronto e di discussione sulle problematiche organizzativo-gestionali del Sistema di *welfare* socio-sanitario a livello provinciale, di coordinamento rispetto alla definizione di proposte operative e gestionali alla CTSS. Il Gruppo è esteso anche alla realtà imolese (Ufficio di piano e rappresentanti Ausl di Imola) allo scopo di perseguire, a livello provinciale, la massima omogeneità pur nel rispetto delle specificità di quel territorio. In occasione del lavoro preparatorio all'Atto triennale di indirizzo e coordinamento, sono stati attivati specifici tavoli tematici di lavoro (Minori, Disabili, Anziani, Immigrati, Disagio sociale, ecc.) incaricati di analizzare la situazione e lo stato dell'arte rispetto a gruppi di popolazione *target* portatori di specifiche proble-

matiche sociali e socio-sanitarie, allo scopo di individuare possibili obiettivi e azioni da proporre alla CTSS per l'individuazione delle Linee programmatiche del triennio. In tale percorso sono stati coinvolti, oltre che rappresentanti del territorio imolese, anche rappresentanti delle Asp attive sul territorio di Bologna ed Imola.

Il *Comitato di distretto* integrato dal Direttore di distretto: è l'organismo di governo e programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie. Ad esso competono in ambito socio-sanitario funzioni di programmazione di livello locale, di verifica e di monitoraggio. Con particolare riferimento all'ambito socio-sanitario il Comitato approva il *Piano di Zona Distrettuali per la salute e il benessere sociale*, esprime parere favorevole sulla dislocazione dei servizi e sulla loro organizzazione, verifica e monitorizza la programmazione approvata individuando le eventuali modifiche sulla base dei bisogni rilevati sul territorio. Il Comitato di distretto, integrato dal Direttore di distretto, è garante e responsabile della definizione e della realizzazione della programmazione in ambito socio-sanitario, fermo restando il rispetto delle linee e degli indirizzi definiti dalla CTSS. Vale la pena sottolineare come il Distretto sia individuato dalla normativa di settore (L. reg. 2/2003, L. reg. 27/2004 e L. reg. 29/2004) quale ambito ottimale per garantire la risposta integrata sia sul versante delle risorse, che degli strumenti e delle risposte professionali. Il Distretto, infatti, rappresenta l'organizzazione più prossima alle comunità locali nella quale il cittadino e la realtà sociale locale si riconoscono e possono essere rappresentati e garantiti, attraverso la specifica funzione di committenza, rispetto alle proprie esigenze di salute. In tale contesto, quindi, come specificato dal Piano sociale e sanitario 2008-2010 (cap. 3, punto 3.1), dal punto di vista istituzionale «il Direttore di distretto rappresenta la funzione regionale e aziendale nell'ambito del Comitato di distretto, costituisce la sede delle relazioni tra attività aziendali ed enti locali, sul piano della programmazione, al fine di prefigurare le aree di bisogno e delineare i processi per la costruzione delle priorità di intervento».

Il *Nuovo ufficio di piano*: il Piano sociale e sanitario 2008-2010 esplicita (cap. 3, punto 3.1) che «i Distretti sono chiamati a suppor-

tare insieme ai Servizi sociali dei Comuni le funzioni di programmazione e attuazione della pianificazione sanitaria e socio-sanitaria territoriale e a costituire gli Uffici di piano». La del. G.R. 509/2007 individua il (Nuovo) Ufficio di piano quale struttura tecnico-amministrativa di livello distrettuale che svolge azione di supporto alla attività del Comitato di distretto e del Direttore di distretto. Esso ha mantenuto le competenze precedentemente previste per l'Ufficio di piano (impulso e coordinamento, integrazione e monitoraggio delle funzioni sociali, predisposizione della programmazione sociale prevista dai Piani di zona, ecc.). Con particolare riferimento al FRNA e all'Area socio-sanitaria esso svolge alcuni nuovi compiti:

- a) attività istruttoria, di supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale, socio-sanitaria e sanitaria;
- b) attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni (con particolare riferimento alla applicazione dell'Isee);
- c) attività istruttoria e di monitoraggio per l'accreditamento;
- d) attività istruttoria e di monitoraggio per la costituzione delle Asp;
- e) azioni di impulso e di supporto delle attività attuative della programmazione sociale e socio-sanitaria;
- f) impiego di risorse per l'attuazione in forma associata dei programmi finalizzati alla gestione di servizi socio-assistenziali comuni nella prospettiva della costituzione del Fondo sociale locale;
- g) l'impulso alla realizzazione di progetti socio-sanitari integrati con altre politiche significative come quelle per l'infanzia e l'inserimento lavorativo delle fasce deboli;
- h) la rilevazione della domanda e dell'offerta anche in riferimento alla attività degli sportelli sociali comunali.

Gli atti di indirizzo regionale che introducono e normano la costituzione, il funzionamento e le competenze del Nuovo ufficio di piano sono la del. G.R. 509/2007, la del. G.R. 1004/1007 e la del. G.R. 1206/2007. Gli strumenti amministrativi definiti per la costituzione e la gestione del Nuovo ufficio di piano sono due convenzioni: la prima tra i

Comuni ricompresi nell'abito territoriale del distretto per individuare, in primo luogo, il Comune capofila e definire i rapporti di tipo gestionale-amministrativo, finanziario e informativo tra i comuni; la seconda una convenzione tra il Comune capofila e l'Azienda Usl nell'ambito della quale sono indicate le figure professionali e le risorse necessarie al funzionamento del Nuovo ufficio di piano, le modalità per l'esercizio integrato delle funzioni in ordine all'utilizzo delle risorse, al monitoraggio e verifica *in itinere* del Piano per la non autosufficienza nella prospettiva della ricostruzione «allargata» degli interventi e dei progetti realizzati a livello territoriale dai singoli soggetti, secondo le specifiche competenze anche in ordine all'utilizzo delle relative risorse economiche. Strategica è la definizione certa di flussi informativi (attività e costi) che comprendano le specifiche attività gestite dai Comuni e dal Distretto-Azienda Usl.

5. L'impatto sull'Azienda

L'avvio del FRNA ha avuto un forte impatto sulla Azienda Usl sia sul piano della modifica delle procedure di programmazione e di gestione amministrativa ed economico-contabile dei contratti di fornitura e delle risorse assegnate, che sul piano della verifica e del monitoraggio di attività e del conseguente utilizzo delle risorse. Tali attività programmatiche e gestionali erano tradizionalmente percepite come specifiche della sola Azienda Usl e coinvolgevano i Comuni in modo limitato.

La struttura del bilancio dell'Azienda Usl alla fine del 2007 è stata adeguata attraverso una modifica del Piano dei conti delle aziende sanitarie con la conseguente variazione delle modalità di gestione contabile e di registrazione dei costi precedentemente gestiti nell'ambito del bilancio sanitario. L'impegno amministrativo e contabile a carico dell'Azienda Usl, da questo punto di vista, è stato ed è estremamente consistente. La scelta effettuata a livello aziendale, secondo le indicazioni fornite dalla Regione, è stata quella della creazione di conti economici specifici, dettagliati in modo analitico secondo la natura del costo garantendo la rappresentazione precisa del livello distrettuale.

Allo stesso modo, in termini di attività, di costi, di obiettivi attesi è stata data rappresentazione del FRNA anche nell'ambito del *budget* aziendale dove deve essere assicurata la assoluta coerenza con la programmazione integrata di livello distrettuale e la programmazione di livello aziendale. A causa della fase avvio progressivo che sta ancora interessando il FRNA, si è assistito a un *disallineamento della tempistica* nella adozione dei vari strumenti di programmazione (sia di tipo integrato che interno alla Azienda Usl) che ha prodotto una gestione piuttosto faticosa e ridondante della funzione di programmazione.

La *diversità dei linguaggi e delle modalità gestionali di tipo amministrativo e contabile proprie dei vari livelli istituzionali* (Comuni e Aziende Usl) ha portato a forti incomprensioni sul piano gestionale e delle modalità di rendicontazione amministrativa con gli Uffici di piano, principalmente dovute alla scarsa conoscenza delle reciproche realtà e delle norme che regolano l'attività di ciascuno.

La *insufficiente implementazione dei sistemi informativi in uso e la loro parziale inadeguatezza a fornire*, in modo tempestivo, certo nella composizione e condiviso/conosciuto da tutti gli attori del sistema, i dati di attività e di costo relativi all'area della non autosufficienza hanno prodotto difficoltà sul piano della comprensione delle informazioni, ridondanza nella gestione della attività di monitoraggio e verifica con la continua, estemporanea e «pressante» richiesta di elementi informativi non codificati in un sistema strutturato.

Si ritiene di dover precisare che si tratta di problematiche «fisiologiche» della attuale *fase di impianto del sistema FRNA che non è ancora conclusa*. In una situazione di ritardo di indicazioni certe rispetto ai soggetti e alle prestazioni che rientrano nel sistema FRNA, di ritardo nella adozione degli atti di indirizzo regionale, di ritardo nella definizione delle risorse finanziarie disponibili, di persistente utilizzo – seppur in forma transitoria – dei vecchi strumenti di programmazione in attesa della possibilità di utilizzare i nuovi (si pensi che l'Atto triennale di programmazione e indirizzo è stato appena approvato e che non è ancora possibile declinare i Piani di zona per la salute e il benessere sociale e, conseguentemente i Piani attuativi annuali

per l'anno 2009), di definizione/modificazione degli strumenti di tipo regolamentare e tecnico previsti dalle direttive regionali (in particolare, la del. G.R. 1206/2007) sulla introduzione di nuove tipologie di offerta, solo la disponibilità, la comprensione delle difficoltà gestionali e la fiducia reciproca hanno fatto sì che tale fase di trasformazione fosse gestita senza contraccolpi negativi sulla popolazione, garantendo la piena funzionalità dei servizi e la qualità delle prestazioni. Due recenti atti regionali, in particolare le del. G.R. 840/2008 e del. G.R. 1230/2008, hanno ulteriormente ampliato la fascia di interventi inseriti nel sistema del FRNA (disabili gravi), introducendo nel sistema anche consistenti modifiche ed innovazioni alle tematiche connesse al trattamento delle Gravissime disabilità acquisite e delle gravi disabilità.

Sono state adottate da tutti i distretti, sulla base di uno schema tipo validato dall'Ufficio di Presidenza della CTSS e predisposto da uno specifico Gruppo di lavoro composto da Azienda e Uffici di piano, specifiche Convenzioni che stabiliscono lo *schema di gestione del FRNA e i rapporti tra ufficio di Piano e Azienda in modo uniforme e omogeneo a livello aziendale*.

