

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XX – N. 81 GENNAIO-MARZO 2012

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** Revenue e spending review in sanità
Elio Borgonovi

SAGGI

- 9** Uno, nessuno, centomila: variazioni nel significato di efficienza in sala operatoria
Cristiana Cattaneo, Giovanna Galizzi, Gaia Bassani
- 27** L'operations management come innovazione gestionale
Mario Del Vecchio, Irene Roma

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 47** OPTIMO IZSVe: un caso di successo? Quello che non si misura, non migliora
Igino Andrighetto, Stefania Chinello, Lisa Zanardo
- 61** Commissariamento delle Asl campane e Piano di rientro: le percezioni dei dirigenti
F. Attena, V. Caporale, G. Corbisiero, R. Landolfi, M. Mascia, M.R. Troisi, G.A. Ventucci, G. Volpe, S. Marino, A. Valdes Abuadili
- 75** ABC nella riabilitazione: la presa in carico in Ciclo diurno continuo per l'età evolutiva
Gianmaria Battaglia, Francesca Pedretti
- 87** Follow-up dei dispositivi cardiaci impiantabili: analisi dei costi socio-economici
G. Boaretto, A. De Silvestri, C. Klersy, C. Gasparini, L. Gramegna, G. Scabro, L. Tomasi, C. Tomasi, R. Tomei, F. Zanon
- 105** La mobilità internazionale dei pazienti nella Ue: determinanti, rilevanza, regole e tendenze
Giorgio Giacomelli, Francesco Longo

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 119** Medicina generale: evidenze sull'efficacia raggiunta dalle logiche organizzative e gestionali adottate in seno al Ssn
Consensus Conference sullo stato dell'arte della Medicina generale nel Ssn, 12 dicembre 2011
- 135** Novità bibliografiche
- 139** 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

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

Federico Lega

Manuela S. Macinati

Antonio Nisio

Anna Prenestini

Elisabetta Reginato

Salvatore Russo

Domenico Salvatore

Paola Saracino

Massimo Sargiacomo

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Tanno

DIRETTORE EDITORIALE

Anna Gemma Gonzales



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 di saggi e ricerche, documenti e commenti per il governo manageriale della sanità. 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, nel settore pubblico e nel privato.

Per realizzare la sua missione la rivista *Mecosan* 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 rilevante 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, dirigenti del S.s.n., consulenti e operatori della sanità.

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, sulla base delle norme editoriali pubblicate in altra parte della rivista.

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

E-mail: mecosan@unibocconi.it

ABBONAMENTI

Per abbonarsi a *Mecosan* per l'anno 2012 versare l'importo di € 350,00 mediante c.c.p. n. 72902000 intestato a SIPIS - Roma o inviare assegno circolare o bancario, non trasferibile, intestato a SIPIS s.r.l. - Roma o bonifico bancario (Banca Intesa San Paolo di Roma IBAN: IT 37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM). Prezzo di una copia € 99,00

PUBBLICAZIONE

Edita da SIPIS, soc. ed. iscritta al n. 285 del reg. naz. della stampa in data 22 settembre 1982 e al n. 80 del R.o.c.

Registrata presso la Cancelleria del 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)

Società editrice: SIPIS - www.sipis.it

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

Si ricorda che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore; chi fotocopie 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.

Revenue e spending review in sanità

ELIO BORGONOVÌ

Come si possono modificare i palinsesti delle trasmissioni televisive in occasione di eventi straordinari, allo stesso modo si ritiene opportuno sospendere la trattazione de «L'alfabeto della sanità» per affrontare due temi che, anche se mai sopiti, in questi mesi sono ritornati di stretta attualità e lo saranno ancor di più nel prossimo futuro.

Si fa riferimento al tema del previsto aumento delle entrate da compartecipazione dei pazienti (o, più in generale, dei cittadini) che nel 2014 dovrebbero passare a sei miliardi di euro dagli attuali quattro (come indicato dalla manovra finanziaria del luglio 2011) e a quello della analisi e della valutazione della spesa finalizzate a eliminare sprechi e inefficienze. Il termine di moda usato è quello di spending review che dovrebbe (e il condizionale è d'obbligo) sostituire i tagli lineari, fino a oggi criticati da tutti, ma, poi, applicati da tutti i governi per la loro semplicità. A questo termine si può aggiungere quello di revenue review per segnalare che esiste anche una indiscutibile necessità di pensare a qualche soluzione innovativa per aumentare il finanziamento o per ridurre la quota del bilancio pubblico destinata al Fns.

Si ritiene di partire dal secondo tema, in quanto esso ha recentemente suscitato alcune proposte che hanno lo scopo di evitare i classici interventi sui ticket e sulle esenzioni di cui si conoscono vantaggi e limiti, sia sul piano teorico che su quello operativo. Una proposta che ha avviato un acceso dibattito, ma anche suscitato molte perplessità tra i responsabili delle politiche di tutela della salute a livello nazionale e regionale, oltre che tra gli studiosi del settore, è quella della «franchigia». A metà maggio il ministro Balduzzi ha lanciato l'idea, non è dato sapere se a seguito di specifiche analisi in tavoli tecnici ristretti o, semplicemente, come ballon d'essai, ma in ogni caso non si hanno documenti articolati a disposizione (a meno che questi non escano nel periodo che intercorre tra la stesura di questo editoriale e la sua pubblicazione).

In sintesi, la proposta consisterebbe nel prevedere per ogni cittadino (o nucleo familiare?) un certo ammontare definito in termini di percentuale di reddito sulle persone fisiche, simile a un «castelletto» di conto corrente, cui sia possibile attingere quando il cittadino richiede le prestazioni.

Concretamente il cittadino sarebbe dotato di una apposita carta sanitaria, provvista di un chip elettronico, nella quale verrebbe registrato il ticket pagato in occasione delle prestazioni. Secondo alcune analisi non pubblicate, condotte all'interno di Agenas, tale nuovo ticket dovrebbe essere definito nell'ordine del 50% delle prestazioni ma, una volta raggiunto l'ammontare della franchigia, il cittadino godrebbe gratuitamente delle prestazioni. Per esempio, un cittadino con un reddito di ventimila euro potrebbe ipoteticamente disporre di una franchigia pari a cento euro e, quindi, dovrebbe pagare il 50% delle prestazioni (esami diagnostici, farmaci, ecc.) fino a tale soglia, godendo gratuitamente di tutte le prestazioni cui ricorresse dopo tale livello.

Le principali argomentazioni a favore di questa proposta possono essere riassunte nei seguenti termini.

Viene riaffermato e consolidato il principio della copertura universale. Viene mantenuto anche il principio di equità nella partecipazione al cofinanziamento della spesa per la tutela della salute, in quanto la franchigia sarebbe correlata al reddito: nel concreto sarà necessario definire se l'ammontare della franchigia debba essere uguale per tutti o progressiva sulla base del reddito o, secondo altri, regressiva per tener conto del fatto che le persone dotate di elevati redditi sono tendenzialmente anche quelle che si servono in misura maggiore di fondi integrativi e di assicurazioni private che riducono il loro ricorso alle prestazioni del Ssn.

Altre considerazioni favorevoli sono quelle che considerano come così si eviti un incremento del ticket in misura non sostenibile per le persone che hanno bassi redditi ed elevati fabbisogni di tipo sanitario (anziani, persone con patologie croniche, ecc.) e, al tempo stesso, si riduca la complessità relativa alla determinazione dei ticket e alla selva di esenzioni, nonché le distorsioni che sono a essa collegate (già ora, per un certo numero di prestazioni, il costo delle stesse è inferiore al ticket, per cui il cittadino trova più conveniente il ricorso al pagamento diretto presso strutture private). Ciò rischia di portare verso un sistema sanitario nazionale che non garantirebbe la copertura sanitaria per tutti, ma solo per i più poveri a seguito di una fuoriuscita volontaria dal sistema dei più abbienti per una parte non irrilevante di prestazioni.

Le principali argomentazioni contrarie sono state presentate in modo esteso da Nerina Dirindin in un contributo del 15 maggio su Lavoce.info e possono essere sintetizzate come segue.

La franchigia si configura come una addizionale sull'Irpef. Essa non risolve il problema dell'equità, anzi lo accentuerebbe, in quanto i cittadini che oggi usufruiscono della esenzione sarebbero chiamati a contribuire, seppure in misura ridotta. Inoltre, le difficoltà operative derivanti dalla sostituzione delle attuali carte sanitarie con quelle dotate di un microchip e la dotazione dei punti di erogazione con strumenti idonei a registrare e a leggere i dati inseriti nelle carte sanitarie determinerebbero costi elevati e forse addirittura superiori ai ricavi previsti. Ancora, una franchigia nell'ordine di quella prevista (3-5 per mille) non consentirebbe di raggiungere l'obiettivo dei due miliardi di euro di maggiori entrate previste e, se dovesse essere applicata, logicamente richiederebbe di sostituire anche l'attuale sistema di ticket che genera circa quattro miliardi di entrate, ciò per non avere un sistema misto che accumula le complessità e gli svantaggi di entrambi. Infine, data l'attuale situazione riguardante il sistema di accertamento dei redditi, si determinerebbe un effetto regressivo, se si considera che dalle più recenti statistiche pubblicate dalla Agenzia delle entrate molte categorie di liberi professionisti, di lavoratori autonomi, di imprenditori denunciano redditi inferiori ai lavoratori dipendenti e, in alcuni casi, a certe categorie di pensionati non certo «di lusso».

Sia coloro che si dichiarano favorevoli alla revisione del sistema dei ticket, sia coloro che propendono per la franchigia sottolineano che, per funzionare bene, entrambe le soluzioni richiederebbero, da un lato, una rigorosa politica di revisione del sistema di accertamento dei redditi al fine di eliminare le palesi e inique distorsioni attuali, da un altro lato, più decisi interventi per responsabilizzare i medici sulla appropriatezza delle prescrizioni di accertamenti, da un altro ancora, interventi di riorganizzazione e razionalizzazione per ridurre i costi dei servizi e, quindi, il bisogno di ricorrere al cofinanziamento da parte dei pazienti.

Lungi dal volere aggiungere altre argomentazioni a favore dell'una o dell'altra soluzione, in questa sede, si intende contribuire al dibattito con alcune ulteriori considerazioni.

Innanzitutto, appare velleitario pensare di impedire o ridurre il ricorso a prestazioni private (che favoriscono indubbiamente coloro che hanno redditi più elevati) tramite un sistema di ticket o di franchigie che, di fatto, si configurano come «prezzi amministrati». L'evoluzione delle tecnologie, delle modalità organizzative e delle strategie dei privati modificano in tempi rapidi i prezzi delle prestazioni da essi erogate che, quindi, non possono essere seguiti in tempo reale dalla modifica dei ticket o del tetto massimo della franchigia. Per esempio, la

diffusione di politiche di low cost applicate da gruppi privati che operano nel settore sanitario può essere tale da rendere conveniente l'uscita dal Ssn per certe fasce di prestazioni. Il sistema di prezzi di mercato delle prestazioni è per sua definizione dinamico, mentre il sistema dei prezzi amministrati è statico e rappresenta un punto di riferimento rispetto al quale il sistema privato può definire, secondo proprie convenienze, i prezzi.

In secondo luogo, il principio della copertura universale non può e non deve essere considerato in astratto, ma in relazione alle concrete condizioni sociali ed economiche. Non si ritiene che esso venga meno quando una parte della popolazione, quella che ha redditi più elevati, decide di non avvalersi delle prestazioni del Sistema sanitario nazionale e ricorre a prestazioni pagate privatamente, purché sia mantenuto il diritto di avere le prestazioni necessarie (i livelli essenziali di assistenza) anche alle persone dotate di redditi bassi e a quelle che hanno più elevati bisogni assistenziali. La tesi secondo cui verrebbe meno il principio di equità quando una parte della popolazione può permettersi consumi, nel caso specifico servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, che altri non possono permettersi è, per certi aspetti, ideologica (senza voler attribuire un connotato necessariamente negativo a questo termine), in quanto non tiene conto del fatto che la diversità di reddito e le scelte di sua utilizzazione dipendono dalla autonomia degli individui. Redditi più alti delle persone, infatti, possono dipendere da maggiori capacità professionali e imprenditoriali, da un maggiore impegno sul lavoro, da patrimoni ottenuti senza merito, da comportamenti speculativi o illeciti. Le differenze dovute ai primi due comportamenti sono sicuramente da accettare e, anche, da stimolare in una società che vuole progredire. Le differenze dovute a condizioni favorevoli ereditate possono essere discutibili, sono tuttavia sicuramente lecite e, semmai, devono essere affrontate in sede di sistema di tassazione: è corretto, equo, funzionale che patrimoni siano tassati in occasione di loro trasferimento (per esempio, nel caso di successioni ed eredità) oppure ciò rischia di avere effetti negativi sull'economia e sulla società?

Situazioni in cui vi sia ricchezza accumulata non per merito o, addirittura, a seguito di comportamenti illeciti (per esempio, con l'evasione fiscale) devono e possono essere combattute in altra sede e con altri strumenti, non certo con i ticket o le franchigie per prestazioni sanitarie. Inoltre, non esiste nessuna ragione per impedire o scoraggiare le persone e le famiglie che hanno più elevati redditi ottenuti per merito di utilizzare parte di questo reddito per il ricorso a prestazioni sanitarie private, anziché servirsene per consumi d'altro genere, come le proprie vacanze, l'abbigliamento di qualità, i generi di lusso, la cultura, ecc. Le basi del Sistema sanitario nazionale a copertura universale sono il finanziamento tramite tassazione e la garanzia di livelli essenziali di assistenza (Lea) per tutti i cittadini. Se i Lea non sono garantiti perché a livello di allocazione del bilancio statale non viene destinata al Ssn una quota sufficiente del gettito fiscale o perché il sistema presenta bassi livelli di efficienza (fattori che generano, per esempio, tempi lunghi di attesa per certe prestazioni), la soluzione non consiste nel cercare di ridurre la possibilità di ricorrere a prestazioni private da parte di chi può permetterselo sul piano economico, ma è quella di ripensare alle priorità nell'allocazione della spesa pubblica e nell'aumento dell'efficienza del sistema. L'universalità del sistema non è garantita dal fatto che tutti siano trattati nello modo, anche quando ciò voglia dire bassi livelli di assistenza, ma dal fatto che tutti possano accedere ai suoi livelli essenziali e che qualcuno possa avere ulteriori prestazioni, purché sia in grado di sostenerle.

Anche l'argomentazione secondo cui il progressivo maggior ricorso a prestazioni private determinerebbe l'evoluzione verso un «sistema di sanità residuale per i poveri o i gruppi disagiati» appare astratta. Infatti, il ricorso a prestazioni private di per sé non determina l'aumento della spesa totale per il Sistema sanitario nazionale. Potrebbe determinare un aumento del «costo unitario delle prestazioni» nel caso di capacità assistenziale «non utilizzata» (riduzione del tasso di occupazione dei posti-letto o del tasso di utilizzazione di altri servizi), ma la riduzione della spesa totale dovuta al mancato sostenimento dei «costi variabili» delle prestazioni. Sostenere che la «fuga dal Sistema sanitario nazionale» a causa del ticket possa essere bloccata con il sistema delle franchigie rischia di rivelarsi (e per chi

scrive così è) una pia illusione, in quanto, come si è argomentato in precedenza, essa dipende dalle politiche dei prezzi applicati per le prestazioni dei privati.

Una ulteriore considerazione riguarda il «chi deve pagare». Sia con il sistema del ticket sia con quello della franchigia l'assunto di base è che a pagare debbano essere coloro che ricorrono alle prestazioni. Ciò per due ordini di motivi, il primo per determinare un «effetto disincentivante» per prestazioni inappropriate, il secondo per ottenere entrate in tempi rapidi e certi, con quella che viene definita e criticata come motivazione di «pura cassa». La prima motivazione è largamente accettata in termini di principio, anche se poi vi è una divaricazione tra le posizioni di coloro che attribuiscono la volontà/non volontà o la capacità/non capacità di ridurre prestazioni non appropriate prevalentemente ai medici e coloro che ritengono, invece, che anche il paziente abbia un certo livello di responsabilità nell'indurre prestazioni non appropriate (per esempio, nel caso di farmaci non utilizzati o di cambiamento del medico di base quando questi non si presti a prescrivere accertamenti e farmaci che considera superflui). Peraltro, esiste una larga convergenza da parte degli studiosi nel rilevare che l'effetto disincentivante è stato nullo, o comunque limitato, e che la principale motivazione del ricorso al ticket negli ultimi anni sia stata proprio quella «del fare cassa» con modalità immediate e semplici, con una logica che esula dalle ragioni che dovrebbero presiedere le scelte del Sistema sanitario nazionale.

In termini più moderni, il tema deve essere quindi riformulato come ricerca delle vie e delle forme per «estrarre valore» dall'intero settore che ruota attorno al bisogno di salute. Nessuno, infatti, può negare che alcuni dei soggetti privati presenti nel sistema di offerta sono in grado di ottenere profitti elevati sia per capacità imprenditoriale propria, sia perché possono sfruttare posizioni di rendita o situazioni determinate da inefficienze del sistema pubblico, a volte provocate o alimentate da chi ha convenienza a dirottare sul privato parte della domanda. Altri ottengono profitti elevati poiché sono in grado di far leva su persone ipocondriache o che, comunque, sono disposte a pagare direttamente o tramite assicurazioni private prestazioni non necessarie (per esempio, ecografie per conoscere il sesso dei nascituri i altri accertamenti ogni qualvolta che si manifesti qualche dolore considerato sospetto). Condizione quest'ultima che è stata fortemente accentuata dal fatto che molti cittadini, avendo accesso alla rete, vengono in possesso di informazioni su sintomi e su manifestazioni di patologie varie senza avere la capacità di interpretare questi sintomi. Vi sono alcune indagini che dimostrerebbero un aumento rapido del numero di cittadini che ricorrono all'autodiagnosi e anche all'autoprescrizione tramite la rete o siti di cui nessuno ha potuto verificare e controllare l'affidabilità e la correttezza. Quanti sono i medici che, di fronte a un cittadino che si presenta con la richiesta di effettuare accertamenti perché teme di soffrire di una determinata malattia o solo perché vuole essere tranquillizzato, hanno il coraggio e la volontà di negare la prescrizione e trovano il tempo per informare correttamente il paziente?

Inoltre, esistono anche molte imprese fornitrici di beni e servizi al sistema di tutela della salute che possono conseguire elevati profitti sia in relazione al reale «alto valore aggiunto» (ipotesi positiva), sia in relazione a situazioni di monopolio o a rendite di posizione di altro tipo (situazioni non illecite ma comunque non legate a una reale professionalità e imprenditorialità). Perché non pensare a forme di «estrazione del valore» da queste situazioni attraverso interventi analoghi alla tanto discussa Tobin tax sulle transazioni finanziarie che creano solo valore virtuale e non valore reale? Non vorremmo che qualcuno dei soggetti privati sopra richiamati interpretasse questa proposta come «interferenza sulle logiche di mercato», né come posizione ideologica negativa nei confronti del privato. Si tratta, infatti, di una ipotesi basata su un ragionamento economico molto semplice e concreto: se, a seguito delle difficoltà delle finanze pubbliche, che spingono a introdurre o ad aumentare ticket e ad applicare franchigie, oppure a seguito dell'indiscutibile impoverimento di larghe fasce di popolazione (l'effetto schiacciamento dei ceti medi provocato dalla crisi sistemica) si riduce la domanda complessiva di prestazioni sanitarie e, quindi, il «volume d'affari» complessivo

del settore che ruota attorno al bisogno di salute, tutti i soggetti (pubblici e privati) che fanno parte del settore subiscono effetti negativi in tempi brevi.

Un altro modo per «estrarre valore» dal sistema è quello di utilizzare al meglio il recupero di risorse perseguito con la spending review. Di fronte a una spesa pari al 7,1 % del Pil per il finanziamento pubblico della tutela della salute e al 9,5%, come finanziamento totale pubblico e privato, – percentuali inferiori ai Paesi con i quali l'Italia si confronta, quali Francia, Germania, UK, Giappone, Canada, per non parlare degli Usa, in cui la percentuale di spesa totale è del 17,4 % del Pil –, non sembra ragionevole sul piano economico ridurre ulteriormente le risorse destinate a tutelare un bisogno definito come «diritto umano» dall'Onu e come «diritto sociale del cittadino» dalla Costituzione italiana. Certamente, vi sono sprechi che vanno combattuti, ma deve ritenersi che vi siano sprechi anche in altri Paesi, dato che gli indicatori di speranza di vita collocano l'Italia al terzo posto nella graduatoria positiva e gli indicatori di mortalità e morbidità segnalano una buona qualità dell'assistenza, paragonabile a quella dei Paesi sopracitati e anche ai Paesi scandinavi, sempre portati a modello di buona amministrazione e di corretti comportamenti sociali. Inoltre, esistono sprechi in molti settori dell'economia italiana, non solo nella componente pubblica, ma anche in quella privata. Al cittadino medio potrebbe venire spontanea una domanda: perché quando si tratta di «far cassa» oltre che incidere sulla benzina o su altri beni di consumo (si veda l'aumento dell'Iva) si colpisce un settore fondamentale per la qualità della vita quale è la tutela della salute, garantito da un sistema che, pur con tutti i suoi difetti, parecchi Paesi del mondo ci invidiano?

Si faccia quindi la spending review del Ssn, la si faccia in modo rigoroso e, se è concesso un suggerimento ai competenti organi, coinvolgendo chi conosce realmente il sistema e non tramite consulenti o esperti che improvvisano interventi efficaci solo nelle loro intenzioni e nei loro modelli che poi si riveleranno (e la previsione non è difficile) inefficaci, quando addirittura non controproducenti. Ma si utilizzino i risparmi della spesa corrente ottenuta con la spending review non per ridurre ulteriormente la quota di spesa pubblica e privata destinata al settore, bensì per finanziare interventi finalizzati ad alimentare il processo di sviluppo che tutti invocano, ultimamente anche nei numerosi vertici e nelle frequenti teleconferenze a livello europeo e dei «grandi del mondo». Infatti, chi si preoccupa dello sviluppo, dopo essersi preoccupato del rigore e della fiducia da dare ai mercati finanziari (che peraltro sembrano non accontentarsi mai), dovrebbe ricordare che la parte dell'economia che ruota attorno ai bisogni di salute ha in sé un enorme potenziale di sviluppo. Si tratta di un settore a elevata intensità di lavoro (aspetto determinante se si vuole generare sviluppo collegato a maggiore occupazione ed evitare la crescita senza occupazione) e a elevata intensità di ricerca, innovazione, conoscenze, fattori che qualificano l'economia post industriale e qualcuno aggiunge post-moderna o post-crisi. Anche le imprese dei settori dell'indotto, oltre al farmaceutico, quello dei device, delle apparecchiature e delle attrezzature mediche, delle tecnologie ICT applicate alla diagnosi, cura e riabilitazione, dei materiali biocompatibili, della bioingegneria, ecc. sono a elevata intensità di lavoro, di ricerca, di innovazione, di conoscenze (labour and brain intensive). Sarebbe utile evitare che, dopo la logica di fatto dei «due tempi», prima il rigore e poi la crescita, si persegua anche una via dei «due tempi», prima la lotta agli sprechi e poi la ricerca di investimenti a sostegno dello sviluppo. Reinvestire i risparmi agli sprechi nel Ssn in politiche di sviluppo della qualità e dei livelli di assistenza attuali e futuri (tramite investimenti in conto capitale e nella ricerca) è sicuramente la scelta migliore per tutti e sicuramente utile a dare fiducia ai pazienti e all'intera popolazione.

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@unibocconi.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**.

Uno, nessuno, centomila: variazioni nel significato di efficienza in sala operatoria

CRISTIANA CATTANEO, GIOVANNA GALIZZI, GAIA BASSANI

Differences in Health System reforms and policies of western countries challenge a univocal concept of efficiency, although many quantitative studies propose a series of definitions and measurement methods. Through phenomenography this study, focused on a cardiac operating room, could advance contribution to bring out practitioners' perceptions of the concept in their daily practices, in order to elicit the multiple meaning of efficiency. Both the variety-multidimensionality of the concept of efficiency and a circular relation among categories of meaning (outcome space) are shown as a main result. Findings enhance a potential implication about policy makers at institutional and governmental level, helping them to keep in mind these contributions in order to give due weight into policies.

Keywords: efficiency, operating room, phenomenography

Parole chiave: efficienza, sala operatoria, fenomenografia

Note sugli autori

Cristiana Cattaneo, Giovanna Galizzi, Gaia Bassani, Dipartimento di Economia Aziendale dell'Università degli Studi di Bergamo

Attribuzione

Pur nella sua unitarietà, la stesura del lavoro risulta così attribuibile: §§ 1 e 2 Gaia Bassani, § 3 Giovanna Galizzi, § 4 Cristiana Cattaneo, Giovanna Galizzi e Gaia Bassani, § 5 e 6 Cristiana Cattaneo
Gli autori desiderano ringraziare i referees anonimi per i suggerimenti ricevuti

1. Introduzione

L'ondata di riforme che negli ultimi anni ha investito i maggiori Paesi occidentali trova ispirazione nei principi del *New Public Management* (Devlin, 2010; Macinati, 2010). Le politiche che ne sono conseguite hanno proposto l'efficienza come chiave di volta per introdurre profondi cambiamenti in tutti i settori pubblici. In Italia, il settore della sanità è forse quello in cui maggiore è stata questa spinta riformista, con un forte richiamo all'efficienza, all'aumento delle performance, della qualità della cura e a una maggior razionalizzazione nell'uso delle risorse.

La traduzione delle riforme in legislazioni nazionali ha comportato il ripensamento delle modalità di erogazione della cura, attraverso un'attenta analisi di tali processi che numerosi studi mettono in primo piano. Ricerche sulla centralità del paziente, sul pensiero *lean* e sulla riorganizzazione dei *provider*, secondo l'approccio per intensità di cura, suggeriscono orizzonti d'intesa sul significato di efficienza. Altri studi sottolineano come la moltitudine di ricerche svolte sull'efficienza in sanità non si sia rivelata esaustiva nello spiegare la gamma di sfumature che lo stesso concetto accoglie.

Di diverso avviso sono le ricerche che, studiando un particolare contesto, si focalizzano attorno a uno o pochi significati ed espressioni di efficienza. Gli studi sulla rivisitazione in chiave di efficienza dei processi chirurgici evidenziano come la concezione produttiva di efficienza sia dominante e guidi l'efficienza intesa come ottimizzazione del tempo chirurgico e del valore del margine giornaliero. Accanto a questi la-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Rassegna della letteratura
3. Metodo di ricerca: la fenomenografia
4. Risultati
5. Discussione dei risultati
6. Conclusioni

vori, due ricerche in contesto scandinavo, Arakelian *et al.* (2008; 2011), sottolineano l'importanza di indagare come gli operatori che agiscono direttamente su quel processo facciano esperienza di efficienza nelle loro attività quotidiane. Ciò comporta l'assunzione di un punto di vista preciso (quello dei *practitioner*) che propone la possibilità di abbracciare diversi significati del concetto indagato, nonostante il contesto della sala operatoria sembri condurre a una convergenza o appiattimento su un'unica idea di efficienza. L'area indagata appare, quindi, terreno fertile per individuare se e come, in un contesto stabile e per certi versi chiuso, possano dispiegarsi diversi modi di sperimentare il concetto di efficienza, agevolando la definizione di modalità di riconfigurazione del processo chirurgico.

In questo filone di ricerche si colloca la presente analisi, condotta nelle sale operatorie di cardiocirurgia con l'intento di esplorare come l'efficienza sia sperimentata nell'agire quotidiano dai soggetti che vivono uno dei processi più studiati e di maggior impatto economico dell'intero ospedale (Macario *et al.*, 1995; Cardoen *et al.*, 2010). Pertanto, l'approccio qualitativo della fenomenografia, già utilizzato da Arakelian *et al.* (2008; 2011), risulta essere quello più coerente alla domanda di ricerca, avendo come scopo quello di discernere e descrivere differenti modi attraverso i quali un gruppo di persone interpreta aspetti della realtà che li riguarda (Marton, 1981). Inoltre, il contesto ospedaliero scelto sta sperimentando una fase di transizione verso una nuova struttura, che prevede una completa riorganizzazione del blocco operatorio secondo logiche di efficienza e in cui i medici e il personale dello staff intervistati giocano un ruolo di primo piano.

Alla rassegna della letteratura che è oggetto del prossimo paragrafo, segue la descrizione dettagliata del metodo della fenomenografia utilizzato per la ricerca (§ 3) che conduce all'illustrazione dei risultati (§ 4), alla discussione degli stessi unitamente al risultato finale del processo d'indagine fenomenografico (*outcome space*) che restituisce la ricchezza di significato del concetto di efficienza (§ 5) e alle considerazioni conclusive (§ 6).

2. Rassegna della letteratura

Negli ultimi trenta anni l'«efficienza» ha dominato il settore pubblico (Devlin, 2010 p. 141) della maggior parte dei Paesi occidentali, attraverso innumerevoli riforme (Hood, 1995; Pollitt, Bouckaert, 2000; Lapsley, 2008) riconducibili al «New Public Management (NPM) umbrella» (Macinati, 2010 p. 422). In Italia, queste riforme hanno trovato ampia applicazione nel settore sanitario con i decreti legislativi dei primi anni novanta (Lo Scalzo *et al.*, 2009), dando risalto ai principi di efficienza accanto all'efficacia, alla qualità della cura e all'equità assistenziale.

Sulla scia delle legislazioni nazionali, la centralità del paziente (Snyder, Lathrop, 1995; Ford, Fottler, 2000; Borgonovi, 2007-2008) e la necessità di un'efficiente allocazione delle risorse hanno guidato la diffusione di approcci *manufacturing-based*, quali il *Six Sigma* e la *Lean Production* (Locock, 2003; Papadopoulos, 2006; D'Angelo, Zarbo, 2007; Pitel, 2008; Young, 2008; Young, McClean, 2009; Campbell, 2009; Joosten, Bongers, 2009; Mazzocato *et al.*, 2010; Holden, 2011), che, al pari della riorganizzazione delle strutture ospedaliere (Van Vliet *et al.*, 2011) secondo l'approccio per intensità di cura (Alesani *et al.*, 2006; Briani, Cortesi, 2007), agiscono sulla riconfigurazione dei processi assistenziali. Le modalità per procedere a una rivisitazione dei processi secondo un'ottica di efficienza sono molteplici. Nonostante gli studi citati forniscano ampi spunti, lo stesso concetto di efficienza è ancora ai giorni nostri pervaso da ambiguità.

Le ricerche che si focalizzano su ambienti circoscritti, come quello della sala operatoria, offrono al contrario descrizioni più precise del significato di efficienza e di come questo possa essere tradotto dagli operatori nelle loro attività quotidiane. A partire dal contributo di Archer e Macario (2006), la vasta letteratura sulla gestione delle sale operatorie offre ampi spunti di riflessione. In particolare, i due autori qualificano l'efficienza all'interno della sala operatoria come «*scheduling efficiency*» a monte del processo, «*operational efficiency*» con riguardo alla rivisitazione delle singole fasi del processo e «*financial efficiency*» come massimizzazione del margine giornaliero del processo,

inteso come «the daily revenue generated by the operating room, less all of the operating room's daily variable labour and supply costs» (Archer, Macario, 2006, p. 173). A sostegno dell'efficienza della programmazione e del risultato economico, l'«operational efficiency» potrebbe essere vista anche come assunzione di fondo, in quanto il ridisegno del processo chirurgico comporta necessariamente un ripensamento a monte delle procedure di ottimizzazione del tempo chirurgico («scheduling efficiency»), e una valutazione a valle dell'impatto sul risultato economico del processo («financial efficiency»).

Le implicazioni di questa assunzione di fondo portano a mettere in campo continue e numerose strategie, affinché l'efficienza, la sicurezza e la soddisfazione nelle sale operatorie venga garantita, a maggior ragione qualora venga ridisegnata l'intera struttura (Heslin *et al.*, 2008). Per esempio, una riprogrammazione delle visite preoperatorie da un lato incrementa l'efficienza (Correl, 2006) e dall'altro innalza la soddisfazione del paziente (Harnett *et al.*, 2010).

Harders *et al.* (2006) dimostrano invece come un ripensamento multidisciplinare del processo possa condurre a un miglioramento dell'efficienza, mentre Marijamaa *et al.* (2009) mettono in campo la simulazione per individuare il miglior flusso operativo. L'elevata rischiosità e la continua ricerca di procedure sicure avvicinano il contesto della sala operatoria al mondo dell'aviazione suggerendo continui stimoli di ricerca indirizzati alle diverse specialità mediche (Gaba, DeAnda, 1988; Helmreich, 2000).

La diffusione del pensiero *lean* e delle tecniche proprie del *Six Sigma* in sala operatoria (Showan, Kennedy, 1999; Cima *et al.*, 2011) rappresentano ulteriori strumenti per mettere in atto l'ottimizzazione delle risorse e la contestuale eliminazione degli sprechi, superando la visione miope delle singole unità costituenti l'intero sistema operatorio (Showan, Kennedy, 1999) e incrementando la qualità della cura (Archer, Macario, 2006). Delo stesso significato anche gli svariati studi sull'individuazione dell'appropriato tempo chirurgico (Sandberg *et al.*, 2005; Krupka, Sandberg, 2006; Archer, Macario, 2006; Kujala *et al.*, 2006), che interessa peraltro l'intero filone della pianificazione e programma-

zione della sala operatoria (per una review si veda: Cardoen *et al.*, 2010).

Gli studi presentati, che a diverso modo si concentrano sulla rivisitazione del processo chirurgico, condividono l'accezione economica di efficienza produttiva come assunto di partenza. Palmer e Torgerson (1999) definiscono produttiva l'efficienza rivolta alla massimizzazione dell'*health outcome* per un dato costo, o alla minimizzazione del costo per un dato *outcome*. Gli stessi autori accanto agli studi di Papanicolas *et al.* (2008), Coelli *et al.* (1998) e Färe *et al.* (1989) ricordano come il concetto di efficienza produttiva possa ricomprendere anche quella tecnica, intesa come ottenimento del migliore risultato avendo degli *input*/risorse definiti. Entrambe queste accezioni di efficienza hanno dominato gli studi quantitativi sulla misurazione della performance (Coast, 1996; Martinussen, Midttun, 2004; McKay, Deily, 2008; Da Encarnação Filipe Amado, Pereira dos Santos, 2009; Herr, 2011). Distante da questo campo di ricerca si colloca la considerazione dell'efficienza allocativa, in quanto allarga la prospettiva alla comunità internazionale, nazionale o regionale, responsabile dell'allocazione delle risorse in modo da massimizzare il benessere della collettività (Palmer, Torgerson, 1999; Polyzos, 2002).

I due lavori di Arakelian *et al.* (2008; 2011) sull'efficienza nelle sale operatorie suggeriscono come una metodologia qualitativa permetta di cogliere significati di efficienza che vanno oltre l'accezione produttiva (Macario, 2006), coinvolgendo direttamente il personale medico e lo staff implicato nel processo. In particolare, entrambi gli scritti di Arakelian *et al.* applicano la fenomenografia nello studio dell'efficienza nelle sale operatorie, pur facendo riferimento a due contesti diversi. Il primo studio (2008) approfondisce la diversa visione di *supervisor* e staff con una prevalenza per i primi dell'efficienza in senso produttivo e di soddisfazione e competenza per i secondi. Il secondo studio (2011) analizza l'efficienza all'interno di un *team* chirurgico e sottolinea come la logica del *team* (Sexton *et al.*, 2006) porti a spostare l'attenzione da una visione individuale dell'efficienza a una visione maggiormente rivolta al paziente.

Il presente lavoro condivide con questi studi l'assunzione di fondo sull'importanza di indagare come l'efficienza venga perce-

pita dagli operatori che sono parte attiva del processo, i quali possono suggerire modalità di riconfigurazione del processo chirurgico ispirate dall'efficienza sperimentata nelle loro attività quotidiane. In questo modo non vi è la necessità di partire da una definizione di efficienza, notoriamente non condivisa (Krumholz *et al.*, 2008) e vi è la possibilità di accostare le percezioni del personale alle definizioni di efficienza nella programmazione, nel processo e finanziaria suggerite da Archer e Macario (2006). La visione comune ha la potenzialità, tra le altre cose, di sviluppare le innovazioni *evidence-based* attenuando le inerzie e le barriere al cambiamento (Adang, Wensing, 2008).

3. Metodo di ricerca: la fenomenografia

La rassegna della letteratura ha messo in risalto come non manchino ricerche che, attraverso l'approccio qualitativo, studiano il significato del concetto di efficienza applicato al processo di cura del paziente (Harders *et al.* 2006; Marijamaa *et al.*, 2009). Si tratta di studi in cui il concetto di efficienza è dato per acquisito, posto a monte del processo di ricerca stesso.

Nei due lavori di Arakelian (2008; 2011), pur rimanendo l'approccio adottato quello qualitativo, la prospettiva di indagine cambia. Infatti, il ricorso alla fenomenografia consente di focalizzare l'attenzione non tanto sul concetto di efficienza nella realtà sanitaria («first-order perspective», Marton, 1981, p. 178), quanto sulle diverse modalità con le quali i singoli attori del processo operatorio percepiscono il fenomeno stesso dell'efficienza nel loro lavoro («second-order perspective», Marton, 1981, p. 178).

La fenomenografia si basa sulla proposizione che le capacità degli individui di agire nei confronti di un fenomeno siano riferite a come essi hanno imparato a sperimentare il significato del fenomeno stesso. È indubbio che la fenomenografia condivida alcuni aspetti di somiglianza con la fenomenologia avendo entrambe per oggetto di studio l'esperienza e la consapevolezza dell'uomo. Ciò nonostante gli scopi sono diversi: nella fenomenologia lo scopo principale è di chiarire la struttura e il significato di un fenomeno (Larsson, Holmström, 2007), mentre come già evidenziato quello della fenomenografia

è di indagare le variazioni nei modi con cui le persone fanno esperienza e comprendono un fenomeno nel mondo circostante.

Da un punto di vista ontologico, la fenomenografia richiede di adottare una prospettiva non dualistica riguardante la natura della realtà, assumendo l'assunto in base al quale l'unica realtà che possiamo comunicare è quella di cui abbiamo fatto esperienza. Di conseguenza, nell'ambito del presente studio i significati di «efficienza nel processo chirurgico» esistono attraverso il modo con cui il fenomeno stesso dell'efficienza – o anche di inefficienza – è presente nelle situazioni sperimentate dagli individui.

Questa prospettiva ontologica si ripercuote a livello epistemologico, in quanto se è vero che le esperienze individuali della realtà circostante differiscono le une dalle altre, è altrettanto vero che queste differenze possono essere descritte, comunicate e comprese attraverso un processo di analisi. Infatti, la metodologia adottata prevede di esplorare le esperienze dei partecipanti al fine di identificare i significati concettuali da loro assegnati al fenomeno indagato. Questi diversi significati sono classificati in categorie di descrizione in relazione alle loro somiglianze o differenze. Alla fine, le descrizioni su come la realtà sia percepita/compresa da un gruppo di persone e le relazioni tra esse esistenti costituiscono i risultati essenziali (*outcome space*) della ricerca condotto secondo l'approccio della fenomenografia.

Come tutti gli approcci qualitativi alla ricerca (per tutti, Morse *et al.*, 2002), anche il processo di ricerca fenomenografico necessita di essere supportato da strategie volte ad assicurarne validità e replicabilità («verification strategies» Morse *et al.*, 2002; Cope 2004). A questo proposito, la letteratura di riferimento è unanime nel ritenere che, affinché simili strategie possano svolgere la funzione di meccanismi di auto-correzione, debbano: i) pervadere l'intero processo di ricerca; ii) essere rendicontate come parte fondamentale del metodo di ricerca utilizzato, dando così dimostrazione della responsabilità del ricercatore nell'assicurare rigore al proprio lavoro (Ashworth, Lucas, 2000; Sandberg, 2000; Morse *et al.*, 2002; Cope, 2004; Sin, 2010).

Pertanto, al fine di assicurare al presente lavoro un adeguato grado di validità, si è

ritenuto di adottare, durante lo svolgimento dei singoli passaggi del processo di ricerca, quelle strategie indicate in letteratura dandone conto nella descrizione delle varie fasi, a partire dalla giustificazione in merito alla scelta del metodo fenomenografico riportata in apertura del presente paragrafo.

Di seguito, pertanto, sono riportate le singole fasi del processo di ricerca unitamente alle strategie adottate a sostegno della validità del processo stesso.

3.1. Caratteristiche del contesto

Lo studio è stato condotto in un ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione con poco più di 1.000 posti-letto, la maggior parte dei quali dedicati al ricovero ordinario. La struttura ospedaliera, risalente al 1930, conta 17 Dipartimenti sanitari, 4.000 operatori e svolge anche il ruolo di punto di riferimento nazionale per i trapianti. L'adattamento alle logiche di intensità di cura con alti standard di efficienza ha richiesto la costruzione di un nuovo edificio, che è in via di ultimazione. In particolare, tra le maggiori novità si registra quella del blocco operatorio che, alle sale operatorie dedicate a ciascuna specialità medica, sostituisce una piattaforma centrale e condivisa.

Nell'attuale struttura, il processo di cardiocirurgia costituisce una sorta di microcosmo con una «stabilità» di casistica operatoria abbastanza definita. Nello specifico, in cardiocirurgia non opera ciò che normalmente viene definito un «team» (*team* che invece costituisce il campione di indagine nel secondo lavoro di Arakelian *et al.*, 2011), pur risultando coinvolto un numero ristretto di personale sanitario suddiviso, solo per quanto riguarda il personale medico, tra casi cardiocirurgici di adulti e casi pediatrici.

3.2. Campione e individuazione dei partecipanti al progetto

La scelta della specialità ha delimitato la definizione del campione di indagine, all'interno del quale sono state individuate le figure professionali dei partecipanti al progetto di ricerca: chirurghi «adulti e pediatrici», anestesisti, personale di comparto (infermieri strumentisti e/o di supporto anestesilogico, tecnici perfusionisti, operatori socio-sanita-

ri). Alcuni degli intervistati sono coinvolti in progetti di ripensamento strategico, organizzativo e operativo per la nuova struttura, poiché la loro è considerata una delle sale operatorie meglio funzionanti.

All'interno di questo campione formato in modo non imparziale (Cope, 2004), i partecipanti sono stati però selezionati dal direttore del dipartimento cardiovascolare e dalla coordinatrice del personale infermieristico, mentre il direttore del dipartimento di anestesia e rianimazione ha provveduto a individuare quei medici che afferiscono alle sale operatorie di cardiocirurgia. Per il loro ruolo di coordinamento queste figure apicali sono state ricomprese nel campione d'indagine.

In questo modo, i ricercatori non hanno influito sulla scelta dei partecipanti al progetto se non indicando i seguenti criteri di selezione: numero di partecipanti per ruolo proporzionale al totale afferente alla specialità; differenziazione negli anni di esperienza professionale e di permanenza nella struttura; composizione che tenesse conto del genere.

Ventidue persone, 12 uomini e 10 donne, sono state intervistate nel periodo tra giugno e luglio 2011: 7 chirurghi (58% del totale), 5 anestesisti (42% del totale), 10 tra infermieri, tecnici perfusionisti e Oss (40% del totale). L'età media dei partecipanti è di 40 anni (27-64) e gli anni di anzianità professionale complessivamente vanno da un anno e mezzo a 38 anni. Secondo quanto indicato da Morse *et al.* (2002) il campione deve essere composto in modo adeguato al fine di ottenere dati sufficienti per rendere conto di tutti gli aspetti del fenomeno indagato. Ricerche condotte secondo l'approccio della fenomenografia (Arakelian, 2008; 2011; Sandberg, 2000) indicano tra 20 e 30 il numero appropriato di interviste, oltre il quale si avrebbe una ridondanza di variazioni di significato del fenomeno oggetto di indagine.

3.3. Raccolta dei dati

La metodologia utilizzata nella fenomenografia consiste nella conduzione di interviste/conversazioni secondo un approccio *expressive-intentional* (Anderberg, 2000) che prevede all'inizio poche domande aperte per mettere a fuoco il fenomeno indagato. Volendo indagare l'esperienza che gli inter-

vistati hanno del fenomeno dell'efficienza nel loro agire lavorativo e in linea con quanto riscontrato in letteratura le domande principali sono state le seguenti: «Come si svolge la sua giornata tipo?»; «Quali sono gli intoppi, gli ostacoli che sperimenta nella sua attività?»; «In quali situazioni sente di essere efficiente o al contrario inefficiente?».

Durante ciascuna intervista sono state formulate delle sotto-domande con lo scopo di contestualizzare il contenuto delle risposte e incoraggiare i partecipanti a esprimersi liberamente. Per evitare o, comunque, attenuare il rischio di influenzare i partecipanti (Sandberg, 2000; Cope, 2004; Sin, 2010) le sotto-domande sono state elaborate a partire da espressioni e parole usate dall'intervistato, al fine di far emergere il più possibile i modi con cui il fenomeno indagato viene sperimentato dai partecipanti, evitando di utilizzare la propria conoscenza del fenomeno come chiave interpretativa.

Dopo aver ricevuto formale consenso del Direttore sanitario della struttura ospedaliera, le interviste, di una durata compresa tra i 22 e i 59 minuti, sono state condotte da due ricercatori e registrate con il consenso degli interessati. Al termine delle interviste, si è provveduto alla loro trascrizione *verbatim*.

3.4. Analisi dei dati

Scopo della ricerca fenomenografica è di rivelare i modi differenti con cui le persone coinvolte nella ricerca sperimentano il fenomeno indagato.

Da un punto di vista metodologico, l'esperienza raccontata attraverso le interviste viene riletta con l'intento di cogliere due aspetti correlati: l'aspetto referenziale che denota il significato complessivo assegnato all'esperienza; l'aspetto strutturale che mostra come il significato del fenomeno è compreso a un profondo livello di consapevolezza nella molteplicità delle sue caratteristiche (Watkins, Bond, 2007).

Obiettivo dell'analisi è di individuare questi due aspetti concentrandosi, in primo luogo, sul modo con cui ciascun individuo sperimenta il fenomeno (singola intervista) e successivamente sulla raccolta dei differenti modi di sperimentare il fenomeno da parte del gruppo di partecipanti.

Poiché obiettivo della ricerca è di far emergere tutte le differenze qualitative nel modo con cui il fenomeno dell'efficienza in sala operatoria viene concepito dal gruppo dei partecipanti, le trascrizioni non sono state analizzate o interpretate isolatamente le une dalle altre. Tutte insieme costituiscono la totalità dei dati, dove ciascun significato attribuito al fenomeno è interpretato in relazione con gli altri (Sin, 2010).

I passaggi con cui si è svolta l'analisi dei dati sono stati i seguenti:

1. Lettura di ogni singola intervista per familiarizzare con il contenuto della stessa (Sjöström, Dahlgen, 2002) ed eliminare le parti non pertinenti.

2. I ricercatori, consapevoli che l'analisi compiuta solo sulla trascrizione non sarebbe stata esaustiva, hanno anche ascoltato più volte le registrazioni realizzate. Inoltre, il primo ricercatore dopo ogni intervista ha annotato parole, espressioni, stati d'animo comunicati da ogni partecipante.

3. Lettura di ogni intervista per l'individuazione delle parole e delle frasi rilevanti in merito al fenomeno indagato (codificazione).

4. In questa fase, l'attenzione è stata quella di porre il significato di una particolare frase in relazione con il contesto del singolo discorso, senza però perdere di vista il senso complessivo della trascrizione analizzata.

5. Confronto delle singole trascrizioni attraverso i codici individuati, per procedere a una comparazione del concetto di efficienza all'interno del gruppo delle interviste, procedendo laddove necessario a una revisione del processo di codificazione.

6. Individuazione delle affermazioni che descrivono la varietà dei modi di sperimentare l'efficienza emersa dai dati analizzati.

7. Confronto su parole, frasi e affermazioni dando omogeneità e chiarezza al significato.

8. Questa fase dell'analisi ha richiesto diverse riletture delle trascrizioni, al fine di assicurare che il significato di efficienza descritto non travisasse quello restituito dai partecipanti nelle interviste.

9. Costruzione della mappa concettuale, raggruppando le affermazioni in categorie di descrizione, verificando e descrivendone i confini.

10. Questa fase ha richiesto tempo e confronto tra i ricercatori, per garantire che la collocazione delle affermazioni nelle rispettive categorie restituisse in modo responsabile (*accountability*) il punto di vista del gruppo dei partecipanti alla ricerca. La conclusione ha permesso di dare a ogni affermazione una collocazione stabile all'interno della categoria di appartenenza.

11. Attribuzione di un nome a ciascuna categoria e sua articolata descrizione.

12. Individuazione delle relazioni tra le categorie individuate e loro esplicitazione, definendo l'*outcome space*.

Le fasi 1-4 sono state svolte dai tre ricercatori in modo individuale, mentre le fasi 5-6 sono state affrontate insieme dal secondo e terzo ricercatore e in autonomia dal primo ricercatore. Quest'ultimo, ha svolto il ruolo di garante della replicabilità del processo in termini di *interjudge communicability* così come suggerito da Cope (2004), ovvero di test di replicabilità della descrizione di un'area tematica.

Da ultimo, le fasi 7-8 sono state svolte congiuntamente dai tre ricercatori.

4. Risultati

L'analisi e la rielaborazione delle interviste, secondo la sequenza descritta nel paragrafo precedente, hanno posto in evidenza una varietà di interpretazioni del concetto di efficienza. Ciascun intervistato ha colto e descritto diversi aspetti del concetto stesso, che hanno consentito di individuare 7 categorie che enfatizzano contenuti e caratteristiche differenti.

Categoria 1 Efficacia clinica: ottenere un buon risultato

L'efficienza è focalizzata sul paziente per cui raggiungere un risultato qualitativamente positivo e coerente con gli obiettivi clinici è sinonimo di efficienza. Ciò deriva dallo svolgimento della procedura chirurgica con precisione e qualità e con un po' di fantasia di fronte ai problemi. È fondamentale la capacità di ponderare le scelte alternative di procedura e di materiali in sede operatoria in modo da ridurre il rischio di dovere ritornare sullo stesso paziente in futuro. La velocità

non è un elemento determinante, al contrario la fretta può portare conseguenze drammatiche. La definizione di obiettivi sul paziente consente di valutare la propria aderenza al programma e di fare una verifica della qualità del proprio lavoro. Il sistema deve garantire un livello di prestazioni costante nel tempo, affinché ogni paziente riceva il medesimo livello di qualità assistenziale.

Categoria 2 Efficienza allocativa: orientamento al medio-lungo termine

L'efficienza assume una connotazione di medio-lungo termine sia con riferimento al paziente che al sistema in sé. L'attività della sala operatoria deve concentrarsi sulla necessità di non lasciare segni di morbilità sui pazienti sia per la loro qualità della vita, sia per gli elevati costi sociali, che travalicano il costo dell'operazione nell'immediato per valutarne gli impatti nel tempo. Tale efficienza può essere declinata anche all'interno della singola struttura ospedaliera, per esempio con sistemi premianti dell'efficienza e assegnazione alle varie unità delle risorse «risparmiate» o con una maggiore attenzione ai costi generali di struttura piuttosto che a quelli specifici di unità operativa. Le logiche dovrebbero riguardare anche il sistema più ampio, per esempio a livello locale o regionale, con il potenziamento delle strutture ben funzionanti e l'eliminazione di quelle meno efficienti. In senso ancora più ampio, efficienza è la capacità di generare benessere sociale nel sistema Paese nel suo complesso.

Categoria 3 Gestione della situazione: tutto sotto controllo

L'efficienza è un insieme di elementi riconducibili al controllo nel senso ampio del termine. Con riguardo al singolo individuo, si riferisce alla capacità costante di attenzione e di concentrazione, perché le potenzialità e i rischi di errore sono molto elevati e quindi il controllo è necessario per ridurre al minimo tali possibilità. Appare fondamentale anche la capacità di gestione dello stress, connaturato al funzionamento delle procedure chirurgiche e all'essere «padrone della situazione», indipendentemente dal ruolo svolto all'interno della sala. In altre parole, è essenziale mantenere in ogni circostanza una

lucidità mentale che consenta di non perdere il controllo, anche in casi di emergenza. Con riguardo alle relazioni interne all'*équipe* presente in sala operatoria, emerge l'importanza dell'assenza di disturbo, di interferenze nel lavoro altrui, affinché ciascuno possa svolgere al meglio il proprio ruolo con lucidità e tranquillità. Risalta in modo chiaro il ruolo fondamentale del primo operatore, che deve avere la visione di insieme e cogliere i potenziali pericoli e complicanze, «tenere le redini» della procedura chirurgica svolgendo un'azione di guida e coordinamento di tutte le figure coinvolte.

Categoria 4 Lavoro di squadra: sintonia e sinergia

L'efficienza è associata al gruppo e alle relazioni che vengono a instaurarsi piuttosto che al singolo individuo. L'affiatamento e l'intesa tra le varie figure contribuiscono a sviluppare un ambiente favorevole e un clima positivo. Sono fondamentali per realizzare questa logica di efficienza la comunicazione tra i vari soggetti, la collaborazione e il continuo confronto. Emerge l'importanza di adeguati momenti di *briefing* strutturati e ben gestiti, sia con riferimento a specifici interventi chirurgici, sia in merito a problematiche che siano emerse o possano presentarsi in future procedure. Qualora, come è naturale, emergano conflittualità, la gestione delle relazioni e una certa elasticità operativa e mentale contribuiscono a diffondere un sentire comune negli obiettivi e nel modo di svolgere la propria attività. Ciò porta a una logica vicina a quella di *team* e dà serenità e tranquillità nel lavoro, con una sintonia che può estendersi anche al di fuori dello stretto ambito lavorativo.

Categoria 5 Saper fare: esperienza, competenza, e professionalità

L'efficienza in sala operatoria si collega alle capacità del singolo individuo. In tale concetto si sommano caratteristiche tecniche e umane.

Il lavoro chirurgico è necessariamente caratterizzato da una spiccata manualità, quasi artigianale con una trasmissione del sapere e delle tecniche attraverso esperienza e apprendimento dai maestri.

La preparazione individuale nasce da un necessario *background* culturale e di formazione accademica che presupporrebbe un'adeguata programmazione di ruoli e specialità. Essa deriva altresì da una sedimentazione dell'esperienza che porta ad acquisire competenza e che si esplica nel realizzare nel modo più appropriato e ordinato la propria *job description*. Ciò significa compiere i gesti corretti, con una capacità di anticipare l'azione stessa e quindi conduce a un tempo realizzativo del proprio lavoro che riflette precisione e velocità. La parte burocratica della propria attività dovrebbe essere molto limitata per non interferire con la parte più propriamente professionale del lavoro. La professionalità si esplica ampiamente anche nella relazione con il paziente che deve essere improntata all'onestà professionale e allo sviluppo del lato umano, valorizzando il medico come interlocutore diretto e privilegiato del paziente e della sua famiglia.

Categoria 6 Fluidità del processo: tutto fila via liscio

L'efficienza riguarda l'intero processo in sala operatoria e deve pertanto prendere in considerazione la complessità e la sequenza di fasi che caratterizzano la chirurgia, sottolineando il concetto generale di organizzazione. L'efficienza presuppone un'adeguata programmazione a monte, ossia l'esistenza di un programma operatorio quanto più anticipato possibile e la tempestiva comunicazione di variazioni. Ciò consente ai singoli operatori di essere preparati e pronti anche con un eventuale studio e personalizzazione dell'intervento. Ciò facilita inoltre un'adeguata verifica in anticipo di materiali e attrezzature, anche con l'ausilio di *check list* preparate *ad hoc*, al fine di disporre di tutta la strumentazione necessaria in tempo utile. La puntualità delle diverse figure costituisce un presupposto, insieme agli aspetti di programmazione per ridurre i tempi di attesa prima che possa concretamente svolgersi l'operazione chirurgica, contribuendo positivamente all'efficienza complessiva del processo.

Una buona gestione della procedura implica l'esistenza e l'applicazione rigorosa di protocolli, un ordine molto preciso per cui ogni materiale o attrezzatura deve avere una collocazione definita, grazie anche ad appro-

priati passaggi di consegne tra i vari operatori.

Ciascun individuo presente in sala operatoria deve avere un ordine mentale con una divisione dei ruoli per cui ciascun soggetto sa cosa deve fare, come lo deve fare e quando deve compiere una certa azione e in quale spazio si deve muovere.

La fluidità del processo discende dalla capacità di svolgere i singoli *step* in tempi adeguati, senza inutili rallentamenti, grazie anche a meccanismi collaudati che portino ciascuno a fare del proprio meglio.

Categoria 7 Gestione delle risorse: ottimizzazione

La sala operatoria viene osservata come un insieme di risorse: umane, materiali e strutturali. L'efficienza si realizza attraverso l'uso e la combinazione ottimale di tali fattori.

Il concetto fondamentale è quello dell'adeguatezza delle risorse, con ciò intendendo che vi sono fattori produttivi (umani e materiali) e procedure minime al di sotto delle quali si compromette la qualità del servizio o non si garantiscono corretti standard di sicurezza.

L'efficienza è la capacità di evitare tutti gli sprechi di risorse. In primo luogo, sono da evitare ricoveri impropri o degenze immotivate o ancora le richieste di esami non necessari. In tale accezione di efficienza, la saturazione dell'utilizzo delle sale operatorie è un obiettivo fondamentale, da monitorare anche attraverso strumenti di misurazione dell'occupazione effettiva. In tal senso, il tema della riduzione dei tempi non produttivi è particolarmente pervasiva. Le varie attività devono essere svolte senza fretta, nei tempi giusti ma non devono aversi tempi morti in nessuna delle fasi che caratterizzano la procedura, dalla preparazione dei materiali e dei pazienti, allo svolgimento dei singoli *step*, al trasferimento alla terapia intensiva.

Con riferimento ai materiali e alle attrezzature, si tratta di evitare un utilizzo solo parziale di alcune risorse che poi vengono eliminate, ma mirare a un pieno impiego dei vari fattori. Analogamente la scelta della tipologia di materiali deve essere improntata a un'appropriatezza di impiego, non disgiunta da una considerazione del costo economico connesso. Per quanto riguarda le risorse

umane, anch'esse devono essere coerenti con le necessità del percorso operatorio.

La sensibilità alla misurazione economica delle scelte operative rientra in questa accezione di efficienza, con una forte responsabilizzazione, non tanto imposta quanto condivisa, a fronte della limitatezza crescente delle risorse.

Per ciascuna categoria è stato possibile selezionare alcune citazioni emblematiche del significato attribuito all'efficienza dai partecipanti alle interviste, nelle sue varie sfumature. Per ragioni di sintesi ne sono state riassunte alcune (**tabella 1**) per esemplificare le modalità di esprimere il concetto all'interno delle varie categorie. Con riguardo ai singoli soggetti partecipanti, come già indicato, sono stati sovente toccati più aspetti dell'efficienza. Tuttavia, per ciascuna intervista è stato possibile individuare un concetto dominante tenendo conto delle ripetizioni, delle sottolineature e dell'articolazione descrittiva, mentre concetti evidenziati in modo chiaro ma con minor intensità sono stati considerati meno rilevanti. Di ciò si dà conto nella **tabella 2**.

Osservando la tabella 2 emergono alcune considerazioni. In primo luogo, si riscontra che la categoria 7 (ottimizzazione risorse) non risulta essere predominante per nessuno degli intervistati ed è rilevante solo per 5 di essi. Pertanto, la definizione di efficienza più prossima a quella economico-finanziaria non pare influenzare in modo pregnante la percezione dei partecipanti all'analisi. Anche la categoria 2 (efficienza allocativa) non risulta predominante per nessuno dei soggetti intervistati ed è rilevante solo per 2 persone, coerentemente con la stessa domanda di ricerca. Le rimanenti categorie vedono una distribuzione quasi omogenea delle predominanze. In particolare le definizioni 1 (efficacia clinica), 5 (saper fare) e 6 (fluidità del processo) sono, ciascuna, il fulcro del concetto di efficienza per cinque persone. Per altre quattro l'idea è principalmente legata alla categoria 4 (lavoro di squadra) e per le rimanenti tre alla definizione della terza categoria (gestione della situazione). Osservando più in dettaglio, emerge che la fluidità del processo, pur non essendo predominante, è rilevante per otto degli intervistati, mentre professionalità e competenza (saper fare) sono comunque importanti per sette persone, il lavoro di

Tabella 1

Citazioni dalle interviste relative ai vari modi di intendere l'efficienza

Categoria 1 Efficacia clinica: ottenere un buon risultato

... Allora ci siamo un attimo fermati, come facciamo sempre in queste occasioni, perché io quello che ho imparato negli anni è che quando tu hai un problema è la cattiva gestione del problema a creare le conseguenze catastrofiche, generalmente si innesta una reazione a catena (medico chirurgo 3)
... L'efficienza è il rispetto di ... e il raggiungimento di un obiettivo che si prefigge, soprattutto in termini qualitativi, dal mio punto di vista, e quindi riuscire a svolgere la propria attività facendo quello che si prefigge e raggiungendo un risultato qualitativamente adeguato e qualitativamente valido e per me è proprio questo ... (medico anestesista 1)

Categoria 2 Efficienza allocativa: orientamento al medio-lungo termine

... i conti devo farli alla fine non li posso fare solo in una parte del processo, se io magari ci mettevvo un'ora di meno all'inizio, sbagliavo l'operazione, oggi doveva essere riportato dentro la sala operatoria, rifare o cambiare quello che era stato fatto... per quello che le ho detto che i conti poi bisogna farli alla fine. (medico chirurgo 3)
... io non posso privare i miei pazienti in alcune cose, posso cercare sul mercato che cosa me lo fa fare a meno costi, questo è perfetto... manca solo una cosa però, che quell'efficienza lì dovrebbe essere in qualche modo premiata, quello che non spinge il sistema è che dovrei far capire a tutti i miei collaboratori che quel risparmio lì noi lo reinvestiamo su noi stessi, non che lo diamo a qualcuno di cui non sappiamo che cosa ne farà (medico anestesista 3)

Categoria 3 Gestione della situazione: tutto sotto controllo

... chirurgo che prenda le redini, poi che sta a valle rispetto alle redini riesce a gestirsi abbastanza autonomamente, ma l'importante è che ci sia qualcuno che riesce a coordinare tutte le figure, tutte le marionette. (medico chirurgo 1)
Lavorare con la testa, sapere cosa si fa, sicuramente. Gradualmente. (personale di comparto 1)

Categoria 4 Lavoro di squadra: sintonia e sinergia

... ideale, secondo me dovremmo capirci anche senza parlare, solo con lo sguardo, anche poi coperti dalla mascherina è l'unico mezzo a volte per comunicare oltre le mani, (personale comparto 4)
... passi il tempo che quasi non ce ne accorgiamo... la gente esce la sera e ha ancora voglia di scherzare, secondo me siamo stati efficienti, (medico chirurgo 3)
... ho lavorato bene con gli altri, alla fine quando esco e vedo che tutti comunque sono contenti come me, non c'è stato come dire un attrito... io penso di essere stato efficiente quando tutto è andato secondo quello che avevo previsto io, ma anche quando tutte le altre persone che hanno lavorato con me hanno pensato la stessa cosa che ho pensato io, abbiamo lavorato bene senza arrabbiarci o senza avere problemi, (medico chirurgo 6)

Categoria 5 Saper fare: esperienza, competenza e professionalità

... Efficienza, è la capacità di fare il proprio lavoro con conoscenza e professionalità, ... sai quello che devi fare al meglio, al meglio secondo protocolli. (personale comparto 7)
... per me non esiste la persona brava ma esiste la persona capace, e l'essere capace, quindi l'essere competente è dall'esperienza che tu hai alle spalle. (personale comparto 2)
... la persona perfetta è quella che lo sa prima, quindi la *job description*, sa che a quel punto lui deve prendere questa siringa e metterla qua, questo è quello più efficiente, dottore o infermiere o altro. (medico anestesista 3)

Categoria 6 Fluidità del processo: tutto fila via liscio

... è molto importante la gestione corretta del programma operatorio, perché addirittura quello settimanale è, dalle linee guida della direzione generale, dell'oms del 2009 con il manuale della sicurezza, questo è molto importante. Quello settimanale dovrebbe pervenire entro il giovedì e quello odierno entro mezzogiorno. (personale comparto 2)
... ognuno abbia il suo ruolo e che tutto funziona perché ognuno ha il suo ruolo e questi si sovrappongono, si incastrano nel modo giusto. (medico anestesista 4)
... Significa lavorare tanto per processi, avere una buona gestione del processo per cui si sa che in questo momento bisogna fare quella cosa e serve quella cosa, ... eliminiamo un po' di tempi morti... (medico chirurgo 3)

Categoria 7 Gestione delle risorse: ottimizzazione

... utilizzare i materiali corretti e senza magari sprecarne, perché magari li ho aperti e poi non servono a niente, ... allora dico sono stato efficiente (personale comparto 6)

... se ci sono stati dei ricoveri impropri e poi i ricoveri che hanno portato a lunghe degenze, magari immotivate o ingiustificate, ... ma poi è anche uno spreco negli esami, ... quindi sicuramente c'è un controllo molto molto attento allo spreco, ... un comportamento quasi come se avessi a che fare con delle cose mie personali, quindi maggior senso di responsabilità, sì... è come mantenere l'ordine a casa propria... purtroppo prima ci si poteva lasciare un po' andare, adesso evidentemente con tempi di grosse ristrettezze bisogna portare questa visione, ... quindi credo che questo sia l'unico sistema per cercare poi alla fine quando alla fine si arriva sui bilanci guadagnare qualcosa. (Medico chirurgo 1)

Categorie (anni di anzianità)	GRUPPO 1 Efficacia clinica: ottenere un buon risultato	GRUPPO 2 Efficienza allocativa: orientamento al medio-lungo termine	GRUPPO 3 Gestione della situazione: tutto sotto controllo	GRUPPO 4 Lavoro di squadra: sintonia e sinergia	GRUPPO 5 Saper fare: esperienza, competenza e professionalità	GRUPPO 6 Fluidità del processo: tutto fila via liscio	GRUPPO 7 Gestione delle risorse: ottimizzazione
Comparto (< 5 anni)				++	+		
Comparto (< 5 anni)					+	++	
Comparto (5 < 10 anni)			+	+	++	+	+
Comparto (5 < 10 anni)	++				+		
Comparto (5 < 10 anni)			++		+		
Comparto (> 10 anni)				+	++		
Comparto (> 10 anni)	+		++				
Comparto (> 10 anni)	++				+		
Comparto (> 10 anni)			+	+		++	+
Comparto (> 10 anni)					+	++	
Anestesista (< 5 anni)			++			+	
Anestesista (< 5 anni)	++			+		+	
Anestesista (< 5 anni)						++	+
Anestesista (> 10 anni)	++	+				+	+
Anestesista (> 10 anni)					++	+	
Chirurgo (< 5 anni)				++		+	
Chirurgo (< 5 anni)	+				++		
Chirurgo (> 10 anni)	++			+	+		+
Chirurgo (> 10 anni)	+		+	++			
Chirurgo (> 10 anni)				+		++	
Chirurgo (> 10 anni)			+	++		+	
Chirurgo (> 10 anni)		+			++	+	

squadra è significativo per altre sei persone, mentre la gestione della situazione lo è per quattro. Infine, l'efficacia clinica è rilevante per altri tre intervistati.

La distribuzione delle predominanze non pare, quindi, far emergere una categoria che coaguli intorno a sé la prevalenza dei soggetti, ma risaltano piuttosto aggregazioni

abbastanza corpose su più categorie diverse. Si è pertanto ritenuto, in ciò compiendo un passo ulteriore rispetto ai lavori di Arakehian (2008, 2011), di considerare il concetto di «diffusione», prescindendo dall'intensità con cui il concetto viene enfatizzato dai singoli individui. In altre parole, riprendendo le interviste oltre ai concetti predominanti e

Tabella 2

Le categorie di descrizione dell'efficienza dominanti (++) e meno rilevanti (+) a livello individuale

rilevanti, si è osservato quali altre sfumature di efficienza venissero citate o accennate. Ne è scaturita una tabella delle frequenze che indica il numero di intervistati che hanno fatto riferimento a quella specifica accezione di efficienza, indipendentemente dall'importanza a essa attribuita. Ciò ha consentito, anche rispetto ai lavori precedenti, di meglio descrivere il panorama di concetti che emergono (**tabella 3**).

Da tale successiva analisi emergono ulteriori elementi. La percezione dell'efficienza come fenomeno legato alla fluidità di processo è espressa, seppure in vario modo, da 20 soggetti, pari a più del 90% del totale, mentre la focalizzazione sulle competenze è indicata da 15 intervistati, pari a quasi il 70% del totale. Vi sono poi 14 persone che associano l'efficienza rispettivamente al lavoro di squadra e all'ottimizzazione delle risorse, rappresentando più del 60% del totale. Le categorie dell'efficacia clinica e del controllo della situazione sono considerate da quasi il 60% dei soggetti (13 persone). Infine, l'efficienza allocativa rientra nella concezione di 4 persone (18% del totale), riconducibili a figure apicali della struttura. Un'analisi attenta delle frequenze mette in risalto differenze di percezioni tra personale di comparto, anestesisti e chirurghi. Infatti, il «lavoro di squadra» è il concetto di efficienza che accomuna i chirurghi, mentre infermieri e perfusionisti collegano l'efficienza al «saper fare». Infine, per gli anestesisti l'efficienza in sala operatoria può riassumersi in un processo fluido e nell'utilizzo attento delle risorse.

5. Discussione dei risultati

La sala operatoria della cardiocirurgia si presenta come un «microcosmo» ben de-

finito all'interno della struttura ospedaliera, con un'alta intensità di esperienze comuni e condivise che sembrerebbero potenzialmente portare a una convergenza o appiattimento su un'unica idea di efficienza.

In linea con Arakelian *et al.* (2008, 2011), pur con le differenze di contesto e di area studiata, i risultati che emergono dalla ricerca appaiono coerenti con l'approccio fenomenografico, portando all'aggregazione delle risposte dei partecipanti alle interviste intorno a un numero limitato di categorie, aventi confini adeguatamente definiti.

Così come nei due lavori di Arakelian *et al.* (2008, 2011) emergevano categorie diverse per numerosità e per contenuto, anche nel presente lavoro si delineano concetti che in parte si avvicinano e in parte si differenziano da quelle individuate nella letteratura precedente. Il contesto studiato sembra raccogliere alcune definizioni emerse dal lavoro di Arakelian sulla logica di *team* ma, nel caso studiato, pare interessante anche la distinzione per ruoli professionali degli intervistati.

La percezione del concetto di efficienza risulta variegato e pone in risalto esperienze e vissuti diversificati. Dall'analisi condotta e incrociando le osservazioni svolte in relazione alle predominanze (tabella 2) con i dati emersi dall'analisi delle frequenze (tabella 3) appare ben radicata la concezione dell'efficienza come risultato di un processo fluido, di una corretta sequenza di fasi pre, durante e post operatorie, in cui la programmazione, l'organizzazione e gestione dei vari momenti secondo protocolli sono fattori fondamentali di efficienza. Tali risultati trovano conferma nello studio sulla programmazione di Cardoen *et al.* (2010), così come nei lavori pubblicati da Sandberg *et al.* (2005), Krupka, Sandberg (2006), Archer, Macario (2006) e

Tabella 3

Distribuzione delle frequenze tra gli intervistati

	GRUPPO 1: Efficacia clinica		GRUPPO 2: Efficienza allocativa		GRUPPO 3: Gestione della situazione		GRUPPO 4: Lavoro di squadra		GRUPPO 5: Saper fare		GRUPPO 6: Fluidità del processo		GRUPPO 7: Gestione delle risorse	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
COMPARTO	5	50%	0	0%	7	70%	6	60%	10	100%	8	80%	5	50%
MEDICI ANESTESISTI	2	40%	2	40%	1	20%	1	20%	1	20%	5	100%	3	60%
MEDICI CHIRURGHI	6	86%	2	29%	5	71%	7	100%	4	57%	7	100%	6	86%
TOTALE	13	59%	4	18%	13	59%	14	64%	15	68%	20	91%	14	64%

Kujala *et al.* (2006) sull'analisi dei tempi nel processo chirurgico.

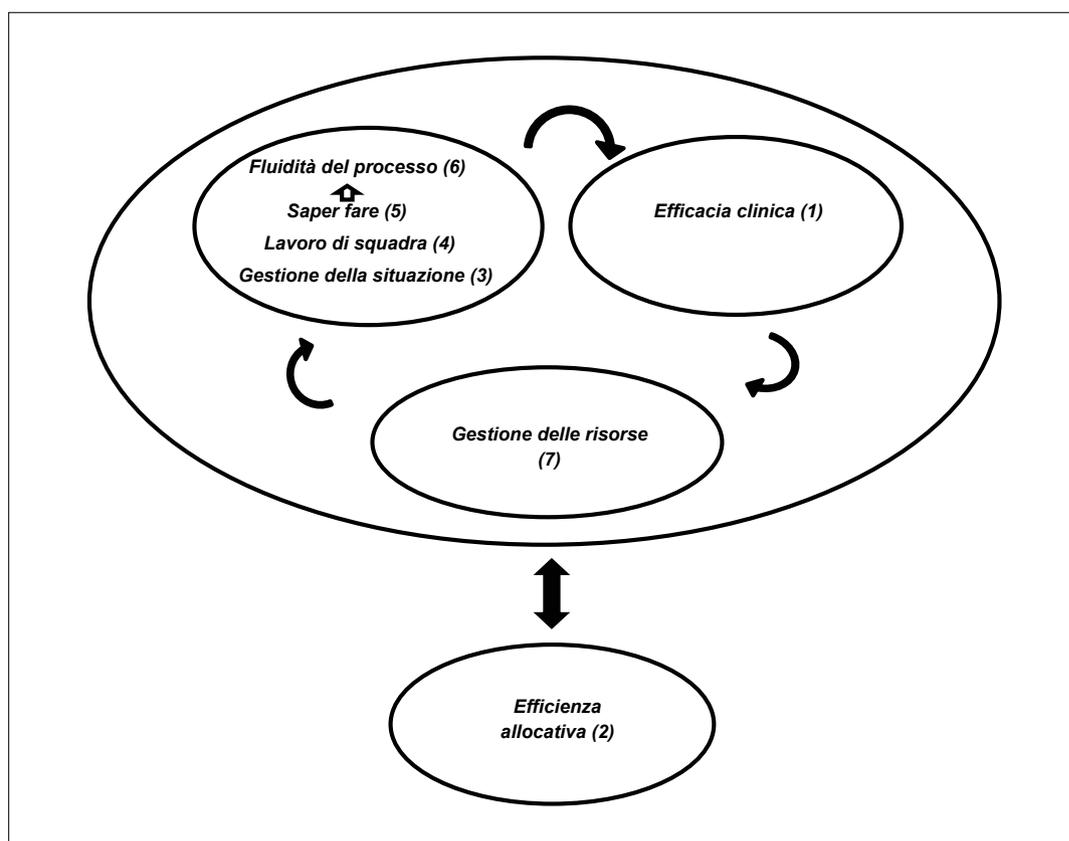
In misura minore, ancorché significativa, risulta diffusa anche la consapevolezza del proprio ruolo in termini di professionalità, sebbene sia predominante solo per il personale di comparto. Infine, la focalizzazione sul paziente e sul risultato, prioritaria per i chirurghi, è comunque presente nell'idea di efficienza di un numero di soggetti importante. Sembra che per coloro che non hanno indicato tale categoria, l'efficienza sia un passo in più rispetto al livello qualitativo del risultato, da intendersi come un elemento acquisito. Gli studi sull'efficienza in sala operatoria non affrontano in modo esplicito la questione delle competenze e dell'efficacia clinica. Inoltre, in queste ricerche il concetto «buon risultato» così come espresso dagli intervistati sembra essere ricompreso nel più ampio significato di «qualità di cura» (Archer, Macario, 2006) come menzionato da autorità nazionali e internazionali.