I *principali contenuti della convenzione* che si ritiene di dover mettere in evidenza ai fini del presente lavoro, sono i seguenti:

a) definizione omogenea della *composizione e dei compiti del Nuovo ufficio di piano*, intesa anche come definizione di un contingente di personale minimo da assicurare per il suo funzionamento attraverso la acquisizione di risorse da parte dei Comuni (1 Responsabile individuato di norma nell'ambito dei Direttori dei Servizi alla persona dei Comuni, 1 Figura di sistema come definita dalla L. reg. 2/2003 e dalla normativa relativa ai PdZ, figure amministrative per garantire la funzionalità dell'ufficio stesso);

b) costituzione, a supporto dell'attività del Nuovo ufficio di piano e nell'ambito dello stesso, di un *tavolo tecnico* composto, per la parte relativa ai Comuni, da alcuni Direttori dei Servizi alla persona e, in un caso, da alcuni Assessori ai Servizi sociali dei Comuni; per la parte relativa al Distretto, dal Direttore dell'Area dipartimentale dell'integrazione socio-sanitaria, dal Direttore del Dipartimento delle cure primarie, dal Direttore delle

Attività amministrative. Tali tavoli tecnici possono essere integrati di volta in volta con l'introduzione di altri soggetti qualificati in rapporto alla trattazione di specifici temi. Il personale e i servizi distrettuali e aziendali, inoltre, garantiscono tutte le funzioni e le attività connesse alla gestione del FRNA e alla gestione dei flussi informativi consentendo la disponibilità dei flussi informativi già attivi in area socio-sanitaria e sanitaria e gestiti dall'Azienda Usl (es. Flusso regionale del. G.R. 1378, Flusso regionale del. G.R. 1377, Cruscotto territoriale, ecc.);

c) definizione omogenea delle *modalità di gestione amministrativa e contabile del FRNA*, della gestione dei rapporti giuridici e amministrativi per la gestione delle attività connesse alla area della non autosufficienza e alla realizzazione della programmazione distrettuale, nonché dell'attività di monitoraggio e verifica della programmazione e la gestione dei flussi informativi. Si specifica che in tutti i distretti *l'Azienda Usl è stata individuata quale ente gestore del FRNA* e, quindi, titolare delle funzioni giuridico-amministrative e contabili della attività afferente allo stesso FRNA. Risultano, pertanto, in capo alla Azienda Usl nella sua articolazione distrettuale (nei confronti dell'Ufficio di piano e del Comitato di distretto) e aziendale (nei confronti dell'Ufficio di supporto e della CTSS nonché della Regione) specifici obblighi di rendicontazione delle attività, dell'utilizzo delle risorse e della gestione contabile del FRNA;

b) *possibilità della gestione diretta da parte di singoli Comuni o del Comune capofila di specifici progetti di valenza distrettuale o comunale*. Tali progetti devono essere approvati dal Comitato di distretto (integrato dal Direttore di distretto) ed è prevista una specifica rendicontazione delle attività e dei costi rispetto all'Ufficio di piano e rispetto all'Azienda Usl. L'Azienda, inoltre, trasferisce le risorse FRNA necessaria alla realizzazione del/dei progetti direttamente al Comune gestore dello stesso. È previsto un primo trasferimento (50% del costo preventivato) all'atto dell'avvio delle attività e il saldo dei costi sostenuti previa rendicontazione validata dall'Ufficio di piano.

Il percorso seguito è congruente al rispetto delle indicazioni regionali contenute nelle

del. G.R. 1206/2007 e del. G.R. 1004/2007 che raccomandano, rispetto alle modalità di gestione del FRNA, la massima omogeneità e uniformità tra i territori distrettuali compresi nell'ambito di una medesima Azienda Usl. Lo scopo è evidentemente quello di raggiungere il più alto grado possibile di coerenza tra le scelte gestionali adottate (di specifica competenza dei vari livelli istituzionali nel pieno rispetto delle autonomie e delle realtà territoriali) e l'obiettivo della chiarezza nell'esercizio delle responsabilità e nella titolarità delle specifiche competenze sia gestionali che amministrative che contabili.

La scelta di individuare, quale ente gestore del FRNA, l'Azienda Usl è stata seguita nella maggior parte dei 38 distretti presenti in Regione. L'attuale assetto istituzionale e le attuali condizioni «storiche» in merito alla gestione amministrativa, contabile e tecnica da parte delle Aziende Usl delle attività volte a sostegno della non autosufficienza, unite alla specifica fase di impianto e modifica degli Uffici di piano e, quindi, di un nuovo rapporto con le amministrazioni comunali, hanno di fatto reso «ineluttabile» tale scelta gestionale. Solo nelle realtà del Comune di Parma e della Associazione comunale Terre di Castelli (Distretto di Vignola) sono stati individuati il Comune e l'Associazione stessi a svolgere tale funzione. Il progressivo completamento del Sistema FRNA (ancora in fase di definizione e completamento), la crescita e il consolidamento anche in termini operativi dell'Ufficio di supporto e degli Uffici di piano, l'avvio operativo dei nuovi strumenti di programmazione individuati dal Piano sociale e sanitario appena approvato, la strutturazione dei nuovi soggetti incaricati dell'attività della produzione delle prestazioni sociali e socio-sanitarie e il sistema dell'accreditamento in campo socio-sanitario potranno introdurre gli elementi necessari a modificare, nel senso indicato dalla Regione di maggiore responsabilizzazione degli enti locali nella gestione integrata delle attività e dei servizi e di integrazione professionale (tra operatori sociali e operatori sanitari) nella fase di valutazione del bisogno, di definizione del progetto individuale e di accesso alla rete dei servizi integrati, l'attuale sistema di gestione e produzione delle attività relative alla non autosufficienza, di fatto prevalentemente in capo dall'Azienda Usl.

6. La programmazione integrata - i documenti di programmazione, le loro interrelazioni e la loro compatibilità e congruità

Appare evidente l'impegno della Regione per la nascita di un sistema di *welfare* locale che, partendo dalla lettura dei reali bisogni del territorio, sia in grado di esprimere scelte di programmazione forti, innovative, che valorizzino l'apporto dei singoli cittadini e della comunità sociale nel suo complesso. Per fare questo è necessario che tale programmazione sia frutto del confronto e della partecipazione dei vari attori e sia condivisa non solo tra gli attori istituzionali, ma anche con quanti, a vario titolo, svolgono una funzione o un ruolo nell'ambito della società civile (in particolare OO.SS., Associazioni, Onlus, ecc.).

Il compito principale della funzione di programmazione è quello di individuare i nuovi e diversi bisogni derivanti dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali di indicare linee di azione, interventi e risposte adeguate.

Fino ad oggi, sono molteplici gli strumenti di programmazione utilizzati ai vari livelli istituzionali, alcuni dei quali hanno una valenza puramente interna alle organizzazioni (ad es. per quanto riguarda le Aziende Usl: *budget* annuale, Pal, Pat), altri, invece, hanno una valenza trasversale a più organizzazioni (es. Piani di zona, Piani per la salute). L'esperienza maturata, però, ha messo in evidenza la settorialità e la separazione di questi strumenti. Il rischio di una non perfetta coerenza tra di loro, con il conseguente «sbilanciamento» delle programmazioni delle singole organizzazioni, è stato forte. A questo deve aggiungersi la complessità (precedentemente descritta) del sistema *welfare*. Il problema del «disallineamento» dei contenuti programmatori e della tempistica nella adozione dei vari strumenti di programmazione è stato risolto, fino ad ora, con un consistente impegno gestionale e sforzo operativo da parte dei diversi livelli di governo del sistema *welfare*.

L'adozione da parte della Regione del Piano sociale e sanitario 2008-2010, che per la prima volta integra tra loro in un unico strumento i precedenti Piani sanitari e Piani sociali, deve essere letta in questa logica.

Il Piano sociale e sanitario 2008-2010 (approvato con provvedimento della Assemblea legislativa n. 175 del 22/5/2008) è frutto di un lavoro di consultazione e coinvolgimento delle istituzioni e della società civile importante e capillare. I suoi contenuti sono stati in parte anticipati, con particolare riferimento al FRNA, da precedenti atti di indirizzo che sono stati adottati dalla Giunta regionale previo coinvolgimento della Cabina di regia per le politiche sociali e sanitarie. Si pensi in particolare alle del. G.R. 509/2007 e del. G.R. 1206/2007.

Il Piano sociale e sanitario 2008-2010 dedica un intero capitolo al tema strategico della Programmazione integrata (cap. 3) comprendendovi, significativamente, anche la declinazione del Nuovo ufficio di piano, visto quale principale strumento tecnico per la definizione della programmazione integrata di livello distrettuale.

Il Piano sociale e sanitario individua i principali strumenti di programmazione richiamandoli in modo esplicito. Essi suddivisi per livello di governo sono i seguenti.

6.1. Livello regionale

I. *Piano regionale sociale e sanitario* - Fissa i principi generali gli obiettivi del triennio di competenza, individuando le regole generali e il sistema di valutazione dei risultati. Con particolare riferimento al FRNA, esso individua i criteri di riparto delle risorse, i servizi e gli interventi che devono essere erogati e le condizioni soggettive per usufruirne. La parte più operativa è demandata ad altri atti regionali. Il Piano viene elaborato dalla Giunta regionale e proposto, dopo l'acquisizione di pareri previsti dallo Statuto regionale e l'espletamento della fase di consultazione, all'Assemblea legislativa regionale per l'approvazione.

II. *Programma annuale regionale di ripartizione del Fondo sociale regionale* (L. reg. 2/2003) - Ripartisce le risorse del Fondo sociale sulla base dei criteri e degli obiettivi definiti nel Piano sociale e sanitario, vincolandone le modalità e le procedure di utilizzo. È adottato dalla Assemblea legislativa regionale previo parere del Cral (*Consiglio regionale autonomie locali*). Il trasferimento dei fondi viene effettuato in favore dei Comuni capofila.

III. *Linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale* - Specificamente rivolte alle Aziende Usl, definiscono, tenendo conto del Piano sociale e sanitario, gli obiettivi annuali definiti per le Aziende e il corrispondente finanziamento assegnato.

IV. *Il Programma annuale di ripartizione del FRNA* che, sulla base dei contenuti del Piano sociale e sanitario, ripartisce sui territori le risorse finanziarie del FRNA.

V. *Il Piano regionale per la Prevenzione*.

VI. *Altri interventi di settore che in parte integrano e attuano i contenuti del Piano sociale e sanitario* - Programma triennale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri, il Piano di azione a favore delle persone anziane.

6.2. Livello provinciale

Atto di indirizzo e coordinamento triennale - È adottato dalla CTSS e ha, tra l'altro, il fine di assicurare il coordinamento tra i diversi livelli di programmazione (regionale, provinciale, aziendale e distrettuale) e i diversi strumenti. Esso in particolare: a) fornisce le indicazioni strategiche sull'area dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari del territorio; b) definisce gli indirizzi per il Pal; c) indica gli ambiti dell'integrazione, compresa l'area della non autosufficienza; d) fornisce indirizzi e strumenti di coordinamento, monitoraggio e valutazione della programmazione distrettuale anche di tipo socio-sanitario; e) attraverso il Profilo di comunità valorizza l'esperienza dei Piani per la salute, rilevando le condizioni di salute e benessere sociale della popolazione di riferimento (ambito provinciale/aziendale e di distretto) in modo da fornire il quadro conoscitivo del territorio, con particolare attenzione alla individuazione delle criticità per orientare le scelte di pianificazione sociale e sanitaria territoriale. Nell'ambito dell'Atto triennale, la CTSS individua anche, nel rispetto delle specifiche competenze definite dalla normativa di riferimento, il livello di governo territoriale (aziendale/provinciale o distrettuale) come idoneo ad affrontare le criticità rilevate. L'Atto di indirizzo è proposto dall'Ufficio di supporto attraverso un percorso che vede la partecipazione sistematica e costante degli Uffici di piano, delle professionalità e

dei professionisti competenti e dei soggetti sociali (terzo settore, Asp, OOSS). Nella realtà bolognese l'Atto di coordinamento e indirizzo è stato approvato dalla Conferenza sociale e sanitaria nella seduta plenaria del 29/10/2008.

6.2. Livello distrettuale

Piano di zona distrettuale per la Salute e il benessere sociale - Adottato dal Comitato di distretto, sostituisce il Piano di zona, viene definito in coerenza con gli obiettivi e le indicazioni dell'Atto di indirizzo e di coordinamento della CTSS e tenendo conto dei contenuti del Profilo di comunità. Ha valenza triennale. In particolare: *a)* declina/individua le priorità strategiche nell'ambito distrettuale con riferimento all'Area sociale, socio-sanitaria (compresa la non autosufficienza) e sanitaria (limitatamente ai servizi territoriali); *b)* definisce la programmazione triennale relativa agli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari; *c)* individua i livelli di integrazione tra le politiche che concorrono a realizzare gli obiettivi di salute e di benessere sociale (politiche abitative, scolastiche ecc.) specificando anche i relativi strumenti; *d)* verifica l'attuazione del programma di realizzazione delle Asp e i risultati conseguiti. Attualmente la Regione ha individuato i principali criteri di definizione dei Piani (*delibera Giunta regionale n. 1682 del 20/12/2008* «Prima attuazione del Pssr 2008-20010: approvazione delle procedure per la programmazione di ambito distrettuale 2009-2011, di linee-guida per la partecipazione del terzo settore, del programma di accompagnamento e formazione») rinviando a successivi provvedimenti la definizione degli specifici contenuti e degli strumenti operativi.