Venendo alle altre categorie, è interessante osservare come il lavoro di squadra sia ricompreso nel concetto di efficienza da più della metà del gruppo studiato e, in particolare, dalla totalità dei chirurghi. Tale constatazione pare in qualche misura legarsi alle caratteristiche dell'area indagata, che rappresenta una struttura vicina alla logica di *team* per la relativa chiusura del gruppo rispetto alle altre specialità. In questo senso Sexton *et al.* (2006) e Arakelian (2011) sottolineano il «teamwork climate» come componente importante dell'efficienza in sala operatoria. L'attenzione per il controllo della situazione è piuttosto presente, ancorché in misura non predominante o rilevante. Nella fattispecie, il comparto è più focalizzato sulle verifiche e sulle *check list*, mentre i medici sono più attenti al tema dello stress e del coordinamento. Osservando le categorie cui nessun intervistato aveva collegato l'essenza dell'efficienza, emerge che comunque solo pochi hanno l'attitudine a osservare l'efficienza in chiave allocativa. Questo significato generale di efficienza (Palmer, Torgerson, 1999) va oltre i confini dell'organizzazione ospedaliera, riguardando l'assegnazione delle risorse all'interno della comunità. In questo senso, pochi medici percepiscono le implicazioni del loro lavoro in sala operatoria rispetto alle *policy*. Particolarmente interessante è anche

il dato relativo all'ottimizzazione delle risorse, inclusi gli sprechi, che è piuttosto diffuso, sebbene non sia prioritario per nessuno degli intervistati. L'elemento è considerato dalla quasi totalità dei chirurghi e da parte degli anestesisti, mentre è sentito da circa metà del comparto. Questa categoria è oggetto di studio della letteratura che applica il pensiero *lean* e il *Six Sigma* ai processi in sanità (Locock, 2003; Papadopoulos, 2006; D'Angelo, Zarbo, 2007; Pitel, 2008; Young, 2008; Young, McClean, 2009; Campbell, 2009; Joosten, Bongers, 2009; Mazzocato *et al.*, 2010; Holden, 2011) e alla sala operatoria in particolare (Showan, Kennedy, 1999; Cima *et al.*, 2011). In aggiunta, la fluidità del processo e la gestione delle risorse sono i due principali significati cui gli anestesisti associano il significato di efficienza.

Le categorie individuate confermano l'inesistenza di un unico concetto di efficienza, ma piuttosto di varie modalità di percezione e di attuazione concreta della stessa. L'analisi condotta dai ricercatori ha consentito di individuare le varie categorie delineando i confini e le relazioni tra loro, permettendo una più ampia comprensione del significato di ciascuna di esse. I significati di efficienza e le loro relazioni costituiscono l'*outcome space* (figura 1). Alcuni autori descrivono l'*outcome space* come relazioni gerarchiche tra le astrazioni compiute dai ricercatori sui diversi modi di comprendere il fenomeno (Larsson, Holmström, 2007), altri come «a diagrammatic representation of the logical relationships between conceptions» (Barnard *et al.*, 1999, p. 220).

Come riportato nella figura, è possibile individuare la fluidità del processo (categoria 6) quale fattore principale dell'efficienza chirurgica e a esso paiono collegarsi in modo variegato altre categorie: saper fare (categoria 5), lavoro di squadra (categoria 4) e gestione della situazione (categoria 3). Un altro fulcro nelle predominanze è dato dall'efficacia clinica che risulta piuttosto frequente nelle valutazioni dei soggetti. Un processo fluido favorisce un buon risultato poiché appare plausibile che competenza, sinergia tra gli operatori e capacità di controllo conducano a impatti positivi sul paziente. La definizione di obiettivi chiari e la focalizzazione sulla qualità per il paziente e su un elevato livello di assistenza garantito con continuità

Figura 1Efficienza: *outcome space*

nel tempo non sono perseguibili se, a monte, non vi è un processo strutturato e gestito in modo appropriato. Tale appropriatezza a sua volta deriva dalle altre categorie più sopra individuate.

Il tema dell'ottimizzazione delle risorse si colloca quale snodo, poiché l'enfasi sulla riduzione degli sprechi e sui costi potrebbe non incidere sulla fluidità del processo in sé e nemmeno sull'efficacia clinica, ma è senz'altro la condizione essenziale affinché la struttura possa continuare a operare e a garantire la qualità assistenziale. Un uso appropriato e oculato delle risorse materiali, umane e strutturali libera mezzi e fattori che contribuiscono a migliorare ulteriormente la fluidità del processo e potenzialmente l'impatto anche qualitativo sul paziente. Si viene così a creare una sorta di relazione circolare (figura 1) tra le varie categorie di efficienza individuate, che include legami «comprensivi» come quello tra l'efficienza di processo e le categorie 3, 4 e 5, ossia un nesso tra la fluidità e le categorie di efficienza che con-

corrono a comporla. Emergono anche legami causa-effetto, come quello tra processo e risultato, tali per cui una buona fluidità di processo favorisce anche un'efficacia clinica con effetti positivi sul paziente stesso.

Va da sé che un'ottimizzazione delle risorse si collega anche alla categoria dell'efficienza allocativa che pone l'unità operativa all'interno della struttura ospedaliera nel suo complesso e quest'ultima nel sistema sociale e macroeconomico del Paese. Di converso, un'efficienza allocativa a livello regionale, piuttosto che nazionale e sovranazionale, porta a una migliore assegnazione di risorse anche a livello di struttura ospedaliera e, a cascata, può impattare positivamente anche sull'unità operativa, ponendo alcune prime condizioni per il miglioramento dei processi e della loro fluidità.

Comparando i risultati del presente lavoro con quelli realizzati in altri contesti (Arakelian, 2008 e 2011) emerge che, sebbene i sistemi sanitari di riferimento siano diversi, alcune categorie individuate appaiono simi-

li o comunque piuttosto vicine. Ciò porta a pensare che l'esperienza della sala operatoria presenti alcune comunanze che travalicano la singola struttura o sistema. Tale osservazione può in parte legarsi alla standardizzazione dei processi chirurgici e alla sempre più intensa internazionalizzazione delle esperienze, per cui, tra i chirurghi e gli anestesisti intervistati, quasi tutti hanno maturato competenze anche in altri Paesi.

Emergono, tuttavia, alcune distinzioni rispetto ai lavori precedenti per cui nel contesto studiato i concetti di qualità, di efficacia clinica e di centralità del paziente appaiono più radicati e, come risulta anche dall'*outcome space*, la fluidità di processo è funzionale al raggiungimento di un risultato positivo e sicuro per il paziente.

Il cambiamento in atto nel blocco operatorio, così come definito dall'alta direzione, mira ad accentuare la centralità del paziente e l'intensità di cura. Ciò implica una riconfigurazione dei processi con una significativa condivisione e ottimizzazione di spazi e risorse (umane e materiali).

L'importanza attribuita alla fluidità del processo da pressoché tutte le categorie professionali costituisce un positivo punto di dialogo con la direzione. Al contrario, l'accezione di efficienza come ottimizzazione delle risorse appare meno diffusa, tanto che all'interno delle diverse categorie professionali tale concetto è esplicitato in modo sufficientemente chiaro (anche se mai prevalente) dai chirurghi e dagli anestesisti, mentre è segnalato solo dalla metà del personale di comparto.

Le relazioni definite nell'*outcome space* possono essere utile riferimento per l'attuazione delle *policy*. Per esempio, la fluidità del processo è molto sentita dagli intervistati ma è altresì punto focale anche della riorganizzazione in atto. Si tratta di un concetto di efficienza che comprende altre accezioni e, pertanto, la valorizzazione anche di queste sfumature dell'efficienza potrebbe favorire la fluidità del processo.

Di converso, la sensibilità di tutte le figure professionali per il risultato sul paziente può essere un punto di forza su cui agire per favorire l'accettazione e l'interiorizzazione del nuovo modo di lavorare.

La varietà di significati può essere utile anche in senso *bottom-up* per l'alta direzione,

perché contribuisce a meglio articolare il concetto di efficienza che, come ben evidenziato in letteratura e confermato dall'analisi, non si sostanzia esclusivamente nella dimensione economico-tecnica. La forte attenzione, espressa dagli intervistati, per la fluidità di processo ma anche per competenza ed esperienza può contribuire, a partire dall'operatività sul campo, alla stessa riconfigurazione dei processi in un'ottica di miglioramento continuo.

6. Conclusioni

Lo studio presenta alcuni limiti che andranno tenuti presenti per successivi affinamenti delle riflessioni. Non sono stati considerati nello studio altri interlocutori fondamentali, quali i pazienti e l'alta direzione, e in ciò risiedono potenziali estensioni della ricerca. Un ulteriore possibile sviluppo è l'ampliamento del campo di indagine alla «filiera» che comprende il reparto ma anche la terapia intensiva, emersa come snodo critico del processo.

Le risultanze del contesto studiato irrobustiscono la convinzione che il concetto di efficienza abbia natura multidimensionale e che la piena comprensione del fenomeno possa opportunamente passare anche attraverso lo studio qualitativo delle percezioni individuali.

La definizione dell'*outcome space* contribuisce a porre in risalto alcune possibili relazioni tra le diverse caratterizzazioni dell'efficienza e a evidenziare come esse siano connesse fra loro da legami di varia natura, la cui comprensione è necessaria per qualsiasi scelta che riguardi le unità operative, l'azienda o il sistema. In particolare, le risultanze del presente studio contribuiscono a meglio delineare le varie accezioni di efficienza, ma soprattutto supportano nel definire un primo quadro complessivo in cui le variegate e articolate definizioni di efficienza studiate e approfondite in letteratura trovano collocazione unitaria nell'*outcome space*, mediante relazioni e connessioni.

Ciò può altresì fornire un supporto operativo per le decisioni di politica aziendale o di sistema. Scelte che tendessero a focalizzarsi solo su uno o più aspetti dell'efficienza, senza tenere conto degli altri fattori percepiti, condurrebbero a risultati poco interiorizzati

e quindi parziali e di limitati effetti nel medio andare, con il rischio di ottenere addirittura effetti complessivi controproducenti. Sebbene le scelte decisionali siano di competenza dell'alta direzione e solo da questa possano promanare, una loro modulazione e diffusione secondo le varie «corde» dell'efficienza percepita contribuirebbe significativamente alla creazione di una condivisione di intenti, allo sviluppo di un terreno fertile per una cultura dell'efficienza a tutto tondo e, in de-

finitiva, a una loro attuazione molto più pervasiva e radicata nelle azioni concrete degli operatori.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano gli Ospedali Riuniti di Bergamo, per la disponibilità e il supporto fornito. In particolare un vivo ringraziamento alla Direzione sanitaria, al Direttore del Dipartimento Cardiovascolare, al Direttore del Dipartimento di Anestesia e a tutti gli intervistati per la condivisione degli obiettivi e per gli spunti offerti.

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

- ADANG E.M.M., WENSING M. (2008), «Economic barriers to implementation of innovations in health care: is the long run-short run efficiency discrepancy a paradox?», *Health policy*, 88, pp. 236-242.
- ALESANI D., BARBIERI M., LEGA F., VILLA S. (2006), *Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico-organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006*, pp. 457-494.
- ANDERBERG E. (2000), «Word meaning and conceptions: An empirical study of relationships between students' thinking and use of language when reasoning about a problem», *Instructional Science*, 28, pp. 89-113.
- ARAKELIAN E., GUNNINGBERG L., LARSSON J. (2008), «Job satisfaction or production? How staff and leadership understand operating room efficiency: a qualitative study», *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 52, pp. 1423-1428.
- ARAKELIAN E., GUNNINGBERG L., LARSSON J. (2011), «How operating room efficiency is understood in a surgical team: a qualitative study», *International Journal for Quality in Health Care*, 1, pp. 100-106.
- ARCHER T., MACARIO A. (2006), «The drive for operating room efficiency will increase quality of patient care», *Current Opinion on Anesthesiology*, 19, pp. 171-176.
- ASHWORTH P., LUCAS U. (2000), «Achieving Empathy and Engagement: a practical approach to the design, conduct and reporting of phenomenographic research», *Studies in Higher Education*, 25 (3), pp. 295-308.
- BORGONOV E. (2007), *La responsabilità sociale nel sistema di tutela della salute*, intervento al corso IReF/ Regione Lombardia/SDA Bocconi, Milano.
- BORGONOV E. (2008), *Le risposte al bisogno di salute degli italiani in 30 anni di SSN*, intervento al Convegno 30 anni di Servizio Sanitario Nazionale, Milano.
- BRIANI S., CORTESI E. (2007), «L'ospedale per intensità di cure: aspetti teorici e problemi aperti», *Igiene e Sanità Pubblica*, 63, pp. 577-586.
- CAMPBELL R.J. (2009), «Thinking lean in healthcare», *Journal of AHIMA*, 80, pp. 40-3.
- CARDOEN B., DEMEULEMEESTER E., BELIËN J. (2010), «Operating room planning and scheduling. A literature review», *European Journal of Operational Research*, 201, pp. 921-932.
- CIMA R.R., BROWN M.J., HEBL J.R., MOORE R., ROGERS J.C., KOLLENGODE A., AMSTUTZ G.J., WEISBROD C.A., NARR B.J., DESCHAMPS C. (2011), «Use of lean and six sigma methodology to improve operating room efficiency in a high-volume tertiary-care academic medical center», *Journal of the American College of Surgeons*, 213 (1), pp. 83-92.
- COAST J. (1996), «Appropriateness versus efficiency: the economics of utilisation review», *Health Policy*, 36, pp. 69-81.
- COELLI T.J., PERELMAN S., RAO D.S.P., BATTASE G.E. (1998), *An introduction to efficiency and productivity analysis*, Kluwer Academic Publishers, Boston.
- CORRELL D.J., BADER A.M., HULL M.W., HSU C., TSEN L.C., HEPNER D.L. (2006), «Value of Preoperative Clinic Visits in identifying issues with potential impact on operating room efficiency», *Anesthesiology*, 105, pp. 1254-1259.
- COPE C. (2004), «Ensuring validity and reliability in phenomenographic research using the analytical framework of a structure of awareness», *Qualitative Research Journal*, 4 (2), pp. 5-18.
- D'ANGELO R., ZARBO R.J. (2007), «The Henry Ford production system: measures of process defects and waste in surgical pathology as a basis for quality improvement initiatives», *American Journal for Clinical Pathology*, 128, pp. 423-429.
- DA ENCARNACÃO FILIPE AMADO C.A., PEREIRA DOS SANTOS S. (2009), «Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres», *Health Policy*, 91, pp. 43-56.
- DEVLIN P.J. (2010), «Exploring efficiency's dominance: the wholeness of the process», *Qualitative Research in Accounting & Management*, 7 (2), pp. 141-162.
- FÅRE R.S., GROSSKOPF S., VALDMANIS V. (1989), «Capacity, competition and efficiency in hospitals: A

- nonparametric approach», *The Journal of Productivity Analysis*, 1, pp. 123-38.
- FORD R.C., FOTTLER M.D. (2000), «Creating customer-focused health care organizations», *Health Care Management Review*, 25 (4), pp. 18-33.
- GABA D.M., DEANDA A. (1988), «Re-creating the operating room for research and training. Laboratory Reports», *Anesthesiology*, 69, pp. 387-394.
- HARDERS M., MALANGONI M.A., WEIGHT S., SIDHU T. (2006), «Improving operating room efficiency through process redesign», *Surgery*, 140 (4), pp. 509-516.
- HARNETT M.J.P., CORRELL D.J., HURWITZ S., BADER A.M., HEPNER D.L. (2010), «Improving efficiency and patient satisfaction in a tertiary teaching hospital preoperative clinic», *Anesthesiology*, 112, pp. 66-72.
- HELMREICH R.L. (2000), «On error management: Lessons from aviation», *British Medical Journal*, 320, pp. 781-785.
- HERR A., SCHMITZ H., AUGURZKY B. (2011), «Profit efficiency and ownership of German Hospitals», *Health Economics*, 20, pp. 660-674.
- HESLIN M.J., DOSTER B.E., DAILY S.L., WALDRUM M.R., BOUDREAU A.M., SMITH A.B., PETERS G., RAGAN D.B., BUCHALTER S., BLAND K.L., RUE L.W. (2008), «Durable improvements in efficiency, safety, and satisfaction in the operating room», *Durable Improvements in Operating Room*, 206 (5), pp. 1083-1089.
- HOLDEN R.J. (2011), «Lean thinking in emergency departments: a critical review», *Annals of Emergency Medicine*, 57 (3), pp. 265-278.
- HOOD C. (1995), «The 'New Public Management' in the 1980s: variations on a theme», *Accounting Organization and Society*, 20 (2-3), pp. 93-109.
- JOOSTEN T., BONGERS I., JANSSEN R. (2009), «Application of lean thinking to health care: issues and observations», *International Journal of Quality in Health Care*, 21 (5), pp. 341-347.
- KRUMHOLZ H.M., (a cura di) (2008), «Standards for measures used for public reporting of efficiency in health reporting of efficiency in health care», *Journal of the American College of Cardiology*, 52 (18), pp. 1518-1526.
- KRUPKA D.C., SANDBERG W.S. (2006), «Operating room design and its impact on operating room economics», *Current Opinion in Anaesthesiology*, 19, pp. 185-191.
- KUJALA J., LILLRANK P., KRONSTRÖM V., PELTOKORPI A. (2006), «Time-based management of patient processes», *Journal of Health Organization and Management*, 20 (6), pp. 512-524.
- LAPSLEY I. (2008), «The NPM Agenda: Back to the Future», *Financial Accountability & Management*, 24 (1), pp. 77-96.
- LARSSON J., HOLMSTRÖM I. (2007), «Phenomenographic or phenomenological analysis: does it matter? Examples from a study on anaesthesiologists' work», *International Journal of Qualitative Studies and Well-being*, 2, pp. 55-64.
- LO SCALZO A., DONATINI L.O., CICHETTI A., PROFILI S., MARESSO A. (2009), *Health Systems in Transition: Italy Health system review*, European Observatory on Health Systems and Policies, 11 (6), pp. 1-216.
- LOCOCK L. (2003), «Healthcare redesign: meaning, origins and application», *Quality & Safety in Health Care*, 12, pp. 53-58.
- MACARIO A. (2006), «Are your hospital operating rooms "efficient"? A scoring system with eight performance indicators», *Anesthesiology*, 105, pp. 237-240.
- MACARIO A., VITEZ T.S., DUNN B., McDONALD T. (1995), «Where are the costs in perioperative care?: Analysis of hospital costs and charges for inpatient surgical care», *Anesthesiology*, 83 (6), pp. 1138-1144.
- MACINATI M.S. (2010), «Npm reforms and the perception of budget by hospital clinicians: lessons from two case-studies», *Financial Accountability & Management*, 26 (4), pp. 422-441.
- MARIJAMAA R., VAKKURI A., KIRVELÄ O. (2008), «Operating room management: why, how and by whom?», *Acta Anaesthesiol. Scandinavica*, 52, pp. 596-600.
- MARTINUSSEN P.E., MIDTTUN L. (2004), «Day surgery and hospital efficiency: empirical analysis of Norwegian hospitals, 1999-2001», *Health Policy*, 68, pp. 183-196.
- MARTON F. (1981), «Phenomenography - Describing conceptions of the world around us», *Instructional Science*, 10, pp. 177-200.
- MAZZOCATO P., SAVAGE C., BROMMELS M. (2010), «Lean thinking in healthcare: a realistic review of the literature», *Quality and safety in health care*, published online August 19, 2010 doi: 10.1136/qshc.2009.037986.
- MCKAY N.L., DEILY M.E. (2008), «Cost inefficiency and hospital health outcomes», *Health Economics*, 17, pp. 833-848.
- MORSE J., BARRETT M., OLSON K., SPIERS J. (2002), «Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research», *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), pp. 13-22.
- PALMER S., TORGERSON D. (1999), «Definitions of efficiency», *British Management Journal*, 318, pp. 318-3136.
- PAPADOPOULOS T. (2006), *Knowledge and Lean thinking for continuous innovation and change in public healthcare*, in Regional doctoral colloquium (Aston Business School, Birmingham Business School, Warwick Business School), Birmingham Business School, Birmingham, UK.
- PAPANICOLAS I., SMITH P.C., MOSSIALOS E. (2008), «Principles of performance measurement», *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 10 (1), pp. 1-4.
- PITEL P.A. (2008), *Lean Thinking in healthcare – what's in for your patients and you?*, Nemours Childrens Clinic.
- POLLITT C., BOUCKAERT G. (2000), *Public Management Reform: A Comparative Analysis*, Oxford University Press, Oxford UK.
- POLYZOS N.M. (2002), «Striving towards efficiency in the Greek hospitals by reviewing case mix classifications», *Health Policy*, 61, pp. 305-328.
- SANDBERG J. (2000), «Understanding Human Competence at Work: an Interpretative Approach», *Academy of Management Journal*, 42 (1), pp. 9-25.
- SANDBERG W.S., DAILY B., EGAN M., STAHL J.E., GOLDMAN J.M., WIKLUND R.A., RATTNER D. (2005),

- «Deliberate perioperative systems design improves operating room throughput», *Anesthesiology*, 103, pp. 406-418.
- SEXTON J.B., HOLZMUELLER C.G., PRONOVOST P.J., THOMAS E.J., MCFERRAN S., NUNES J., THOMPSON D.A., KNIGHT A.P., PENNING D.H., FOX H.E. (2006), «Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units», *Journal of Perinatology*, 26, pp. 463-470.
- SHOWAN A.M., KENNEDY S.K. (1999), «Management of the operating room. Seminars in Anesthesia», *Perioperative Medicine and Pain*, 18 (2), pp. 117-124.
- SJÖSTRÖM B., DAHLGREN L.O. (2002), «Applying phenomenography in nursing research», *Journal of Advanced Nursing*, 40 (3), pp. 339-345.
- SIN S. (2010), «Considerations of quality in phenomenographic research», *International Journal of Qualitative Methods*, 9 (4), pp. 305-319.
- SNYDER G.H., LATHROP J.P. (1995), «Cost reduction using patient-focused care concepts», *Managed Care Quarterly*, 3 (2), pp. 43-51.
- VAN VLIET E., BREDENHOFF E., SERMEUS W., KOP L.M., SOL J.C.A., VAN HARTEN W.H. (2011), «Exploring the relation between process design and efficiency in high-volume cataract pathways from a lean thinking perspective», *International Journal for Quality in Health Care*, 23 (1), pp. 83-93.
- WATKINS M., BOND C. (2007), «Ways of experiencing leisure», *Leisure Sciences*, 29 (3), pp. 287-307.
- YOUNG T.P. (2008), «A critical look at Lean Thinking in healthcare», *Quality and Safety in Health Care*, 17, pp. 382-386.
- YOUNG T., MCCLEAN S. (2009), «Some challenges facing Lean Thinking in healthcare», *International Journal for Quality in Health care*, Editorial, 21 (5), pp. 309-310.

L'operations management come innovazione gestionale

MARIO DEL VECCHIO, IRENE ROMA

Pressures to deliver high quality and affordable healthcare services under severe budget constraints are becoming more and more intense for Local Health Authorities (LHAs). An increasing number of public healthcare organizations are adopting operations management tools in order to meet the efficiency imperative. In this paper, the introduction of operations management techniques, as an example of managerial innovation, in four Tuscan LHAs is described. Each case study shows a different model of implementation in terms of actors involved, tools used, and scope of the innovation. The conclusions underline the importance, in the first stages of a managerial innovation, to test different models before starting with the institutionalization process at regional or national level.

Keywords: operations management, management innovation, operational efficiency

Parole chiave: operations management, innovazione gestionale, efficienza operativa

Note sugli autori

Mario Del Vecchio è professore associato di Economia Aziendale, presso la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Firenze, direttore MIMS, SDA - Bocconi

Irene Roma è ricercatore presso il Dipartimento di Area Critica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Firenze

Attribuzione

Il lavoro è frutto di una impostazione unitaria e di uno sforzo congiunto. Tuttavia vanno attribuiti a M. Del Vecchio i §§ 1, 3 e 6 e a I. Roma i §§ 2, 4 e 5

1. Inquadramento del tema e rilevanza dell'operations management nell'attuale dibattito

Se si guarda al funzionamento delle aziende sanitarie pubbliche in una prospettiva temporale sufficientemente ampia, è possibile identificare una successione di fasi nelle logiche complessive di governo caratterizzate dalle differenti dimensioni assunte come vettori privilegiati per la guida dell'azienda (si veda il **box 1**).

La trasformazione culturale, prima ancora che istituzionale, dei primi anni novanta ha segnato, infatti, la fine di una prima fase nella vita delle aziende sanitarie pubbliche in cui tali vettori erano sostanzialmente due. Il primo, anche in ordine cronologico, era rappresentato dai processi burocratico-amministrativi chiamati a intermediare, da una parte, rispetto all'ambiente, l'acquisizione delle risorse e, dall'altra, rispetto all'interno, la loro allocazione alle diverse unità. I processi burocratico-amministrativi – e le capacità di interdizione e condizionamento che essi erano capaci di esprimere – si confrontavano allora con una emergente dimensione professionale, la quale, anche attraverso la sua concretizzazione organizzativa rappresentata dal modello delle divisioni (unità operative su base disciplinare), costituiva il secondo vettore.

L'aziendalizzazione ha cercato di superare la configurazione duale che separava la dimensione economico-amministrativa da quella professionale attraverso un diffuso processo di managerializzazione. Così, negli ultimi due decenni l'attenzione delle aziende è stata prevalentemente posta sui meccanismi di responsabilizzazione gestionale nell'esercizio di una ampia e riconosciuta autonomia professionale. Da questo punto di vista i sistemi di programmazione e controllo

SOMMARIO

1. Inquadramento del tema e rilevanza dell'operations management nell'attuale dibattito
2. Operations Management
3. Il framework di riferimento: operations management come management innovation
4. Contesto dello studio e metodologia
5. I quattro casi di studio
6. Discussione e conclusioni

- **Legale/amministrativa:** enfasi prevalente sui processi amministrativi di messa a disposizione delle risorse
- **Professionale:** emerge la dimensione professionale che include le dimensioni tecnica/operativa ed economica (le divisioni come unità autonome che rispondono a bisogni e standard definiti dalle comunità professionali di riferimento)
- **Manageriale:** la responsabilizzazione sulle risorse e i risultati si accoppia con la dimensione (autonomia) professionale e si confronta con le logiche amministrative (in chiave evolutiva dipartimentalizzazione e sviluppo degli staff gestionali)
- **Multidimensionalità e riconnessione:** pluralità degli apporti professionali, nuove dimensioni per la struttura e i meccanismi di funzionamento, attenzione ai processi operativi (in chiave evolutiva sviluppo di unità di servizio specializzate)

Box 1

Differenti fasi nello sviluppo delle aziende sanitarie

– e segnatamente il *budget* – hanno rappresentato lo strumento privilegiato attraverso il quale, in cambio di un impegno sui risultati di ciascuna unità e sulle risorse necessarie per conseguirli, l'azienda affidava ai professionisti, medici in larga parte, la conduzione di tutti i processi che avevano luogo all'interno delle unità operative, limitando al minimo ogni forma di intervento su un'area (l'unità operativa) che si configurava come una vera e propria *black box* (Del Vecchio, 2008). Vi è da notare come la base professionale scelta per articolare le responsabilità manageriali — sostanzialmente le discipline mediche — finiva implicitamente per ricondurre ogni altra forma di razionalità (operativa, assistenziale, ...) a quella clinica, di cui il «primario» era il garante.

Si iniziano a vedere ora i prodromi di una fase diversa. Le aziende sanitarie, soprattutto sul versante ospedaliero, cominciano a entrare nel merito della «scatola nera», si interrogano sulla razionalità complessiva dei processi, pongono una particolare attenzione alle dimensioni finora meno considerate nelle logiche gestionali, focalizzandosi sugli aspetti dinamici legati all'interazione tra variabili tecniche, logistiche e assistenziali. Si tratta, in sintesi, di una attenzione nuova alla produzione come dimensione da governare insieme a molte altre e come variabile che può essere oggetto di interventi specifici (*operations management*).

In un momento storico in cui le aziende sanitarie hanno già sperimentato, con successi

alterni, strumenti e approcci diversi per la riduzione dei costi e per il miglioramento della qualità, l'*operations management (OM)* offre un nuovo approccio che pone l'attenzione sul funzionamento della «macchina produttiva» a supporto dei processi di cura, area non ancora pienamente sfruttata dal management delle aziende sanitarie (Bensa *et al.*, 2008). Questi orientamenti hanno poi trovato un riflesso nella riorganizzazione delle strutture ospedaliere secondo l'approccio per intensità di cura (Alesani *et al.*, 2006; Briani, Cortesi, 2007).

Osservando i cambiamenti in atto o nell'agenda delle aziende sanitarie risulta evidente come esse stiano cercando di innovarsi profondamente, superando le logiche gestionali e organizzative tipiche delle burocrazie professionali medico-centriche attraverso l'uso di nuove dimensioni quali la logistica o i fabbisogni assistenziali nella progettazione delle strutture e dei meccanismi di funzionamento (Villa *et al.*, 2007). Anche il «patrimonio organizzativo» tradizionale degli ospedali, inteso come l'insieme dei valori, dei comportamenti e delle consuetudini accettate che definiscono una cultura organizzativa (Baraldi, 2002), è messo in discussione nel momento in cui si modifica l'organizzazione del lavoro attraverso una gestione comune di risorse, non più governate dal singolo professionista o dalla singola U.O. e attraverso la riorganizzazione delle modalità di lavoro su base multidisciplinare e multiprofessionale. Questi cambiamenti arrivano a influenzare anche il tasso di sviluppo dell'innovazione stessa nel campo organizzativo e gestionale, nella misura in cui indeboliscono una delle basi che alimenta la resistenza al cambiamento propria delle burocrazie professionali, cioè del modello organizzativo settoriale-specialistico che ha caratterizzato l'ospedale degli ultimi cinquant'anni (Mintzberg, 1979).

A partire dai cambiamenti appena descritti e, in particolare, dall'attenzione crescente delle aziende sanitarie rispetto ai processi produttivi, il presente contributo intende mostrare come una medesima attenzione e un comune richiamo alle logiche di OM possano assumere contorni diversi a seconda dei diversi contesti aziendali, rispondendo a traiettorie differenziate di diffusione dell'innovazione manageriale. Per fare ciò, lo studio

richiama dapprima alcuni elementi di fondo relativi all'*operations management* e alla innovazione manageriale, per poi analizzare quattro casi di aziende operanti nello stesso contesto regionale che hanno recentemente sperimentato strumenti e logiche di OM e, infine, trarre alcune conclusioni.

2. Operations Management

L'*operations management* è una sintesi di concetti e tecniche direttamente attinenti ai sistemi di produzione e ai possibili miglioramenti nella loro gestione. L'OM svolge un ruolo particolare e specifico rispetto al complesso delle funzioni manageriali, rappresentando una area di gestione paragonabile per importanza e complessità ad altre di più facile riconoscibilità. In questa prospettiva, non può essere semplicisticamente ricondotto alle singole tecniche o alle basi scientifiche, come per esempio l'*operations research*, che pure costituiscono elementi distintivi.

Il tema specifico dell'OM trova la sua applicazione all'ambito sanitario nell'ultimo ventennio, quando si sono cominciate a utilizzare una serie di metodologie e strumenti per l'analisi, la programmazione e il controllo dei processi aziendali, facendo diventare il tema della gestione delle *operations* rilevante negli studi manageriali applicati al contesto sanitario. L'obiettivo perseguito attraverso l'OM è l'efficienza produttiva che, sebbene possa ricomprendere anche quella tecnica, differisce da questa per il riferimento ai risultati di salute piuttosto che alle singole fasi di processo, assumendo come orizzonte elementi quali la massimizzazione dell'*health outcome* per un dato livello di costo, o la minimizzazione del costo per un dato livello di *outcome* (Donabedian, 1990).

Da un punto di vista evolutivo e storico, secondo Heizer e Render (2008), i primi accenni di riflessione sui sistemi di produzione – e quindi i prodromi dell'OM – possono essere rintracciati nelle considerazioni di Adam Smith sulla divisione e specializzazione del lavoro alla nascita del capitalismo. Gli stessi autori propongono una periodizzazione degli studi e degli approcci che vede una prima lunga fase, di circa un secolo, durante la quale l'attenzione prevalente è orientata al contenimento dei costi. Dopo i primi precursori, la fase si apre con il movimento dello

Scientific Management che funge da base per un esteso e variegato insieme di approcci e tecniche che accompagnano lo sviluppo della produzione di massa, dall'esperienza della Ford, all'utilizzo di strumenti come il *Gantt*, all'applicazione delle tecniche di programmazione lineare.

A partire dagli anni ottanta, per circa un ventennio, l'asse prevalente di orientamento passa dai costi della produzione alla qualità dei prodotti. Il passaggio è fortemente segnato dalle logiche di *lean manufacturing*. Esemplare in tal senso è il cosiddetto modello Toyota che univa all'idea del miglioramento continuo e del *Total Quality Management* la ricerca di tutte le condizioni per processi «snelli» a partire dalla minimizzazione delle scorte necessarie per alimentare i processi produttivi (*just-in-time*).

Se è possibile individuare un tema di fondo che ha caratterizzato l'impetuoso sviluppo dell'OM nell'ultimo decennio questo deve essere ricercato nella necessità di assicurare una adeguata personalizzazione di prodotti e servizi, pur all'interno di processi produttivi di massa e standardizzati tipici dei mercati globali. L'espressione probabilmente più significativa della ricerca di una risposta sul piano dell'organizzazione e gestione dei processi produttivi alle tensioni generate dalla necessità di assicurare al contempo personalizzazione e standardizzazione è rappresentata dall'approccio *supply chain management*. Si tratta, infatti, di un approccio sistemico al governo dei flussi (di informazioni, materiali e servizi) che dai fornitori di materie prime, passando per le fabbriche e i magazzini, giungono al consumatore finale allo scopo di garantire la massima prontezza di risposta alle variazioni nelle attese dei clienti.

In ambito sanitario, l'OM è definito come *l'insieme delle procedure, degli strumenti e dei ruoli che presidiano il funzionamento dei processi caratteristici mediante l'adeguata gestione dei servizi e delle attività ausiliarie e di supporto, sia sanitarie sia non sanitarie* (Davies, Walley, 2000). Anche nel contesto sanitario è, quindi, il processo l'oggetto fondamentale per ogni intervento sulla produzione e i suoi livelli di razionalità. Fin dai primi anni novanta, molti autori hanno approfondito lo studio della gestione dei processi, definendo il processo stesso come «insieme di compiti logicamente con-

nessi eseguiti per conseguire un ben definito risultato» (Davenport, Short, 1990), o ancora «insieme di attività che utilizzano uno o più tipi di *input* e creano un *output* che ha valore per il cliente» (Hammer, Champy, 1993) e infine quale entità capace di «catturare le interdipendenze interfunzionali e collegare gli sforzi di miglioramento agli obiettivi strategici» (Kaplan, Murdock, 1991). Rivisitando in ambito sanitario la classificazione dei processi che Porter (1895) aveva descritto in ambito industriale, Baraghini distingue tre differenti tipologie di processi (Baraghini *et al.*, 2006):

1) processi primari clinico-assistenziali che rappresentano i processi *core*. Sono tipicamente costituiti dall'insieme di attività cliniche svolte per risolvere uno specifico problema di salute e hanno come *output* finale atteso la risoluzione del problema di cura per cui il paziente è entrato in contatto con la struttura sanitaria (ospedaliera o territoriale);

2) processi sanitari di supporto. Si tratta di quelle attività a carattere clinico (come la gestione dei farmaci oppure le analisi di laboratorio) che non producono un risultato finale di salute, ma sono strettamente funzionali e interconnesse al processo primario clinico-assistenziale;

3) processi amministrativi/gestionali di supporto. Sono tipicamente costituiti da tutte quelle attività amministrative essenziali per il corretto svolgimento dei processi primari, ma che non prevedono un coinvolgimento diretto del paziente (si pensi, per esempio, al processo di approvvigionamento e logistica dei beni oppure alla gestione delle risorse umane).

Gran parte delle moderne filosofie gestionali e dei nuovi strumenti organizzativi fa riferimento a una visione trasversale dell'organizzazione, che vede l'azienda come insieme di processi di rivolti all'ottenimento di un risultato finale e non come sommatoria di funzioni e/o divisioni da coordinare. Anche in sanità, le interdipendenze tra unità organizzative, che le precedenti logiche organizzative avevano tentato di ridurre drasticamente, emergono oggi con maggiore criticità in relazione a fattori quali le dinamiche scientifiche e tecnologiche, il mutamento

nei bisogni e nella domanda di salute della popolazione, le pressioni economiche e competitive che l'ambiente esercita. La suddivisione del lavoro e la predisposizione di meccanismi di controllo e di valutazione delle prestazioni incentrati sulla specializzazione rappresentano, in effetti, forme di coordinamento sempre meno efficaci e oggi è proprio la gestione globale dei processi e degli spazi interfunzionali, precedentemente trascurati, a offrire i più ampi potenziali di miglioramento. Secondo la prospettiva dell'*operations management*, l'azienda viene conseguentemente riletta come un insieme di processi di trasformazione preposti alla realizzazione di risultati omogenei e trasversali alle strutture organizzative. Il paradigma utilizzato è quello *input-processi-output-outcome* (Chase *et al.*, 2004; Visser, Beach, 2005; Cardoen *et al.*, 2010).

Osservando in particolare l'ospedale dalla prospettiva di processo, l'OM non entra, ovviamente, nel merito di quelle che sono le scelte di tipo clinico, ma si focalizza sulle attività a supporto dell'erogazione dell'intero processo clinico-assistenziale, ossia la risposta al bisogno di salute del paziente dal punto di vista clinico. La prospettiva di osservazione privilegiata è il collegamento che viene a stabilirsi tra assetto tecnico-logistico e governo clinico, riletto soprattutto attraverso il tema della «reingegnerizzazione dei processi» di supporto nell'ottica del paziente (Alesani *et al.*, 2006).

Cercando di portare a sintesi gli studi e le esperienze ad oggi esistenti, è possibile individuare almeno tre grandi aree di applicazione dell'*operations management* al settore sanitario (Bensa *et al.*, 2008):

1) *ottimizzazione delle aree produttive sanitarie*. Obiettivo: massimizzare l'utilizzo della capacità produttiva delle diverse unità produttive (sale operatorie, aree di degenza, ecc.), ottimizzando allo stesso tempo i carichi di lavoro del personale;

2) *logistica del paziente (patient flow logistics)*. Obiettivo: ottimizzare la gestione dei flussi di pazienti all'interno delle strutture ospedaliere dal momento di primo accesso sino alla fase finale di dimissione e gestione del post-acuto, passando dal concetto di «massima capacità produttiva» delle singole

unità produttive all'ottimizzazione dei flussi lungo tutta la catena produttiva;

3) *supply chain management*. Obiettivo: assicurare un efficiente, appropriato e tempestivo flusso di beni e servizi verso i processi di trasformazione.