Programma attuativo annuale (Paa) - Adottato dal Comitato di distretto rappresenta la definizione annuale del Piano distrettuale per la Salute e il benessere Sociale. Sostituisce il Programma attuativo del PdZ e comprende al suo interno: il Programma delle attività territoriali del distretto (Pat) e i Programmi di azione dei Piani per la salute. In particolare esso: *a)* declina su base annuale gli interventi distrettuali in area sociale, socio-sanitaria (compresa la non autosufficienza) e sanitaria; *b)* individua le specifiche risorse che i vari soggetti istituzionali (in

particolare Comuni e Ausl/Distretto) si impegnano a mettere a disposizione per l'attuazione degli interventi e della programmazione definita; *c)* definisce e approva progetti e programmi specificamente volti alla integrazione con le politiche educative, della mobilità, della casa ecc.

A questi strumenti di programmazione integrata si affiancano gli strumenti di programmazione interna alle istituzioni. Tali strumenti, che per l'Azienda sanitaria sono principalmente il *budget* annuale e il bilancio economico preventivo, devono mantenere la massima coerenza con la programmazione definita in ambito socio-sanitario allo scopo di:

- garantire la disponibilità di risorse sanitarie congruenti alla realizzazione delle scelte effettuate in ambito socio-sanitario;
- garantire la rappresentazione nell'ambito degli strumenti di programmazione economica dell'Azienda UsI della programmazione definita dai Comitati di distretto.

È bene ricordare che:

- il trasferimento del riparto del FRNA effettuato annualmente dalla Regione avviene in favore della Azienda UsI (si tratta prevalentemente di risorse finanziarie precedentemente comprese nel FSR) e le somme trasferite sono evidenziate nell'ambito del bilancio dell'azienda con specifica rappresentazione di livello distrettuale (sulla base dei criteri di riparto a livello territoriale indicati dalla CTSS);

- restano a carico del bilancio sanitario (prevalentemente alimentato dal FSR) i costi sanitari direttamente connessi al trattamento della non autosufficienza (ad es. assistenza medica, infermieristica, farmaceutica, riabilitativa per quanto riguarda l'Area anziani, la quota di costo imputata a carico del FSR secondo la attuale applicazione dei Lea per quanto riguarda l'assistenza in favore dei disabili gravi, gravissimi e portatori di gravissime disabilità acquisite);

- la spesa storica (spesa indicata nell'ambito dei consuntivi al 31/12/2006), già sostenuta dalle singole amministrazioni in favore della non autosufficienza e rappresentata nei bilanci di ciascuna, non deve decrementare allo scopo di garantire, attraverso la istituzio-

ne del FRNA un effettivo sviluppo delle opportunità offerte e non un mero trasferimento alla nuova fonte di finanziamento dei costi e delle attività già sostenute e codificate.

7. Monitoraggio e verifica della programmazione - reporting

Strettamente connessa alla funzione di programmazione è l'attività di monitoraggio e verifica della realizzazione della stessa e della sua efficacia a rispondere agli obiettivi di salute e benessere sociale individuati a livello territoriale. Il Piano sociale e sanitario 2008/2010 individua, al punto 3.1.2, i contenuti tecnici e organizzativi della programmazione in ambito socio-sanitario, sia sul versante gestionale che professionale, specificando poi, a conclusione: «È pertanto necessario che a livello di ambito distrettuale si programmino le forme, le modalità, le condizioni che favoriscono l'integrazione, ma occorre anche che si provveda a presidiarne i processi da parte degli Uffici di piano, garantendo l'esercizio delle funzioni di monitoraggio della attuazione, analisi delle varie fasi, le eventuali criticità che ne impediscono la piena e coerente realizzazione e le modalità attraverso cui le loro cause possono essere rimosse».

A livello distrettuale è pertanto l'Ufficio di piano lo strumento tecnico attraverso il quale il Comitato di distretto e il Direttore di distretto possono acquisire tutte le informazioni necessarie a svolgere in modo competente tale funzione effettuando, eventualmente, le necessarie modifiche alla programmazione. Nella realtà bolognese e ai sensi delle convenzioni previste dalle del. G.R. 1004/2007 e del. G.R. 1207/2007, nell'ambito di tutti e sei gli Uffici di piano distrettuali è attivo il Tavolo tecnico, composto da direttivi dei Comuni e dell'Azienda Usl, che ha il compito di supportare sul piano operativo e tecnico, tale attività. L'Azienda Usl è inoltre impegnata, attraverso le proprie strutture e i propri servizi di livello distrettuale e aziendale, a mettere a disposizione tutti i dati informativi necessari alla realizzazione di tale attività. È stata individuata nel Direttore dell'Area dipartimentale delle Attività socio-sanitarie (quale figura di connessione della funzione di integrazione tra i servizi comunali e i servizi socio-sanitari e

sanitari del distretto) l'interfaccia operativa del Responsabile dell'Ufficio di piano. La presenza nel Tavolo tecnico dei Direttori e Responsabili delle altre strutture distrettuali, quali il Dipartimento delle cure primarie e il Servizio amministrativo, garantisce il pieno raccordo operativo per la ricostruzione del quadro complessivo delle attività gestite direttamente dalla Azienda Usl, oltre che del quadro finanziario sull'utilizzo delle risorse FRNA.

Ma l'attività di monitoraggio e verifica, in una logica di coordinamento dei territori e di ricostruzione di un quadro provinciale in relazione (quanto meno) agli obiettivi e agli indirizzi definiti nell'Atto di coordinamento e indirizzo, deve essere svolta anche dall'Ufficio di supporto, con il coinvolgimento, nell'ambito dello Staff tecnico, degli Uffici di piano e della struttura aziendale.

A queste attività, inoltre, devono essere affiancate quelle specificamente rivolte al livello regionale che, come intuibile, prevedono un impegno consistente degli Uffici di piano e, soprattutto dei Distretti. Si precisa che esse riguardano la ricomposizione del quadro allargato delle risorse che sono specificamente rivolte alla non autosufficienza. Si tratta di una rilevazione (che si svilupperà secondo un andamento periodico) che viene gestita, attraverso uno specifico Sistema informativo FRNA dipendente dal Servizio governo dell'integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza, che rileva i dati dell'impegno finanziario dei Comuni, dei cittadini, di fondazioni o altri associazioni/enti *no profit*, del FRNA, del FRS per la realizzazione delle politiche in favore della non autosufficienza. Con la del. G.R. 1206/2007 è stata indicata la tempistica relativa a questo tipo di rilevazione, che prevede l'inserimento nel Sistema regionale dei dati a cadenza trimestrale con una «rendicontazione» finale entro il 28/02 di ogni anno. Il Sistema, che per il momento viene gestito come semplice inserimento di dati complessivi suddivisi per macrotipologie di servizio codificate ai sensi delle Direttive regionali, coinvolge ben 211 operatori che, nell'ambito della Regione, sono abilitati a utilizzare il sistema e sono coinvolti 11 Uffici di supporto, 38 Uffici di piano, 341 Comuni, 11 Aziende Usl e 38 Distretti (fonte: Relazione al Giugno

2007, redatta dal Servizio socio-sanitario regionale «Utilizzo FRNA 2007 e Programmazione 2008»). I dati vengono inseriti nel sistema dai vari nodi di responsabilità (Comuni, Distretti) e, dopo la validazione in via informatica da parte degli Uffici di piano a garanzia della correttezza delle informazioni, sono disponibili per il livello regionale.

La previsione è di una progressiva implementazione del progetto di informatizzazione del FRNA, ricomprendendovi anche la raccolta dei dati di attività. Attualmente il debito informativo nei confronti della Regione rispetto ai dati di attività socio-sanitaria è gestito, in attesa della implementazione dei nuovi moduli previsti dal progetto regionale, principalmente dalla Azienda Usl attraverso specifici flussi già attivati nel passato. In particolare, si rammentano: Il flusso informativo del. G.R. 1378, il Flusso informativo del. G.R. 1377, Il Flusso informativo del. G.R. 124/2002. Sono inoltre attivate altre specifiche rilevazioni che tendono a fotografare lo stato dell'arte in occasione di determinati momenti della vita aziendale (es. rilevazione dati attività in occasione della concertazione delle Aziende con la Regione). È stato, inoltre, avviato dal corrente anno uno specifico Flusso informativo relativo alla applicazione della del. G.R. 2068/2004 (Gravissime disabilità acquisite).

L'Azienda Usl rileva i dati di attività e di costo dai propri sistemi informativi interni (in particolare il Cruscotto territoriale e la contabilità analitica) o attraverso specifiche richieste informative che sono gestite a livello di Direzione generale o di Direzione di distretto e che non sono, al momento, ricondotte nell'ambito dei flussi informativi periodici. Tali richieste sono prevalentemente concordate con l'Ufficio di supporto o con gli Uffici di piano e rientrano nella dovuta attività di collaborazione nella gestione della funzione di supporto e monitoraggio alla programmazione.

Esiste, inoltre, un obbligo di rendicontazione contabile nei confronti del Servizio economico finanziario della Regione, dovuto alla forte responsabilizzazione dell'Azienda nella gestione dello specifico finanziamento FRNA. Tale funzione è da considerarsi autonoma rispetto alla individuazione della Azienda Usl/Distretto come ente gestore delle attività FRNA, ma è da ricondurre,

nella sua individuazione, come interfaccia dei Comuni rispetto all'utilizzo delle risorse assegnate e garante della legittimità del loro utilizzo nell'ambito della normativa e degli atti di indirizzo regionali. Tale funzione è da considerarsi di competenza dell'Azienda Usl, anche qualora sia individuato un ente gestore dell'attività diverso dall'Azienda stessa.

Appare evidente la frammentazione e la ridondanza degli strumenti utilizzati nella attività di rilevazione, che spesso sono inadeguati a rappresentare la situazione in modo preciso in corso d'anno. Si ritiene di mettere in evidenza le seguenti criticità:

1. Alcuni flussi informativi rivolti alla Regione (es. del. G.R. 1378 e 1377), che «leggono» in termini di costo e di attività l'importante settore dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari rivolti agli anziani e all'assegno di cura anziani, sono flussi annuali e non esiste una rilevazione periodica, anche limitata ad alcuni indicatori selezionati, che possa offrire una lettura *in itinere* dell'attività (es. prestazioni infermieristiche rese, giornate di presenza, periodo di ricovero ospedaliero, ecc.).

2. L'implementazione del Cruscotto territoriale avviene in modo lento (con molto ritardo rispetto alle scadenze di rilevazione trimestrale della attività), in modo non sempre coerente con le indicazioni impartite a livello aziendale per la sua implementazione (con ripercussioni sulla qualità delle informazioni), in modo non sempre completo rispetto alle informazioni che vi sono contenute (con conseguente impossibilità a raffrontare i dati contenuti rispetto a tutti gli ambiti distrettuali).

3. Le informazioni rilevate nell'ambito del Cruscotto territoriale necessitano di una revisione, anche a causa della situazione di «turbolenza» del FRNA. Si ricorda, ancora una volta, che non è concluso il percorso di impianto e, quindi, non sono state completamente definite, con i relativi atti di indirizzo regionali, tutte le tipologie di utenti e prestazioni che sono eleggibili nell'ambito del Fondo.