Fondamentale in questo contesto è la standardizzazione dei processi con la conseguente riduzione/eliminazione della variabilità, intervento che consente rilevanti miglioramenti di performance in termini di riduzione dei costi e miglioramento della qualità (Bowersox, Closs, 1996). Le organizzazioni sanitarie agiscono in ambiti operativi caratterizzati da intrinseci ed elevati livelli di variabilità. Si possono individuare tre tipi di variabilità con cui le aziende sanitarie devono fare i conti nella programmazione e nella gestione delle attività:

- la variabilità clinica, dovuta alle differenti patologie, ai differenti livelli di gravità e alle differenti risposte alla terapia dei pazienti, che è di per sé una variabilità ineliminabile (naturale) e che deve trovare modalità di gestione in linea con le capacità produttive del sistema aziendale;

- la variabilità nella gestione dei flussi dei pazienti, che prevede sia una componente artificiale eliminabile, sia una componente naturale, basti pensare alla differenza sostanziale tra gli accessi programmati e gli accessi non programmati (emergenze/urgenze);

- la variabilità professionale, legata ai differenti livelli di abilità, al differente *training*, ai differenti approcci e preferenze di trattamento e ai differenti comportamenti.

Il controllo del processo affronta il problema di limitare la variabilità naturale, eliminando quella artificiale, legata a comportamenti clinici e organizzativi scorretti e inadeguati, segno della presenza di disfunzioni nei processi (Litvak, 2005). Nel caso di processi intra-funzionali, un esempio di variabile, in genere trascurata e di grande rilevanza, è quello relativo alla integrazione organizzativa, ovvero quanto e come le persone coinvolte nel processo comunicano tra loro e lavorano in modo coordinato. Infatti, molto spesso si formano «barriere organizzative» che ostacolano il fluire delle informazioni, da cui consegue una mancanza di chiarezza

sulle necessità delle persone coinvolte nel medesimo processo.

In molti contesti, la standardizzazione dei processi e la personalizzazione dei servizi sono strategie considerate in buona misura antitetiche nella ricerca del vantaggio competitivo (Nutti, Panero, 2011): nell'ambito dei servizi sanitari, invece, il successo dipende dalla capacità di integrare queste due strategie. Non vi è servizio sanitario che riesca a essere efficace se non focalizzato sui bisogni del singolo paziente. Al tempo stesso, la qualità dei servizi dipende dalla capacità dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie di offrire percorsi assistenziali in linea con le evidenze scientifiche internazionali, standardizzando quindi i processi in base ai protocolli clinici definiti dalle società scientifiche.

Un ultimo tema che inizia a emergere con il diffondersi di esperienze collegate alla necessità di gestire meglio le operazioni è quello relativo ai ruoli organizzativi e alle competenze professionali necessari. Come spesso accade per le funzioni innovative, insieme alla questione se le competenze debbano essere legate a una o più specifiche matrici disciplinari o se piuttosto queste possano essere acquisite indipendentemente dalla formazione universitaria di base, nelle aziende comincia a porsi il problema della collocazione organizzativa della funzione. Da questo punto di vista, i rischi di una guerra per il controllo del territorio (*turf war*), esacerbata dalla fisiologica tendenza delle aziende sanitarie pubbliche a una prematura istituzionalizzazione della funzione (es. leggi o direttive regionali al riguardo), sono abbastanza evidenti. La varietà delle soluzioni che le singole aziende sembrano sperimentare e una maturazione non ancora pienamente raggiunta suggerirebbero l'esigenza di mantenere un quadro relativamente fluido, in attesa che le diverse esperienze in termini di contenuti, ruoli e assetti della funzione possano offrire una base più solida di evidenze e riflessioni sulle quali costruire alcune indicazioni di massima.

3. L'OM come innovazione manageriale

La prospettiva qui adottata per osservare come l'approccio ispirato ai principi dell'OM si stia concretamente diffondendo è quella

dell'innovazione manageriale (*management innovation - MI*). La letteratura prodotta sul tema dell'innovazione risulta assai ricca e, nonostante il filone di ricerca più vasto sia quello relativo all'innovazione tecnologica (Henderson, Clark, 1990), la ricerca degli ultimi decenni si apre ad altri tipi di innovazione: quella relativa ai processi (Pisano, 1996), ai servizi (Gallouj, Weinstein, 1997), strategica (Markides, 1997). In letteratura, si definisce *management innovation* «*the invention and implementation of a management practice, process, structure or technique that is new to the state of the art and is intended to further organizational goals*» (Birkinshaw *et al.*, 2008). Nella **tabella 1** se ne riportano alcuni esempi.

Le ragioni che sottostanno all'emergere nel tempo di nuovi strumenti e tecniche di management, da una parte, e all'affermarsi di particolari retoriche manageriali, dall'altra, sono state esplorate soprattutto nell'ambito degli studi di organizzazione e di direzione del personale. I ricercatori hanno individuato due ampie aree di possibili spiegazioni ai fenomeni in questione (Antoldi, 2000).

La prima, nota come «*tesi del gap di performance*» individua l'origine della domanda di nuove pratiche di gestione nei cambiamenti dell'ambiente competitivo delle aziende. Tali cambiamenti, infatti, generano differenze nelle *performance* conseguite dalle diverse aziende. I manager sono pertanto spinti a cercare soluzioni che permettano loro di col-

Tabella 1

Esempi
di *Management Innovation*
Fonte: Birkinshaw *et al.* (2008)

Example	How It Fits the Definition of Management Innovation
Modern research lab (e.g., Hargadon, 2003)	A new structure to manage the technological innovation process; intended to improve technological and product innovations.
Divisional (M)-form (e.g., Chandler, 1962)	A new organizational structure for dealing with complex, multiple-product, and multiple-market firms.
Toyota production system (e.g., Ohno, 1988)	A new set of practices and processes aimed at improving production efficiency and reducing waste.
Total quality management (e.g., Zbaracki, 1998)	A new set of practices and processes aimed at reducing quality defects and improving customer satisfaction.
Discounted cash flow (e.g., Pezet, 1997)	A new technique intended to improve investment and budgeting decisions by adding a temporal dimension.
Spaghetti organization (e.g., Foss, 2003)	A new organizational structure with the objective of increasing employee initiatives and overcoming problems of hierarchy.
Cellular manufacturing (e.g., Berggren, 1992)	A new process for managing tasks inside a production unit aimed at improving employee satisfaction and production output.
NASA new organization (e.g., Carroll, Gormley, Bilardo, Burton, & Woodman, 2006)	A new structure and practice for teams to perform complex modeling and analysis without colocation.
Activity-based costing (e.g., Kaplan, 1998)	A new practice and technique for assigning costs aimed at providing more realistic cost assessments.
Modern assembly line (e.g., Hounshell, 1984)	A new set of practices and processes with the goal of improving production efficiency and lowering costs.
Balanced scorecard (e.g., Kaplan, 1998)	A new technique and practice for integrating various types of information with the aim of making more informed decisions.
Quality of work life (e.g., Yorks & Whitsett, 1985)	A new set of practices and processes around the job design of employees with the goal of improving their happiness at work.

mare i *gap* tra performance aziendale attuale e quella possibile o desiderata in base al nuovo contesto esterno. Si tratta, quindi, di spiegazioni che guardano all'ambiente prossimo e specifico in cui opera ciascuna azienda, o classe di aziende, e che legano strettamente l'introduzione di innovazioni manageriali alle necessità che sorgono nelle relazioni che le aziende stesse intrattengono con i propri ambiti di azione (mercati o pubblici di riferimento).

La seconda spiegazione, che è stata anche definita «tesi del pendolo», si basa invece sull'osservazione che la storia, con una periodicità che pare seguire esattamente le onde lunghe (cinquant'anni) dell'economia, sembra proporre l'emergere alternativo di retoriche manageriali, ora di carattere *razionale* — di impronta meccanicistica, basate sulla convinzione che i processi di lavoro possono essere formalizzati e razionalizzati per incrementare la produttività — ora di carattere *normativo* — focalizzate, invece, sul benessere dei lavoratori e indirizzate ad aumentare la produttività facendo leva sui valori, sulle emozioni e sul coinvolgimento dei dipendenti. Sulla scorta di tale osservazione, questa posizione sostiene che la causa dell'emergere di innovazioni manageriali è di tipo macro e va trovata nell'andamento ciclico dell'economia, più specificamente nella correlazione tra innovazioni e cicli macroeconomici, così come spiegata dalla scuola neoschumpeteriana. In particolare, Barley e Kunda (1992) affermano che l'emergere di nuove tecniche di tipo razionale coincide generalmente con il termine di una fase di recessione, poiché l'innovazione — che è alla base dell'inversione di tendenza e guida la successiva fase di crescita dell'economia — impone alle imprese un ridisegno completo dei processi di produzione, fortemente orientato alla produttività. Viceversa, le tecniche di tipo normativo emergono usualmente al culmine della fase di crescita e precedono o accompagnano le fasi di recessione, quando le innovazioni tecnologiche presentano rendimenti decrescenti e il *focus* delle imprese si sposta dal fattore capitale-tecnologia a quello del lavoro umano. Le teorie che si inscrivono in questa area focalizzano, quindi, la loro attenzione sull'ambiente generale e remoto (l'economia nel suo complesso) in cui le aziende operano e tendono a interpre-

tare l'innovazione manageriale più in termini culturali, come circolazione di idee, che di risposta a fabbisogni specifici.

Abrahamson argomenta che entrambe le tesi hanno un fondamento, concludendo che esse sono in realtà complementari nello spiegare l'emergere di nuove tecniche di management e l'alternanza di retoriche razionali e retoriche normative (Antoldi, 2000).

Considerando lo specifico del contesto italiano alla luce della prima chiave di lettura proposta, i primi segnali di diffusione dell'OM nelle aziende sanitarie possono essere agevolmente ricondotti all'intensificarsi delle pressioni finanziarie e alle spinte in direzione dell'efficienza da queste generate. La drastica contrazione delle risorse a disposizione delle aziende degli ultimi anni, ma soprattutto il consolidarsi di uno scenario di medio periodo a «crescita zero» sul versante finanziario (Armeni, 2010) possono spiegare meglio di altri fattori la nuova attenzione ai processi operativi. Quando ogni potenziale spazio esterno di crescita, compreso quello legato ai meccanismi competitivi, si esaurisce, è ragionevole ipotizzare che le aziende cerchino al loro interno le risorse per poter rispondere a una domanda di servizi crescente e che queste possano venire da una decisa razionalizzazione dei processi produttivi. Da questo punto di vista, è interessante notare come alcune forze operino in maniera diversa nel caso delle aziende sanitarie pubbliche rispetto alle imprese. Infatti, il parziale e, per certi versi, fisiologico disaccoppiamento delle dinamiche finanziarie da quelle competitive, da una parte, e sistemi che escludono ogni forma di competizione sui prezzi, dall'altra, — condizioni, queste, tipiche delle aziende sanitarie pubbliche — fanno in modo che gli stimoli competitivi dei sistemi pubblici di quasi mercato non producano pressioni significative in direzione dell'efficienza. Viceversa, un limite predefinito alle risorse disponibili, come quello rappresentato dai tetti finanziari, nonostante inibisca ogni forma di competizione, può ben stimolare la ricerca dell'efficienza.

Se si guarda allo stesso fenomeno nella prospettiva di idee e concezioni che trovano un terreno fertile nella cultura prevalente in un determinato periodo, l'attenzione crescente ad approcci *manufacturing-based* può essere, in termini molto generali, inquadrata

nel contesto del processo di aziendalizzazione del Ssn e di concetti chiave, come quelli di efficacia ed efficienza che ne hanno contraddistinto lo sviluppo.¹ In tale matrice culturale, trovano una loro propria collocazione una serie di innovazioni gestionali, a partire dai sistemi di programmazione e controllo e di cui è possibile trovare costante traccia nel susseguirsi dei rapporti Oasi a cura del Cergas. Temi come quelli della centralità del paziente (Ford, Fottler, 2000), della qualità, della gestione dei rischi – insieme ai corrispondenti meccanismi e funzioni aziendali – hanno rappresentato le innovazioni che, forse più di altre, hanno preparato il terreno concettuale per l'OM. Esse, infatti, hanno progressivamente messo in discussione l'approccio *black box* che costituiva il fondamento dei sistemi di *budget*, ponendo l'attenzione sulle modalità di produzione dei servizi e aprendo, così, all'azienda la possibilità di intervenire su un'area precedentemente considerata integralmente coperta dalla autonomia professionale.

Anche nel caso qui considerato, l'utilizzo congiunto delle due prospettive consente una migliore interpretazione del fenomeno e delle sue potenzialità di sviluppo. Se le pressioni esterne, così come vengono percepite dagli attori rilevanti, impongono la ricerca di nuove condizioni di efficienza, la concreta possibilità che un approccio, soprattutto nelle sue fasi iniziali di diffusione, trovi spazio dipende da quella che Greenhalgh *et al.* (2004) definiscono come «compatibilità», ovvero la coerenza dell'innovazione con i valori e i quadri concettuali prevalenti nei contesti di potenziale adozione.

I sintetici riferimenti fin qui esposti mettono l'accento sui fattori che possono influenzare la diffusione di una innovazione manageriale. Un tema altrettanto rilevante è quello relativo alle modalità che caratterizzano i processi di introduzione dell'innovazione nelle specifiche realtà aziendali. Utilizzando e riadattando, rispetto al tema qui trattato, uno schema di base proposto da Tanese (2002) per interpretare differenti traiettorie per le funzioni innovative nelle aziende sanitarie pubbliche, è possibile identificare alcuni modelli che esprimono, nei confronti dell'innovazione, attese e modalità di introduzione molto diverse tra loro. Si tratta di schematizzazioni che tentano di catturare l'atteggia-

mento complessivo dell'azienda come risultato, sia delle attese e dei comportamenti dei principali attori coinvolti, sia della cultura e delle capacità aziendali.

Un primo modello è quello burocratico. La condizione preliminare è che l'innovazione gestionale sia riuscita a trovare uno spazio nelle norme, regolamenti e direttive che caratterizzano l'ambiente in cui operano le aziende sanitarie. Le dinamiche della «normativizzazione» possono essere le più diverse, ma è spesso presente una spinta da parte degli specialisti (detentori delle conoscenze *e/o early adopters*) che incontra nei livelli sovraordinati del sistema una volontà di produrre rapidi miglioramenti nel funzionamento del sistema stesso. L'azienda, in questa fattispecie, assume l'innovazione in una logica di adempimento rispetto al quadro normativo. L'innovazione non risponde a nessun bisogno dell'azienda, se non a quello della correttezza amministrativa e le uniche preoccupazioni sono relative all'*iter* procedurale e alla produzione degli atti formali. In tali condizioni, l'innovazione è praticamente «lasciata a se stessa» e la possibilità che essa produca risultati è legata a processi del tutto casuali. Nella terminologia neo-istituzionalista tale comportamento viene definito come isomorfismo coercitivo (per tutti Powell e Di Maggio, 1991).

Un modello diverso è quello adattivo (isomorfismo mimetico): l'adozione dell'innovazione è ancora guidata da condizioni esterne, ma in questo caso a dominare la scena sono le pressioni implicite generate dall'adozione delle medesima innovazione da parte di aziende simili. In questa prospettiva, per l'azienda replicare le scelte operate da insieme rilevanti di attori che condividono lo stesso ambiente riduce i rischi (in caso di scelta errata, hanno sbagliato tutti) e aumenta la legittimazione del management nei confronti dei portatori di interesse. Se la decisione si basa sulla convinzione che debbano esserci delle buone ragioni perché «tutti facciamo così» e che ciò che abbia già funzionato per altri debba funzionare in ogni caso, è normale che l'attenzione prevalente nel momento dell'attuazione venga posta nella identificazione del modello migliore da imitare, con scarsa o poca considerazione di tutti quei fattori interni (competenze, coerenza con altri

meccanismi) che potrebbero, invece, risultare decisivi per realizzare i risultati ipotizzati.

Un terzo approccio è quello tecnocratico. La spinta principale all'adozione proviene dalla innovatività percepita dei nuovi saperi e delle nuove tecniche e dall'idea che questi rappresentino in ogni caso una leva di miglioramento nella gestione dell'azienda. Essendo l'attenzione rivolta ai contenuti dell'innovazione nei suoi aspetti squisitamente tecnici, la gestione dell'introduzione in azienda non potrà che concentrarsi sulla selezione delle migliori competenze e strumenti disponibili sul mercato esterno (più raramente viene considerato quello interno). La riconduzione dell'innovazione alla sola o prevalente dimensione tecnico-specialistica comporta, una volta di più, un rischio di sottovalutazione dei fattori di contesto interno.

Quando l'innovazione trova un impulso in uno specifico fabbisogno aziendale rispetto al quale viene percepita la potenziale utilità di un nuovo sapere o di una nuova tecnica, il modello di adozione potrebbe essere definito come funzionale. Normalmente è una funzione aziendale già esistente che vede nel problema e nella sua possibile soluzione una potenziale area di espansione e/o qualificazione delle proprie competenze, fino ad arrivare, in alcuni casi, a strutturare una vera e propria nuova funzione. L'ancoraggio a un fabbisogno aziendale aumenta le probabilità che il processo di introduzione dell'innovazione sia sufficientemente governato e coerente con le specificità del contesto aziendale, anche se ciò non può, ovviamente, rappresentare una garanzia di successo.

Un ultimo approccio è quello strategico-organizzativo. In questo caso, l'innovazione diventa – ed è gestita come – una leva di cambiamento organizzativo, tesa a modificare le modalità complessive di funzionamento dell'intero sistema aziendale e le sue modalità di relazione con l'ambiente. L'innovazione può estendere i suoi impatti a tutti i principali meccanismi che regolano la vita dell'azienda, operando quindi in via diretta, o rappresentare una matrice culturale che impronta di sé tutti gli interventi rivolti a generare il cambiamento. Un ruolo centrale nel modello in questione è rappresentato dagli attori o dalla coalizione di attori che guidano il processo, i quali devono essere in grado, singolarmente o nel loro insieme, di: generare una suffi-

ciente tensione al cambiamento, utilizzando e amplificando le potenziali spinte interne o esterne (*unfreezing*); attivare nuovi strumenti e meccanismi insieme a nuove modalità di relazione tra diverse unità e così trasformare parti rilevanti del funzionamento aziendale in grado di impattare sulle logiche di azione complessive (*changing*); consolidare nelle routine aziendali i cambiamenti conseguiti mettendo così «in sicurezza» l'innovazione (*refreezing*) (Kotter, 1996).

4. Contesto dello studio, obiettivi e metodologia

Il contesto regionale toscano si sta caratterizzando per un interesse sempre più accentuato sul tema della gestione per processi. In questo quadro, l'assessorato al Diritto alla salute ha deciso di promuovere e supportare l'introduzione di nuove tecniche e strumenti gestionali orientati all'efficientamento dei processi produttivi, anche sulla base di alcune esperienze maturate recentemente nella regione stessa. Il programma principale è denominato «Ottimizzazione del flusso del paziente» e si pone l'obiettivo di costituire un *network* regionale articolato in laboratori che vedano la partecipazione di aziende sanitarie e ospedaliere.

Come già segnalato, alcune aziende toscane si erano già mosse sul terreno della gestione operativa, realizzando esperienze di una certa significatività e che erano state messe a confronto nel corso di un incontro sul tema, organizzato dal Formas (il laboratorio regionale per la formazione). Proprio da quell'incontro è venuto lo stimolo ad approfondire le quattro esperienze (Asl 3 di Pistoia, Asl 10 di Firenze, A.O.U. di Pisa e A.O.U. Meyer) per capire meglio come avessero gestito quella che può essere considerata una innovazione gestionale e se vi fossero state significative differenze nell'approccio adottato. Nel territorio toscano alcune aziende hanno già sperimentato in specifiche aree di intervento la nuova gestione per processi con risultati che ne evidenziano la robustezza. Sulla base di queste esperienze la Regione Toscana e le aziende sanitarie e ospedaliere hanno deciso di implementare e diffondere le esperienze di miglioramento del flusso del paziente mediante l'applicazione di tecniche di *operation management*.

Lo studio analizza come l'OM, considerato come una innovazione manageriale ven-

ga interpretato, introdotto e fatto proprio in quattro realtà aziendali diverse. Lo scopo è quello di mostrare come esso rappresenti una prospettiva di cambiamento ampia, nella quale possono essere inserite logiche e strumenti diversi a seconda delle interpretazioni dei soggetti che fungono da agenti dell'innovazione e delle necessità delle aziende. La rappresentazione delle quattro esperienze oggetto di studio e la loro interpretazione confermano il potenziale di innovazione dell'OM e possono aiutare altre aziende a posizionare meglio le proprie esperienze, migliorando così i propri processi di innovazione.

Saranno analizzati quattro dei casi aziendali presentati in occasione del convegno. L'indagine dei casi studio è stata realizzata tramite l'esame della documentazione disponibile, utilizzando le fonti pubbliche ed eventuali lavori di ricerca precedenti, e lo svolgimento di interviste e la raccolta di testimonianze di attori chiave dei processi di cambiamento per ciascuna delle organizzazioni considerate.

5. I quattro casi di studio

5.1. Il caso della Ausl 3 di Pistoia

Nel caso della Ausl 3 di Pistoia l'attore principale, che ha proposto e gestito l'introduzione di strumenti e logiche di OM, è rappresentato da una funzione aziendale consolidata come il Controllo di gestione. La spinta all'innovazione, l'occasione che ha generato una opportunità di sperimentazione per un approccio fino ad allora mai sperimentato nel contesto, è tutta interna all'azienda. Alcune difficoltà sorte durante un intervento di riorganizzazione del funzionamento dell'area chirurgica, che la direzione aziendale aveva affidato al Controllo di gestione, hanno suggerito la prospettiva dell'OM come quella che avrebbe potuto, non solo fornire gli strumenti per la comprensione e la soluzione dei problemi specifici, ma anche indicare un'area manageriale utile per l'intero sviluppo aziendale.

Il contesto di riferimento

Il Presidio ospedaliero di Pistoia è, insieme a quello di Pescia, uno dei due Presidi

ospedalieri della Ausl 3 (poco meno di 300 mila abitanti distribuiti su 22 comuni). Il presidio si articola in due stabilimenti il Ceppo a Pistoia e lo Stabilimento Ospedaliero di San Marcello. Il presidio di Pistoia conta circa 390 posti-letto e le unità di degenza sono distribuite in quattro unità funzionali (medica, chirurgica, materno-infantile e terapie intensive). Le degenze sono organizzate secondo le modalità tradizionali (posti-letto allocati alle diverse unità). L'area chirurgica rappresenta una eccezione, avendo organizzato i posti-letto secondo differenti *setting* assistenziali. Nell'ospedale è presente un unico blocco operatorio con 7 sale, di cui una dedicata alle urgenze e una all'attività oculistica. Tutti gli interventi vengono eseguiti nel blocco operatorio, senza distinzione tra interventi di chirurgia in regime ordinario, *day surgery* e interventi di chirurgia ambulatoriale. La prenotazione degli interventi chirurgici avviene centralmente attraverso il Centro di prenotazione degli interventi programmati.

Le criticità dell'area chirurgica

Le maggiori criticità dell'area chirurgica si registravano a livello del blocco operatorio con elevati tempi d'attesa per gli interventi chirurgici in elezione. In parte, ciò poteva essere attribuito ad alcune debolezze nella programmazione dell'utilizzo delle sale: processo che non sembrava adottare alcun criterio esplicito nell'allocazione delle sale alle diverse tipologie di intervento. Da ciò seguivano a cascata altre criticità quali: un numero elevato di fughe per gli interventi di base, una bassa percentuale di soddisfazione della domanda, un peggioramento delle compensazioni passive, un sottoutilizzo del blocco operatorio, una impropria allocazione dei posti-letto tra pazienti chirurgici e medici. Da un punto di vista interno, la disorganizzazione provocava un pessimo clima e un'elevata mobilità in uscita del personale infermieristico.

L'idea innovativa

La Regione Toscana era da tempo, ed è tuttora, impegnata in uno sforzo di miglioramento delle capacità di risposta del sistema anche attraverso un deciso impulso verso modalità di organizzazione delle strutture di

degenza secondo logiche diverse da quelle tradizionali. In questo quadro, la stessa Regione aveva richiesto a tutte le strutture una riduzione dei tempi di attesa della chirurgia programmata sia in regime di ricovero che ambulatoriale, spingendo le aziende sanitarie a predisporre progetti di potenziamento complessivo del settore chirurgico per assicurare, oltre al tempo programmato nelle specifiche classi di priorità, un tempo massimo di attesa di tre mesi per qualsiasi trattamento chirurgico appropriatamente definito. L'azienda in questione e, in particolare l'ospedale di Pistoia, si è trovata, a un certo punto, così a fronteggiare una pressione dell'ambiente non più sostenibile (liste di attesa chirurgiche non compatibili con gli standard regionali), mentre le criticità interne non potevano più essere ricondotte alla sola programmazione degli interventi. Con l'aggravarsi della situazione diveniva, infatti, sempre più chiaro che erano l'intero processo e le condizioni nelle quali aveva luogo a soffrire di disfunzioni e irrazionalità (documentazione e sistemi informativi, gestione errata del paziente in reparto, logistica del paziente, comportamento dei professionisti). Di fronte a tale situazione, il Controllo di gestione, investito del problema, realizzava la necessità di guardare all'intero processo, considerando con particolare attenzione gli snodi e le interconnessioni tra le diverse fasi, con una logica e con strumenti tipici dell'OM.

Il progetto: logiche e tecniche di operations management nell'area chirurgica

A seguito delle analisi condotte, la prima area di intervento è stata individuata nella capacità produttiva e nelle modalità di funzionamento del blocco operatorio. È stata quindi attuata una serie di interventi, quali:

- aumento delle sedute operatorie con un incremento dell'utilizzo pomeridiano, anche attraverso un aumento del personale;
- miglioramento della programmazione per aumentare il tasso di utilizzo della sala ed evitare il rinvio degli ultimi interventi per l'accumularsi dei ritardi;
- concentrazione delle sedute assegnate a una singola specialità in particolari giornate, in modo da ottimizzare i tempi di cambio e allestimento della sala, oltre alla possibilità

di programmare meglio i tempi avendo a disposizione una seduta lunga e continuativa;

- trasferimento dell'attività chirurgica ambulatoriale in una sala dedicata al di fuori del blocco operatorio.

Una migliore funzionalità del blocco operatorio non avrebbe potuto sortire l'effetto sperato di un aumento di pazienti operati senza un intervento a monte e a valle del blocco stesso, al fine di garantire un flusso di pazienti continuo lungo tutto il processo. Sono state riviste le modalità di organizzazione delle degenze pre e post operatorie, articolando il sistema delle degenze attorno ai percorsi clinici e a livelli omogenei per livelli di cure e di intensità infermieristica necessari al paziente. La nuova organizzazione ha previsto la suddivisione dell'area di degenza in tre aree:

1) la *Week Surgery*: in cui i posti-letto sono destinati alle varie discipline per i ricoveri programmati. Non sono previsti ricoveri chirurgici urgenti e mediamente i ricoveri prevedono una degenza media superiore a 24 ore, ma inferiore ai cinque giorni. Tale *setting* è attivo dal lunedì al sabato fino alle ore 14:00;

2) la *Degenza ordinaria chirurgica*: dove vengono effettuati ricoveri chirurgici urgenti, ricoveri chirurgici programmati e complessi delle varie discipline, con degenza media superiore ai cinque giorni o comunque non prevedibile;

3) Il *Day Surgery*: viene utilizzato per l'attuazione di interventi chirurgici, procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive erogate con ricovero limitato alle sole ore del giorno e le modalità di accesso sono le medesime del ricovero in *Day Hospital*.

Insieme alla riorganizzazione è stata avviata una funzione di *bed management* per l'organizzazione delle modalità di accesso ai letti dedicati a ciascuna area e la gestione delle situazioni di emergenza.

Nella Asl 3, il passaggio al nuovo modello organizzativo è stato attuato con un percorso di condivisione piuttosto lungo, di oltre un anno. Sono stati organizzati tre laboratori (Area medica, Area chirurgica e Livello intensità 1 insieme al Pronto soccorso) a cui

hanno partecipato circa 50 operatori per la definizione delle modalità di accesso, trasferimento e dimissione. Il cambiamento introdotto è stato un cambiamento profondo, in quanto ha comportato una radicale modifica nel modo di operare, chiedendo al personale di lasciare le pratiche e le procedure cui era abituato. Questo passaggio ha richiesto un notevole sforzo da parte dei promotori del progetto, sforzo mirato al coinvolgimento del personale nella fase di transizione verso il nuovo modello per intensità di cura, al fine di facilitare l'apprendimento organizzativo e renderlo definitivo.

I risultati al momento conseguiti dalla riorganizzazione dell'intero percorso del paziente chirurgico si possono riassumere nei punti seguenti:

- aumento del numero delle sedute e del numero degli interventi eseguiti;
- diminuzione del numero di interventi programmati rinviati per mancanza di posto letto;
- riduzione dello sfioramento dei tempi degli interventi;
- partecipazione al progetto di tutte le figure professionali coinvolte nei percorsi chirurgici;
- consenso da parte degli operatori per la «presa in carico» del problema da parte della Direzione aziendale;
- progetto vissuto dai ruoli sanitari come *supporto* al loro lavoro e non come *controllo*: ciò ha agevolato la collaborazione e il cambiamento.

5.2. Il caso della Ausl 10 di Firenze

Il caso della Asl 10 è un esempio di approccio strategico all'innovazione gestionale, che mira a stimolare le capacità di apprendimento e di innovazione di un'organizzazione, pur in assenza di identificabili e specifiche spinte esterne, facendo leva proprio sul suo passato, sulle sue risorse intrinseche, sul proprio potenziale.

Il contesto e l'approccio strategico all'innovazione gestionale

Nel caso dell'azienda sanitaria fiorentina siamo davanti a un cambiamento organizzativo di ampia portata, che richiama tutti quei

temi tipici di una riorganizzazione radicale: la strategia, il *commitment*, la motivazione, il rispetto, gli aspetti socio-professionali e i risultati. L'Ausl 10 di Firenze è un'azienda di notevoli dimensioni (6500 dipendenti circa) che gestisce più ospedali, e l'idea di cambiare è nata dalla volontà della direzione di cambiare l'organizzazione, ma anche la cultura organizzativa. L'azienda, nella persona del Direttore generale, che veniva da una esperienza direzionale di una impresa industriale privata, ha deciso di fare del modello per intensità di cura uno degli elementi costitutivi di una più ampia strategia di riorganizzazione secondo i principi del *Lean Management*. A un certo punto, si avvertiva come il modello organizzativo per funzioni mostrasse ormai i propri limiti, la frammentazione delle risorse rendesse difficile la visione orizzontale e non consentisse la flessibilità richiesta dall'ambiente. La riorganizzazione portata avanti dalla Asl 10 ha previsto una serie di cambiamenti e di azioni, che investissero, oltre all'organizzazione del lavoro, il *layout*, gli strumenti, i ruoli, la cultura. Partendo dalla riprogettazione di alcuni «percorsi» dei pazienti, sui quali sono stati da subito conseguiti risultati significativi in termini di efficacia clinica oltre che di efficienza, la trasformazione *Lean* ha interessato progressivamente altre aree organizzative, inclusi i servizi clinici interni e quelli amministrativi, per arrivare a modificare in profondità la cultura organizzativa.

La strategia Lean

Il sistema Toyota – conosciuto come *Lean* – è stato applicato in molti settori (non solo in ambito manifatturiero), compresa la sanità: i valori su cui poggia, rimozione delle attività che non aggiungono valore e rispetto per le persone, sono alla base del management del sistema sanitario. La maggior parte delle iniziative *Lean* prevede tre tappe:

- 1) l'identificazione dei flussi di valore (*Value Stream*);
- 2) la mappatura dei *value stream*, con l'obiettivo di mappare ogni azione che viene comunemente svolta lungo un determinato flusso del valore – sia necessaria che non necessaria – per far sì che il paziente si muova attraverso il sistema da una tappa all'altra. I

flussi di valore raggruppano pazienti per somiglianza del processo piuttosto che per condizione clinica. *Value stream* simili scorrono a un ritmo analogo e richiedono infrastrutture processi comparabili;

3) una volta che un flusso di valore è stato identificato e mappato, dall'inizio alla fine, è possibile intervenire su questo per rimuovere gli ostacoli e migliorare il flusso.

Il progetto di riorganizzazione nella Asl 10 è iniziato nel 2006. A partire dal gennaio 2007, gruppi di operatori appartenenti a tutte le professioni e di diversi Dipartimenti («gruppi prototipo») hanno partecipato alla definizione dei principi fondamentali su cui, nella fase di implementazione, sarebbero stati improntati i progetti di riorganizzazione nelle realtà locali dei singoli ospedali dell'Azienda. I documenti di lavoro prodotti da tali gruppi sono stati denominati *milestones*, pietre miliari. Nel corso del 2007, sono state elaborate le *milestones* per le linee della Chirurgia in urgenza, della Chirurgia programmata, della *High Care* e per le aree tematiche riguardanti l'Emergenza-Urgenza e le Direzioni sanitarie degli Ospedali. Le aree di intervento sono state relative ai punti seguenti:

- ridisegno degli assetti organizzativi, optando per una gestione per processi: questo ha consentito di gettare le basi per l'applicazione dei principi del *Lean Thinking* a livello di sistema;

- abolizione dei reparti: i reparti di degenza di ogni presidio sono stati accorpati in aree multispecialistiche, che distinguono tra medicina e chirurgia e tra urgenza ed elezione;

- identificazione di sei «linee di produzione» trasversali ai presidi, che rappresentano i percorsi del paziente attorno ai quali si sviluppano le proposte di ridisegno dei processi e di ottimizzazione. Le linee di attività comprendono famiglie di processi affini dal punto di vista organizzativo e del percorso dell'utente. La definizione delle linee è fatta quindi in base a variabili organizzative e non solamente in considerazione della problematica clinica.

Ad oggi sono state attivate, in tutti i presidi aziendali, le nuove linee chirurgiche e

mediche che riuniscono più specialità e tutti i dipartimenti, all'interno delle quali è stato calato un nuovo modello assistenziale per cellule di assistenza. L'organizzazione del lavoro infermieristico per cellule rappresenta uno degli aspetti più importanti del *Lean Thinking*: la cellula di assistenza è l'unità produttiva di base, che realizza risposte adeguate e specifiche per il singolo paziente.

L'utilizzo degli spazi è stato rivisto per rendere il *layout* quanto più possibile funzionale rispetto allo svolgimento del lavoro nelle aree di degenza, favorendo il lavoro del personale sanitario a diretto contatto con il paziente; la fornitura dei materiali segue i principi del *just in time* e ha consentito la riduzione di depositi e delle scorte. I processi sono guidati da un *value stream manager* che cura la gestione operativa della programmazione e la sincronizzazione delle attività erogate dalle diverse strutture.

Il punto chiave dell'approccio strategico

Tradizionalmente era il disegno organizzativo a fare da bussola per la scelta dei meccanismi operativi e del personale. Nel caso della Asl 10, i fattori *soft* hanno prevalso su quelli *hard*; più specificatamente sono state le leve quali la *leadership* e il *commitment* a giocare il ruolo chiave. Le risorse umane hanno assunto un ruolo centrale: le persone hanno fatto propri gli obiettivi del cambiamento e del nuovo modello organizzativo. Il processo di cambiamento organizzativo non è stato realizzato solo da organi di *staff*, ma ha previsto percorsi di tipo partecipativo al fine di considerare la complessità della realtà su cui vanno a incidere. La direzione generale della Asl 10 ha manifestato fin dalle prime fasi del progetto un forte *commitment*. La direzione ha sempre comunicato l'importanza che la riorganizzazione avrebbe avuto per il futuro dell'azienda, seguendone costantemente l'avanzamento e partecipando ai gruppi di lavoro. La presenza di una prima linea estremamente *committed* di direttori di dipartimento – cui è stato richiesto di lavorare *full time* rinunciando alla direzione dell'unità operativa di provenienza – ha garantito un supporto fondamentale nel facilitare l'accoglienza del progetto da parte della classe medica. Supporto che è stato ulteriormente garantito dal *team* di progetto, composto da

medici di organizzazione, giovani ingegneri gestionali con competenze di *operations management*, infermieri e tecnici.

Secondo l'approccio strategico-organizzativo alla nuova gestione per processi, una grande attenzione è stata rivolta all'individuazione delle competenze giuste, delle professionalità adeguate, alla creazione delle condizioni per lo sviluppo innovativo, finalizzato alla produzione di risultati già chiari e definiti. L'investimento si è basato su una visione complessiva e dinamica dell'azienda, con l'obiettivo di favorire un processo integrato di crescita e di rinnovo.

5.3. Il caso dell'AOU Meyer

Il caso del Meyer vede l'innovazione dell'OM soprattutto in termini di competenze e strumenti collegati a uno specifico problema. Risultano centrali i temi dell'acquisizione delle competenze specialistiche esterne a supporto della risoluzione di un problema attraverso il ricorso a saperi specialistici in grado di fornire una base di conoscenze e tecniche che possano dare risposta ai bisogni di razionalità operativa.

Il contesto: la collaborazione A.O.U. Meyer e Laboratorio IBIS

L'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze è un'importante struttura ospedaliera di Alta specializzazione integrata con il Dipartimento di Pediatria della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli studi di Firenze. Il Meyer, oltre a essere una struttura di riferimento per Firenze e l'intera Toscana, è considerato una delle strutture più qualificate e all'avanguardia in campo nazionale, così da entrare a far parte rete mondiale NACHRI (*National Association of Children's Hospitals and Related Institutions*), tanto che il bacino di utenza si è allargato anche ad altre Regioni.

Il Laboratorio IBIS (*Information Based Industrial Services*) è un laboratorio congiunto tra Università e Impresa, istituito nel 2008 presso il Dipartimento di Energetica dell'Università degli Studi di Firenze. Il filone primario di ricerca del centro è quello relativo al *service management*, con particolare riferimento ai servizi industriali.

Nel 2010, l'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer e il laboratorio IBIS hanno iniziato una collaborazione: la Direzione aziendale ha dato mandato ai ricercatori IBIS di sviluppare un modello di ricerca operativa per l'ottimizzazione della gestione del blocco operatorio, al fine incrementarne l'efficienza operativa. Da parte dell'azienda il bisogno di supporto nasceva dalla convinzione che il blocco operatorio rappresentasse uno dei tipici *colli di bottiglia* nei flussi dei pazienti all'interno dell'ospedale e, al tempo stesso, un'area critica sia per il livello di risorse assorbite, sia per la complessità degli interventi che per la molteplicità di figure coinvolte. La programmazione della capacità produttiva mirava, quindi, a realizzare un equilibrio ottimale fra la domanda e l'offerta in un determinato arco temporale. La traduzione del bisogno in domanda è avvenuta nel momento in cui l'azienda è entrata in contatto con competenze e strumenti potenzialmente utili alla soluzione di un problema e con un soggetto interessato ad applicare quelle competenze a un campo nuovo rispetto alle proprie esperienze.

Le fasi dello studio

Il progetto è stato svolto seguendo l'approccio metodologico della Ricerca operativa, disciplina che, con modelli matematici e algoritmi di calcolo, offre un supporto quantitativo e razionale ai processi decisionali che implicano complessi problemi di ottimizzazione. Il processo con cui opera la Ricerca operativa nell'affrontare un problema reale consiste nel costruire un modello matematico del sistema. In particolare, il processo decisionale si compone di un'articolata sequenza di fasi.

A seguito di una fase di raccolta delle informazioni, di mappatura dei processi, di analisi e prioritizzazione delle criticità, sono stati sviluppati i primi modelli di ottimizzazione per la pianificazione delle sale operatorie, aventi come funzione obiettivo la massimizzazione del numero di interventi pianificati nel rispetto dei vincoli di risorse (postiletto, *équipe* chirurgiche, sale operatorie) e dei vincoli legati alle liste d'attesa. I modelli simulati e proposti alla Direzione aziendale andavano a impattare in maniera più o meno diretta sul modello gestionale in uso, a

seconda che si considerassero come vincoli solo quelli di natura strutturale o che fossero inseriti anche quelli che tenevano conto delle modalità organizzative routinarie. Esemplicando, sono stati sviluppati: un modello A di pianificazione delle sale operatorie, più vicino alle modalità in uso, che suddividendo l'agenda in sessioni, con destinazione esclusiva a specialità, dedicando al più una sala al giorno per specialità chirurgica; un modello B – più flessibile rispetto al precedente, ma più lontano dai meccanismi e dalle logiche correnti – che prevedeva una discretizzazione del tempo di sala e l'attribuzione di *slot* temporali in funzione della durata dell'intervento.

Il modello di pianificazione adottato dall'azienda è stato il modello A, in quanto portava all'ottenimento di risultati considerati più che soddisfacenti in termini di miglioramento rispetto alla situazione preesistente, senza richiedere cambiamenti rilevanti nelle logiche di fondo che orientavano l'utilizzo di una risorsa particolarmente critica, anche nella percezione dei professionisti, come la sala operatoria. I risultati raggiunti e la validità del modello di pianificazione realizzato sono testimoniati da diversi indicatori di efficienza (aumento del numero degli interventi, riduzione dei ricoveri impropri, migliore allocazione e gestione dei posti-letto) che segnalano gli importanti miglioramenti introdotti. Esistono, comunque, tuttora dei margini di miglioramento del modello, legati alla variabilità naturale intrinseca dei processi sanitari, che crea un margine di incertezza sui dati (tempi di esecuzione degli interventi, tempi di sanificazione, degenza post-operatoria, liste di attesa, ...), e ad alcuni vincoli potenziali, trascurati nell'implementazione (strumentari chirurgici, apparecchiature elettromedicali, anestesisti, ...).

L'approccio all'innovazione gestionale

Nel caso in esame, l'approccio all'innovazione è di tipo tecnocratico: la direzione aziendale ha affidato la risoluzione del problema della pianificazione delle sale operatorie ai ricercatori esterni con competenze specialistiche. Vi è da notare il particolare ruolo giocato dallo specialista, in questo caso la società, il quale non solo ha consentito di affrontare un problema, ma, in un certo sen-

so, lo ha fatto emergere e, soprattutto, ne ha definito contorni e caratteristiche. La presenza di un chiaro mandato e supporto da parte della direzione aziendale è risultata, comunque, fondamentale per legittimare il lavoro del *team* di ricercatori i quali, pur avendo tutte le competenze e le risorse materiali per operare, avrebbero potuto non godere della sufficiente legittimazione all'interno della struttura ed essere percepiti come un «corpo estraneo».

La collaborazione tra le parti, A.O.U. Meyer e Laboratorio IBIS continua: i ricercatori IBIS stanno progettando un sistema per la pianificazione dell'agenda operatoria sempre più complesso e performante, che prevede la classificazione degli interventi chirurgici in più di un centinaio di classi, definite *isori-sorse*, e una gestione dei tempi di sala operatoria sempre più in una modalità *push*.

5.4. Il caso dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana (A.O.U.P.)

Il caso dell'A.O.U.P. rappresenta un esempio di approccio interistituzionale e integrato al tema della gestione per processi e alla diffusione di logiche manageriali innovative miranti al recupero/massimizzazione dell'efficienza operativa. Nell'A.O.U.P. i temi tipici dell'*operations management* sono stati introdotti sfruttando la natura mista dell'istituzione, creando una sinergia tra Università e Azienda, che diventa campo di applicazione delle teorie e degli strumenti di OM.

Il contesto

L'A.O.U.P. è una azienda ospedaliera integrata con l'Università. È un punto di riferimento e di attrazione regionale e nazionale per le attività d'alta specializzazione. Ha una forte vocazione chirurgica e trapiantologica ed è sede di numerosi centri di eccellenza. Lo sviluppo e la sperimentazione dell'innovazione gestionale è considerato parte integrante della missione e rientra pienamente nei suoi obiettivi strategici.

La collaborazione tra l'A.O.U. e alcune facoltà dell'Università di Pisa (informatica, ingegneria, economia e commercio, matematica) ha portato alla realizzazione del progetto «alias.com» (area laboratorio innovazione attività sanitaria centrato sui temi dell'*ope-*

rations management) che rappresenta una modalità di collegamento interistituzionale nell'area dell'innovazione delle attività sanitarie. Nel contesto aziendale, insieme e in sinergia con il laboratorio operano, con compiti direttamente rivolti a garantire il funzionamento aziendale, l'area della gestione operativa e l'unità operativa Innovazione e sviluppo dei processi.

Il Laboratorio Alias.com

Il Laboratorio Alias.com rappresenta un elemento di raccordo interaziendale tra l'A.O.U.P. e l'Università degli studi di Pisa: come tale, seppure incardinato nell'azienda, risponde agli indirizzi congiunti del Direttore generale dell'A.O.U.P. e del Rettore dell'Università. La formula del Laboratorio interaziendale consente una relazione di mutuo interesse tra A.O. e Università. La prima individua i settori e problemi di ricerca di maggiore interesse e criticità nelle dinamiche aziendali, settori e problemi rispetto ai quali si ritiene che le competenze dell'Università possano essere utilmente applicate, mette a disposizione il «campo di sperimentazione» e può adottare rapidamente soluzioni innovative pensate attorno ai propri specifici problemi. L'Università, da parte sua, amplia le risorse reali a disposizione, orienta meglio la ricerca e ha la possibilità di sperimentare e validare operativamente le soluzioni che vengono dai propri processi di studio e ricerca. In presenza di una complessità organizzativa elevata, si vengono a formare svariate e molteplici occasioni di incertezza e opacità dei nessi tra obiettivi, comportamenti e risultati: l'opportunità di sperimentare sul campo gli strumenti e le logiche di OM, analizzando le dinamiche con cui un'organizzazione complessa come quella sanitaria reagisce al cambiamento e all'innovazione, è un importante valore aggiunto per la componente universitaria. L'ospedale viene visto come un vero e proprio laboratorio dove studenti e ricercatori, insieme ai professionisti dell'ospedale, applicano sul campo concetti e modelli del mondo dell'OM.

L'area aziendale di Gestione operativa

Nell'A.O.U.P. opera una struttura *ad hoc* per la gestione operativa, al fine di garantire

un uso razionale ed efficiente delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative presenti all'interno dell'azienda. La volontà è quella di ottimizzare e standardizzare l'utilizzazione delle stesse risorse da parte dei professionisti e di minimizzare la variabilità nei comportamenti di utilizzo, monitorando costantemente i risultati delle azioni intraprese. I campi di applicazione tipici di questa area sono quelli della gestione dei posti-letto, dei blocchi operatori, degli ambulatori e del monitoraggio/controllo dell'uso efficiente delle tecnologie pesanti. Essa ha il compito di assicurare la gestione operativa dei settori a essa assegnati attraverso l'applicazione dei principi e degli strumenti del mondo delle *operations*, integrandosi con le funzioni della Direzione sanitaria e con i responsabili della Direzione delle professioni infermieristiche e ostetriche e della Direzione delle professioni tecnico-sanitarie e della riabilitazione.

U.O. innovazione e sviluppo dei processi

Se il Laboratorio rappresenta il luogo di concepimento e sperimentazione di nuove idee e soluzioni a partire dal mondo della ricerca e l'area Gestione operativa ha, invece, la responsabilità di utilizzare le conoscenze e gli strumenti per conseguire i concreti risultati aziendali, l'Unità innovazione e sviluppo dei processi è chiamata a rendere l'innovazione «fruibile» nel contesto aziendale. Per potere entrare nelle *routine* aziendali, ciò che il laboratorio produce deve essere connesso all'insieme dei meccanismi ed essere «tutelato» nella fase più delicata del suo ciclo di vita, rappresentata dal momento in cui si trova a dover superare le fisiologiche inerzie dell'organizzazione esistente e dei suoi meccanismi consolidati. In altri termini, l'innovazione concepita sotto il suo profilo scientifico e tecnico deve diventare una innovazione organizzativa e gestionale prima di essere consegnata al normale funzionamento aziendale.

Un approccio interistituzionale e integrato all'innovazione

Dell'esperienza A.O.U.P. è opportuno segnalare almeno due profili. Il primo è relativo alla peculiarità di una spinta all'innovazione che viene dalla dimensione istituzionale. In

questo caso, infatti, è l'ambiente istituzionale, segnato in Toscana da una intensa cooperazione tra Ssr e sistema universitario, a generare una opportunità ed esercitare una spinta a favore dell'innovazione. Il secondo è il carattere integrato e sistematico del disegno organizzativo che intende accompagnare l'innovazione, dal momento in cui un patrimonio potenziale di conoscenze viene applicato a una specifica area di problemi per sviluppare nuove soluzioni fino all'utilizzo e diffusione delle soluzioni stesse nel concreto funzionamento aziendale. Esempio in tal senso è l'esperienza compiuta dall'azienda nell'ambito del processo di sterilizzazione dei ferri chirurgici e la sua organizzazione e gestione all'interno del ciclo più ampio della programmazione chirurgica e delle sale operatorie, laddove l'azienda stessa è riuscita a creare un rapporto di collaborazione costruttiva tra le varie componenti professionali, facendo vivere i nuovi strumenti di OM come opportunità di miglioramento e sviluppo, piuttosto che come elementi di rottura rispetto alle tradizionali dinamiche organizzative e gestionali.

6. Discussione e conclusioni

La valutazione dei risultati conseguiti attraverso l'introduzione delle innovazioni descritte non rientrava tra gli obiettivi del presente lavoro e avrebbe certamente richiesto un diverso impianto metodologico. Pur limitandosi a una breve rappresentazione dell'innovazione e di alcuni elementi che ne hanno caratterizzato l'introduzione, la ricostruzione dei casi ha consentito di apprezzare la capacità degli strumenti e delle soluzioni adottate di produrre impatti considerati positivi da diversi attori aziendali e di esprimere dinamiche di consolidamento organizzativo e funzionale che eccedono largamente le tradizionali inerzie che, nel settore pubblico, contraddistinguono anche i processi di innovazione. Una possibile interpretazione è che l'OM non solo si colloca in una area di bisogno (l'efficienza operativa) che emerge sempre più all'attenzione delle organizzazioni sanitarie – come testimoniato anche dal fatto che quattro aziende, in modo indipendente l'una dalle altre, abbiano adottato lo stesso orizzonte per l'innovazione –, ma che effettivamente possa rappresentare un asse

di risposta efficace sul piano dei contenuti e sufficientemente coerente con le caratteristiche delle aziende sanitarie pubbliche. È bene sottolineare come la riflessione qui proposta (efficacia e coerenza) non si riferisca all'OM nel senso di specifici strumenti o di singola funzionale aziendale, quanto al suo rappresentare una chiave interpretativa del complesso funzionamento aziendale, chiave interpretativa che riesce a focalizzare l'attenzione su una dimensione, quella operativa, spesso trascurata o subordinata ad altre dimensioni (es. la dimensione professionale). Da questo punto di vista, ridurre l'OM alle tecniche e agli strumenti non consentirebbe di cogliere appieno il suo potenziale di innovazione che è quello di una prospettiva strategica a fronte delle sfide che l'ambiente pone alle aziende sanitarie pubbliche.

Se il bisogno, che rappresenta un substrato rilevante per l'innovazione, è comune fra le aziende, senza sottovalutare l'effetto di una pressione regionale in tal senso, ed è comune il riferimento all'OM come insieme di principi, tecniche e strumenti entro il quale inscrivere i processi di innovazione che a quei bisogni sono chiamati a dare risposta, i casi analizzati mostrano differenze rilevanti nel modo di procedere e di intendere l'innovazione stessa. Tali differenze, lungi dal rappresentare una «variabilità artificiale da ridurre», per usare una terminologia tipica dell'OM, sono una conferma della validità generale dell'approccio e della sua capacità di generare un ampio arco di risposte modulate sulle diverse contingenze (**tabella 2**).

Una prima dimensione rilevante lungo la quale è possibile cogliere le differenze è data dal modello di innovazione adottato. Si ritrovano, quindi, nei casi osservati molti degli elementi che caratterizzano gli approcci tratteggiati alla fine del terzo paragrafo. Come a Pistoia è evidente la spinta funzionale – di una funzione, peraltro, molto presente e attiva nella gestione aziendale – così per la Asl 10 è altrettanto chiara l'ambizione strategica che anima l'intera esperienza. Il Meyer si colloca idealmente all'opposto della Asl 10 per il peso preponderante della dimensione tecnica, in cui un sapere relativo nuovo per il contesto viene applicato a un problema senza che appiano o vengano considerate esplicite tematiche di carattere organizzativo o gestionale. Di più difficile

	Promotore del cambiamento	Strumento	Approccio all'innovazione	Impatto organizzativo
Asl 3 Pistoia	Controllo di gestione	Ottimizzazione delle aree produttive, OM	«Funzionale»	Focalizzato
Asl 10 Firenze	Direzione aziendale	<i>Lean thinking</i>	Strategico-organizzativo	Aziendale
A.O.U. Meyer	Gruppo di ricercatori esterni	Ricerca operativa	Tecnocratico	Focalizzato
A.O.U. Pisa	Gruppo di esperti interni (collegamento tra Università e Azienda)	OM, tecniche di Lean, strumenti di gestione variabilità flussi	Integrato/Interistituzionale	Aziendale

Tabella 2

catalogazione è l'esperienza della A.O.U.P. L'ancoraggio a un disegno interistituzionale, che potrebbe facilmente spostare l'approccio verso un orizzonte strategico, di un cambiamento che intenda investire l'intera azienda, si realizza in una sorta di «diversificazione correlata» nella quale il Laboratorio, come nuova entità, sviluppa importanti sinergie con le attività e gli assetti preesistenti senza, però, l'ambizione di trasformare direttamente e per esteso il funzionamento dell'azienda. L'onere di tradurre i nuovi saperi e strumenti in innovazioni concretamente operanti è affidato al disegno organizzativo già descritto, che sembra essere l'espressione più di una tensione funzionale, ancorché ampia, che di una strategica.

Ai diversi modelli di innovazione corrispondono altrettanti soggetti che hanno assunto il ruolo di promotori del cambiamento, attori organizzativi e istituzionali che hanno voluto e sorretto l'innovazione con le risorse tecniche e «politiche» di cui erano detentori. Ancora una volta, il quadro è chiaramente delineato nella sua esemplarità per le prime tre esperienze analizzate nelle quali una funzione aziendale, la direzione aziendale ed esperti esterni insieme alla direzione hanno rappresentato i soggetti chiave nel processo. Per l'A.O.U.P. si tratta di una coalizione di soggetti più ampia che include, oltre a esperti interni, assimilabili per certi versi a una funzione aziendale, la direzione stessa dell'azienda e i vertici istituzionali dell'Università. Bisogna notare come in tutti i casi il ruolo, diretto o indiretto, delle direzioni aziendali sia risultato fondamentale e, dato ancora più interessante, le competenze tecniche (conoscenze o esperienze sui temi

dell'OM) non siano appannaggio esclusivo degli esperti. Da questo punto di vista, chi disponeva delle indispensabili risorse di potere organizzativo e istituzionale non si è limitato a sorreggere dall'esterno il processo, ma vi è, in varia misura, intervenuto direttamente.

Una terza dimensione di variabilità è data dalla ampiezza dell'impatto ricercato. A Pistoia, nella fase iniziale, l'obiettivo dell'intervento è stato decisamente circoscritto per poi estendersi progressivamente, fino all'attuale utilizzo di logiche, tecniche e competenze di OM per la gestione di processi ampi come quello del futuro trasferimento nel nuovo ospedale. Per la Asl 10, l'orizzonte sistematicamente considerato è quello dell'intera azienda e delle sue logiche complessive; mentre al Meyer, per il momento, l'area di intervento è focalizzata sulla programmazione del blocco operatorio e non si sono ancora consolidate le condizioni organizzative interne, necessarie per un allargamento dell'esperienza ad altre aree. L'esperienza di Pisa, in termini di ampiezza, è analoga a quella di Pistoia, anche se la diffusione dell'OM ad aree diverse da quelle inizialmente considerate è affidata a nuove funzioni aziendali specializzate e non rappresenta l'espansione di una funzione consolidata (Controllo di gestione). Ciò potrebbe condurre a una diffusione più rapida e più ampia dell'innovazione.

Una ultima dimensione da considerare è quella degli strumenti e delle tecniche utilizzate in ciascuna esperienza. In questo caso, «la cassetta degli attrezzi» non sembra mostrare, almeno a livello di famiglie di tecniche, eccessive variazioni. La necessità di trovare soluzioni pragmatiche a problemi complessi da un punto di vista organizzativo

porta in secondo piano gli strumenti specifici a favore di una loro «maneggevolezza», in parte definita anche dalle competenze ed esperienze effettivamente disponibili. Riguardo a questo aspetto, un'area di riferimento ampiamente conosciuta e riconosciuta è quella del *Lean Thinking*, probabilmente anche per le esperienze maturate dall'approccio in questione nel campo delle organizzazioni sanitarie. Tra i casi, una menzione a parte merita il Meyer, laddove la natura del problema e la specificità dell'approccio si riflettono nell'utilizzo quasi esclusivo degli strumenti della ricerca operativa.

Come già segnalato, l'obiettivo del presente studio era quella di evidenziare come l'OM rappresenti oggi una chiave di lettura e una prospettiva di cambiamento, innanzitutto utile in relazione alle trasformazioni del sistema e, al tempo stesso, sufficientemente ampia per potere fungere da orizzonte di riferimento per logiche e modalità di innovazione ampiamente differenziate. Le diverse esperienze possono, inoltre, contribuire a definire modelli ed elementi in grado di aiutare altre aziende a guidare i propri processi di innovazione con maggiore consapevolezza ed efficacia. In questa prospettiva di studio, orientata alla costruzione di modelli e quadri concettuali utili all'azione, le indicazioni prescrittive, le generalizzazioni hanno, evi-

dentemente, poco spazio. Se una indicazione può essere tratta dalle riflessioni proposte e dalle esperienze analizzate, è la necessità di riconoscere, almeno in questa sua fase iniziale, l'OM più come prospettiva di analisi e di intervento che come vera e propria funzione aziendale. L'accumularsi di esperienze consentirà l'emergere di una area di intervento definita e codificabile, di competenze e ruoli riconoscibili, di strumenti e saperi specifici, tutte condizioni, queste, indispensabili perché una nuova funzione possa affermarsi e diffondersi. Per il momento, la diffusione dell'OM dovrebbe essere lasciata alla capacità di una chiave di lettura nuova di contribuire alla soluzione dei problemi che il Ssn e le sue aziende saranno chiamati ad affrontare, piuttosto che ridurla a un insieme di prescrizioni che, allo stato attuale, potrebbero essere solo espressione di visioni o interessi che non hanno ancora superato la prova della realtà.

Note

1. Non rientra nell'economia di questo scritto una discussione sull'effettiva diffusione di una cultura aziendale nel Ssn. Che una retorica di stampo managerialistico, spesso poco appropriata, abbia pervaso il sistema è dimostrato anche da come quella stessa retorica sia stata poi utilizzata nella descrizione del sistema da critici dell'approccio aziendale come Cavicchi (2005).

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

- ALESANI D., BARBIERI M., LEGA F., VILLA S. (2006), «Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico-organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- ANTOLDI F. (2000), «L'efficacia degli strumenti e delle tecniche di management», *Economia e Management*, 1, gennaio-febbraio, pp. 67-82.
- ARMENI P. (2010), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2010*, Egea, Milano.
- BARAGHINI G., CAPELLI M., CAPPONI A., LONGO F., TOZZI V., VILLA S. (2006), «La gestione per processi per il governo clinico e il controllo dei rischi: un confronto di metodo tra Aziende Ospedaliere», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- BARALDI S. (2000), *Le performance manageriali. Sistemi di misurazione e valutazione*, McGraw-Hill, Milano.
- BARLEY S., KUNDA G. (1992), Design and devotion: Surges of rational and normative ideologies of control in managerial discourse, *Administrative Science Quarterly*, 37 (3), Sept., p. 363-399.
- BENSA G., PRENESTINI A., VILLA S. (2008), «La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2008*, Egea, Milano.
- BIRKINSHAW J., HAMEL G., MOL M. (2008), «Management Innovation», *Academy of Management Review*, vol. 33, n. 4, pp. 825-845.
- BOWERSOX D.J., CLOSS D.J. (1996), *Logistical Management: the integrated supply chain*, Mcmillan, New York.
- BRIANI S., CORTESI E. (2007), «L'ospedale per intensità di cure: aspetti teorici e problemi aperti», *Igiene e Sanità Pubblica*, vol. 63, n. 5, settembre-ottobre, pp. 577-586.
- CAVICCHI I. (2005), *Sanità: un libro bianco per discutere*, Dedalo Edizioni, Bari.
- CHASE R., JACOBS R., AQUILANO N., GRANDO A., SIANESE A. (2004), «Operations Management nella produzione e nei servizi», McGraw-Hill, Milano.
- CARDOEN B., DEMEULEMEESTER E., BELIEN J. (2010), «Operating room planning and scheduling: a literature review», *European Journal of Operational Research*, 201, pp. 921-932.
- DAVENPORT T.H., SHORT J.E. (1990), «The new industrial engineering: information technology and business process redesign», *Sloan Management Review*, vol. 31, n. 4, pp. 11-27.
- DAVIES C., WALLEY P. (2000), «Clinical governance and operations management methodologies», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13 (1), pp. 21-26.
- DEL VECCHIO M. (2008), *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano.
- DONABEDIAN A. (1990), «The seven pillars of quality», *Arch Pathol Lab Med*, 114 (11), pp. 1115-1118.
- FORD R.C., FOTTLER M.D. (2000), «Creating customer-focused health care organizations», *Health Care Management Review*, 25 (4), pp. 18-33.
- GALLOUJ F., WEINSTEIN O. (1997), «Innovation in services», *Research Policy*, vol. 26 (1-5), Decemb., pp. 537-555.
- GREENHALGH T., ROBERT G., MACFARLANE F., BATE P., KYRIAKIDOU O. (2004), «Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations», *Milbank Quarterly*, 82 (4), pp. 581-629.
- HAMMER M., CHAMPY J. (1993), *Re-engineering the corporation: a manifesto for business revolution*, Harper Collins, Londra.
- HEIZER J., RENDER B., *Principles of Operation Management*, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
- HENDERSON R.M., CLARK K.B. (1990), «Architectural innovation: The reconfiguration of Existing product technologies and the failure of established firms», *Administrative Science Quarterly*, 35 (1), pp. 9-22.
- KAPLAN R.S., MURDOCK L. (1991), «Il ridisegno del core process», *Sistemi & Impresa*, 4.
- KOTTER P. (1996), *Leading Change* Harvard Business Review Press, Harvard, MA.
- LITVAK E. (2005), «Managing Unnecessary Variability in Patient Demand to Reduce Nursing Stress and Improve Patient Safety», *Journal on Quality and Patient Safety*, 31 (6), pp. 330-338.
- MARKIDES C. (1997), «Strategic innovation», *Sloan Management Review*, vol. 38 (3), pp. 9-23.
- MINTZBERG H. (1979), *The Structuring of Organizations*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, (trad. it. *Le strutture organizzative*, Il Mulino, Bologna, 1985).
- NUTI S., PANERO C. (2011), «La sfida dei servizi in sanità tra personalizzazione e standardizzazione dei processi», in L. Cinquini, A. Di Minin, L. Varaldo (2011), *Nuovi modelli di business e creazione di valore: la scienza dei servizi*, pp. 193-213.
- PISANO G.P. (1996), *The development factory: Unlocking the potential of process innovation*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- PORTER M. (1985), *Competitive Advantage: creating and sustaining superior performance*, Free Press, New York.
- POWELL W., DI MAGGIO P. (a cura di) (1991), *The new institutionalism in organizational analysis*, University of Chicago Press Chicago.
- TANESE A. (2002), «L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: riflessioni conclusive», *Mecosan*, 43, pp. 117-26.
- VILLA S., STAGNI M.G., LEGA F. (2007), «Aspetti concettuali ed operativi della logistica nelle aziende sanitarie: il caso del Presidio ospedaliero di Forlì», *Mecosan*, 61, pp. 139-170.
- VISSERS J., BEECH R. (2005), *Health Operations Management: patient flow logistics in health care*, Routledge, London and New York.

OPTIMO IZSVe: un caso di successo? Quello che non si misura, non migliora

IGINO ANDRIGHETTO, STEFANIA CHINELLO, LISA ZANARDO

OPTIMO IZSVe represents a national innovative experience, on evaluation of the performance in P.A.: the Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, since 2008, has pursued an orientation based on improvement objectives; from these premises starts up Optimo IZSVe, a system based on the Balanced Scorecard of Kaplan and Norton's model. Structured in six different perspectives, it integrates economic and budget indicators with non-economic indicators created ad hoc. It allows a complete monitoring of the activities, the economic flows, the human resources and programming, giving the possibility to activate actions for the continuous improvement and the prompt check of the results.

Keywords: performance indicator, performance evaluation, programming and control

Parole chiave: indicatore, valutazione delle performance, programmazione e controllo

Note sugli autori

Igino Andrighetto, professore e Direttore Generale, Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie
Stefania Chinello, Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie
Lisa Zanardo, ingegnere, Top Performance Consulting - Consulenza d'Impresa

1. Introduzione

Gli andamenti economici dei Paesi sviluppati registrano negli ultimi anni un crescente impulso alla razionalizzazione delle risorse impiegate.

Si possono sintetizzare due tipologie di approcci: quello dell'ente pubblico che, per far fronte a esigenze di efficiente gestione ed efficace pianificazione, sviluppa un proprio Sistema di controllo delle performance interne; quello del mondo aziendalistico, orientato alle grandi imprese, che basano sull'attenta pianificazione e sul puntuale controllo le loro linee strategiche, e alle piccole medie realtà industriali, forzate da una complessa congiuntura di mercato a un più strutturato monitoraggio dei propri progetti.

Trasparenza, valutazione, merito non possono dunque rimanere proclami, ma vanno tradotti negli strumenti operativi a disposizione dei dirigenti e dei loro collaboratori.

Al fine di avere un quadro esaustivo dell'evoluzione del concetto di «controllo delle organizzazioni», è necessario fare un rapido *excursus* sin dalle origini, per poi evidenziare le metodologie di sviluppo e realizzazione valide sia per l'azienda privata che per l'ente pubblico. Proprio in tal senso va considerato il Sistema OPTIMO IZSVe che, anticipando le recenti disposizioni legislative in materia per le strutture pubbliche, consente di tradurre gli obiettivi strategici in piani d'azione operativi, di monitorare gli andamenti economici e le attività progettuali, di assegnare correttamente le risorse umane, finanziarie, i carichi di lavoro e di responsabilità, verificandone tempestivamente i risultati.

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Cenni storici
3. Cenni metodologici
4. Settore pubblico: disposizioni legislative
5. OPTIMO IZSVe: monitorare le performance permeando la complessità organizzativa
6. Conclusioni

2. Cenni storici

2.1. L'origine e l'evoluzione dei sistemi di Pianificazione e controllo

Un'oculata programmazione e un puntuale controllo sono strumenti alla base dell'impresa moderna, in grado di prevenire gli effetti della congiuntura economica, rilevando con tempestività andamenti endogeni e fattori esogeni e pianificando le opportune azioni correttive.

I sistemi di Pianificazione e controllo delle performance hanno origine a partire dal 1970 e traggono spunto da *teorie sociologiche*; un celebre punto di partenza proviene dagli studi dei sociologi francesi Michel Crozier ed Erhard Friedberg, autori di ricerche e testi relativi all'analisi strategica e alla sociologia delle organizzazioni, con particolare riferimento alle amministrazioni pubbliche.

«Potere significa controllo dei margini di incertezza» affermano i due sociologi, spianando la strada ai tecnici affinché individuino concretamente dei sistemi operativi di controllo.

Una prima risposta strutturata da parte degli economisti, che traducono la teoria sociologica nella modellizzazione finanziaria, giunge negli anni '80: numerose grandi imprese di matrice anglosassone progettano i primi sistemi di Controllo di gestione, evidenziando nel dettaglio i risultati economici aziendali, e istituendo la figura del «controller», atta a collegare i consuntivi con le proiezioni previsionali, e a comunicare tutte le informazioni sulla gestione al *top management* dell'impresa.

Solo nel 1992 viene pubblicato un metodo completo di Pianificazione e controllo delle performance di un'organizzazione, sganciato dalla pura logica di profitto economico. Collegare la strategia di lungo periodo alle azioni e all'operatività corrente è lo stimolo colto dagli studiosi Robert Kaplan e David Norton, che descrivono sull'*Harvard Business Review* un nuovo sistema di monitoraggio dell'andamento aziendale denominato «Balanced Scorecard»: affianca alle tradizionali misure finanziarie una serie di grandezze non-finanziarie che consentono ai manager aziendali di avere una visione più «bilanciata» (*balanced*) della realtà azienda-

le (Kaplan, Norton, 2007) (Kaplan, Norton, 2008).

Lo scopo fondamentale della *Balanced Scorecard (BSC)* è quello di indirizzare, aiutare e supportare i manager nel processo di misurazione della performance, mantenendo stabile un'ottica di medio-lungo periodo e focalizzando l'attenzione sulla strategia aziendale quale leva del miglioramento dei processi. Tale sistema consente, per la prima volta, di studiare il passato (a cui gli indicatori si riferiscono) per implementare importanti e strategici cambiamenti nel futuro, al fine di migliorare la performance dell'impresa (Kaplan, Norton, 2010).

Le quattro prospettive delle BSC (**figura 1**) intendono descrivere a 360° gli andamenti aziendali, rispondendo alle tipiche domande del *top manager*:

1) *Come deve apparire l'azienda per avere successo dal punto di vista economico?*

Prospettiva economica, descrive e sintetizza le dinamiche reddituali e finanziarie attraverso una serie di indici di natura economica – finanziaria, in modo non dissimile dai sistemi tradizionali, orientati al profitto d'impresa.

2) *Come deve apparire l'azienda agli occhi della clientela di riferimento?*

Prospettiva del cliente, valuta l'efficacia della strategia nel soddisfare il cliente. I manager aziendali definiscono qual è il mercato di riferimento e sviluppano misure utili a rilevare fedeltà e soddisfazione dei clienti, attuali e potenziali.

3) *In quali processi aziendali dobbiamo eccellere?*

Prospettiva dei processi interni, misura le performance nell'ambito dei processi gestionali. I manager identificano i processi critici, con impatto sulla soddisfazione del cliente e quindi sui risultati economico-finanziari. In particolare si analizzano:

- processi dell'innovazione;
- processi operativi;
- processi di assistenza post-vendita.

4) *Come possiamo sostenere l'apprendimento e le capacità dei dipendenti?*

Prospettiva di apprendimento e crescita, si prefigge di monitorare e sviluppare l'apprendimento, l'innovazione e il cambiamento. Tre sono le fonti di apprendimento organizzativo e di crescita: le persone, i sistemi

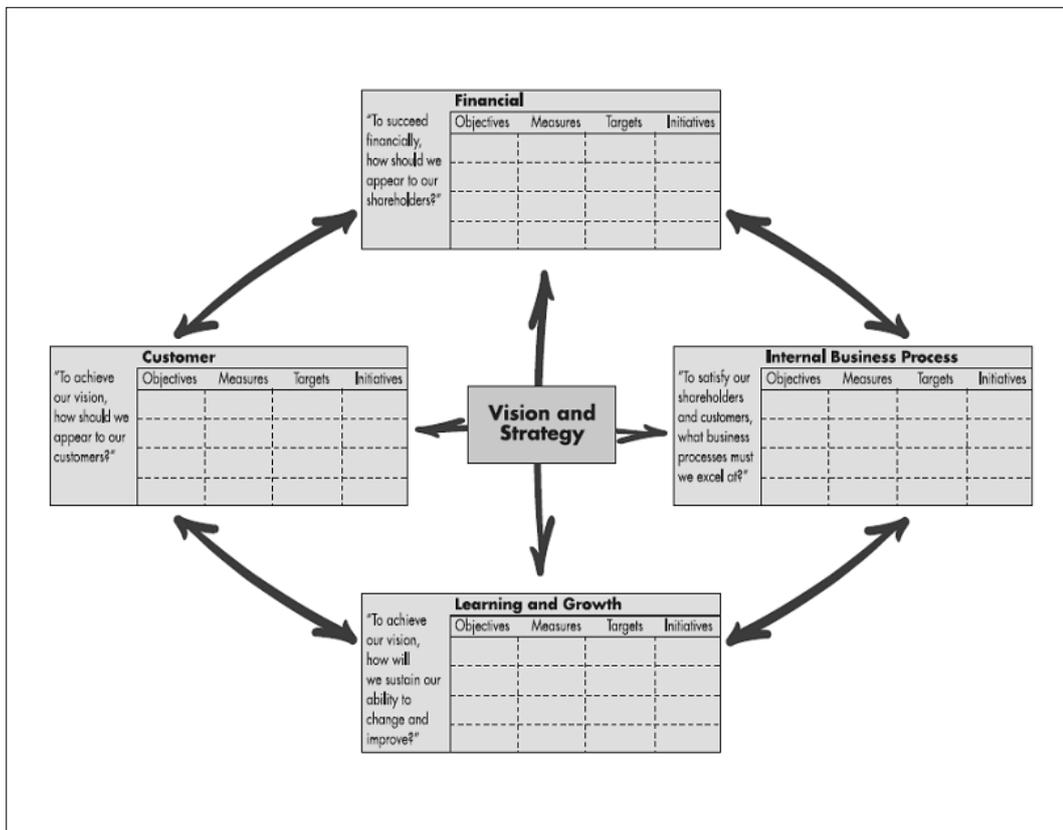


Figura 1
Quattro prospettive della *Balanced Scorecard*

e le procedure organizzative; sono le prime ad avere un ruolo di primo piano, anche in un'era di grande sviluppo tecnico e tecnologico (Kaplan, Norton, 2000).

Si possono individuare le prime applicazioni concrete della metodologia BSC nel settore privato (Centrone, 2004), e in particolare nelle realtà aziendali di grandi dimensioni, dove l'azionista o il manager hanno la necessità di rilevare tempestivamente gli andamenti di tutte le aree dell'impresa.

In modo analogo, l'introduzione dei primi sistemi di pianificazione e controllo nel settore pubblico avviene 4-5 anni fa, in risposta alle specifiche esigenze interne delle strutture e dunque su base volontaristica.

Recenti normative (D.L.vo 150/2009) indirizzano gli enti pubblici all'introduzione dei sistemi di Pianificazione e controllo delle performance dell'organizzazione nel suo complesso e, individualmente, del personale dirigente.

3. Cenni metodologici

3.1. Come sviluppare e implementare un sistema di Pianificazione e controllo

L'applicazione della BSC, con le opportune «customizzazioni» al settore di business e alla realtà aziendale in esame, comporta dunque l'approfondimento delle quattro prospettive all'interno dell'organizzazione, attraverso:

- la definizione della *mission* e degli obiettivi strategici dell'impresa;
- la mappatura di dettaglio dei processi aziendali;
- la definizione degli indicatori-chiave per i processi critici da monitorare;
- l'implementazione del sistema (**figura 2**).

Un passaggio trasversale a tutte le fasi è la condivisione del metodo e della sua applicazione con l'organizzazione, dai responsabili al personale operativo (Sbaragli, Zanardo, 2004).

**Figura 2**

Dalla definizione all'implementazione di un sistema di Pianificazione e Controllo

La scuola di Harvard, nel corso di un «Meeting of the minds» esprime infatti un ulteriore importante messaggio: «I dati da soli non parlano, solo le persone possono farlo».

Gli uomini che quotidianamente vivono l'impresa sono dunque l'unica risorsa in grado di attivare il cambiamento organizzativo (Zanardo, 2010).

3.2. Dalla definizione all'implementazione di un sistema di Pianificazione e controllo

La premessa alla progettazione di un sistema di Pianificazione e controllo delle performance, basato sulla metodologia della BSC, è una chiara visione della rotta strategica che l'organizzazione deve seguire.

Accade spesso che anche manager di provata esperienza riscontrino difficoltà nell'esprimere e comunicare obiettivi concreti per la propria organizzazione; gli errori più comuni:

- nel settore privato il manager spesso ragiona solo in ottica di profitto, dimenticando le altre prospettive indicate dalla BSC (cliente, processi interni, risorse umane);
- nel settore pubblico, in assenza di «palletti» in termini di *budget* di costi e di tempi,

e con il condizionamento di scelte politiche, prima che gestionali, il manager stenta a ragionare in termini di obiettivi, confondendoli spesso con i compiti istituzionali del proprio ente.

3.3. Mappatura dei processi

I processi operativi costituiscono la quotidianità dell'impresa. Spesso descritti e rappresentati graficamente nei manuali di qualità, non sempre sono oggetto di verifica puntuale da parte dei dirigenti.