4. Le informazioni che compaiono nel Cruscotto territoriale sono gestite, spesso, in modo manuale, non essendo sempre supportate da sistemi informatici di gestione dei casi e delle prestazioni che possano rileva-

re in modo pressoché automatico e «certo» l'attività. Il Sistema GARSIA, infatti, rileva la gestione delle attività limitatamente agli assegni di cura anziani, non essendo ancora completata la fase di definizione e poi di implementazione dei moduli di presa in carico e gestione dell'Area disabili e di gestione e rilevazione delle prestazioni dell'Area anziani. Tale situazione può potenzialmente creare difformità nella rilevazione del dato e possibili errori di raccolta.

5. Non è stato codificato, in modo condiviso con l'Ufficio di supporto e con gli Uffici di piano, un sistema di indicatori e uno strumento di rilevazione unico in grado di selezionare i dati informativi più importanti a sostegno della programmazione e del suo monitoraggio. Tale strumento dovrebbe essere via via integrato in relazione all'inserimento nell'ambito del Sistema FRNA di nuove e diverse categorie di utenti e tipologie di servizi.

6. Le date e i periodi di raccolta dei dati individuati per il monitoraggio trimestrale del FRNA sono disallineati rispetto a quelli del monitoraggio e della rendicontazione di tipo economico-finanziario presso la Regione: questo comporta un continuo lavoro e una continua richiesta di integrazioni sul piano informativo che crea un forte appesantimento; lo stesso deve dirsi per il monitoraggio gestito a livello di CTSS.

7. Il diverso sistema di contabilità delle Aziende e dei Comuni rende, di fatto, scarsamente utilizzabile/comprendibile il dato rilevabile dalla contabilità analitica in termini di situazione economica e di proiezione in quanto, anche a causa dei tempi di registrazione contabile, dati significativamente rappresentativi della situazione sono talvolta disponibili con ritardo rispetto alle scadenze definite, spesso in modo estemporaneo, per il monitoraggio della programmazione.

8. Le diversità tra Aziende Usl e Comuni nella gestione della contabilità possono produrre, per scarsità di reciproca conoscenza delle norme e delle regole di riferimento di ciascuno, incomprensioni sul piano gestionale.

Nel paragrafo successivo saranno individuate alcune possibili proposte per migliorare le situazioni rilevate come critiche.

8. Proposte operative di miglioramento del sistema rispetto all'Ausl di Bologna

Dopo attenta analisi il Gruppo di lavoro ha individuato alcune azioni che si ritiene possano svolgere un ruolo fondante nella costruzione del nuovo sistema di rapporti interistituzionali nella valorizzazione di strumenti e di modalità operative che, talvolta già esistenti, necessitano di un adeguamento o di una ridefinizione nel senso di garantirne una maggiore incisività.

A) *Adeguamento Cruscotto territoriale*: è lo strumento direzionale principale dell'Azienda Usl. Nell'ambito del Cruscotto territoriale sono contenute tutte le informazioni significative per il monitoraggio dell'attività (produzione) dell'Area socio-sanitaria. In esso, quindi, dovranno divenire facilmente individuabili e distinti i dati di attività riconducibili al FRNA sia di tipo socio-sanitario (es.: posti-letto convenzionati in CP/RSA o utenti disabili inseriti in struttura a carico FRNA) che di tipo sanitario (es. prestazioni infermieristiche assicurate in CP/RSA). Tale «ridefinizione» delle informazioni contenute nel cruscotto territoriale dovrebbe essere fatta coinvolgendo gli Uffici di piano e l'Ufficio di supporto in modo da definire in modo condiviso le informazioni «sensibili» gli indicatori significativi da utilizzare per il monitoraggio e la verifica degli obiettivi annuali FRNA.

B) *Definizione/ridefinizione di strumenti informatici di valenza gestionale/informativa*: attualmente sono attivi vari flussi informativi specifici dell'Area socio-sanitaria che, in modo spesso «scoordinato», adempiono all'assolvimento di flussi informativi verso la Regione (es. Flusso informativo annuale del. G.R. 1377, Flusso informativo annuale del. G.R. 1378, SIPS strutture). Le strutture dell'Azienda Usl, così come gli enti gestori, sono coinvolte nella rilevazione e gestione di tali flussi che, spesso, si sovrappongono tra loro creando un effetto di ridondanza e di appesantimento sul sistema. La attuale situazione di informatizzazione di alcuni percorsi di tipo gestionale (es. Assegno di cura) ha mostrato come tale metodo di lavoro possa essere elemento di semplificazione e di maggiore «certezza» rispetto alla qualità del dato. L'occasione offerta di

poter disporre in termini di sistema allargato di *welfare* di risorse economiche che possono essere destinate alla costruzione/ridefinizione in termini informatici di strumenti informativi e gestionali diviene momento strategico per: 1) la definizione di procedure e strumenti gestionali omogenei sul livello provinciale; 2) connessione automatizzata dei percorsi di competenza dei vari attori del sistema *welfare* (Comuni, Azienda Usl, enti gestori) per la ricomposizione unitaria non solo del progetto complessivo attivato in capo al singolo utente, ma anche per la ricomposizione unitaria e omogenea dell'offerta, della produzione e della attività complessiva in favore di fasce di popolazione *target*; 3) l'implementazione automatica non solo del Cruscotto aziendale ma, in prospettiva, anche del Sistema informativo regionale FRNA; 4) la semplificazione, in termini di gestione del dato, dei vari flussi informativi mediante la loro connessione informatica e la rilevazione periodica e il più possibile automatica delle informazioni; 5) la strutturazione di flussi periodici (mensili, trimestrali, ecc.) di reportistica automatizzata a sostegno della attività di gestione anche amministrativa dei contratti di fornitura in essere.

Tale operazione non potrà che essere condotta in sintonia e in stretta collaborazione con i Comuni, con la Provincia e con la Regione. A giudizio del gruppo di lavoro, tenendo conto di quanto già esistente sul territorio, e delle analoghe necessità espresse in varie sedi dagli altri interlocutori istituzionali, tale percorso può essere possibile in tempi brevi. Resta da verificare l'eventuale possibile connessione con altri strumenti gestionali di valenza più strettamente economico/contabile presenti in azienda (es. EUSIS).

C) *Strutturazione di modalità condivise e periodiche di monitoraggio e verifica degli obiettivi nell'ambito del Sistema Allargato FRNA*: la natura stessa dal Sistema FRNA implica la presenza di vari soggetti che, in modo integrato tra loro, sviluppano, tenendo conto delle competenze e del ruolo di ciascuno di essi, strategie gestionali e azioni volte a garantire la migliore risposta possibile ai bisogni espressi dalla popolazione in tema di non autosufficienza. Tali strategie e azioni si collocano nell'ambito di obiettivi di sistema individuati a livello provinciale e, successivamente, realizzati concretamente a livello

distrettuale. Il monitoraggio e l'analisi periodica della domanda espressa e dell'attività rendono possibile non solo la lettura di quanto si sta realizzando a livello territoriale, ma anche la verifica della congruità della programmazione rispetto agli obiettivi individuati e la verifica della effettiva capacità di questi ultimi a rispondere ai bisogni espressi dalla popolazione.

Si ritiene importante, quindi, definire nell'ambito dell'Ufficio di supporto provinciale, in collaborazione con gli Uffici di piano, le modalità e i tempi per il monitoraggio trimestrale dell'attività (produzione e costi sostenuti) riconducibile a tutta l'Area FRNA (attività gestita dai Comuni, attività gestita dall'Azienda Usl) e della domanda e assegnazione di servizi sociali e socio-sanitari in modo da verificare i bisogni espressi dal territorio e le sue modifiche. L'impulso dato a livello territoriale, secondo le linee definite dalla Regione, al consolidamento e allo sviluppo del Sistema degli sportelli sociali e l'avvio di quanto descritto nel precedente punto B) potrà rendere possibile tale attività in modo pressoché automatico. Nell'immediato, a partire dal monitoraggio e dalla verifica della programmazione per l'anno 2008, potrebbe essere sufficiente la definizione nell'ambito dell'Ufficio di supporto di una *griglia di indicatori di attività* omogenei a livello provinciale, in modo da supportare l'attività di monitoraggio e verifica della programmazione a livello di Conferenza sociale e sanitaria, rendendo comparabile la lettura dei dati di attività e di costo sui vari distretti. Tale strumento potrebbe esser utilizzato anche a livello distrettuale. In questo modo sarà possibile fornire all'Ufficio di presidenza della CTSS e ai Comitati di distretto una lettura omogenea e integrata dell'attività sociale e socio-sanitaria a livello territoriale che, data la sua periodicità, potrà essere utilizzata anche nell'ambito dei rapporti informativi con le parti sociali. Il gruppo ha elaborato una prima proposta di strumento di monitoraggio che sia in grado di rappresentare l'attività e i costi sostenuti per realizzarla (costi a carico del FRNA e costi a carico del FSR) (**allegato 1**).

D) *Miglioramento delle modalità di ricordo e coordinamento con particolare riferimento alle attività di tipo amministrativo e contabile e al maggiore coinvolgimen-*

to della funzione amministrativa di livello distrettuale: è importante che sia mantenuto uno stretto raccordo di tipo sia informativo che operativo tra l'area tecnico-sanitaria e l'area amministrativa, in modo da garantire la circolazione delle informazioni e delle decisioni assunte a tutti i livelli e la loro congruità e fattibilità rispetto alle modalità organizzative e agli obblighi che, sul piano amministrativo e contabile, sono propri di ciascun ente istituzionale. Con particolare riferimento all'Azienda Usl, le proposte sono varie: A) promuovere, con particolare riferimento alle tematiche connesse alla programmazione e al monitoraggio del FRNA, la *partecipazione dei Responsabili amministrativi distrettuali (o dei referenti da loro individuati) agli incontri periodici del Consiglio di dipartimento delle Attività sociali e sanitarie*; B) *Strutturare incontri periodici del Gruppo di coordinamento amministrativo* (nell'ambito del quale sono compresi i referenti FRNA distrettuali, il Responsabile amministrativo del Dipartimento attività socio-sanitarie, il referente FRNA del Servizio bilancio, il Coordinatore delle attività amministrative decentrate) per verificare eventuali problematiche di gestione amministrativa del FRNA e definire soluzioni e modalità gestionali comuni e condivise tra i distretti. Tali incontri, per i quali si può ipotizzare una cadenza trimestrale, potrebbero essere anche preparatori alle verifiche periodiche individuate descritte al punto C) precedente; C) proseguire nella realizzazione di approfondimenti specifici delle singole realtà distrettuali in occasione dei principali appuntamenti annuali di programmazione, monitoraggio e verifica.

Su piano esterno all'Azienda Usl si ritiene di poter proporre la *partecipazione dei Responsabili amministrativi dei Distretti ai lavori dello Staff tecnico provinciale* in occasione degli incontri di predisposizione e analisi dei dati (attività e costo) a sostegno dell'attività di monitoraggio e verifica del FRNA.

Si ritiene, inoltre, di proporre la partecipazione del Responsabile amministrativo del DSM a tali attività, anche in preparazione dell'ormai prossimo inserimento nell'ambito

del FRNA di attività e utenti afferenti a tale Dipartimento.

E) *Percorsi formativi trasversali* (Azienda Usl, Uffici di piano/Comuni, Ufficio di supporto): favorire lo scambio e la conoscenza delle specifiche realtà ed esperienze gestionali, approfondire le metodologie della programmazione integrata e del monitoraggio, rendere confrontabili e comprensibili le specifiche realtà attraverso la conoscenza delle diverse normative di riferimento e della organizzazione di ciascuno sono elementi che favoriscono lo scambio e la collaborazione. Tali elementi sono fondamentali per la costruzione del sistema integrato di *welfare*. Si ritiene utile, pertanto, co-progettare e realizzare percorsi formativi e di approfondimento le cui tematiche dovranno necessariamente scaturire nell'ambito dello Staff tecnico.