La cronicizzazione di criticità nei processi aziendali porta all'abbassamento dei livelli di servizio al cliente oppure all'aggravio di costi, aggravando le inefficienze interne all'impresa (Ostinelli, 1995).

È fondamentale svolgere una mappatura dei processi interni, mettendo in luce le criticità, e proponendo soluzioni operative che permettano di by-passare i «colli di bottiglia». Si tratta dunque di anticipare la prospettiva dei processi interni descritta dalla BCS (Conca, Pamploni Scarpa, 2003).

3.4. Definizione degli indicatori

I *Key Performance Indicators* (KPIs) sono misuratori quantitativi, che devono possedere caratteristiche particolari:

- misurabilità;
- tempestività;
- completezza;
- precisione;
- capacità di identificare la responsabilità specifica.

Gli indicatori possono essere organizzati in più livelli, sulla base di:

- impatto sugli obiettivi delle aree dove avviene la valutazione;
- vicinanza al mercato, ovvero la «velocità» con la quale influiscono sul cliente finale;
- reperibilità dell'informazione;
- tempistica di implementazione.

Spesso l'introduzione degli Indicatori nelle imprese avviene in modo graduale, partendo da un'area «pilota», da un processo critico, dai «quick wins», ambiti ad alto impatto e ad agevole controllo, per poi essere estesi

a tutte le altre funzioni aziendali (Sbaragli, Zanardo, 2004).

3.5. Implementazione a sistema

Non è citata nella prima definizione di Kaplan e Norton, ma la tecnologia è oggi l'ausilio principe ai sistemi di pianificazione e controllo delle performance aziendali.

Se una prima definizione di obiettivi e indicatori può avvenire «manualmente», una volta «rodato» il sistema, è d'obbligo l'integrazione informatica dello stesso.

Ciò consente la storicizzazione di dati e indicatori, la fruibilità delle informazioni, la facilità di lettura attraverso rappresentazioni grafiche, e la condivisione immediata delle criticità con tutta l'organizzazione.

Un eccellente sistema informativo è oggi un quasi scontato prerequisito a supporto dei cambiamenti organizzativi.

4. Settore pubblico: disposizioni legislative

4.1. La recente evoluzione del sistema normativo verso la valutazione delle performance

Se nel settore privato l'adozione di modelli di pianificazione e controllo delle performance dell'impresa diventa indispensabile per governare la complessità organizzativa e raggiungere gli obiettivi di profitto e di efficienza richiesti dall'azionista e dal mercato/cliente, nel settore pubblico l'assenza di tali figure – l'«azionista», il «mercato», il «cliente» – ha reso «volontaristica» l'applicazione di un sistema di monitoraggio delle performance (CNIPA, 1998).

Recenti disposizioni legislative stanno tuttavia progressivamente introducendo anche nel settore pubblico la cultura della misurazione delle prestazioni organizzative e individuali.

Nel 2009 si sono concretizzate alcune importanti iniziative normative che hanno riguardato, tra le altre, un articolato insieme di disposizioni sulla performance amministrativa e il lavoro pubblico, nonché ulteriori disposizioni in materia di contabilità e finanza pubblica.

A seguito della legge delega 15/2009, il Governo ha varato il *decreto legislativo*

150/2009: con questa norma il legislatore ha affrontato il tema dell'ammodernamento e razionalizzazione dell'amministrazione pubblica attraverso disposizioni riguardanti la misurazione e valutazione della performance, la trasparenza, la valorizzazione del merito dei dipendenti pubblici, il connesso sistema premiante e, più in generale, l'ordinamento del lavoro pubblico.

Varato il decreto legislativo 150/2009, è stata quindi costituita la *Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche* (Civit), e gli *Organismi indipendenti di valutazione* (Oiv) dei ministeri, dei principali enti pubblici nazionali e di alcuni enti periferici.

Il 27 gennaio 2011 è stato costituito l'Oiv della Regione Veneto.

La Delibera 114/2009 della Civit sottolinea la necessità di garantire una forte integrazione fra *mission*, obiettivi strategici e obiettivi operativi delle strutture pubbliche e, in particolare, puntualizza i seguenti ambiti:

- l'integrazione degli obiettivi con il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa;
- il collegamento tra la performance organizzativa e quella individuale dei dirigenti;
- i compiti dell'Oiv, chiamato a proporre la valutazione dei dirigenti di vertice;
- il numero massimo e minimo degli obiettivi e le modalità di definizione degli stessi;
- l'applicazione di descrittori, scale di valutazione, pesi e procedure di calcolo;
- le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione;
- la capacità di differenziazione dei giudizi (definizione di «fasce» di merito).

In particolare, come chiarisce il D.L.vo 150/2009 (art. 14, comma 2), l'Organismo indipendente di valutazione, oltre a svolgere tutte le attività di controllo strategico prima assegnate al servizio di controllo interno, è chiamato a esercitare in piena autonomia le seguenti attività:

- monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elaborare una relazione annuale sullo stato dello stesso;

- comunicare tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo e amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle pubbliche amministrazioni;

- validare la Relazione sulla performance (documento che evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse) e assicurarne la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;

- garantire la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi;

- proporre all'organo di indirizzo politico-amministrativo la valutazione annuale dei dirigenti di vertice;

- essere responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione;

- promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;

- verificare i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità (approfonditi nella delibera CIVIT n. 22/2011);

- curare annualmente la realizzazione di indagini sul personale dipendente (Regione Veneto, 2011).

Il legislatore ha dunque stabilito che, tramite gli Organismi indipendenti di valutazione, anche le Regioni e gli enti locali dovranno adeguare i propri ordinamenti disciplinando la misurazione e la valutazione della performance organizzativa e individuale, in coerenza con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio.

5. OPTIMO IZSve: monitorare le performance permeando la complessità organizzativa

5.1. Natura e scopi dell'ente

L'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezia è un ente sanitario di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa, gestionale e tecnica; opera nell'ambito del Servizio sanitario nazionale come strut-

tura tecnico-scientifica attraverso la quale lo Stato assicura – in materia di igiene e sanità veterinaria – la sorveglianza epidemiologica, la ricerca sperimentale, la formazione degli operatori, l'attività di laboratorio e la diagnostica, nonché il controllo ufficiale degli alimenti di origine animale.

In Italia la rete degli Istituti zooprofilattici è formata da dieci unità e ogni Istituto estende la propria competenza a un territorio che comprende più regioni o province autonome. La funzione di raccordo e coordinamento delle attività è svolta dal Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti del Ministero della salute.¹

Il territorio di competenza dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezia comprende la Regione del Veneto, la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e le Province autonome di Trento e Bolzano.

L'Istituto assicura agli enti cogenerenti e ai servizi veterinari delle rispettive aziende unità sanitarie locali, le prestazioni e la collaborazione tecnico-scientifica necessarie, attraverso le dieci sezioni periferiche di: Verona, Vicenza, Treviso, Belluno, San Donà di Piave (VE), Adria (RO), Cordenons (PN), Campoformido (UD), Trento e Bolzano, oltre che alla sede centrale di Legnaro PD. (IZSve, 2009).

5.2. Natura e scopi dell'ente

L'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezia è suddiviso nelle seguenti tre aree (**figura 3**):

- Area direzione strategica;
- Area tecnico-amministrativa;
- Area tecnico-sanitaria.

L'Area tecnico-sanitaria rappresenta il cuore delle attività svolte dall'Istituto: attraverso le strutture a essa afferenti assicura lo svolgimento dei compiti previsti dalla normativa vigente.

L'Area è organizzata in strutture semplici e unità operative, che fanno capo a strutture complesse della sede centrale (SC) e delle sezioni periferiche (SCT). L'Area sanitaria costituisce il campo d'azione di *Optimo IZSve* e le strutture complesse ne costituiscono l'oggetto di misurazione.

In linea di massima, le strutture della sede centrale hanno dimensioni variabili, eseguono attività anche molto diversificate tra loro – operano infatti in ambiti diversi – e, oltre a sviluppare le attività previste quali gestione dei piani,² analisi specialistiche, ricerca e formazione, forniscono supporto alle strutture territoriali.

Le strutture complesse territoriali invece, costituendo l'interfaccia tra l'Istituto e gli *stakeholder* che operano sul territorio di riferimento, presentano un assetto organizzativo di base omogeneo. In relazione, poi, alle peculiarità esistenti nello specifico territorio e ai campi di ricerca avviati, alcune strutture hanno sviluppato determinate specializzazioni (es. il Laboratorio di igiene e trasformazione dei prodotti della pesca della sezione di Adria).

5.3. Sviluppo del modello Optimo nel contesto gestionale dell'IZSve

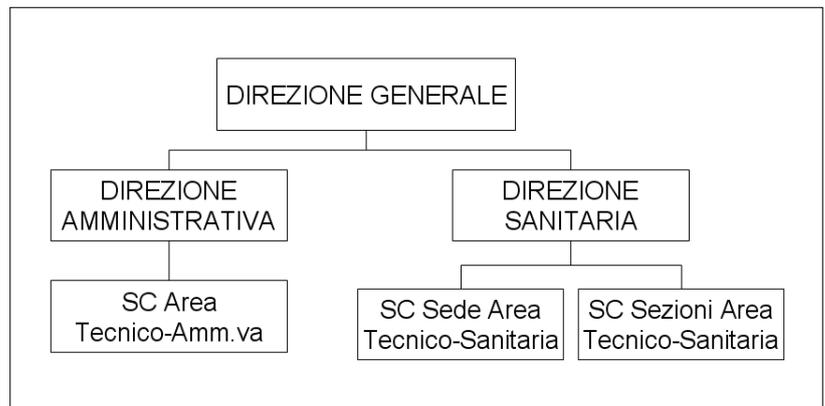
Contabilità generale, contabilità analitica e metodica di *budget* gestionale sono strumenti utilizzati nelle pubbliche amministrazioni e strettamente connessi tra di loro: forniscono l'insieme delle informazioni selezionate e presentate sotto forma di *report* al management, affinché possa svolgere le proprie analisi, valutazioni e scelte.

Essendo però tre strumenti distinti, i dati da essi prodotti non sempre sono in grado di dare agli organi direzionali una visione d'insieme. Anzi, in certi casi possono dare origine a una certa complessità di interpretazione.

Inoltre, se l'orientamento «al passato» e «alla gestione globale» riferiti alla contabilità generale possono essere in qualche modo superati con l'aiuto della contabilità analitica – che permette analisi dettagliate e proiezioni di costi e ricavi – rimane comunque aperta la questione della valutazione delle attività e dei beni intangibili che nessuno dei tre strumenti sopracitati permette.

Infine, altro elemento da non sottovalutare è il monitoraggio dell'attività «routinaria», che non può e non deve essere effettuato solo con indicatori di tipo economico o, nel peggiore dei casi, trascurato.

Prendendo come riferimento il modello della *balanced scorecard*, l'Istituto zootecnico sperimentale delle Venezie ha



integrato in un unico sistema gli indicatori economici e di *budget*, con indicatori di tipo *non-economico*. Questi ultimi in particolare misurano:

- le prestazioni dell'azienda rispetto ai principali fattori critici di successo: qualità, tempi di risposta, produttività (efficienza), flessibilità, ecc.;
- lo stato delle risorse dell'azienda: dipendenti, ricerca, formazione, ecc.

Gli indicatori *non-economici*, però, essendo poco standardizzabili in quanto ogni organizzazione ha diversi e specifici fattori critici di successo, sono stati sviluppati internamente in modo che essi siano significativi e utili alla gestione.

Optimo IZSve inizia proprio da qui.

Optimo IZSve è uno strumento di monitoraggio, valutazione e miglioramento della performance aziendale che, basandosi sul modello della *balanced scorecard*³ (Kaplan, Norton, 2000) (Centrone, 2004), permette un controllo strategico multidimensionale e multilivello attraverso un cruscotto di indicatori-chiave costruiti *ad hoc* (KPIs):

– «*Multidimensionale*» perché valuta la performance dell'organizzazione secondo sei diverse prospettive (Nutti, 2008).

– «*Multilivello*» in quanto, avendo come riferimento la singola struttura complessa, le informazioni da esso prodotte possono essere aggregate o disaggregate a seconda delle esigenze, fornendo da una parte strumenti di programmazione e controllo utili alla Direzione generale (prospettiva macro) e, dall'altra, mettendo a disposizione dei singo-

Figura 3
Organigramma IZSve

li dirigenti dati utili al *benchmarking* intra e inter-strutturale, facilitando così un processo circolare di miglioramento continuo (prospettiva micro).

Optimo IZSve va così a completare la rosa di strumenti a disposizione della Direzione Generale e dei singoli dirigenti.

I punti di forza del sistema si possono così sintetizzare:

- il superamento del carattere autoreferenziale e di adempimento formale nella valutazione delle performance;
- un monitoraggio stabile, tempestivo e continuo di tutte le attività interne, fondamentale per raggiungere buoni livelli di efficienza;
- una chiara visione delle «relazioni causali» tra le scelte strategiche e gli obiettivi da raggiungere che permettono di allineare l'organizzazione alla strategia e di raggiungere buoni livelli di efficacia;
- un modello molto flessibile e modificabile a seconda delle strategie e delle esigenze operative.

Oltre a essere previsto dal regolamento interno, il sistema è stato fortemente sostenuto dal management, che necessitava di un elemento di raccordo e continuità per il monitoraggio:

- della programmazione pluriennale;
- della programmazione annuale;
- delle attività di miglioramento;
- delle attività di mantenimento («routinarie»);
- delle schede obiettivi *budget*;
- delle attività rilevanti per la rendicontazione sociale.

Nella **figura 4** è sintetizzato il flusso di Programmazione e controllo, che coinvolge tutte le strutture manageriali.

5.4. Implementazione del sistema Optimo

Lo sviluppo del modello, avviato a metà del 2008, può essere sintetizzato in due *step*: una prima parte «propedeutica», durata circa un anno e mezzo, volta alla costruzione delle «fondamenta» culturali e strumentali del sistema; una seconda parte, tutt'oggi in corso,

di sviluppo, validazione e condivisione dello strumento.

Molto spesso, infatti, gli individui associano al concetto di «gestione» del dato il concetto di «proprietà», sviluppando inconsciamente un atteggiamento di «protezione» dello stesso.

Con periodici aggiornamenti sullo stato di avanzamento del sistema e l'istituzione di gruppi tecnici di lavoro per categorie di dati, nell'Istituto si è creato un *network* nel quale tutti lavorano con l'obiettivo di rendere fruibili il maggior numero di dati utili alla gestione interna. Il concetto di proprietà del dato si è così trasformato in «responsabilità» *del dato*, ovvero, nel dovere del detentore di renderlo disponibile per contribuire a migliorare la gestione interna e, di conseguenza, le performance aziendali.

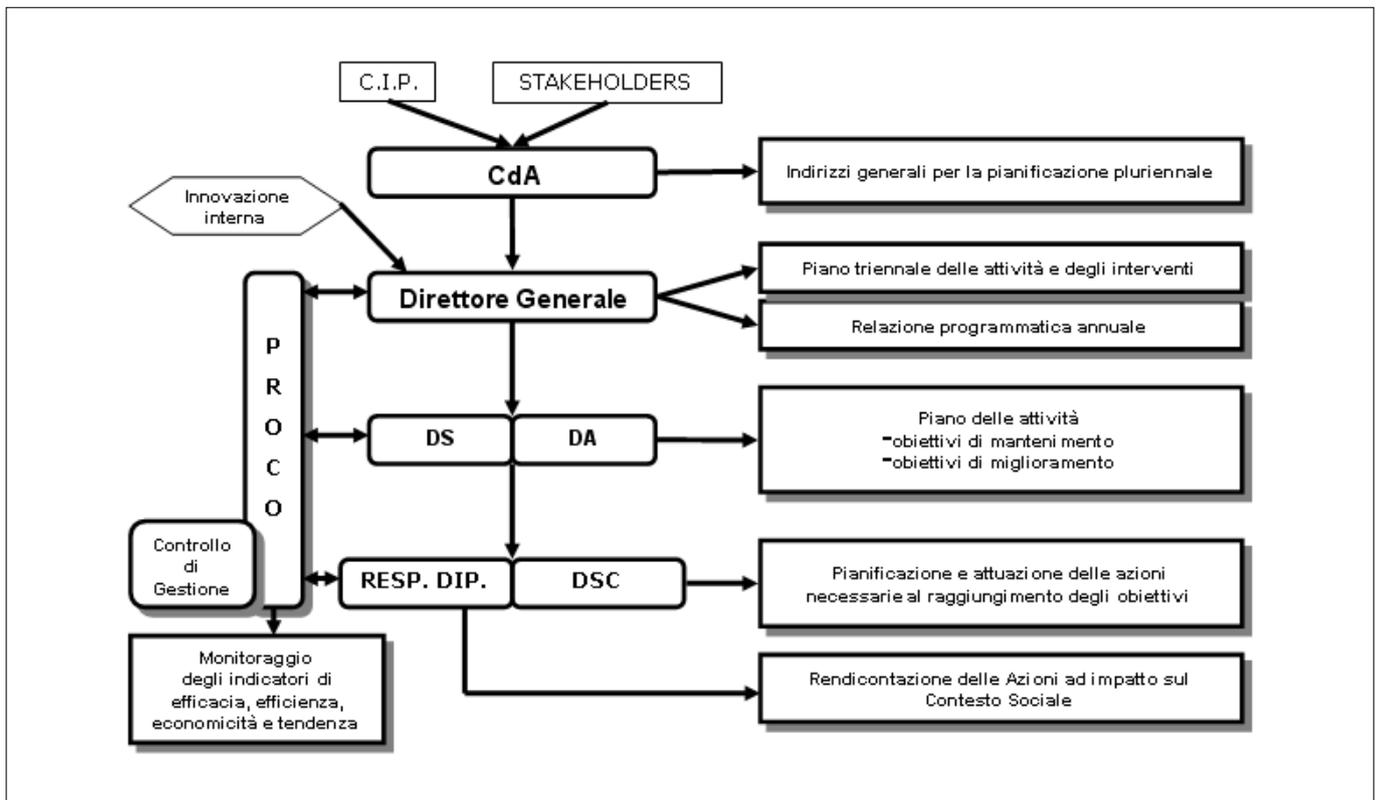
Dal punto di vista strumentale si è proceduto all'acquisizione di un software di *business intelligence*⁴ per strutturare e consolidare una base dati unica e autoalimentata, requisito fondamentale per dare stabilità al sistema.

Riepilogando, la concezione e l'implementazione di *Optimo IZSve*, hanno seguito le seguenti fasi principali:

- a) ricerca bibliografica e scelta del modello (*balanced scorecard*);
- b) individuazione di sei dimensioni di analisi dell'Istituto;
- c) individuazione aree funzionali che sintetizzano le principali attività dell'IZSve;
- d) correlazione di ciascuna dimensione con una o più aree funzionali;
- e) individuazione dei dati descrittivi di ciascuna area funzionale;
- fa) sviluppo della base dati e del sistema di *reporting* condiviso per l'analisi dei trend;
- g) identificazione degli indicatori-chiave;
- h) avvio del sistema di monitoraggio con calcolo degli indicatori-chiave e loro rappresentazione grafica.

5.5. Le sei dimensioni di Optimo ZSve

Le sei dimensioni di sintesi non sono altro che le sei diverse chiavi di lettura attraverso le quali monitorare e valutare l'attività di un soggetto, sia esso struttura complessa o Istituto.



Legenda:

C.I.P. - Comitato di Indirizzo e Programmazione; STAKEHOLDER - Rappresentanze organizzate degli utenti e dei consumatori; CdA - Consiglio di Amministrazione; DS - Direttore sanitario; DA - Direttore amministrativo; RESP. DIP. - Responsabili di Dipartimento; DSC - Dirigenti di Struttura complessa; PROCO - Uff. Programmazione e Controllo.

Il successo di un'organizzazione non è mai dato da un unico fattore, ma dalla combinazione di un insieme di essi, quali per esempio: il benessere organizzativo, il rispetto delle procedure, il corretto carico di lavoro di ciascun operatore, la gestione razionale delle risorse, il rispetto dei tempi, l'apertura verso il cliente/utente, e così via.

Anche quando si tratta di identificare la fonte di una criticità, per porre in atto le adeguate azioni correttive, tutto diventa molto più semplice e immediato se si ha una visione del sistema a 360° e quindi una capacità di intervento capillare.

L'individuazione delle prospettive di analisi è stata fatta in parte sulla base della ricerca bibliografica in materia (Kaplan, Norton, 2000) (Nutti, 2008) (Nutti, 2009) (Cattabeni, Lega, Vendramini, 2004), ma soprattutto considerando le effettive esigenze manifestate dal management, collegate alla peculiare realtà e organizzazione dell'ente: de-

vono quindi saper rappresentare *in primis* il *core-business* dell'ente nonché i processi di supporto a esso collegati, ma anche l'orientamento alle indicazioni strategiche, le aspettative e il grado di soddisfazione del cliente/utente sia esterno che interno, senza tralasciare l'aspetto economico. Le sei dimensioni individuate sono quindi le seguenti:

- Dimensione A: *Economica*
- Dimensione B: *Operativa e di supporto*
- Dimensione C: *Tecnico-sanitaria*
- Dimensione D: *Portatori d'interesse/Clienti*
- Dimensione E: *Organizzazione interna*
- Dimensione F: *Pianificazione sistemazienda.*

Le Aree funzionali rappresentano l'anello di congiunzione tra teoria e pratica: non sono altro che una semplificazione del concetto di processo.

Figura 4
Flusso della programmazione e controllo

Le *Aree funzionali* individuate sono 12 e rappresentano le principali attività dell'Istituto:

1. Gestione del processo analitico
2. Gestione operativa del personale
3. Gestione ricerca scientifica
4. Gestione dei costi
5. Gestione dei ricavi
6. Gestione del cliente
7. Gestione sistema per la qualità
8. Gestione benessere organizzativo
9. Gestione attività formativa
10. Gestione programmazione annuale
11. Gestione attività di consulenza
12. Gestione attività commerciale

Figura 5
Rappresentazione sintetica delle Dimensioni e Aree funzionali di analisi

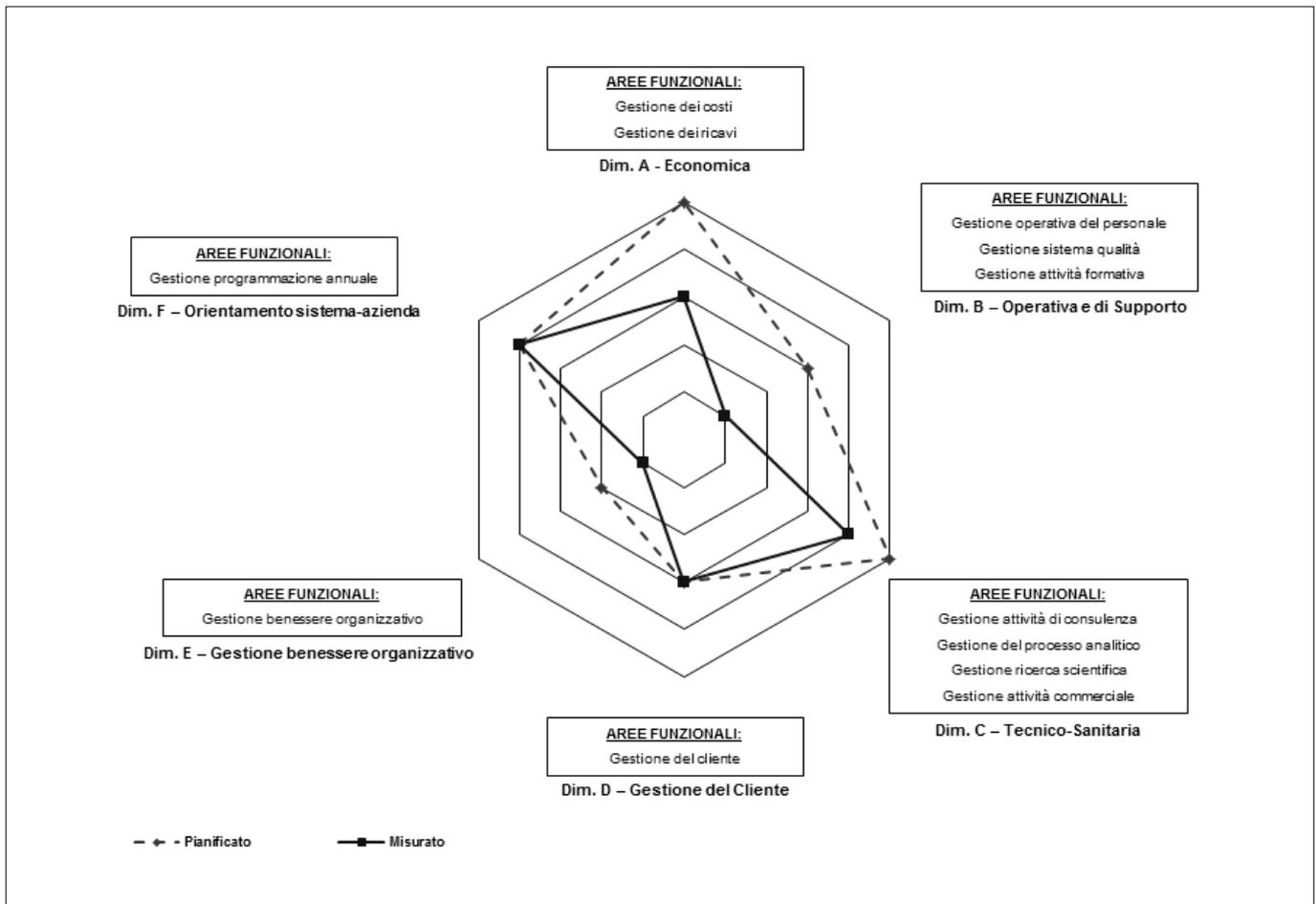
Il risultato del collegamento «aree funzionali-dimensioni» e la relativa rappresentazione grafica è stato quello riportato nella **figura 5**.

Il sistema permette inoltre la consuntivazione dei dati storici, e quindi l'evidenza dei trend per ciascun indicatore. Tali andamenti vengono espressi in forma tabellare e nella forma grafica del «Cruscotto», di immediata comprensione. La **figura 6** riporta un esempio, relativo all'Indicatore di efficienza di utilizzo del personale e **figura 7** la rappresentazione degli indicatori puntuali nei diversi anni di rilevazione.

5.6. Gli indicatori

Gli indicatori di valutazione individuati sono 26, una media di 5 per ciascuna dimensione; nella **figura 8**, a titolo esemplificativo, ne sono riportati alcuni: uno per dimensione.

La tabella rappresenta il *layout* della *scheda di rendicontazione* degli indicatori. Questo strumento di riepilogo permette un'analisi



	2008	2009	2010
SC min	0,90	0,89	0,84
SC max	1,28	1,25	1,25
Media IZSVe	1,03	0,93	0,92

Figura 6
Tabella indice di efficienza di utilizzo del personale

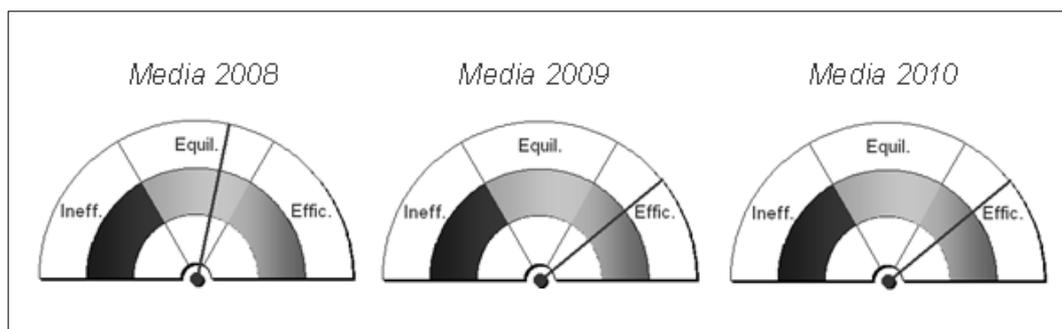


Figura 7
Rappresentazione grafica dell'andamento di un indicatore: il cruscotto

si completa e immediata di tutti gli indicatori e il loro confronto nel tempo.

L'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie non ha atteso un intervento normativo, ma ha autonomamente avviato una profonda riflessione sul monitoraggio delle prestazioni e sul miglioramento del proprio operato. Una nuova prospettiva di cambiamento culturale, di continuo miglioramento delle performance, che necessita di nuovi e innovativi strumenti: *Optimo IZSVe* è la risposta più attuale che l'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie ha adottato per concretizzare questi intenti, ritenendolo una reale opportunità di crescita.

Un sistema di indicatori, alcuni dei quali già consolidati e regolarmente utilizzati, in grado di offrire un'eshaustiva panoramica dell'attività dell'Istituto per individuare facilmente eventuali criticità delle strutture e allocare al meglio le risorse. Un sistema utile all'amministrazione, che dispone di uno strumento indispensabile per la programmazione delle attività, ma utile anche al personale dirigente che ha a disposizione elementi oggettivi per la gestione delle attività quotidiane.

6. Conclusioni

Spesso quando si parla di sistemi di pianificazione e controllo si propongono e si

analizzano numerosi dati e indicatori, che diventano il cuore della discussione.

Quanto illustrato in questa pubblicazione ha volutamente affrontato la tematica analitica senza soffermarsi su tutti i dettagli operativi.

L'aspetto più complesso, nel progettare un sistema di controllo, non è definire e misurare gli indicatori di performance, ma condividere la definizione, la misurazione, e, non ultima, la valutazione con gli addetti ai lavori, siano essi dirigenti o operativi.

Pianificare, controllare, misurare gli andamenti del business e di conseguenza valutare e incentivare i responsabili degli andamenti stessi è spesso visto come una imposizione «top-down»: il *top manager* istituisce un sistema di controllo per poter premiare o ammonire i propri dirigenti e dipendenti.

Ma in una struttura sana, privata o pubblica che sia, il sistema di controllo deve essere altrettanto sano, fungere quindi da guida, da indirizzo, da timone operativo per tutta l'organizzazione. Diventa un nuovo linguaggio oggettivo con il quale i dipendenti a tutti i livelli della scala gerarchica possono confrontarsi: «bottom-up».

Il percorso analitico porta dunque alla definizione dei piani d'azione, al miglioramento continuo di un'organizzazione virtuosa che non teme la valutazione, ma la auspica, che non teme la chiarezza e la crudezza del

Figura 8
 Scheda di rendicontazione indicatori (esempio 1 indicatore per dimensione)

Dimensione	Nome indicatore	Finalità	Formula matematica	Indicatore 2009	Indicatore 2010	Indicatore 2011	Mediana 2011 IZSve	Mediana 2011 SEDE	Mediana 2011 SEZIONI	Commento dirigente su trend indicatore	Possibili azioni da intraprendere
A	CONSUMO BENI SANITARI	L'indicatore esprime il consumo medio di beni sanitari in € per ogni unità di IUP, quindi rispetto alla complessità dell'attività analitica.	$\frac{\text{Consumo beni sanitari SC anno X}}{\text{IUP analisi SC anno X}}$								
B	INDICE DI EFFICIENZA DI UTILIZZO DEL PERSONALE	L'indice esprime la percentuale di personale comparto effettivamente utilizzato dalla struttura per far fronte all'attività svolta, rispetto al personale da assegnare calcolato.	$\frac{\text{Forza Lav. Pres. comp. anno X}}{\text{Pers. da Assegnare comp. anno X}}$								
C	IMPATTO SCIENTIFICO PUBBLICAZIONI MEDIO TREMCALE PER DIRIGENTE	L'indicatore esprime l'entità e la rilevanza dell'attività di pubblicazione di ciascuna struttura attraverso un punteggio medio per dirigente calcolato in base al numero e alla tipologia di pubblicazioni effettuate nel triennio considerato	$\frac{\text{Punteggio medio IS pubblicazioni anno X} \cdot \text{--} \cdot \text{anno X} \cdot \text{--} \cdot \text{anno X} \cdot \text{--} \cdot \text{anno X} \cdot \text{--}}{\text{Forza Lavoro Presente media dirigenza anno X} \cdot \text{--} \cdot \text{anno X} \cdot \text{--} \cdot \text{anno X} \cdot \text{--} \cdot \text{anno X} \cdot \text{--}}$								
D	SOPRALLUOGHI TOTALI	L'indicatore esprime il delta tra il numero di sopralluoghi totali effettuati nell'anno X rispetto all'anno X-1, monitorando l'attività di consulenza.	$\frac{\text{n}^\circ \text{ soprall. anno X}}{\text{n}^\circ \text{ soprall. anno X-1}}$								
E	INDICE GENERALE DI BENESSERE ORGANIZZATIVO	Indicatore composto nel quale confluiscono tutti gli indicatori di clima e di percezione. Valori pari o inferiori a 50 indicano un punteggio negativo.									
F	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET	L'indicatore esprime la capacità della struttura di perseguire con successo gli obiettivi di miglioramento assegnati ad inizio anno.	$\frac{\text{Percentuale media ponderata raggiungimento obiettivi budget anno X}}{\text{budget anno X}}$								

dato perché supportato da osservazioni critiche e costruttive, che identifica nella «Pianificazione e Controllo» lo strumento applicativo della meritocrazia.

Perché, ricordiamolo...

«I dati da soli non parlano, solo le persone possono farlo» (Harvard, Meeting of the minds).

Note

1. Confluito nel Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali dal 2008.
2. Piani di controllo salmonelle, piani di monitoraggio europei, piano nazionale residui, piano nazionale pesticidi, piano di sorveglianza BSE, Piani nazionali e regionali tubercolosi, brucellosi e West Nile, ecc.
3. Traduzione: scheda di valutazione bilanciata.
4. Qlik View.

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

- AUTORITÀ PER L'INFORMATICA NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (1998), *La reingegnerizzazione dei processi nella Pubblica Amministrazione*, Archivio CNIPA, Roma.
- BACH V., RAVAIOLI P. (2007), *Pianificazione strategica e bilancio score card negli enti locali. Verso la democrazia partecipata*, Franco Angeli, Milano.
- BARISON B., BISSOLI F. (a cura di) (2009), *Bilancio Sociale 2007-2008*, Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, Padova.
- CATTABENI L., LEGA F., VENDRAMINI E. (2004), *Primi cenni sulla valutazione multidimensionale delle performance delle aziende ospedaliere tra fini esterni ed usi interni*, Convegno AIES, Roma.
- CENTRONE G. (2004), *Dal controllo direzionale al controllo strategico mediante il metodo della balanced scorecard: il caso S.p.a. Autovie Venete*, Ispes Edizioni, Torino.
- CHINELLO S. (2011), «La misurazione della performance dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie: il Sistema Optimo IZSVe», Tesi di laurea in Governo delle Amministrazioni, Università degli Studi di Padova.
- CONCA M.G., PAMPLONI SCARPA A. (2003), *Gestione per processi. Come identificare, gestire ed ottimizzare i processi dell'impresa*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (2000), *Balanced Scorecard: tradurre la strategia in azione*, Isedi, Torino.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (2007), *Using the BSC as a Strategic Management System*, HBR Classic, pp. 1-14.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (2008), «Mastering the Management System», *Harvard Business Review*, 86, pp. 62-77.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P., RUJELSJOEN B. (2010), «Managing Alliances with the Balanced Scorecard», *Harvard Business Review*, pp. 114-120.
- NUTI S. (a cura di) (2008), *La valutazione delle performance in sanità*, il Mulino, Bologna.
- NUTI S. (2009), *La valutazione multidimensionale della performance in sanità*, I quaderni di Italianieuropei, Roma, Fondazione Italianieuropei.
- OSTINELLI C. (1995), *La mappatura e l'analisi dei processi gestionali al cuore dell'activity based management*, Serie Economia aziendale, Varese, Liuc Papers.
- REGIONE VENETO (2011), *Piano della Performance Giunta Regionale 2011 - 2013*, Regione Veneto, Venezia.
- SBARAGLI P., ZANARDO L. (2004), «Sviluppo della rete vendita di Ferrari: supporto allo sviluppo della rete mondiale di concessionari e identificazione di un mercato target», Business School Politecnico di Milano, Milano.
- ZANARDO L. (2010), «Pianificazione e Performance. Vantaggi e limiti nella gestione aziendale», *Dentro casa*, 10, p. 192.

Commissariamento delle Asl campane e Piano di rientro: le percezioni dei dirigenti

F. ATTENA, V. CAPORALE, G. CORBISIERO, R. LANDOLFI, M. MASCIA, M.R. TROISI, G.A. VENTUCCI, G. VOLPE, S. MARINO, A. VALDES ABUADILI

Since march 2007 Italian government imposed to Campania Region a policy of cost containment. Consequently ASLs. were reduced from 13 to 7, and were directed from an extraordinary Commissioner. A total of 287 administrative and health professionals were interviewed to get their opinion about the results of the cost containment policy. The vast majority of respondents gave a negative judgment regarding the intervention. They reported a worsening of the coordination and organization, internal social relationship, personal satisfaction, availability of technological and economic resource, patient satisfaction and quality of care. The administrative professionals gave a slightly better judgment probably because they know, more than the health professionals, the economic trend and condition of the own ASL.

Keywords: cost containment, local health authority, questionnaire

Parole chiave: piano di rientro, aziende Sanitarie Locali, questionario

Note sugli autori

Francesco Attena, Dipartimento di Medicina sperimentale – Sez. Igiene – SUN; Vincenzo Caporale, direttore Distretto sanitario - Asl CE; Guido Corbisiero, direttore di Distretto sanitario - Asl NA3 Sud; Roberto Landolfi, direttore di Distretto sanitario - Asl NA2 Nord; Mauro Mascia, responsabile Struttura Analisi organizzativa e governo dei processi - Asl SA; Maria Rosaria Troisi, responsabile Procedimento piano attuativo - Asl AV; Gelsomino Antonio Ventucci, responsabile Uoc Assistenza anziani - Asl BN; Gennaro Volpe, direttore Dipartimento di Medicina territoriale - Asl NA1 Centro; Sara Marino e Amanda Valdes Abuadili, medici in Formazione specialistica - Igiene e Medicina preventiva - SUN

1. Introduzione

La situazione di grave disavanzo economico riscontrato in alcune Regioni italiane dal Governo centrale ha comportato, per la Regione Campania, la elaborazione di un piano di rientro dal disavanzo, a partire dall'accordo del 13 marzo 2007, che prevedeva una serie di interventi, da attivare nel corso del successivo triennio, finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione.