9. Conclusioni

L'avvio del sistema FRNA ha imposto un nuovo metodo di lavoro che, partendo da un diverso approccio culturale alla realtà dei servizi rivolti alle persone non autosufficienti, si sta progressivamente sviluppando in una logica di valorizzazione dei diversi apporti che responsabilizza in modo forte i vari attori istituzionali e professionali. È dalla valorizzazione della competenza, del ruolo, della responsabilità di ciascuno che nasce la reale possibilità di agire l'*integrazione* in modo non solo teorico, ma facendone nei fatti un metodo di lavoro. La sperimentazione di questa nuova metodologia è, al momento, una esperienza unica che i professionisti dei Comuni e dell'Azienda Usl stanno vivendo con fatica, ma con convinzione e determinazione. È importante, sul piano gestionale e operativo, introdurre le innovazioni e i cambiamenti che si rendono necessari per rendere possibile la gestione del sistema *welfare*.

L'articolo è tratto dal Project Work predisposto per il Corso di Alta Formazione «Learning Network - Facilitatori organizzativi in Sanità» - indirizzo Programmazione e Controllo A.A. 2007/2008 organizzato dall'Azienda Usl di Bologna in collaborazione con Alma Mater Studiorum, Università di Bologna; Fondazione Alma Mater.

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

- LEGGE REGIONALE, 12 MAGGIO 1994, N. 19, «Norme per il riordino del SSR ai sensi del Decreto Lgs 30/12/1992 n. 502 modificato dal D.Lgs. 07/12/1993 n. 517».
- LEGGE REGIONALE, 12 MARZO 2003, N. 2, «Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali».
- LEGGE REGIONALE, 23 DICEMBRE 2004, N. 29, «Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale».
- LEGGE REGIONALE, 23 DICEMBRE 2004, N. 27, «Legge finanziaria regionale adottata a norma dell'art. 40 L. reg. 15/11/2001 n. 40 in coincidenza con l'approvazione del bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2005 e del bilancio pluriennale 2005-2007».
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE, 16 APRILE 2007, N. 509, «Fondo regionale per la non autosufficienza - programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009».
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE, 2 LUGLIO 2007, N. 1004, «Attuazione Delibera Assemblea Legislativa n. 91/2006 e DGR 1791/2006 - Individuazione delle azioni e dei criteri di riparto per realizzare gli obiettivi del programma finalizzato per la promozione e sviluppo degli Uffici di Piano».
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE, 30 LUGLIO 2007, N. 1206, «Fondo regionale per la non autosufficienza - indirizzi attuativi della Deliberazione Giunta Regionale n. 509/2007».
- REGIONE EMILIA ROMAGNA - DIREZIONE GENERALE SANITÀ E POLITICHE SOCIALI - n.r. 264848 del 22 dicembre 2007, «Indicazioni attuative della DGR 1206/2007».
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE, 12 MARZO 2008, N. 840, «Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l'assistenza a domicilio per le persone con gravissima disabilità nell'ambito del FRNA e della DGR 2068/04».
- REGIONE EMILIA ROMAGNA - DIREZIONE GENERALE SANITÀ E POLITICHE SOCIALI - «Utilizzo del FRNA 2007 e Programmazione 2008» - giugno 2008.
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE, 28 LUGLIO, 2008, N. 1230, «Fondo Regionale per la non autosufficienza - Programma 2008 e definizione interventi a favore persone adulte con disabilità».
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE, 20 DICEMBRE 2008, N. 1682, «Prima attuazione del PSSR 2008-2010: approvazione delle procedure per la programmazione di ambito distrettuale 2009-2011, di linee guida per la partecipazione del terzo settore, del programma di accompagnamento e formazione».

Appendice

Distretto

TIPOLOGIA INTERVENTI	ANNO IN CORSO				budget azienda Usi approvato per l'anno in corso		FONDO REG.NON AUTOSUFFICIENZA						F.S.R.				PROIEZIONE SU BASE ANNUA AL 31/12			
	PROGRAMMAZIONE APPROVATA COMITATO DI DISTRETTO		previsione costi		FRNA	FSR	dati offerta strutturale	dati attività utenza	fatture pervenute al	stima costi periodo	dati offerta strutturale	dati attività utenza	fatture pervenute al	stima costi periodo	dati offerta strutturale	dati attività utenza	costi al 31.12 FRNA	costi al 31.12 FSR		
	dati offerta strutturale	dati attività utenza	dati offerta strutturale	dati attività utenza																
ANZIANI																				
ASSISTENZA RESIDENZIALE																				
Strutture residenziali per anziani (Case Protette/RSA; inclusi "Ricoverti temporanei in RSA" (punto 4.4 della DGR 1378/99)																				
Sostegno progetti assistenziali individuali c/o strutture residenziali non convenzionate (punto 5 DGR n. 1378/99)																				
Altre strutture (case di riposo, comunità alloggio, etc.)																				
DOMICILIARITA', NUOVE OPPORTUNITA' ASSISTENZIALI E SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE																				
Accoglienza temporanea di sollievo (punto 4.5 DGR 1378/99) in strutture residenziali e/o in strutture semi-residenziali																				
Strutture semi-residenziali per anziani (Centri diurni)																				
Assistenza domiciliare e servizi connessi:																				
a) assistenza domiciliare																				
b) servizi a sostegno del programma individualizzato di vita e di cura																				
a.1. trasporti -																				
a.2. pasti																				
a.3. tele-soccorso e tele-assistenza																				
c) programma dimissioni protette																				
d) attività rivolta ai gruppi (formazione, informazione, educazione, incontri, Caffè Alzheimer, ecc.)																				
Assegno di cura anziani																				
a) assegni di cura (di livello A-B-C)																				
b) contributo aggiuntivo assistenti familiari con regolare contratto																				
Servizi di prossimità (porterato sociale, custode sociale, alloggi con servizi, ecc.)																				
AGGRESSO PRESA IN CARICO																				
Potenziamento punti unici di accesso alle prestazioni/servizi e percorso presa in carico																				
ALTRO																				
(specificare: interventi residuali ed																				

DATI AGGIORNATI AL

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Distretto

Anziani

FRNA - ANZIANI

Azienda USL
di Bologna

popolazione >75 anni al 01/01/2007	100.819
popolazione >75 anni al 01/01/2008	102.226
popolazione >75 anni al 01/01/2009	103.683

FRNA - ANZIANI		CONSUNTIVO ANNO 2007		CONSUNTIVO ANNO 2008		PREVENTIVO ANNO 2009	
		ATTIVITÀ	COSTI	ATTIVITÀ	COSTI	ATTIVITÀ	COSTI
POSTI RESIDENZIALI	Pl. convenzionati (CP + RSA)						
	Anziani in lista di attesa a fine periodo						
	Anziani inseriti stabilmente in struttura nell'anno						
SOLLIEVO/DIMMISSIONI PROTETTE	Numero posti						
	Anziani inseriti su posto temporaneo nell'anno						
Indice di convenzionamento (posti residenziali + sollievo/dimissioni protette)							
SEMIRESIDENZIALI	Numero posti in centro diurno						
	% posti convenzionati su popolazione > 75 anni						
	Percentuale utilizzo CD						
	Giornate di presenza in CD nell'anno						
	Stima giornate di funzionamento annue						
ASSEGNO DI CURA	Anziani con assegno di cura						
	Numero anziani in lista di attesa						
	Nuovi utenti assegno di cura dell'anno						
	% assegni di cura su popolazione > 75 anni						
CONTRIBUTO AGGIUNTIVO BADANTI	Numero utenti titolari di contributo aggiuntivo (€ 160)						
ASSISTENZA SOCIO - SANITARIA DOMICILIARE INTEGRATA	Ore di ASSDI rimborsate nell'anno - comprese dimissioni protette a domicilio						
PROGETTAZIONE SOVRADISTRETTUALE	<i>E-care, GARSIA</i>						
ALTRI INTERVENTI ANZIANI							
TOTALE							

N.B.: la presente scheda di livello aziendale viene esplosa con la situazione di ciascun distretto. La situazione presentata in CTSS è quindi esaustiva del livello aziendale e distrettuale.

Disabili

FRNA - DISABILI

**Azienda USL
di Bologna**

Popolazione 15/64 anni al 01/01/2007	529.745
Popolazione 15/64 anni al 01/01/2008	533.762
Popolazione 15/64 anni al 01/01/2009	540.134
Disabili in carico USSL distrettuali anno 2007	2.940
Disabili in carico USSL distrettuali anno 2008	3.064
Disabili in carico USSL distrettuali anno 2009	3.131

FRNA - DISABILI		CONSUNTIVO ANNO 2007		CONSUNTIVO ANNO 2008		PREVENTIVO ANNO 2009	
		ATTIVITÀ	COSTI	ATTIVITÀ	COSTI	ATTIVITÀ	COSTI
PROGETTI RIABILITATIVI IN STRUTTURA RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE E LABORATORIO PROTETTO	Utenti con progetti riabilitativi a carico FRNA						
	% su disabili in carico						
	% su popolazione <i>target</i>						
	Utenti a carico FRNA nuovi						
ACCOGLIENZA TEMPORANEA	N. utenti coinvolti nell'anno						
ASSEGNO DI CURA (DGR 1122/2002)	Utenti con assegno di cura						
CONTRIBUTO AGGIUNTIVO BADANTI	Numero utenti titolari di contributo aggiuntivo (€ 160)						
PROGETTI ASSISTENZA A DOMICILIO INTEGRATA	Utenti con progetti assistenziali a domicilio						
PROGETTAZIONE SOVRADISTRETTUALE	Sostegno psicologico a pazienti affetti da distrofia muscolare						
	Programma aiuto domiciliare a pazienti cronici gravi e gravissimi						
	Attivazione sostegno psicologico a disabili gravissimi e alle loro famiglie						
	Progetto GARSIA disabili presa in carico e cartella						
ALTRI INTERVENTI/PROGETTI DISABILI ADULTI	Interventi contrasto isolamento, altri progetti a sostegno integrazione						
TOTALE							

N.B.: la presente scheda di livello aziendale viene esplosa con la situazione di ciascun distretto. La situazione presentata in CTSS è quindi esustiva del livello aziendale e distrettuale.

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

Aiop, Emeneia

OSPEDALI & SALUTE. SETTIMO RAPPORTO ANNUALE 2009

FRANCOANGELI, MILANO, 2010, € 20,00 PP. 336 - ISBN: 9788856816549

La settima edizione del Rapporto sul tema dei servizi ospedalieri, cui fa capo più della metà della spesa pubblica per la sanità e una tipologia molto articolata di strutture pubbliche e private sul territorio, descrive una rete complessa di istituti cui si rivolgono annualmente quasi 14 milioni di cittadini e in cui lavorano circa 650mila addetti. Si interpreta una realtà in costante evoluzione, mettendo le analisi e le riflessioni – sia sul piano dell’offerta dei servizi sia sul piano della domanda – a disposizione degli operatori, dei decisori e della pubblica opinione. Attraverso la consueta struttura (illustrazione dei fenomeni più importanti dell’anno, indagine congiunturale sui rapporti che intercorrono tra le famiglie e l’ospedalità, la predisposizione di appositi indicatori statistici) il volume pone – tra l’altro – l’accento nel 2009 sul livello di «inefficienza implicita» presente negli ospedali pubblici, stimato attraverso un’apposita simulazione. Il modello, applicando un trattamento tariffario analogo a quello riservato agli ospedali privati accreditati, ma corretto verso l’alto per riconoscere le funzioni «aggiunte» (peraltro remunerate a parte), svolte dalle strutture pubbliche, mette in luce una consistente quota di inefficienza che pesa inevitabilmente sulla spesa pubblica per la sanità. Appaiono anche evidenti le inadeguatezze concernenti la trasparenza e la pubblicità dei bilanci degli ospedali pubblici, malgrado la normativa via via emanata nel corso degli anni. Per quanto riguarda le famiglie, si misura la crescente propensione dei cittadini a scegliere l’ospedale più appropriato, non tanto in relazione alla relativa tipologia giuridica di appartenenza, quanto piuttosto alla qualità intrinseca delle prestazioni fornite e alla possibilità di esprimere il meglio dell’assistenza da parte delle famiglie nei confronti dei ricoverati. Quest’anno, nel volume, l’accento è posto sul tema dell’effettiva centralità del paziente e della carenza delle «giunzioni» che rendono spesso difficile la saldatura tra servizi ospedalieri e medicina territoriale, allentando così l’efficacia della continuità assistenziale. Infine l’aggiornamento dei tre Indici sull’andamento dell’ospedalità italiana: sullo sviluppo di un sistema misto delle strutture di ricovero, della soddisfazione percepita da parte dei cittadini nei confronti dei servizi ospedalieri e della libertà di scelta degli istituti di cura da parte delle persone. Si aggiungono i dati sulle strutture, sulle attività sul personale e sulla spesa, che forniscono il consueto quadro annuale.

INDICE PRESENTAZIONE, DI ENZO PAOLINI - PARTE I. LA COMPARAZIONE ANCORA DIFFICILE TRA PUBBLICO E PRIVATO - CAPITOLO 1. IL PERCORSO INCOMPIUTO DELLA TRASPARENZA - 1.1. ESPLICITARE LA QUOTA DI INEFFICIENZA SOMMERSA - 1.2. PERVENIRE AD UN ACCESSO E AD UNA CONFRONTABILITÀ CONDIVISA DEI BILANCI - 1.3. TROVARE UN PERCORSO COMUNE A LIVELLO EUROPEO - CAPITOLO 2. LA TENUTA DEL SISTEMA MALGRADO LA DIVARICAZIONE DI TRATTAMENTO - 2.1. L’AUMENTO COSTANTE DELLA QUALITÀ DELL’OFFERTA - 2.2. UNA SPESA CONTENUTA, MA A PRESTAZIONI CRESCENTI - 2.3. IL RINNOVO CONTRATTUALE COME ESEMPIO DI ASIMMETRIA PUBBLICO/PRIVATO - CAPITOLO 3. LA SPINTA VERSO UNA QUALITÀ DI SISTEMA - 3.1. UNA DOMANDA DI OSPEDALITÀ IN EVOLUZIONE CONTINUA - 3.2. UNA CENTRALITÀ DEL CLIENTE DA FAR CRESCERE; IL MIGLIORAMENTO DEL SET DI INDICATORI MALGRADO LA CRISI - PARTE II. L’ANALISI CONGIUNTURALE DEI RAPPORTI TRA FAMIGLIE ITALIANE E OSPEDALITÀ - CAPITOLO 4. UNA MAGGIOR FLUIDITÀ NELLE MODALITÀ DI ACCESSO AGLI OSPEDALI - 4.1 L’OSCILLAZIONE DI RICORSO, RAGIONI E TIPO-

LOGIE DI STRUTTURE UTILIZZATE - 4.2. UNA RIPRESA DELLA MOBILITÀ OSPEDALIERA - 4.3 UNA SCELTA PIÙ MEDITATA DA PARTE DEGLI UTENTI - CAPITOLO 5. UN'OPZIONE POSITIVA PER L'ACCESSO «LIBERO E SENZA ONERI» - 5.1. UNA CONOSCENZA CHE STENTA A CRESCERE, MA CON UN ORIENTAMENTO FAVOREVOLE DA PARTE DEGLI UTENTI - 5.2. UNA CONSAPEVOLEZZA PIÙ MARCATO E POSITIVA DA PARTE DEI CITTADINI - 5.3. UNA SPINTA SIGNIFICATIVA VERSO LA MOBILITÀ OSPEDALIERA - CAPITOLO 6. IL GIUDIZIO SULLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE - 6.1. LA VALUTAZIONE POSITIVA DEI PAZIENTI - 6.2. LA VALUTAZIONE PIÙ PONDERATA DA PARTE DEI CITTADINI - CAPITOLO 7. L'ORIENTAMENTO VERSO UN SISTEMA OSPEDALIERO INTEGRATO TRA PUBBLICO E PRIVATO - 7.1. L'ATTEGGIAMENTO FAVOREVOLE E CONSOLIDATO DEI CITTADINI - 7.2. L'ASSUNZIONE DELLE RESPONSABILITÀ CONSEGUENTI - CAPITOLO 8. L'APPROFONDIMENTO TEMATICO: IL RECUPERO (REALE) DELLA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE - 8.1. UN GIUDIZIO PREVALENTEMENTE CRITICO - 8.2. LE TANTE RAGIONI DI UNA CENTRALITÀ DEBOLE; L'ESIGENZA DI LAVORARE SULLE «GIUNZIONI» - PARTE III. GLI INDICATORI STATISTICI - CAPITOLO 9. I DATI DI STRUTTURA - 9.1. LA PRESENZA DI ISTITUTI PUBBLICI E DI ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI - 9.2. LA DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO - 9.3. LA DOTAZIONE DI APPARECCHIATURE - CAPITOLO 10. I DATI DI ATTIVITÀ - 10.1. LE GIORNATE DI DEGENZA E IL TASSO DI UTILIZZO - 10.2. LE TIPOLOGIE DEI RICOVERI E DEI DIMESSI - 10.3. I DRG PIÙ DIFFUSI - 10.4. LE ATTIVITÀ CLASSIFICATE A SECONDA DELLA MAGGIORI CATEGORIE DIAGNOSTICHE - 10.5. LE ATTIVITÀ CLASSIFICATE PER DISCIPLINA - CAPITOLO 11. LE INFORMAZIONI SUL PERSONALE - 11.1 L'ANDAMENTO DEGLI ADDETTI NEL TEMPO - 11.2. LA SITUAZIONE DEGLI ADDETTI PER TERRITORIO - CAPITOLO 12. I DATI DI SPESA - 12.1. L'ANDAMENTO DEI FLUSSI NEL TEMPO - 12.2. LA SPESA SANITARIA A CONFRONTO - ALLEGATI - LA METODOLOGIA UTILIZZATA - INDICE DELLE TABELLE STRUTTURALI - LE TABELLE DI DETTAGLIO DELL'INDAGINE SULLE FAMIGLIE ITALIANE E L'OSPEDALITÀ

Alberto Brugnoli e Antonello Zangrandi - IReR - Regione Lombardia (a cura di)

PARTNERSHIP PUBBLICO-PRIVATO IN SANITÀ. ESPERIENZE E RISULTATI

MILANO, GUERINI, 2010, € 26,00, PP. 211 - ISBN: 9788862501378

Le partnership pubblico-privato sono ormai da diversi anni, anche in ambito sanitario, una possibile soluzione per realizzare nuove forme gestionali volte al miglioramento dei livelli di efficacia e di efficienza del servizio pubblico. In Italia le sperimentazioni gestionali rappresentano una modalità di tali collaborazioni attraverso la quale aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati possono individuare nuove logiche di governante e criteri di gestione per migliorare le condizioni del sistema sanitario. Il volume presenta i risultati di una ricerca realizzata da IReR sui progetti di partnership promossi dalla Regione Lombardia, attraverso l'analisi dei principali aspetti caratterizzanti e delle condizioni organizzative e finanziarie che ne influenzano gli esiti, con l'obiettivo di contribuire a una più approfondita comprensione dei fattori di successo degli stessi.

INDICE PREFAZIONE IRER, DI ADRIANO DE MAIO - PREFAZIONE REGIONE LOMBARDIA, DI CARLO LUCCHINA - INTRODUZIONE DI ALBERTO BRUGNOLI, DARIO BUTERA E PAOLO VIGNALI - CAPITOLO 1. COLLABORAZIONI PUBBLICO-PRIVATO E SPERIMENTAZIONI GESTIONALI IN SANITÀ, DI ANTONELLO ZANGRANDI E DARIO BUTERA - 1.1. LE RELAZIONI DI COLLABORAZIONE TRA AZIENDE PUBBLICHE E SOGGETTI PRIVATI - 1.2. LE COLLABORAZIONI PUBBLICO-PRIVATO IN SANITÀ - 1.3. LE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI - CAPITOLO 2. SPERIMENTAZIONI GESTIONALI: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE LOMBARDIA, DI DARIO BUTERA - 2.1. LE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI IN REGIONE LOMBARDIA: STATO DELL'ARTE - 2.2. LO SVILUPPO DELLE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI IN REGIONE LOMBARDIA: EVOLUZIONE NORMATIVA - 2.3. LE POLICY REGIONALI LOMBARDE IN MATERIA DI SPERIMENTAZIONI GESTIONALI - 2.4. L'ANALISI SVOLTA: OBIETTIVI E MODALITÀ - CAPITOLO 3. I PROGETTI DI SPERIMENTAZIONE GESTIONALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA DI MANTOVA, DI ANTONELLO ZANGRANDI E DARIO BUTERA - 3.1. LA RICONVERSIONE DELL'OSPEDALE DI SUZZARA ATTRAVERSO LA COSTITUZIONE DI UNA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE - 3.2. LA RIQUALIFICAZIONE DELL'OSPEDALE DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE TRAMITE LA COSTITUZIONE DI UNA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE - CAPITOLO 4. LA REALIZZAZIONE DI UN NUOVO DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE TRAMITE L'ATTIVAZIONE DI UNA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE PRESSO L'AO SAN GERARDO DI MONZA, DI DARIO BUTERA - 4.1. DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO - 4.2. LA FORMULA GIURIDICA ADOTTATA - 4.3. GLI OBIETTIVI DELLA SPERIMENTAZIONE E I PRIMI RISULTATI RAGGIUNTI - 4.4. L'EVOLUZIONE DEI COSTI E DEI RICAVI PREVISTA IN FASE DI REALIZZAZIONE - 4.5. ASPETTI QUALIQUANTITATIVI RELATIVI ALLE RISORSE UMANE - 4.6. CONSIDERAZIONI DI SINTESI - CAPITOLO 5. I PROGETTI DI SPERIMENTAZIONE GESTIONALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA BOLOGNINI DI SERIATE, DI DARIO BUTERA - 5.1. LA CREAZIONE DI UN CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CURA DEI MALATI DI ALZHEIMER PRESSO L'OSPEDALE BRIOLINI DI GAZZANIGA - 5.2. IL POTENZIAMENTO E LA GESTIONE DEI SERVIZI DI NEFROLOGIA E DIALISI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA BOLOGNINI