Questi interventi, da un lato, hanno comportato una profonda riorganizzazione dell'assetto organizzativo della sanità regionale e, dall'altro, hanno prodotto notevoli ripercussioni sul vissuto lavorativo del personale dipendente. Per quanto riguarda il primo punto, esso si è concretizzato nel riassetto della rete ospedaliera e territoriale, come si mostrerà in seguito, mentre il presente lavoro ha centrato la sua attenzione sul secondo aspetto essendosi posto l'obiettivo di analizzare il cambiamento in atto nel Ssr secondo una «prospettiva interna», cercando cioè di evidenziare le percezioni degli operatori sanitari e amministrativi che sono in rapporto di dipendenza con le Aziende sanitarie locali della Regione Campania.

Il presente studio descrive preliminarmente il percorso adottato dalla Regione Campania, di concerto con lo Stato centrale, per riportare il sistema sanitario regionale sui binari dell'equilibrio economico-finanziario. Successivamente, vengono analizzati i riferimenti metodologici sulla base dei quali è stato costruito il questionario di valutazione della opinione dei dirigenti aziendali. Vengono, poi, riportati, mediante l'ausilio di diverse tabelle, i risultati della elaborazione del questionario. Concludo-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. I Piani di rientro
3. Materiale e metodi
4. Risultati
5. Considerazioni e conclusioni

no il lavoro alcune considerazioni conclusive in cui si identificano e si sintetizzano le principali criticità emerse dalle risposte al questionario. Tali criticità vengono, infine, messe in relazione alla tipologia degli interventi adottati, laddove questi ultimi appaiono maggiormente orientati verso il ripristino dell'equilibrio finanziario piuttosto che verso l'identificazione delle cause strutturali del deficit.

2. I piani di rientro

I Piani di rientro (PdR) sono gli strumenti attraverso cui le Regioni che presentano deficit sanitari strutturali stabiliscono, di concerto con i ministeri della Salute e dell'Economia, gli obiettivi e le azioni strategiche finalizzate al recupero dell'equilibrio finanziario e alla rimozione delle determinanti strutturali del disequilibrio (Cuccurullo *et al.*, 2010).

A tal fine, la Legge Finanziaria 2005 e l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 prevedono il ricorso a forme di affiancamento, da parte del Governo centrale, alle Regioni che hanno sottoscritto gli accordi contenenti i PdR. Tale attività di affiancamento è resa operativa dalla Legge finanziaria 2007, che prevede che l'accordo siglato dalle Regioni sia assicurato dal Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del SiVeAS (Sistema nazionale di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria).

Schematicamente tale affiancamento si sviluppa attraverso le seguenti attività:

- la stesura di provvedimenti predisposti dalle singole Regioni in attuazione a quanto previsto nei rispettivi PdR;
- la preventiva approvazione di tali provvedimenti;
- la creazione di appositi «Nuclei» da realizzarsi nelle singole Regioni con funzioni di supporto tecnico;
- il monitoraggio dell'attuazione dei provvedimenti e dell'impatto delle azioni poste in essere dalla Regione nel rispetto degli impegni del PdR.

Le Regioni che, in tempi diversi, hanno siglato un PdR dal disavanzo sono 10: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia.

Le attività di monitoraggio svolte dal SiVeAS possono essere suddivise in tre momenti (Bevere, 2011):

1) *Monitoraggio di attuazione*, attraverso il quale viene valutato lo stato di avanzamento dei provvedimenti adottati, in ottemperanza agli obiettivi del Piano;

2) *Monitoraggio formale*, che attua la sintesi delle verifiche annuali ponendo in evidenza i provvedimenti adottati e il risultato di bilancio;

3) *Monitoraggio di sistema*, che consiste nella predisposizione della sintesi e nella raccolta della documentazione integrale ricavata dall'analisi del sistema sanitario regionale. Con queste azioni ci si propone di analizzare l'evoluzione dei sistemi sanitari regionali nel loro complesso, al fine di verificare gli effetti che l'attuazione delle azioni, previste nei Piani di rientro, ha determinato sia sui Livelli essenziali di assistenza sia sul contenimento dei costi, nei singoli sistemi sanitari regionali.

2.1. Il piano di rientro nella Regione Campania

Il PdR che ha interessato la Regione Campania è stato formalizzato nell'Accordo del 13 marzo 2007 e prevede una serie di interventi da attivare nel corso del successivo triennio. Il piano si è, poi, concretizzato nella pubblicazione del DGRC n. 1755 del 31 ottobre 2008, della legge n.16 del 28 novembre 2008, e nella programmazione di verifiche periodiche da parte del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze.

Con la nomina del Commissario *ad acta*, venivano poi individuati, come compiti prioritari del PdR, una serie di interventi che riguardavano, tra gli altri, il riassetto della rete ospedaliera e territoriale, la definizione dei rapporti con gli erogatori privati, la definizione del fabbisogno di prestazioni, la sottoscrizione dei protocolli d'intesa con le Università, il riassetto della rete laboratoristica e il completamento delle procedure di accreditamento. Per la verifica del raggiungimento di questi obiettivi venivano definite una serie di scadenze temporali dirette a porre il Commissario nelle condizioni di documentare l'effettiva operatività delle misure disposte.

In ottemperanza a quanto richiesto dal governo centrale, è stato, infine, pubblicato il Decreto del Commissario *ad acta*, per la prosecuzione del PdR, n. 49 del 27/09/2010, avente come oggetto: *riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro. Modifiche e integrazioni.*

Gli obiettivi generali del documento si possono così sintetizzare:

- assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia della rete ospedaliera attraverso la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi ospedalieri;
- confermare/revocare l'accreditamento delle strutture private attraverso l'analisi del fabbisogno e la verifica dell'appropriatezza dei servizi erogati;
- sviluppare Centri di eccellenza attraverso la concentrazione di assistenza a tecnologia avanzata in singole strutture;
- ridurre i costi.

Per raggiungere questi obiettivi sono state messe in cantiere le seguenti azioni:

- ampliamento dell'offerta di posti-letto per pazienti cronici e per la riabilitazione in luogo di posti-letto di degenza ordinaria;
- chiusura degli ospedali sottodimensionati (meno di 100 posti-letto);
- accorpamento tra presidi ospedalieri al fine di ridurre il rischio di duplicazioni superflue;
- riorganizzazione del 118 per assicurare l'emergenza;
- delega ai DG dell'attività di accorpamento in tempi rapidi;
- identificazione di elisuperfici in tutto il territorio con disponibilità di 24/24h almeno per le grandi aziende;
- possibilità per le aziende di modulare i propri posti-letto in base alle proprie specificità (per le specialità non appartenenti alla rete dell'emergenza).

Per quanto riguarda la riorganizzazione della rete dell'assistenza territoriale il decreto 49 mette in evidenza la necessità di riequilibrare il rapporto fra livello ospedaliero e livello di assistenza territoriale, spostando sul territorio risorse umane e tecnologiche, atte a garantire percorsi diagnostici e terapeutici inappropriatamente erogati in ospedale. E ciò anche nell'ottica della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del paziente come mezzo fondamentale per rendere effettivo il diritto alla salute del cittadino, come anche ribadito nel nuovo *Patto per la Salute 2010\12*. E poiché la Campania rivolge più risorse della media del Paese all'assistenza ospedaliera esistono ampi margini per intervenire adeguatamente in questa direzione.

Pertanto, nell'ambito della riconversione degli ospedali e del potenziamento di attività sanitarie intermedie fra ospedale e territorio è stato previsto la creazione/rafforzamento delle seguenti strutture:

- *centri di riabilitazione;*
- *Strutture polifunzionali per la salute (SPS):* centri attivi e dinamici della comunità territoriale volti a facilitare e integrare i rapporti tra cittadini e servizi e a restituire alla popolazione una visione unitaria del concetto di salute come *welfare* locale;
- *Ospedali di comunità:* presidi gestiti da Medici di medicina generale che consentono di affrontare in modo efficace le patologie cronico-degenerative, con le connesse problematiche clinico-assistenziali;
- *Hospice:* residenza socio-sanitaria che ospita pazienti terminali non assistibili al proprio domicilio, non più suscettibili di trattamenti finalizzati alla guarigione, ma solo al migliore controllo medico, psicologico e spirituale in questa fase.

In ambito più strettamente distrettuale il decreto 49 prevede interventi tesi a facilitare il rapporto con il cittadino bisognoso di cure, in particolare si fa soprattutto riferimento alla elaborazione dei Programmi delle attività territoriali (Pat), alla creazione della Porta unica di accesso (Pua), al progetto socio-assistenziale personalizzato per il singolo individuo mediante la valutazione multidimensionale e multiprofessionale. Tutti queste misure mirano a cogliere quella che è consi-

derata la pecca maggiore del nostro sistema sanitario territoriale: la debolezza della presa in carico, ovvero la scarsa realizzazione di percorsi di cura che utilizzino le reti di erogatori per la risoluzione dei problemi complessi (Gullstran, 2010).

Per quanto riguarda più in generale le Asl campane, a esse è assegnato il compito di governare la domanda, anche nell'ottica della riduzione della elevata mobilità passiva, attraverso la triplice accezione di: eliminare la domanda impropria, indirizzarla nelle strutture interne alla Asl, inviarla lungo percorsi aziendali definiti che massimizzino il rapporto efficacia/costo.

Pertanto, la Legge regionale n. 16 del 28.11.2008 ha modificato in maniera sostanziale l'ambito di riferimento del territorio di ogni singola Asl, mediante un accorpamento che ricalchi il modello di Asl provinciale, a eccezione della Provincia di Napoli che è stata divisa in tre aziende: Napoli 1 centro, Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud.

A seguito dell'accorpamento le Asl sono passate da 13 a 7. Per ogni nuova Asl è stato nominato un commissario, che aveva l'obiettivo di completare al più presto la fase di accorpamento. I nuovi commissari, hanno sostituito in toto i precedenti direttori generali. Questo provvedimento non ha interessato le A.O. che hanno mantenuto i loro direttori generali. Anche i Distretti sono stati modificati nel senso di eliminare quelli più piccoli e portando il loro numero da 97 a 72.

La Giunta ha definito, infine, le modalità operative e il cronoprogramma che le Asl dovevano osservare per il conseguimento degli obiettivi fissati dal Piano di riqualificazione e dal Piano di rientro dal disavanzo.

3. Materiale e metodi

3.1. Riferimenti metodologici

In letteratura esistono diversi possibili approcci all'analisi dei processi di cambiamento. Per quanto concerne la pubblica amministrazione, prevalgono tre grandi modelli di cambiamento per tradurre le strategie e le politiche in risultati: il «modello ordinamentale» di cambiamento, il modello del «cambiamento osmotico» e il «modello processuale».

A) Il modello ordinamentale di cambiamento (dominante in Italia) parte dall'assunto che il sistema cambia quando è varata una legge che ne modifichi l'assetto. Considera la legge come fonte del cambiamento e considera tutto ciò che sta a monte come il processo di elaborazione delle politiche e delle strategie (una premessa delle leggi) e quello che è a valle come una mera attuazione del dettato normativo. Il modello «ordinamentale» si basa sull'idea della riforma: leggi, ordinamenti di servizio, regole, organizzazione istituzionale viste come rivoluzione e come palingenesi. È associata all'idea che i processi reali saranno sospinti dalla forza della riforma, insomma che «l'intendenza seguirà» (Cassese, Franchini, 1994; Crozier, Friedberg, 1978).

B) Il modello di cambiamento osmotico è presente in alcune grandi organizzazioni di servizi (scuola, sanità, servizi sociali) dove molte forme e funzionamenti organizzativi sono sviluppati localmente e informalmente in singoli contesti. Il cambiamento osmotico consiste nell'adattare continuamente al mutamento del contesto nuove modalità e contenuti di attività, sistemi di cooperazione, di conoscenze, di comunicazione interni e esterni di una specifica comunità di lavoro. In esso il ruolo di promozione dei soggetti (manager, esperti, professionisti, cittadini, ecc.) è determinante (Grandori, 2007).

C) Il modello processuale consiste in programmi di «energizzazione» o di «mobilitazione» che tentano di attivare processi di innovazione e cambiamento della pubblica amministrazione incoraggiando e proteggendo programmi e progetti di cambiamento concepiti e realizzati a livello di singole amministrazioni o di aree locali (Thoenig, 1992; Maynz, 1982; March, Olsen, 1992). Questo modello definisce un piano di medio-lungo periodo per promuovere un *cluster* di cambiamenti localizzati presso amministrazioni centrali e locali. Il modello processuale condivide con il modello ordinamentale l'idea di piano a lungo termine, di cambiamenti istituzionali, insomma di riforma che viene proposta a una arena politica. Ma prevede, oltre a ciò, la riprogettazione del servizio, della organizzazione, della tecnologia e del sistema professionale. Il modello processuale soprattutto prevede un piano di attuazione che fissi valori e obiettivi di revisione/ristrutturazione

del servizio, che accompagni il cambiamento già in atto e quello che seguirà, che animi, valorizzi e canalizzi le energie disponibili, che si assicuri la partecipazione del personale. Che, in una parola, faccia avvenire effettivamente il cambiamento e che diffonda a tutto il sistema le esperienze positive, da chiunque e comunque siano esse generate. Ciò attivando piani di *change management* in cui i fattori che compongono il sistema siano progettati, integrati e soprattutto condivisi dalle persone e verificando le strategie adottate.

Proprio a partire dal modello processuale, nella definizione della struttura del questionario e nella successiva analisi e interpretazione dei dati si farà riferimento al concetto manageriale di *gestione del cambiamento* (Osborne, Brown, 2005; Butera, 2009). Tale approccio fa riferimento a due categorie logiche fondamentali: le «fasi» e gli «elementi di gestione» del cambiamento, che ne determinano la configurazione e l'«esito».

In questa prospettiva il processo di cambiamento può essere suddiviso in tre «fasi» principali:

- il riconoscimento della necessità del cambiamento;
- l'identificazione delle soluzioni più adeguate di riforma;
- l'implementazione delle soluzioni e, anche attraverso gli strumenti e le logiche di gestione del cambiamento, il consolidamento delle stesse.

Gli «elementi» fondamentali della gestione del cambiamento, che influiscono sulla riuscita del processo, sono invece i seguenti:

- presenza di innovatori;
- messa a punto di una chiara visione e di una strategia di cambiamento realistica e sostenibile nel medio-lungo periodo;
- diffusione di una cultura del cambiamento nell'organizzazione;
- coinvolgimento di un numero di persone giudicato adeguato al fine di produrre effettivo cambiamento, agendo sulle differenti motivazioni delle stesse;
- utilizzo degli strumenti ritenuti efficaci per conseguire i risultati.

Pertanto, lo studio si propone di valutare, attraverso il giudizio di alcuni suoi dipendenti, e mediante lo strumento metodologico del questionario, i cambiamenti percepiti dal personale dirigente delle Aziende sanitarie della Campania, a distanza di due anni dal commissariamento e dall'accorpamento previsti dal Piano di rientro.

3.2. Questionario

Dal punto di vista di un processo di cambiamento processuale, ossia di *change management*, del Servizio sanitario regionale nell'ambito del PdR, gli obiettivi principali potrebbero essere così formulati: il miglioramento effettivo delle prestazioni del Ssr nella qualità dei servizi e nel costo; il consenso e la partecipazione dei cittadini e dei lavoratori; l'avvio di un clima di *partnership* con i fornitori e l'abbandono di pratiche di acquisti e gare parassitarie e inquinate.

Tre sono i problemi chiave sulla praticabilità dei modelli processuali di cambiamento. Il primo è quello degli attori del cambiamento. Chi cambia il Ssr? Una *leadership* strategica è indispensabile; un ruolo attivo dei principali *stakeholder* è altrettanto indispensabile.

Il secondo problema è quello della partecipazione. Le esperienze mostrano che i clienti-cittadini, i dirigenti e il personale delle amministrazioni sono una risorsa formidabile per attuare il cambiamento. Essi sono portatori di energia, conoscenze tecniche e del contesto, esperienze. La partecipazione non è solo un fatto socialmente e politicamente rilevante ma è anche indispensabile per il successo del cambiamento (Dall'Aringa, Della Rocca, 1999).

Il terzo problema è quello della conoscenza e diffusione delle innovazioni. Sovente sono insufficienti gli strumenti interpretativi per comprendere i cambiamenti e in che misura le innovazioni introdotte contano di generare o hanno generato davvero risultati.

Pertanto, partendo da queste premesse, il questionario ha indagato sui seguenti aspetti:

- caratteristiche demografiche e professionali (età, sesso, ruolo professionale);

– percezione generale circa la validità del processo di gestione del cambiamento (chiarezza degli obiettivi, coinvolgimento dei dirigenti, efficacia complessiva dell'intervento), valutata mediante una scala a 5 risposte chiuse (certamente sì, probabilmente sì, non so, probabilmente no, certamente no);

– percezione del cambiamento di singoli elementi del sistema (coordinamento e organizzazione; qualità dell'assistenza erogata; clima interno; soddisfazione dell'utenza; rapporti con le strutture private; stato di manutenzione degli immobili; disponibilità di risorse economiche; disponibilità di risorse strutturali; livello complessivo di efficienza), valutata mediante scala a 6 risposte chiuse (decisamente migliorati, leggermente migliorati, nessun cambiamento, leggermente peggiorati, decisamente peggiorati, non so);

– interventi ritenuti dall'intervistato i più appropriati per conseguire gli obiettivi di risparmio e riorganizzazione del Sistema sanitario regionale. Domanda a risposte chiuse;

– possibilità di ulteriori segnalazioni.

3.3. Campione

Nella definizione del campione da sottoporre a indagine, si è fatto riferimento ai seguenti criteri:

– includere personale prevalentemente di tipo apicale, che presumibilmente dovrebbe essere maggiormente cosciente e coinvolto nel processo di cambiamento;

– prevedere una rappresentanza delle più svariate professionalità aziendali;

– raggiungere una numerosità campionaria tale da ottenere risultati sufficientemente attendibili.

Il personale da sottoporre al questionario includeva, pertanto, un gruppo di dirigenti appartenenti ai ruoli sanitario e amministrativo così articolato:

– *Servizi amministrativi e di supporto*, 1 o 2 dirigenti dei seguenti settori: Personale; Provveditorato; Economato; Economico finanziario/bilancio; Affari legali; Affari generali; Ufficio tecnico manutentivo; Controllo di gestione.

– *Servizi sanitari assistenziali*: Distretto sanitario: 5 direttori sanitari, 7 dirigenti; Pre-

sidio ospedaliero: 5 direttori sanitari, 5 direttori di struttura complessa, 5 dirigenti; Servizi infermieristici: 10 infermieri fra ospedale e territorio; Dipartimento di Salute mentale: direttore del dipartimento, 5 dirigenti; Dipartimento di Prevenzione: direttore del dipartimento, 5 dirigenti.

Il totale di intervistati veniva, pertanto, fissato a circa 60 dirigenti per ogni Asl, per un totale massimo di circa 420 questionari che, per risposte con prevalenza del 50% produce un intervallo di confidenza del 95% pari a 46%-54%, mentre per risposte con prevalenza del 10% (o 90%) produce un intervallo di confidenza al 95% pari a 7,5%-12,5% (o 87,5%-92,5%).

3.4. Raccolta dati

La raccolta dei dati è stata effettuata da marzo a giugno 2011 (ovvero 2 anni dopo l'effettiva applicazione, attuata a marzo 2009, della legge di accorpamento del novembre 2008) da un referente per ogni Asl, garantendo il più possibile l'anonimato dell'intervistato, precisando finalità e modalità di utilizzo dei dati e la natura facoltativa di partecipare all'indagine. Preliminarmente alla somministrazione del questionario, è stata richiesta l'autorizzazione al trattamento dei dati personali, nel pieno rispetto del Decreto Legislativo 196/2003.

4. Risultati

Sono stati complessivamente raccolti 287 questionari. Le Asl che hanno praticamente completato la raccolta sono quelle di Salerno e di Napoli 3 Sud. Maggiori difficoltà a ottenere la compilazione del questionario sono state riscontrate nelle restanti Asl. La maggior parte degli operatori ha una età compresa fra 40 e 60 anni, mentre prevalgono i ruoli sanitari rispetto a quelli amministrativi (**tabella 1**).

Per quanto riguarda la percezione generale sulla adeguatezza delle modalità adottate dalla Regione Campania per ottenere i cambiamenti desiderati, il consenso degli operatori (certamente sì + probabilmente sì) (**tabella 2**, colonne 1 e 2) risulta assai scarso, e oscilla fra un minimo di 9,0% (5. adeguate risorse e sistemi di supporto assegnati per il

raggiungimento degli obiettivi) e un massimo del 34,4% (4. corretta informazione al personale sui cambiamenti in atto). Da notare che il consenso totale (certamente sì) è molto più contenuto di quello parziale (probabilmente sì).

Quando si va a indagare sui singoli elementi del processo di cambiamento il giudizio degli intervistati diventa ancora più negativo (**tabella 3**). Coloro che ritengono decisamente migliorati (colonna 1) singoli aspetti del sistema aziendale oscillano da un minimo di un solo intervistato (0,3%) (12. livello di personale soddisfazione), a un massimo di 6 (2,1%) (7. coordinamento e organizzazione complessiva). Specularmente, risultano assai rilevanti le risposte negative. Il 79,4% dei dirigenti trova, per esempio, decisamente o leggermente peggiorato il clima interno e il livello di soddisfazione del personale dell'Azienda (11.), e il 70,0% segnala il peggioramento della disponibilità di risorse economiche (16.). In tutti gli *item*, inoltre, sono assai consistenti anche le risposte date alla voce «nessun cambiamento». Da notare anche il cattivo giudizio dato alla qualità dell'assistenza erogata (9.), considerata peggiorata dalla metà degli operatori, e migliorata soltanto da un 11,1% degli stessi.

Per consentire una più agevole lettura dei dati, nella **tabella 4** vengono ripresi i risultati totali dell'ultima riga orizzontale della tabella 2, cumulati cioè per tipo di risposta data, e disaggregati per Asl. La stessa operazione è stata effettuata in **tabella 5** sui dati della tabella 3. Non ci sono sostanziali differenze di comportamento fra le varie Asl, tranne che per l'Asl di Avellino che, pur tenuto conto del basso numero di rispondenti, mostra un maggiore ottimismo (38,1% di giudizi positivi a fronte di una media del 23,0% sugli aspetti generali; 21,4% vs 8,8% di giudizi positivi sul miglioramento di singoli elementi del sistema).

Qualche differenza si riscontra, anche, fra le risposte date dal personale sanitario rispetto a quelle date dal personale amministrativo e tecnico. Il dato cumulativo, sia della **tabella 6** che della **tabella 7**, evidenzia che gli amministrativi sono mediamente più propensi a esprimere un giudizio positivo. La disaggregazione per età, sesso e categorie professionali non mette in evidenza signifi-

Sesso	N.	%
Maschio	172	60,6
Femmina	112	39,4
Totale	284	100,0
Età	N.	%
Meno di 40	14	4,9
41-60	236	82,5
Più di 60	36	12,6
Totale	286	100,0
Settore professionale	N.	%
Amministrativi	55	19,4
Medici	204	72,1
Infermieri	24	8,5
Totale	283	100,0
Asl di appartenenza	N.	%
Salerno	61	21,3
Napoli3	57	19,9
Napoli2	42	14,6
Napoli1	39	13,6
Caserta	32	11,1
Avellino	31	10,8
Benevento	25	8,7
Totale	287	100,0

ficative differenze, pertanto i dati non sono stati riportati nel dettaglio.

Analizzando i suggerimenti dati dai dirigenti su quali strumenti dovrebbero essere adottati per conseguire gli obiettivi stabiliti dal Piano di rientro, ritroviamo al primo posto la voce «rinnovamento della classe dirigente regionale» e al secondo «rinnovamento della classe dirigente aziendale» (**tabella 8**).

5. Considerazioni e conclusioni

Come già detto, la finalità di questo studio è consistita nel raccogliere «il punto di vista» del personale dirigente delle Asl della Campania, ciò che esso «percepisce» dei processi innescati dal Piano di rientro nello spazio della propria organizzazione: pertanto, non ciò che è vero o falso, ma «l'idea», «la rappresentazione» che gli individui hanno sviluppato nella propria realtà lavorati-

Tabella 1
Caratteristiche demografiche e professionali dei dirigenti intervistati

Tabella 2

Percezione generale sulla validità del processo di gestione del cambiamento

	1	2	3	4	5	Tot.
1) L'identificazione delle soluzioni previste dal Piano di rientro consente di affrontare adeguatamente le problematiche del Ssr	11 3,8%	67 23,3%	136 47,4%	63 22,0%	10 3,5%	287 100%
2) Il Piano attuativo dell'Asl nella quale Lei lavora è frutto di una visione strategica condivisa con le figure apicali presenti in Azienda e definisce chiaramente obiettivi, risorse, ruoli e rischi	12 4,2%	36 12,5%	92 32,1%	133 46,3%	14 4,9%	287 100%
3) Le misure previste dal Piano attuativo aziendale sono sostenute dalle figure apicali dell'Azienda e possono contare su mezzi e strumenti ad esse appositamente destinate	16 5,6%	44 15,3%	92 32,1%	122 42,5%	13 4,5%	287 100%
4) Il personale impegnato in Azienda è informato sugli obiettivi definiti dal Piano attuativo aziendale ed è impegnato nel perseguimento degli stessi	32 11,1%	67 23,3%	79 27,5%	101 35,2%	8 2,8%	287 100%
5) Ai dirigenti coinvolti nell'implementazione del cambiamento sono assicurate risorse e sistemi di supporto adeguati a perseguire gli obiettivi definiti	5 1,7%	21 7,3%	96 33,4%	154 53,7%	11 3,8%	287 100%
6) A distanza di due anni dal commissariamento e dall'accorpamento delle Asl della Regione Campania si stanno attuando cambiamenti sostanziali	25 8,7%	60 20,9%	76 26,5%	114 39,7%	12 4,2%	287 100%
Totale	101 5,9%	295 17,1%	571 33,2%	687 39,9%	68 3,9%	1722 100%

va. Questo ha permesso di rilevare il modo con cui gli operatori vivono l'accorpamento delle aziende sanitarie, il loro modo di rapportarsi alla nuova realtà organizzativa e il loro quadro di comprensione di alcuni elementi fondamentali dell'organizzazione, e dunque, di conseguenza, di ciò che trasferiscono del loro quadro di comprensione e del loro modo di vivere l'organizzazione, in sintesi le caratteristiche della cultura organizzativa presente nella specifica realtà lavorativa.

Sintetizzando, l'indagine evidenzia alcune criticità generali ruotanti intorno ad alcuni rilevanti ambiti socio-organizzativi:

- la percezione di un'accresciuta distanza tra sé e l'istituzione;
- la difficoltà di integrazione nei nuovi contesti organizzativi;
- la presenza di «sistemi nervosi» aziendali alquanto poveri: informazioni carenti che non si trasformano in «comunicazione»;
- paure e preoccupazioni verso il cambiamento che non diventano «urgenza» di azione e di rinnovamento.

Queste criticità si traducono, più in generale, in un atteggiamento di diffuso malcontento per gli esiti finora raggiunti dal Piano di rientro; il peggioramento del cosiddetto «clima interno» aziendale (riportato dal 79,4% degli operatori) ne è forse il più chiaro indicatore. Per inciso, non è da escludere che questa insoddisfazione venga da lontano e si riferisca a tutto l'andamento della Sanità regionale di questi ultimi decenni (verrebbe quasi da dire «di male in peggio»).

Una conferma di questa generale insoddisfazione si riscontra laddove alla domanda su quali dovrebbero essere, a giudizio dell'intervistato, i principali strumenti da adottare per migliorare l'efficienza del sistema sanitario regionale, i primi due posti sono occupati da «rinnovare la classe dirigente regionale» e «rinnovare la classe dirigente aziendale».

D'altro canto, una possibile e parziale spiegazione di tali giudizi negativi può risiedere anche nella tipologia dell'intervento adottato. A tal proposito Cuccurullo *et al.* (2010) sollevano una questione sostanziale quando affermano che i PdR possono essere o piani orientati prevalentemente a ristabilire l'equi-

	1	2	3	4	5	6	Tot.
7) Coordinamento ed organizzazione complessiva	2 0,7%	34 11,8%	57 19,9%	85 29,6%	104 36,2%	5 1,7%	287 100%
8) Coordinamento ed organizzazione all'interno della Sua struttura	6 2,1%	39 13,6%	99 34,5%	81 28,2%	57 19,9%	5 1,7%	287 100%
9) Qualità dell'assistenza erogata	5 1,7%	27 9,4%	97 33,8%	77 26,8%	70 24,4%	11 3,8%	287 100%
10) Coordinamento ed organizzazione per Integrazione socio-sanitaria	4 1,4%	20 7,0%	82 28,6%	56 19,5%	60 20,9%	65 22,6%	287 100%
11) Clima interno e livello di soddisfazione del personale	2 0,7%	13 4,5%	41 14,3%	81 28,2%	147 51,2%	3 1,0%	287 100%
12) Livello personale di soddisfazione	1 0,3%	29 10,1%	56 19,5%	91 31,7%	107 37,3%	3 1,0%	287 100%
13) Presumibile soddisfazione dell'utenza	3 1,0%	13 4,5%	69 24,0%	83 28,9%	84 29,3%	35 12,2%	287 100%
14) Rapporti con le strutture provvisoriamente accreditate	2 0,7%	13 4,5%	86 30,0%	61 21,3%	30 10,5%	95 33,1%	287 100%
15) Stato di manutenzione degli immobili	3 1,0%	23 8,0%	99 34,5%	66 23,0%	81 28,2%	15 5,2%	287 100%
16) Disponibilità di risorse economiche nella propria struttura	2 0,7%	6 2,1%	67 23,3%	71 24,7%	130 45,3%	11 3,8%	287 100%
17) Disponibilità di risorse tecnologiche nella propria struttura	5 1,7%	25 8,7%	87 30,3%	67 23,3%	98 34,1%	5 1,7%	287 100%
18) Secondo Lei l'accorpamento ha portato ad una maggiore efficienza economica del Sistema in termini di: minor consumo di risorse a parità di risultato, oppure di risultati migliori a parità di consumo di risorse	5 1,7%	38 13,2%	72 25,1%	47 16,4%	82 28,6%	43 15,0%	287 100%
Totale	40 1,2%	280 8,1%	912 26,5%	866 25,1%	1050 30,5%	296 8,6%	3444 100%

Tabella 3
Percezione del cambiamento di singoli elementi del sistema aziendale

	Napoli1	Napoli2	Napoli3	Caserta	Salerno	Avellino	Benevento	Totale
Certamente sì	14 6,0%	4 1,6%	25 7,3%	8 4,2%	10 2,7%	33 17,7%	7 4,7%	101 5,9%
Probabilmente sì	29 12,4%	69 27,4%	64 18,7%	20 10,4%	54 14,7%	38 20,4%	21 14,0%	295 17,1%
Probabilmente no	74 31,6%	104 41,3%	103 30,1%	66 34,4%	135 36,9%	50 26,9%	39 26,0%	571 33,2%
Certamente no	112 47,9%	71 28,2%	131 38,3%	96 50,0%	136 37,2%	61 32,8%	80 53,3%	687 39,9%
Non so	5 2,1%	4 1,6%	19 5,6%	2 1,0%	31 8,5%	4 2,2%	3 2,0%	68 3,9%
Totale	234 13,6%	252 14,6%	342 19,9%	192 11,1%	366 21,3%	186 10,9%	150 8,7%	1722 100%

Tabella 4
Dati cumulativi riguardanti la percezione generale sulla validità del processo di gestione del cambiamento e disaggregati per Asi

librio finanziario (*recovery plan*), oppure piani che definiscono gli interventi per agire concretamente sulle cause strutturali dei deficit (*turnaround plan*). Gli Autori ritengono più appropriata una interpretazione che valo-

rizzi maggiormente questa seconda accezione. In particolare, sottolineano come il fine dei PdR sia ristabilire un equilibrio economico-finanziario dei Ssr, incidendo sulle cause strutturali, attraverso il rafforzamento delle

Tabella 5

Dati cumulativi riguardanti la percezione del cambiamento di singoli elementi del sistema aziendale e disaggregati per Asl

	Napoli1	Napoli2	Napoli3	Caserta	Salerno	Avellino	Benevento	Totale
Decisamente migliorata	2 0,5%	2 0,4%	5 0,8%	0 0,0%	5 0,7%	13 3,8%	8 2,9%	35 1,1%
Leggermente migliorata	8 1,9%	26 5,6%	59 9,4%	22 6,1%	39 5,8%	60 17,6%	28 10,2%	242 7,7%
Nessun cambiamento	144 33,6%	146 31,6%	150 23,9%	46 13,1%	191 28,5%	97 28,4%	66 24,0%	840 26,6%
Leggermente peggiorata	109 25,4%	158 34,2%	161 25,7%	72 20,5%	199 29,7%	61 17,9%	59 21,5%	819 25,9%
Decisamente peggiorata	146 34,0%	97 21,0%	208 33,2%	202 57,4%	135 20,1%	81 23,8%	99 36,0%	968 30,7%
Non so	20 4,7%	33 7,1%	44 7,0%	10 2,8%	102 15,2%	29 8,5%	15 5,5%	253 8,0%
Totale	429 13,6%	462 14,6%	627 19,9%	352 11,1%	671 21,3%	341 10,9%	275 8,7%	3157 100%

Tabella 6

Dati cumulativi riguardanti la percezione generale sulla validità del processo di gestione del cambiamento e suddivisi in personale amministrativo e sanitario

	Amministrativi	Sanitari	Totale
Certamente sì	41 12,6%	59 4,3%	100 5,9%
Probabilmente sì	72 22,2%	219 16,0%	291 17,2%
Probabilmente no	101 31,2%	457 33,4%	558 33,0%
Certamente no	106 32,7%	569 41,6%	675 39,9%
Non so	4 1,2%	64 4,7%	68 4,0%
Totale	324	1368	1692

Tabella 7

Dati cumulativi riguardanti la percezione del cambiamento di singoli elementi e suddivisi in personale amministrativo e sanitario

	Amministrativi	Sanitari	Totale
Decisamente migliorata	15 2,5%	20 0,8%	35 1,1%
Leggermente migliorata	85 14,3%	155 6,2%	240 7,7%
Nessun cambiamento	128 21,5%	700 27,9%	828 26,7%
Leggermente peggiorata	141 23,7%	653 26,0%	794 25,6%
Decisamente peggiorata	152 25,6%	800 31,9%	952 30,7%
Non so	73 12,3%	180 7,2%	253 8,2%
Totale	594	2508	3102

Interventi	N.	%
Rinnovamento classe dirigente regionale	101	36,9
Rinnovamento classe dirigente aziendale	61	22,3
Introduzione e rinnovamento di sistemi di programmazione e controllo	26	9,5
Introduzione di funzioni, ruoli, figure professionali preposte a stimolare il cambiamento	20	7,3
Nuove tecnologie	18	6,6
Attività di formazione	14	5,1
Nuovi sistemi informativi regionali	13	4,7
Introduzione incentivazione economica	10	3,6
Introduzione di sistemi competitivi con l'esterno e con l'interno	8	2,9
Altro	3	1,1
Totale	274	100,0

Tabella 8
Interventi ritenuti dai dirigenti intervistati più appropriati per conseguire gli obiettivi del Sistema sanitario regionale

capacità politiche e amministrative dei decisori regionali, mediante la diffusione di *best practices* ed emulazioni delle migliori procedure amministrative. Tuttavia, rilevano poi che il più evidente limite dei PdR è proprio nello scollamento tra le finalità intrinseche dello strumento e la sua sostanza, che è squisitamente normativo-burocratica, in quanto dà per scontato che gli adempimenti amministrativi determinino automaticamente effetti positivi, prescindendo dalle peculiarità dei contesti a cui si applicano (vedi modello ordinamentale precedentemente descritto).

A giudizio di chi scrive, parrebbe più opportuna una rimodulazione dell'approccio verticale razionale-burocratico inscritto nel Piano di rientro che, se ha avuto il pregio di imprimere un'accelerazione iniziale al cambiamento, necessita di essere sostenuto nel tempo con la creazione di capacità diffuse nel sistema. In questa direzione, pare necessaria la promozione di una cultura organizzativa che enfatizzi il concetto di circolazione del sapere e l'adozione delle logiche concettualizzate dal *change management*, partendo proprio dalla crescita di tutti gli attori coinvolti, per arrivare all'introduzione di azioni di rinforzo, diffusione e condivisione del cambiamento a supporto degli stessi attori, per orientare l'evoluzione del Ssr oltre la fase attuale dell'emergenza e scongiurare di vanificare un'occasione per rendere più incisiva la percezione collettiva dell'importanza di cambiare, nella politica, nella dirigenza, nei professionisti, nella cittadinanza, a tutti i livelli e latitudini del Ssr della Campania.

Un'opportunità per ridefinire una visione di sistema, un'ambizione collettiva attorno cui aggregare motivazione, senso di appartenenza, identità con il sistema, a partire dalla consapevolezza di quanto sia importante, nella motivazione delle persone, la comprensione e la condivisione della ragione per cui vale la pena lavorare, impegnarsi al di là dei propri interessi individuali e di gruppo.

In definitiva, la sensazione che scaturisce da questa esperienza è che l'intervento nella Regione Campania sembrerebbe maggiormente orientato verso un riequilibrio economico-finanziario piuttosto che verso un recupero di economicità del sistema (nel senso sia di *outcome/input* che di *output/input*), aspetto quest'ultimo forse più evidente nella riformulazione del piano ospedaliero regionale che non nel riassetto della rete territoriale delle Asl.

I giudizi leggermente più favorevoli da parte degli amministrativi potrebbero essere interpretati in questa ottica, rifletterebero cioè una migliore conoscenza, rispetto ai medici, dei risultati economico-finanziari dell'azienda. Il personale sanitario, invece, si trova in prima linea a rispondere alle pressanti esigenze del cittadino utente, e vede soltanto gli aspetti negativi del cambiamento.

Il principale limite dell'indagine è che trattasi di rilevazioni soggettive, che quindi si riferiscono agli aspetti più immediatamente percepibili dell'attività lavorativa. Pur tuttavia essa descrive il vissuto dei dirigenti, la complessità della situazione e l'indubbio

prevalere del malcontento tra quanti si trovano attualmente a operare nelle Asl. Assai problematico risulta, di contro, interpretare tale malcontento come una testimonianza affidabile del fallimento delle politiche regionali di rientro dal debito.