DI SERIATE MULTIZONALE PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SARNICO - 5.3. IL POTENZIAMENTO DELL'OSPEDALE S. ISIDORO DI TRESORE BALNEARIO - CAPITOLO 6. LE ALTRE SPERIMENTAZIONI LOMBARDE: UNA SINTESI, DI *DARIO BUTERA* - 6.1. LA RICONVERSIONE DELL'OSPEDALE DI VOLTA MANTOVANA - 6.2. LA RIQUALIFICAZIONE DEL PERCORSO RIABILITATIVO INTENSIVO NEL BACINO DELL'ALTO GARDA VALSABBIA - 6.3. LA RISTRUTTURAZIONE E L'AMPLIAMENTO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO SPEDALI CIVILI DI BRESCIA - 6.4. LA RICONVERSIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO E. SPALENZA DI ROVATO - 6.5. L'ATTIVAZIONE DI UNA COMUNITÀ PROTETTA PER PAZIENTI PSICHIATRICI NEL COMUNE DI PONTEVICO - 6.6. LA RICONVERSIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI PALAZZOLO SULL'OGGIO - 6.7. LA RIORGANIZZAZIONE E RIQUALIFICAZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI LENO - 6.8. LA SPERIMENTAZIONE GESTIONALE PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA CLINICA DI ODONTOSTOMATOLOGIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA S. PAOLO DI MILANO - 6.9. LO SVILUPPO DI UN PROGRAMMA DI RICERCA E L'UTILIZZO A FINI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI IN AMBITO ONCOLOGICO DELLA TECNOLOGIA «CYBER KNIFE» PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA SAN CARLO DI MILANO - 6.10 L'ORGANIZZAZIONE E LA GESTIONE DELLE ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE SPECIALISTICA E DI RIABILITAZIONE GENERALE E GERIATRICA PRESSO L'OSPEDALE UBOLDO DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO - CAPITOLO 7. UNO SGUARDO AD ALTRE ESPERIENZE DI SPERIMENTAZIONE GESTIONALE, DI *ALBERTO BRUGNOLI*, *DARIO BUTERA* E *PAOLO VIGNALI* - 7.1. LA SPERIMENTAZIONE GESTIONALE DEL CENTRO MEDICO SAN BIAGIO SRL - 7.2. LA SPERIMENTAZIONE GESTIONALE DEL NUOVO OSPEDALE DI SASSUOLO - 7.3. SPERIMENTAZIONI GESTIONALI IN SPAGNA: IL MODELLO HOSPITAL DE LA RIBERA-AZIRA (VALENCIA) - 7.4. LA CONVENZIONE TRA IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO DI PAVIA E GÉNÉRALE DE SANTÉ - CONCLUSIONI DI *ALBERTO BRUGNOLI* E *ANTONELLO ZANGRANDI*

Renato Balduzzi (a cura di)

TRENT'ANNI DI SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. UN CONFRONTO INTERDISCIPLINARE

IL MULINO, BOLOGNA, 2009, € 33,00, PP. 456 - ISBN: 978-88-15-13446-2

Questo volume costituisce la prima ricerca realmente interdisciplinare sul Servizio sanitario nazionale, la sua genesi, le sue metamorfosi, le sue prospettive. Giuristi, economisti, sociologi e specialisti di sanità pubblica si confrontano per spiegare le ragioni del ritardo nell'attuazione dell'art. 32 della Costituzione, le tappe della sua progressiva attuazione attraverso l'istituzione del Servizio sanitario nazionale e la complessa evoluzione delle sue caratteristiche organizzative, per arrivare alla discussione delle attuali criticità e delle prospettive del sistema sanitario, incentrate sul difficile, ma non impossibile legame, tra sostenibilità economica e tenuta unitaria del Ssn. Nel momento in cui, dagli Stati Uniti d'America ai Paesi della «vecchia Europa» la discussione sull'assetto della sanità torna a farsi incandescente, il volume costituisce uno strumento a disposizione di studiosi, manager del settore, professionisti e cittadini attivi per andare oltre i luoghi comuni e le visioni unilaterali o monodisciplinari della complessa materia sanitaria.

INDICE A MO' DI INTRODUZIONE: SU ALCUNE VERE O PRESUNTE CRITICITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E SULLE POSSIBILI EVOLUZIONI, DI *RENATO BALDUZZI* - IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE TRA DECISIONI POLITICO-AMMINISTRATIVE E PRATICHE SOCIALI, DI *GIAN LUIGI BULSEI* - ACCORDI E INTESA TRA GOVERNO E REGIONI NELLA PIÙ RECENTE EVOLUZIONE DEL SSN: SPUNTI RICOSTRUTTIVI, DI *GUIDA CARPANI* - LA COESISTENZA FRA SSN E SISTEMA SANITARIO PRIVATO. PROBLEMI DI EFFICIENZA E DI EQUITÀ, DI *GIUSEPPE CLERICO* - LA LEGGE N. 833 DEL 1978 E IL TRENINO-ALTO ADIGE: UN PEDISSEQUO RECEPIMENTO REGIONALE? DI *MATTEO COSULICH* - IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: UNA SANITÀ ALL'AVANGUARDIA, MA NON (ANCORA) INTEGRATA CON IL SETTORE SOCIALE, DI *NERINA DIRINDIN* E *CECILIA MARCHISIO* - DIRITTI, CULTURE DELLA SALUTE E PARTECIPAZIONE, DI *ANNA ROSA FAVRETTO* - SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E POLITICA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, DI *GIANLUCA FIORENTINI* - NATION-BUILDING E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, DI *GEORGE FRANCE* - LA SANITÀ «OLTRE» LE REGIONI. IL SUPERAMENTO DELLA DIMENSIONE TERRITORIALE STATICA E LA RISCOPERTA DEL RUOLO DEI COMUNI, DI *ELENA GRIGLIO* - LE QUATTRO RIFORME DELLA SANITÀ. UNA LETTURA SINOTTICA DI SNODI ISTITUZIONALI FONDAMENTALI, DI *ANGELO MATTIONI* - DAL 1948 AL 1978: L'INTERPRETAZIONE (RIDUTTIVA) DELL'ART. 32 COST. NEL PRIMO «TRENTENNIO SANITARIO», DI *DONATELLA MORANA* - IL DIRITTO ALLA SALUTE DEGLI IMMIGRATI TRA LEGGI ORDINARIE E COSTITUZIONE, DI *ARIANNA PITINO* - LA NON-NASCITA DEL SSN: OCCASIONE PERDUTA O STRADA NON PRESA? CONTINUITÀ E CESURE NELLE POLITICHE SANITARIE E NELLA LEGISLAZIONE SOCIALE DEL SECONDO DOPOGUERRA IN ITALIA, DI *FRANCESCO TARONI* - SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E TENUTA SANITARIA DEL SSN, DI *ANGELA TESTI* - DAL 1948 AL 1978: PERCHÉ COSÌ TARDI? DI *GIOVANNA VICARELLI*

Felice Marra

**LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE.
ASPETTI CONTRATTUALI E MANAGEMENT**

FRANCOANGELI, MILANO, 2010, € 20,00, PP. 176

Il testo affronta, anche alla luce delle ultime novità della «legge Brunetta», la struttura contrattuale di lavoro, i riflessi giuridici, organizzativi e manageriali, che interessano la funzione di coordinamento delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, ostetriche, della riabilitazione e della prevenzione. Il libro dedica la prima parte alle specifiche caratteristiche delle funzioni di coordinamento e ai relativi riflessi organizzativi. Segue una ricca e analitica parte centrale dedicata al coordinamento delle attività e delle risorse umane assegnate, con trattazione delle tematiche sull'orario di lavoro e regime delle presenze-assenze, ordine di servizio e pianificazione dei turni, flessibilità del rapporto di lavoro, garanzia e sicurezza degli ambienti di lavoro, sistema delle relazioni sindacali, approvvigionamento di beni e servizi, formazione, controllo dei costi, processi formativi e comunicativi, stili di leadership, processi di sviluppo professionale delle unità di riferimento e sistemi di valutazione professionale e di raggiungimento degli obiettivi di produttività, con le ultime novità legislative e contrattuali. La parte finale del testo è dedicata, invece, alle tematiche correlate alla responsabilità della funzione di coordinamento, con trattazione delle varie tipologie di responsabilità civile, penale, amministrativa e disciplinare.

INDICE INTRODUZIONE - CAPITOLO 1. NATURA E CARATTERISTICHE DELLE FUNZIONI DI COORDINAMENTO - 1.1. ORIGINE NORMATIVA CONTRATTUALE - 1.2. I LIVELLI DI COORDINAMENTO E LA GRADUAZIONE DELLA COMPLESSITÀ - 1.3. LE DISPOSIZIONI INTRODOTTE DALLA LEGGE 1 FEBBRAIO 2006, N. 43, E L'EVOLUZIONE CONTRATTUALE DI LAVORO - CAPITOLO 2. L'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ - 2.1. LA SCELTA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO 2.2. IL SERVIZIO INFERMIERISTICO E TECNICO AZIENDALE - 2.3. IL PIANO DI LAVORO E LA TURNISTICA - 2.4. IL CONTROLLO DEI COSTI - 2.5. IL SISTEMA INFORMATIVO - 2.6. IL PROCESSO DI APPROVVIGIONAMENTO DI BENI E SERVIZI - 2.7. LA GARANZIA E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO E DEI LAVORATORI - 2.8. LA CARTA DEI SERVIZI E IL SISTEMA DI QUALITÀ - CAPITOLO 3. LA PIANIFICAZIONE, ACQUISIZIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE - 3.1. LE RELAZIONI SINDACALI - 3.2. IL SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE DEL PERSONALE - 3.3. LA PIANIFICAZIONE DEL FABBISOGNO DI RISORSE UMANE - 3.4. LA RILEVAZIONE DEI CARICHI DI LAVORO - 3.5. LE PROCEDURE DI RECLUTAMENTO - 3.6. LE PROCEDURE CONCORSUALI PUBBLICHE DEL PERSONALE DEL COMPARTO - 3.7. GLI STRUMENTI DI SVILUPPO DEL PERSONALE: LE PROGRESSIONI VERTICALI, LE PROGRESSIONI ORIZZONTALI, LE POSIZIONI ORGANIZZATIVE - 3.8. LA FLESSIBILITÀ NEL LAVORO - 3.9. IL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO - 3.10. IL CONTRATTO DI SOMMINISTRAZIONE A TEMPO DETERMINATO - 3.11. LE COLLABORAZIONI - 3.12. IL CONTRATTO DI TELELAVORO - 3.13. IL CONTRATTO DI FORMAZIONE E LAVORO - 3.14. IL RAPPORTO DI LAVORO A PART-TIME - CAPITOLO 4. IL COORDINAMENTO DELLE RISORSE UMANE - 4.1. L'INGRESSO IN AZIENDA - 4.2. IL REGIME DELL'ORARIO DI LAVORO - 4.3. LA GESTIONE DELL'INDENNITÀ PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE - 4.4. IL REGIME DELLE ASSENZE - 4.5. L'ORDINE DI SERVIZIO - 4.6. IL LAVORO PER SQUADRA FUNZIONALE E L'INTERSCAMBIABILITÀ DEI RUOLI - 4.7. GLI STILI DI LEADERSHIP - 4.7. LA FORMAZIONE - 4.8. LE CAUSE DI CESSAZIONE DAL RAPPORTO DI LAVORO - CAPITOLO 5. VALUTAZIONE, MERITO E PRODUTTIVITÀ - 5.1. IL SISTEMA PREMIAnte DELLA PRODUTTIVITÀ - 5.2. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE AZIENDALE - 5.3. ASPETTI ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI - CAPITOLO 5. LE RESPONSABILITÀ - 5.1. NOZIONE DI RESPONSABILITÀ - 5.2. LA RESPONSABILITÀ PENALE - 5.3. LA RESPONSABILITÀ CIVILE - 5.4. LA RESPONSABILITÀ DISCIPLINARE - 5.6. LA RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA - BIBLIOGRAFIA, NORMATIVA E GIURISPRUDENZA DI RIFERIMENTO

Gabriele Pelissero, Aiop lombardia (a cura di)

**LA SANITÀ DELLA LOMBARDIA. IL SISTEMA SANITARIO E L'ATTIVITÀ OSPEDALIERA
NEL PERIODO 2003-2008**

FRANCOANGELI, MILANO, 2010, € 12,00, PP. 128 - ISBN: 9788856816402

Nella trentennale e travagliata storia del Servizio sanitario nazionale (Ssn) italiano, la Lombardia ha introdotto con la Legge regionale 11 luglio 1997 n. 31 una innovazione per molti aspetti radicale. Integrando i principi generali di universalità e solidarietà posti alla base del Ssn con quelli di sussidiarietà e libertà di scelta, infatti, la riforma sanitaria lombarda ha espresso una nuova visione dei rapporti fra Sistema sanitario e cittadino-utente e dei rapporti fra il livello di governo (Stato/Regione) e la rete degli operatori (Asl e Aziende ospeda-

liere di diritto pubblico e di diritto privato). Questa nuova concezione, che fra l'altro affronta per la prima volta il problema del conflitto di interessi introdotto nella sanità italiana con la L. 833/78 e presente in tutte le altre Regioni, porta la Lombardia a promuovere un modello di sanità aperto e pluralistico, nel quale il centralismo programmatico tipico dei modelli di tipo Beveridge viene superato, o almeno grandemente attenuato, dall'introduzione di strumenti che conferiscono, almeno in parte, un maggiore potere al cittadino/paziente, limitando così la discrezionalità politica e il peso delle burocrazie e dell'organizzazione. Il successo del modello lombardo, espresso in qualità ed efficienza economica, è documentato con dati ed elaborazioni che costituiscono la seconda parte del volume. Nella prima parte, dopo una analisi del Sistema sanitario della Lombardia, e dell'evoluzione dell'attività ospedaliera nel periodo 2003-2008, particolarmente significativo, viene affrontato il delicato problema della trasferibilità dell'esperienza ad altre Regioni italiane tramite il confronto con l'autonomia, le peculiarità locali e i diversi orientamenti politici.

INDICE PARTE I. IL SISTEMA SANITARIO DELLA LOMBARDIA - CAPITOLO 1. L'ORIGINALITÀ DEL SISTEMA SANITARIO DELLA LOMBARDIA - 1.1. APPENDICE. LA LEGGE REGIONALE 11 LUGLIO 1997 N. 31 - CAPITOLO 2. EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO LOMBARDO NEGLI ANNI 2003-2008 - CAPITOLO 3. I SISTEMI SANITARI REGIONALI ITALIANI E L'ESPERIMENTO LOMBARDO - CAPITOLO 4. CRISI ECONOMICA, FEDERALISMO E SANITÀ - PARTE II. RAPPORTI ANNUALI SULL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA 2003-2008 - INTRODUZIONE - RAPPORTO SUL SISTEMA OSPEDALIERO DELLA LOMBARDIA. 2003 - RAPPORTO SUL SISTEMA OSPEDALIERO DELLA LOMBARDIA. 2004 - RAPPORTO SUL SISTEMA OSPEDALIERO DELLA LOMBARDIA. 2005 - RAPPORTO SUL SISTEMA OSPEDALIERO DELLA LOMBARDIA. 2006 - RAPPORTO SUL SISTEMA OSPEDALIERO DELLA LOMBARDIA. 2007 - RAPPORTO SUL SISTEMA OSPEDALIERO DELLA LOMBARDIA. 2008

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**.

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

BUCHMUELLER T.C.

Consumer-oriented health care reform strategies: a review of the evidence on managed competition and consumer-directed health insurance

The Milbank Quarterly, 2009, 87(4), pp. 820-841

DORMONT B., GEOFFARD P., LAMIRAUD K.

The influence of supplementary health insurance on switching behaviour: evidence from Swiss data

Health Economics, 2009, 18(11), pp. 1339-1356

HIRTH R.A., TURENNE M.N., WHEELER J.R.C., PAN Q., MA Y., MESSANA J.M.

Provider monitoring and pay-for-performance when multiple providers affect outcomes: An application to renal dialysis

Health Services Research, 2009, 44(5 pt 1), pp. 1585-1621

HORWITZ J.R., NICHOLS A.

Hospital ownership and medical services: Market mix, spillover effects, and non profit objectives

Journal of Health Economics, 2009, 28(5), pp. 924-937

KRONEBUSCH K.

Quality information and fragmented markets: patient responses to hospital volume thresholds

Journal of Health Politics, Policy and Law, 2009, 34(5), pp. 777-827

STEVENSON D.G., FRANK R.G., TAU J.

Private long-term care insurance and state tax incentives

Inquiry, 2009, 46(3), pp. 305-321

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

DIRINDIN N.

Federalismo e sanità: rischio o opportunità?

Politiche sanitarie, 2009, 10(4), pp. 202-208

GUERRERO I., MOSSÉ P.R., ROGERS V.

Hospital investment policy in France: Pathways to efficiency and the efficiency of the pathways

Health Policy, 2009, 93(1), pp. 35-40

JORIO E.

I piani di rientro del debito sanitario ed i rischi della legislazione dell'emergenza

Sanità Pubblica e Privata, 2009, (5), pp. 0-24

MCCOY D., CHAND S., SRIDHAR D.

Global health funding: how much, where it comes from and where it goes

Health Policy and Planning, 2009, 24(6), pp. 407-417

STEVENSON D.G., COHEN M.A., TELL E.J., BURWELL B.

The complementarity of public and private long-term care coverage

Health Affairs, 2010, 29(1), pp. 96-101

ZWEIFEL P.

La sindrome di Sisifo come spiegazione alla crescita della spesa sanitaria

Politiche sanitarie, 2009, 10(4), pp. 209-216

ECONOMIA DEL FARMACO

BAE E.Y., LEE E.K.

Pharmacoeconomic guidelines and their implementation in the positive list system in South Korea

Value in Health, 2009, 12(suppl.2), pp. s36-s41

JEONG H-S.

Pharmaceutical reforms: Implications through comparisons of Korea and Japan

Health policy, 2009, 93(2-3), pp. 165-171

MASSIMINO F.

Il ciclo di vita del farmaco: breve sintesi normativa

Sanità Pubblica e Privata, 2009, (6), pp. 5-12

SEDJO R.L., COX E.R.

The influence of targeted education on medication persistence and generic substitution among consumer-directed health care enrollees

Health Services Research, 2009, 44(6), pp. 2079-2092

YIN W.

R&D policy, agency costs and innovation in personalized medicine

Journal of Health Economics, 2009, 28(5), pp. 950-962

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

BARNETT P., TENBENSEL T., CUMMING J., CLAYDEN C., ASHTON T., PLEDGER M., BURNETTE M.

Implementing new modes of governance in the New Zealand health system: An empirical study

Health Policy, 2009, 93(2-3), pp. 118-127

BLACKWELL D.L., MARTINEZ M.E., GENTLEMAN J.F., SANMARTIN C., BERTHELOT J-M.

Socioeconomic status and utilization of health care services in Canada and the United States. Findings from a binational health survey

Medical Care, 2009, 47(11), pp. 1136-1146

CHEN A.S., WEIR M.

The long shadow of the past: risk pooling and the political development of health care reform in the States

Journal of Health Politics, Policy and Law, 2009, 34(5), pp. 680-716

DE MARIA F., GRÉMY I.

Apports des collectivités territoriales franciliennes à la politique régionale de santé publique (The contributions of local authorities to regional public health policy)

Santé Publique, 2009, (5), pp. 513-522

JATHRANA S., CRAMPTON P.

Primary health care in New Zealand: Who has access?

Health Policy, 2009, 93(1), pp. 1-10

MLADOVSKY P.

A framework for analysing migrant health policies in Europe

Health Policy, 2009, 93(1), pp. 55-63

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

CHVETZOFF R., CHVETZOFF G., RAMPONNEAU J-P., SABY M., MICK G.

Quand un réseau de santé entre en stratégie: le cas du Réseau Voironnais de la Douleur (Strategic positioning of a health network: the example of the Réseau Voironnais de la Douleur)

Journal d'Economie Médicale, 2009, 27(6), pp. 343-357

EDMONSTONE J.

Clinical leadership: the elephant in the room

International Journal of Health Planning and Management, 2009, 24(4), pp. 290-305

JHA A., EPSTEIN A.

Hospital Governance and the quality of care

Health Affairs, 2010, 29(1), pp. 182-187

METTLER T., ROHNER P.

An analysis of the factors influencing networkability in the health-care sector

Health Services Management Research, 2009, 22(4), pp. 163-169

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

BAIANO M., PERFETTO A., TAGLIALATELA N.

Il sistema informativo sociosanitario. Elemento strategico della programmazione aziendale

Panorama della sanità 2010, 23(19), pp. 17-30

DEVINE E.B., HOLLINGWORTH W., HANSEN R.N., LAWLESS N.M., WILSON-NORTON J.L., MARTIN D.P., BLOUGH D.K., SULLIVAN S.D.

Electronic prescribing at the point of care: a time-motion study in the primary care setting

Health Services Research, 2010, 45(1), pp. 152-171

LORUSSO S., GIORDANO R.

I principi contabili e la revisione dei bilanci per le aziende sanitarie pubbliche. Aspetti istituzionali del progetto di innovazione contabile ed organizzativa della Regione Basilicata

Sanità Pubblica e Privata, 2010, 1, pp. 31-40

PILLAY R.

The skills gap in hospital management: a comparative analysis of hospital managers in the public and private sectors in South Africa

Health Services Management Research, 2010, 23(1), pp. 30-36

PILLON S. (A CURA DI)

La salute come la posta elettronica: Google Health, Microsoft HealthVault, Practice Fusion

Sanità Pubblica e Privata, 2009, (6), pp. 50-52

SUNSHINE J.H., HUGHES D.R., MEGHEA C., BHARGAVAN M.

What factors affect the productivity and efficiency of physician practices?

Med Care, 2010, Feb, 48(2), pp. 110-7

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

LADAPO J.A., HORWITZ J.R., MILTON C., GAZELLE G.S., CUTLER D.M.

Adoption and spread of new imaging technology: a case study

Health Affairs, 2009, 28(6), pp. w1122-w1132

PLUMB J., LYRATZOPOULOS G., GALLO H., CAMPBELL B.

Comparison of the assessment of five new interventional procedures in different countries

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2010, 26(1), p. 102-109

THE INTERNATIONAL WORKING GROUP FOR HTA ADVANCEMENT

Are key principles for improved health technology assessment supported and used by health technology assessment organizations?

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2010, 26(1), pp. 71-78

YANG B-M.

The future of Health Technology Assessment in healthcare decision making in Asia

Pharmacoeconomics, 2009, 27(11), pp. 891-901

VALUTAZIONI ECONOMICHE

HAZEN G.B., SCHWARTZ A.

Incorporating extrinsic goals into decision and cost-effectiveness analyses

Medical Decision Making, 2009, 29(5), p. 580-589

RIVERO-ARIAS O., ALASTAIR G.

The multinational nature of cost-effectiveness analyses alongside multinational clinical trial

Value in Health, 2010, 13(1), pp. 34-41

SHILLCUTT S.D., WALKER D.G., GOODMAN C.A., MILLS A.J.

Cost-effectiveness in low- and middle-income countries

Pharmacoeconomics, 2009, 27(11), pp. 903-917

YOTHASAMUT J., TANTIVESS S., TEERAWATTANANON Y.

Using economic evaluation in policy decision-making in Asian countries: Mission impossible or mission probable?

Value in Health, 2009, 12(suppl. 2), pp. s26-s30

WAETHERLY H., DRUMMOND M., CLAXTON K., COOKSON R., FERGUSON B., GODFREY C., RICE N., SCULPER M., SOWDEN A.

Methods for assessing the cost-effectiveness of public health interventions: Key challenges and recommendations

Health Policy, 2009, 93(2-3), pp. 85-92

Costo dell'abbonamento per l'anno 2010: € 320,00

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 2010 è fissato in:

€ 320,00 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 2010 per l'estero è fissato come segue: € 320,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 420,00, 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)	€ 300,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 300,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 300,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 300,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 300,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 300,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 300,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 300,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 300,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 300,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 320,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 320,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 320,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 320,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620)	€ 320,00 *
Volume 16°, annata 2007 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 692)	€ 320,00 *
Volume 17°, annata 2008 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 688)	€ 320,00 *
Volume 18°, annata 2009 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 320,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 4.726,00, anziché € 5.560,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.