A integrazione di tali considerazioni, si ricorda che nell'ambito del monitoraggio del Piano, da parte del Governo centrale, si sono spesso riscontrati ritardi e scostamenti da quanto programmato. Nella riunione del 28 settembre 2011 il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali riscontrava ancora «uno scostamento rispetto a quanto programmato nel Programma operativo» e chiedeva al Commissario di «adottare tutte le necessarie iniziative per ricondurre la gestione entro la cornice finanziaria programmata». Nell'ultima riunione di verifica disponibile (21 dicembre 2011), si affermava «Tavolo e Comitato evidenziano la mancata stima della struttura commissariale e dell'*advisor* sulla proiezione del risultato di gestione per l'anno 2011 e valutano, sulla base delle informazio-

ni di III trimestre 2011, una perdita massima di 27 milioni di euro. Al riguardo, chiedono alla struttura commissariale di adottare tutte le iniziative per ricondurre la gestione entro la cornice finanziaria programmata».

In conclusione, il quadro complessivo che emerge da questo studio non risulta benevolo per la sanità campana, e non sembra molto confortante nemmeno per il suo futuro. Si stanno probabilmente raccogliendo i frutti di quanto disposto dalla L.Reg. n. 16/2008 che ha commissariato e accorpato le Asl, creando 7 mega Asl, che stanno sempre più assomigliando alla ex Asl Napoli 1: l'Asl, a detta di molti, più indebitata, troppo grande per essere gestita in maniera efficiente, troppo estesa territorialmente, con troppa confusione di ruoli tra distretti, dipartimenti e presidi ospedalieri. Infatti, se si guarda al quadro nazionale, a parte l'unica grande Asl della Regione Marche, le dimensioni medie per abitante delle Asl Campane (833.437 ab.) sono circa il doppio della media nazionale (415.250 ab.).

BIBLIOGRAFIA

- AUTORITÀ PER L'INFORMATICA NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (1998), *La reingegnerizzazione dei processi nella Pubblica Amministrazione*, Archivio CNIPA, Roma.
- BEVERE F. (2011), «La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro nella logica della programmazione», *Monitor*, X, n. 27, pp. 87-89.
- BUTERA F. (2009), *Il cambiamento organizzativo. Analisi e progettazione*, Laterza, Bari.
- CASSESE S., FRANCHINI C. (1994), *L'amministrazione pubblica italiana*, il Mulino, Bologna.
- CROZIER M., FRIEDBERG E. (1978), *L'attore sociale e il sistema*, Etas Libri, Milano.
- CUCCURULLO C., FERRÈ F., LEGA F. (2010), «I Piani di Rientro della spesa sanitaria: un'analisi comparativa», E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2010*, Egea, Milano.
- DELL'ARINGA C., DELLA ROCCA G. (1999), *Razionalizzazione e relazioni industriali nella pubblica amministrazione*, FrancoAngeli, Milano.
- GRANDORI A. (2007), «Governare il cambiamento organizzativo e incertezza», *Studi organizzativi*, n. 1, pp. 51-60.
- MARCH J.G., OLSEN J.P. (1992), *Riscoprire le Istituzioni*, il Mulino, Bologna.
- MAYNTZ R. (1982), *Sociologia dell'amministrazione pubblica*, il Mulino, Bologna.
- OSBORNE S.P., BROWN K. (2005), *Managing change and innovation in public service organizations*, Routledge, New York.
- GULLSTRAND R. (2011), «I Piani di rientro: un'occasione da non perdere per la riorganizzazione e la riqualificazione dell'assistenza sanitaria: Introduzione», *Monitor*, X, n. 27, pp. 9-11.
- THOENIG J.C. (1992), *Scienza dell'amministrazione*, Jaca Book, Milano.
- www.salute.gov.it/pianiRientro/homePianiRientro.jsp

Principali riferimenti legislativi

- MINISTERO DELLA SALUTE, MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, REGIONE CAMPANIA, Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Campania per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.
- REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 31 ottobre 2008 - Deliberazione N. 1755 - Area Generale di Coordinamento N. 19 - Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le UU.SS.LL. Approvazione Disegno di Legge «Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo».
- LEGGE REGIONALE N. 16 DEL 28 NOVEMBRE 2008, «Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo».

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@unibocconi.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**.

ABC nella riabilitazione: la presa in carico in Ciclo diurno continuo per l'età evolutiva

GIANMARIA BATTAGLIA, FRANCESCA PEDRETTI

The funding of rehabilitation day centers is usually based on per diem criteria, regardless the rehabilitation plan adopted and the setting required by specific categories of users. This led to developing «per diem» oriented costing systems. In order to calculate the cost of different patients «La Nostra Famiglia» day center adopted an Activity Based Costing method. Result show different cost and different use of activities by different patients. The information gathered made possible the improvement of strategy management and managerial control process within the company. It is also reckoned that the operating model of data gathering and information elaboration of the adopted cost is reproducible within other similar contexts in order to improve the effectiveness of clinical, organizational and economic decisions.

Keywords: activity based costing, cost control, health care industry, rehabilitation

Parole chiave: activity based costing, controllo dei costi, settore sanitario, riabilitazione

Note sugli autori

Gianmaria Battaglia, CERGAS Università Bocconi
Francesca Pedretti, direttrice del Centro di riabilitazione dell'Associazione «La Nostra Famiglia» di Ponte Lambro (CO)

Attribuzione

Sebbene l'articolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§ 1 e 2 sono da attribuirsi a Francesca Pedretti, mentre i §§ 3, 4 e 5 sono da attribuirsi a Gianmaria Battaglia

1. Introduzione

L'attività riabilitativa in ambito extra-ospedaliero svolta in regime di ciclo diurno continuo è assoggettata a sistemi tariffari che prevedono la remunerazione delle giornate di terapia indipendentemente dal piano riabilitativo adottato e dalle condizioni logistiche riferibili alle diverse classi di pazienti. Tale approccio ha indotto le organizzazioni erogatrici dei servizi a dotarsi di sistemi di analisi dei costi orientati al calcolo dei costi «per giornata», o ancor peggio, a dotarsi di un sistema di rilevazioni del totale dei costi diretti dei centri diurni su cui, al più, ribaltare alcuni costi indiretti di produzione per operare una mera verifica dell'economicità complessiva dell'attività.

Con riferimento ai centri diurni per utenza in età evolutiva, tali condizioni rendono particolarmente problematica la gestione consapevole dei fattori produttivi e del *mix* delle casistiche: risulta pertanto difficile perseguire le condizioni di compatibilità economica che sono alla base della realizzazione della missione e della sopravvivenza istituzionale. In tale situazione, la determinazione delle tariffe giornaliere risulta inoltre arbitraria, in quanto slegata dalle effettive condizioni operative attivate nei centri.

Nella realtà oggetto dell'esperienza, il centro diurno risulta in lieve disequilibrio economico e pertanto il tema appare di fondamentale importanza, in considerazione sia del ruolo strategico che il centro assume all'interno della missione dell'Istituto da sempre attento alle disabilità dell'età evolutiva, sia per le peculiarità che caratterizzano la riabilitazione in questo segmento di utenza.

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il concetto di riabilitazione: il contesto di riferimento e gli obiettivi dell'esperienza
3. Gli strumenti e i metodi adottati per misurare i costi della riabilitazione dell'utente minore in Ciclo diurno continuo
4. I risultati: le principali evidenze emerse
5. Conclusioni

L'analisi descritta ha come oggetto l'attività erogata nell'anno 2010 dal Centro di riabilitazione dell'Associazione «La Nostra Famiglia»¹ di Ponte Lambro (CO), accreditato dalla Regione Lombardia.

La riabilitazione dell'età evolutiva si colloca, infatti, a pieno titolo nell'ambito sanitario, quale momento essenziale del processo esistenziale della persona con disabilità. L'evento lesivo, complesso o meno, altera, limita o annulla permanentemente una determinata funzione, ripercuotendosi sulle capacità complessive del soggetto e condizionandone l'intero vissuto. Ancora più invasiva è la disabilità che non incide su un terreno anatomico e funzionale già consolidato, bensì su una struttura in formazione, come quella di un bambino.

Tutto ciò richiede, sul piano operativo, competenze di alto profilo specialistico e con elevata capacità al lavoro di *équipe*. Il trattamento riabilitativo del minore deve tener conto della complessità e della globalità del bambino, del suo contesto sociale e familiare, risultando perciò oneroso anche in senso economico proprio per la specificità dell'intervento che richiede e che non può essere assimilata o sovrapposta alla riabilitazione funzionale dell'adulto.

Il controllo economico (Brimson, Antos, 1994) di tali attività presenta alcune caratteristiche che hanno sinora trovato parziale risposta nei sistemi di rilevazione economica (Tozzi, 2004).

2. Il concetto di riabilitazione: il contesto di riferimento e gli obiettivi dell'esperienza

Nel 2004 la Regione Lombardia ha introdotto profondi cambiamenti nel settore della riabilitazione extra ospedaliera con la delibera «Riordino della rete delle attività di riabilitazione»² del 16 dicembre 2004.

In sostanza, la Regione Lombardia ha voluto, in coerenza tra il proprio Piano socio-sanitario e le linee-guida nazionali sulla riabilitazione, superare sia il concetto stabilito da una precedente delibera del 1998 in materia di «lungodegenza», «recupero e riabilitazione funzionale» e «neuroriabilitazione», sia lo stesso concetto di «riabilitazione extraospedaliera» derivante dall'articolo 26

della legge 833 del 1978, di istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Il Piano sanitario regionale 2002-2004, con riferimento alla rete delle strutture riabilitative, esprimeva infatti il superamento della distinzione tra assistenza ospedaliera ed extraospedaliera.

Da qui l'obiettivo principale della delibera di riformare il sistema sviluppando un percorso «integrato e continuo», rendendo omogenea la rete ospedaliera ed extraospedaliera e creando una rete intermedia tra gli ospedali, le Residenze sanitarie assistenziali per anziani (RSA) e le Residenze sanitarie per disabili (RSD).

Nello specifico, vennero istituite tre grandi aree riabilitative: riabilitazione specialistica, riabilitazione generale e geriatrica e riabilitazione di mantenimento.

La riabilitazione specialistica si colloca nell'immediata fase post-acuta, conseguente a un evento indice o in presenza di malattie recidive, con alta probabilità di recupero funzionale e prevede interventi riabilitativi a elevato impegno medico e tecnico-strumentale. La riabilitazione generale e geriatrica si attua in una fase di consolidamento della disabilità derivante da un evento pregresso e in situazioni con ridotta probabilità di recupero funzionale.

La riabilitazione di mantenimento definisce gli interventi collocati nel periodo precedente la dimissione del paziente verso il domicilio, le RSA o altre strutture: il tutto con l'obiettivo di stabilizzarne le condizioni cliniche, ottenere e mantenere funzioni. La Regione Lombardia ha identificato con questo provvedimento nuovi modelli organizzativi di erogazione delle prestazioni, disciplinando anche i capitoli relativi ai requisiti strutturali, standard, accreditamenti e fissando una serie di requisiti per l'adeguamento.

La presa in carico della persona con disabilità in età evolutiva richiede però la gestione di una complessità derivante dalla specificità dell'essere bambini. Il bambino, infatti, richiede una presa in carico globale,³ che comporta la gestione della riabilitazione legata alla specifica disabilità e, contemporaneamente, dei sistemi relazionali che gravitano attorno al bambino: famiglia, scuola, contesto sociale e ambientale in cui il bambino vive e cresce. L'intervento clinico-riabilitativo sul bambino non si può limitare esclu-

sivamente al recupero funzionale ma deve necessariamente coinvolgere nel processo la sfera familiare e sociale in cui il soggetto è inserito. La complessità degli interventi specialistici che ne deriva richiede la presenza di *équipe* multi-professionali fortemente integrate e specializzate.

La gestione di un Centro di riabilitazione diviene ancor più complessa se si vuole unire un'offerta di alta qualità clinico-riabilitativa con il necessario raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario del servizio, all'interno di confini determinati dalla programmazione regionale e delle Asl di competenza.

Si sottolinea la difficoltà di gestione di un Centro di riabilitazione per l'età evolutiva perché l'attuale inquadramento di sistema lo identifica al pari della riabilitazione sul disabile adulto e anziano. Si vuol pertanto evidenziare in questa sede la differenza sostanziale dell'intervento riabilitativo sul minore che mira a far acquisire funzioni non ancora comparse nello sviluppo del bambino. La riabilitazione del minore si potrebbe definire meglio come «abilitazione» perché deputata a far comparire e sviluppare funzioni nuove.

Il meccanismo di tariffazione previsto dall'attuale delibera in ambito socio-sanitario, definisce un'unica tariffa sul minore indipendente da variabili quali: *età*, *diagnosi* e *complessità assistenziale*.

L'esperienza descritta si è posta l'obiettivo di determinare il costo del processo riabilitativo degli utenti in carico al Ciclo diurno continuo, differenziando i minori per tipologia di *setting* assistenziale (riferita in particolare all'età) e patologia sofferta.

Queste due variabili permettono, quindi, di evidenziare il *livello di complessità assistenziale* in base alle risorse richieste.

3. Gli strumenti e i metodi adottati per misurare i costi della riabilitazione dell'utente minore in Ciclo diurno continuo

La necessità di rappresentare e misurare i contenuti gestionali specifici dell'attività riabilitativa svolta in Ciclo diurno continuo trova naturale ambito metodologico nella gestione per processi delle attività sanitarie. Il concetto di gestione per processi offre l'alternativa all'approccio meramente funziona-

le o divisionale, intendendo le organizzazioni non come un insieme di unità organizzative (articolate funzionalmente o divisionalmente secondo i tradizionali modelli organizzativi), ma come una «collezione di processi interrelati che creano valore».

Con l'analisi delle attività e dei processi aziendali si applica una metodologia formalizzata di identificazione degli *output* principali (prodotti) al fine di ricostruire i processi che li hanno generati. Si scompone, pertanto, una organizzazione complessa in attività elementari, si definisce un modello di riferimento per i processi gestionali e si ricostruisce una mappa di legami di tipo funzionale tra le attività lungo i processi gestionali.

Il contesto extraospedaliero, ad oggi poco indagato, in particolare quello che si rivolge alla riabilitazione dell'età evolutiva, identifica un interessante ambito di approfondimento.

Il sistema di tariffazione della riabilitazione extraospedaliera, *ex art. 26*, prevede per i trattamenti sui minori il riconoscimento di 42 euro per singolo trattamento ambulatoriale e 86 euro/die per la presa in carico in Ciclo diurno continuo,⁴ a fronte di 4 classi patologiche generalmente riconosciute e di 6 differenti *setting* attivati presso il centro diurno oggetto dell'esperienza, come sintetizzato nella **figura 1**.

La direzione del Centro di riabilitazione si è quindi orientata a sviluppare un sistema di *costing* che consentisse il perseguimento dei seguenti obiettivi gestionali:

- 1) comprendere i diversi livelli di complessità assistenziale, i relativi percorsi ria-

Figura 1
Sistema di tariffazione della riabilitazione extraospedaliera

	ciclo diurno continuo SPAZIO PICCOLI	ciclo diurno continuo SCUOLA DELL'INFANZIA	ciclo diurno continuo SCUOLA PRIMARIA	ciclo diurno continuo PROGETTO PONTE	ciclo diurno continuo ALTERNATIVO 1	ciclo diurno continuo ALTERNATIVO 2
SINDROMI CLINICHE PSICHIATRICHE	?	?	?	?	?	?
SINDROMI O DISTURBI SPECIFICI DELLO SVILUPPO PSICOLOGICO	?					?
DISABILITA' INTELLETTIVA	?					
CO-DIAGNOSI (quadri complessi caratterizzati dalla contemporanea presenza di più di una diagnosi)	?					?

€ 86/die

bilitativi e il conseguente assorbimento di risorse;

2) comprendere la reale capacità produttiva del Centro di riabilitazione in riferimento ai tetti di *budget* attribuiti da parte dell'Asl di competenza;

3) comprendere meglio l'*outcome* in relazione alle prestazioni erogate;

4) programmare meglio il *mix* di attività e la tipologia dell'utenza in base all'utilizzo delle risorse (comprensione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità);

5) attivare una efficace gestione budgetaria all'interno del servizio;

6) proporsi attivamente con evidenze specifiche nei confronti del livello di programmazione regionale incaricato di disegnare il sistema tariffario di riferimento.

La metodologia adottata nella determinazione del costo si è ispirata all'approccio *Activity Based Costing* implementandolo nello specifico contesto di riferimento.

Il processo ha richiesto l'implementazione delle seguenti fasi logiche:

– analisi e rappresentazione del processo produttivo;

– identificazione delle attività e delle combinazioni produttive parziali;

– identificazione delle relazioni funzionali tra le diverse attività e scelta dei *cost driver* e *activity driver* per l'attribuzione dei costi;

– analisi del sistema di rilevazione esistente e verifica degli adattamenti richiesti per la raccolta dei dati di base;

– implementazione del modello contabile in un ambiente informatico di supporto (motore contabile);

– raccolta dati del periodo campione e elaborazione informazioni di base per il calcolo dei *driver*;

– elaborazione da parte del motore contabile e redazione *report* di sintesi.

3.1. Analisi e rappresentazione del processo produttivo: le attività, le combinazioni e i *driver*

La fase di analisi del processo produttivo è stata svolta dagli autori avendo a riferimento l'effettiva organizzazione dei processi svolti nel ciclo diurno continuo: è stato, infatti, necessario identificare le attività che assorbono i fattori produttivi e le loro combinazioni che, integrando diverse attività, garantiscono il percorso terapeutico riabilitativo.

Dal punto di vista dei consumi di risorse, le *attività* sono caratterizzate dall'utilizzo di diversi fattori produttivi per l'ottenimento di prestazioni tra loro omogenee erogate nei confronti di diverse classi di pazienti o di altre attività più complesse. Nella prospettiva di governo economico e di creazione di valore, le attività costituiscono gli elementi di base del processo economico e si configurano come contributo tecnico messo a disposizione del processo erogativo. Il governo delle attività è tipicamente orientato ai principi di efficienza, di qualità tecnica e di ottimizzazione quali-quantitativa delle risorse impiegate. L'elenco delle attività rilevate secondo tali criteri nel centro diurno è riportato nella **tabella 1**.

Le *combinazioni produttive*, invece, costituiscono il momento organizzativo attraverso il quale le diverse attività sono combinate per manifestare la propria utilità potenziale espressa nei risultati produttivi (Ruffini,

Tabella 1

Elenco attività del centro diurno

Visite Neuro Psichiatra Infantile
Visite Fisiatra
Terapia psicomotoria individuale
Terapia psicomotoria di gruppo
Terapia logopedica
Terapia occupazionale
Fisioterapia
Psicoterapia
<i>Counselling</i> alla famiglia
Terapia educativa individualizzata
Terapia educativa in piccolo gruppo
Attività infermieristica
Gestione comune e coordinamento
Pulizie
Gestione strutture del centro
Gestione cucina
Gestione amministrativa
Gestione e coordinamento caso
Definizione PRI e rivalutazione PRI
Gestione logistica Progetto Piccoli
Gestione logistica Progetto Infanzia
Gestione logistica Progetto Primaria
Gestione logistica Progetto Ponte
Gestione logistica Progetto Alt. 1
Gestione logistica Progetto Alt. 2

1993). Il governo delle combinazioni costituisce, quindi, il cuore della gestione economica, essendo orientato all'efficacia dell'azione e alla creazione di valore propriamente detta.

L'approccio adottato consente di rappresentare il processo di creazione di valore svolto con le combinazioni attraverso le attività necessarie (e la relativa quantità, assoluta e relativa) e non solo attraverso le risorse complessivamente impiegate. In ciò si innova nelle modalità di rappresentazione dei costi dei risultati finali delle attività, soprattutto per quel che riguarda le attività ad alta autonomia professionale, come sono quelle sanitarie.

La distinzione tra attività e combinazioni, seppur non sempre univoca, costituisce perciò un'utile pratica finalizzata a indirizzare i processi di controllo di gestione secondo i diversi criteri di valutazione che, di volta in volta, sono ritenuti rilevanti.

La rappresentazione del processo produttivo ha consentito di mostrare, attraverso uno schema convenzionale condiviso, le modalità attraverso cui i fattori produttivi sono assorbiti da ciascuna attività (per mezzo di misure di assorbimento sintetizzate dai *cost driver*) e, successivamente, come le attività siano assorbite dalle combinazioni per ottenere i risultati finali. In particolare per il fattore produttivo «personale», i protocolli operativi implementati nel modello operativo del Centro di riabilitazione hanno fornito indicazioni agevoli per una corretta rappresentazione (per esempio, i terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva operano nelle terapie psicomotorie individualizzate o di gruppo sulla base di modalità operative standard codificate).

I *setting* riabilitativi presenti (denominati internamente «progetti») hanno, dunque, costituito il riferimento per le combinazioni produttive in cui le diverse attività contribuiscono a realizzare il processo riabilitativo sulla base dei singoli piani riabilitativi individuali e di altre attività comuni al progetto. Si è rivelata di grande interesse e utilità informativa l'imputazione ai diversi progetti dei costi indiretti di produzione che, in precedenza, erano stati spalmati in modo generico su tutte le giornate di presenza dei pazienti, indipendentemente dal progetto cui afferivano.

I costi delle diverse combinazioni produttive sono poi stati attribuiti agli specifici prodotti, intesi come incrocio tra classe di patologia e specifico *setting*, sulla base degli effettivi utilizzi (*driver* di attività). Per esempio, il costo dell'attività di «gestione e coordinamento caso», che ha raccolto i diversi fattori produttivi (tipicamente le professionalità coinvolte nel coordinamento interdisciplinare) è stato attribuito ai diversi pazienti di ciascun progetto in funzione dell'effettivo utilizzo dell'attività stessa, così come risultante dai piani operativi di attività.

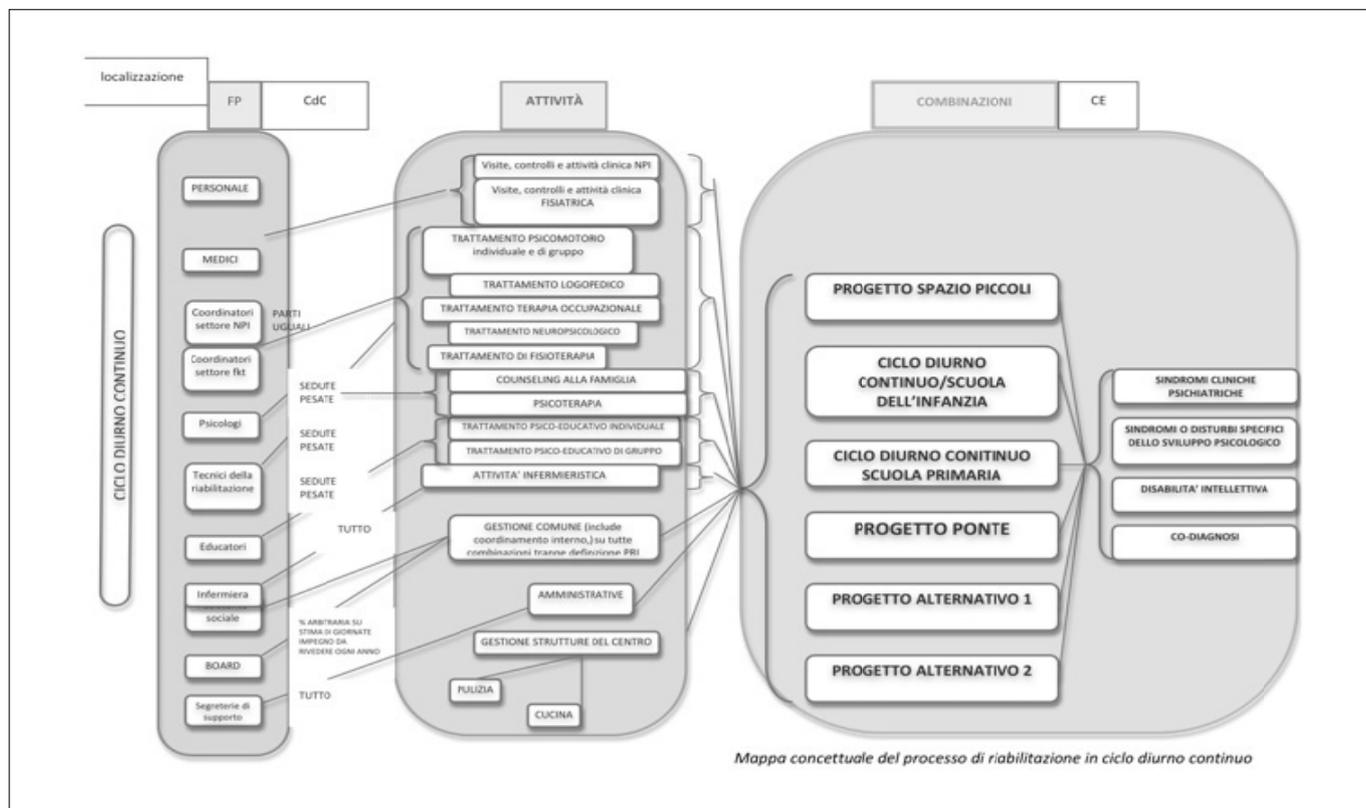
Lo schema del processo produttivo è sintetizzato nella **figura 2**.

Preliminarmente alla descrizione delle modalità di implementazione del modello contabile, è necessario fare riferimento alla criticità e alla centralità del sistema informativo di base presente in azienda, per consentire la realizzazione di modelli di *costing* di tipo ABC.

I *driver di costo*, che legano i fattori produttivi alle attività, e i *driver di attività*, che legano le attività agli specifici oggetti finali di calcolo del costo, sono infatti informazioni per la gran parte riferite a dati connessi al funzionamento interno delle attività (ore, prestazioni, ecc.) che devono essere disponibili per misurare il valore assunto dai *driver* per ciascun periodo di riferimento del processo di *costing*. Il processo contabile prevede, quindi, una specifica fase di raccolta delle informazioni quantitative necessarie al ricalcolo dei diversi *driver* per ciascun periodo di riferimento.

I dati che sono stati utilizzati si riferiscono a tutte le prestazioni effettuate sugli utenti in ciclo diurno continuo nell'anno 2010: prestazioni dirette (trattamenti riabilitativi, visite, controlli, ...) e indirette (colloqui con i familiari, con i servizi territoriali e con la scuola, ...) riferite a ciascun bambino.

Nell'esperienza descritta, il sistema informativo disponibile risulta già orientato all'utente. Infatti, la gestione dei singoli piani riabilitativi individuali è informatizzata e realizzata attraverso un sistema di codifica delle prestazioni svolte. Tali prestazioni erano già in parte coincidenti con lo schema delle attività rilevato ai fini dell'ABC: pertanto non è stato necessario modificare in modo significativo il sistema di rilevazione esistente per produrre i dati necessari al calcolo dei



Mappe concettuali del processo di riabilitazione in ciclo diurno continuo

Figura 2
Schema del processo produttivo

driver per il periodo preso a campione e rendendo di fatto possibile ripetere l'analisi per periodi successivi utilizzando gli strumenti di lavoro approntati per la prima implementazione del modello.

Le sole modifiche effettivamente necessarie sono state la semplice riarticolazione di alcuni codici di prestazione in diversi sottocodici corrispondenti alle attività utilizzate nell'ABC.

3.2. Implementazione del modello contabile, raccolta ed elaborazione dei dati

Il modello contabile è stato implementato su un ambiente informatico appositamente costruito per consentire il controllo totale del metodo di elaborazione contabile basato su *software open source* e già testato in altre realtà sperimentali e operative (Ascheri *et al.*, 2008).⁵

La struttura del modello contabile è basata sul piano dei conti e sull'elenco delle regole contabili (causali) di imputazione.

Per implementare il processo produttivo nel corrispondente sistema di elaborazione

contabile il piano dei conti (CdC) prevede tre classi di conti:

- i fattori produttivi;
- le attività e le combinazioni;
- i risultati finali (gli oggetti di calcolo dei costi).

Ciascuno dei conti è utilizzato per accumulare i valori e trasferirli a uno o più conti «a valle», secondo la rappresentazione del modello produttivo adottata.

I fattori produttivi sono raccolti dal sistema di contabilità analitica già presente che localizza le risorse utilizzate dal Centro diurno.

I fattori produttivi sono poi trasferiti contabilmente alle attività. Ciascuna attività, dopo che è stata caricata di tutte le risorse direttamente consumate, è poi attribuita a una attività a valle più complessa oppure alla combinazione produttiva cui fornisce il contributo.

Le operazioni contabili di attribuzione e trasferimento dei costi sono codificate nel sistema delle regole (causali) che devono esse-

re eseguite in successione per consentire una ordinata elaborazione dei valori.

Il metodo adottato è strettamente contabile: ciascuna unità logica di riferimento (fattore produttivo, attività, ecc.) è rappresentata nel piano dei conti da un apposito conto bifase. Durante l'esecuzione delle regole contabili è possibile (e opportuno) verificare che tutti i conti «a monte» abbiano saldo nullo.

Formalmente ciascuna regola si compone di 5 elementi (tabella 2).

Si nota come, né i CdC, né i FP, possano essere utilizzati individualmente nelle regole. Nelle regole di imputazione contabile, infatti, non vengono considerati direttamente FP e CdC, ma solo opportuni «aggregati» di questi. La ragione di questa impostazione risiede nel fatto che risulta più semplice scrivere regole che agiscano contemporaneamente su più CdC e FP (tutti i FP di un certo tipo, presi da tutti i CdC di un certo gruppo, vengono allocati su tutti i CdC di un altro gruppo). In tal modo, in realtà, si agevola la manutenzione del sistema, in quanto è possibile spostare uno specifico CdC da un aggregato all'altro per assoggettarlo a un diverso trattamento contabile senza modificare la struttura logica delle regole di attribuzione. Pertanto, qualora una regola agisca su un solo FP e/o su un solo CdC, questi devono essere comunque associati a un aggregato (che in questo caso raggrupperà un solo CdC o un solo FP) per poter essere iscritti in una regola di imputazione. In sostanza, una regola prende i costi relativi a un «aggregato di FP», localizzati in un «aggregato di CdC», e li alloca su un altro «aggregato di CdC». Un aggregato può contenere uno o più oggetti omogenei (FP o CdC), permettendo di operare in assoluta libertà, accomunando o differenziando il trattamento dei valori di costo, fino alla minima combinazione di FP e CdC. Perché una regola possa funzionare è

necessario indicare con quale base allocativa (o *driver*) i costi dell'aggregato di partenza, devono essere allocati sui CdC dell'aggregato di arrivo. Il sistema permette di configurare *driver* di qualsiasi tipo per sperimentare e gestire efficacemente l'allocazione dei costi. La quantità di costo, da prelevare dai CdC dell'aggregato di partenza e da allocare su ciascun CdC dell'aggregato di arrivo, sarà proporzionale al valore che il *driver* assume in corrispondenza dello specifico CdC di arrivo.

Un estratto delle regole implementate è illustrato nella figura 3.

I dati di partenza (costi dei fattori produttivi, volumi di attività necessari al calcolo dei *driver*, ecc.) sono stati trasferiti al motore contabile tramite un foglio *excel* strutturato e recepito dal motore contabile tramite uno strumento ETL: in tal modo è possibile replicare l'elaborazione un numero indefinito di volte e di farlo per periodi successivi, semplicemente sostituendo il file *excel* di partenza. In seguito alla prima sperimentazione, è stata prevista una integrazione diretta tra i *database* di provenienza delle informazioni (e in particolare dal *software* operativo con il quale sono gestiti i piani individuali) e il motore contabile, implementando le procedure di raccordo tra le codifiche del sistema gestionale e il sistema dei *driver*.

Una volta implementato il modello contabile nell'ambiente informatico (piano dei conti e sistema di regole che operativizzano in chiave contabile il modello produttivo) l'elaborazione ha richiesto:

1) il caricamento dei dati di partenza (file *excel*). I dati sono sia economici (costi attribuiti dalla CoAn esistente al CdC Ciclo diurno continuo) che riferiti ai volumi di prestazioni svolte e, in particolare, ai piani riabilitativi;

Tabella 2
I 5 elementi delle regole contabili

Aggregato di Partenza	Aggregato di FP	Aggregato di Arrivo	Driver	Livello Regola
Insieme dei CDC da cui acquisire i costi da trasferire	La natura dei costi su cui operare il trasferimento, l'insieme dei FP che devono seguire lo stesso percorso secondo lo stesso <i>driver</i>	Insieme dei CDC su cui devono essere allocati i costi	Base allocativa. Valore in proporzione del quale viene definita la quantità di costo da allocare a ciascun CDC dell'aggregato di Arrivo	Livello logico in cui si colloca la regola: i livelli sono eseguiti in successione. Le regole appartenenti al medesimo livello possono essere eseguite in qualunque ordine

Descrizione Regola	From	Which FP	To	Driver	Cod
0038 - 0505-Terapia logopedica su Risultati finali	Agg_AT_005 - Terapia logopedica	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_Tutti - RF_Tutti	Pr_Logoped - Prest tot att Terap...	0038
0039 - 0506-Terapia occupazionale su Risultati finali	Agg_AT_006 - Terapia occupazionale	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_Tutti - RF_Tutti	Pr_Occupaz - Prest tot attività ...	0039
0040 - 0507-Fisioterapia su Risultati finali	Agg_AT_007 - Fisioterapia	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_Tutti - RF_Tutti	Pr_Fisiote - Prest tot attività ...	0040
0041 - 0508-Psicoterapia su Risultati finali	Agg_AT_008 - Psicoterapia	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_Tutti - RF_Tutti	Pr_Psicote - Prest tot att Terap...	0041
0042 - 0509-Counseling alla famiglia su Risultati finali	Agg_AT_009 - Counseling alla fa...	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_Tutti - RF_Tutti	Pr_Counsel - Prest tot att Couns...	0042
0043 - 0510-Terapia educativa individualizzata su Risultati finali	Agg_AT_010 - Terapia educativa i...	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_Tutti - RF_Tutti	Pr_Edul - Prest tot attività TEduL	0043
0044 - 0511-Terapia educativa di gruppo su Risultati finali	Agg_AT_011 - Terapia educativa i...	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_Tutti - RF_Tutti	Pr_EduG - Prest tot attività TEduG	0044
0045 - 0512-Attività infermieristica su Risultati finali	Agg_AT_012 - Attiv infermieri...	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_Tutti - RF_Tutti	Num_ute_RF - Numero_uteni	0045
0046 - 0513-Gestione comune e coordinamento su Risultati finali	Agg_AT_013 - Gestione comune e c...	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_Tutti - RF_Tutti	Num_ute_RF - Numero_uteni	0046
0047 - 0514-Gestione cucina su Risultati finali (solo quelli che pranzano: no Alt)	Agg_AT_016 - Gestione cucina	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	Agg_RF_pranzo - RF che pranzano	Num_ute_RF - Numero_uteni	0047
0048 - 0515-Gestione amministrativa su Risultati finali	Agg_AT_017 - Gestione amministra...	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_Tutti - RF_Tutti	Num_ute_RF - Numero_uteni	0048
0049 - 0516-Gestione e coordinamento caso su Risultati finali	Agg_AT_018 - Gestione e coordina...	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_Tutti - RF_Tutti	Num_ute_RF - Numero_uteni	0049
0050 - 0517-Terapia neuropsicologica su Risultati finali	Agg_AT_019 - Free	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_Tutti - RF_Tutti	P_UGUALI - Attribuisce in parti ...	0050
0051 - 0518-Definizione PRI e rivalutazione su Risultati finali	Agg_AT_021 - Definizione PRI e r...	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_Tutti - RF_Tutti	Num_ute_RF - Numero_uteni	0051
0052 - 0519-Gestioni logistica Pr Piccoli su risultati Finali	Agg_AT_022 - Gestione logistica ...	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_T_P_SPI - RF Prj Spazio Piccoli	Num_ute_RF - Numero_uteni	0052
0055 - 0520-Gestioni logistica Pr Infanzia su risultati Finali	Agg_AT_023 - Gestione logistica ...	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_T_P_SI - RF Prj Scuola Infanzia	Num_ute_RF - Numero_uteni	0055
0056 - 0521-Gestioni logistica Pr Scuola Primaria su risultati Finali del progetto	Agg_AT_024 - Gestione logistica ...	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_T_P_SPR - RF Prj Scuola Primaria	Num_ute_RF - Numero_uteni	0056
0057 - 0522-Gestioni logistica Pr Ponte su risultati Finali del progetto	Agg_AT_025 - Gestione logistica ...	Agg_FP_All - Tutti i fattori pro...	RF_T_P_PP - RF Prj Progetto Ponte	Num_ute_RF - Numero_uteni	0057

Figura 3
Schema del processo produttivo

2) il ricalcolo dei *driver*. Il calcolo dei *driver* avviene all'inizio del processo elaborativo, ma è necessario consentirne l'aggiornamento in alcuni momenti specifici del processo stesso. Talvolta è infatti necessario ripetere l'operazione, soprattutto se sono previste regole che agiscono tramite lo stesso *driver* ricalcolato (per esempio, i costi generali sono distribuiti in base ai costi precedentemente allocati, ma i costi comuni devono essere allocati in precedenza sempre in base ai costi allocati sino a quel momento);

3) l'esecuzione delle regole di elaborazione contabile secondo la sequenza prevista.

Tali operazioni rivestono carattere tecnico, costituendo la semplice messa in opera delle regole codificate nel modello produttivo (Ascheri *et al.*, 2010).

4. I risultati: le principali evidenze emerse

I risultati del processo di *costing* per il periodo campione sono riportati nella **tabella 3**.

Risulta evidente come, a fronte di una situazione complessiva di disavanzo del Ciclo diurno continuo, si rilevi in realtà l'esistenza di «prodotti» con margine sia positivo che negativo.

Di particolare interesse appare il fatto che alcuni *setting* terapeutici (progetti) evidenzino un sistematico a margine positivo mentre altri un sistematico margine negativo, consentendo nuove valutazioni.

Il metodo basato sulle attività ha consentito, inoltre, di misurare il peso di ciascuna attività sul costo totale del risultato finale. Un esempio significativo, relativo ai pazienti con disabilità intellettiva del *setting* Scuola primaria, è illustrato nella **tabella 4**. Tale rappresentazione ha consentito l'avvio di riflessioni volte a valutare le attività su cui fosse necessaria una rimodulazione in ottica di un miglioramento del rapporto tra costo e utilità generata: di interesse il fatto che tale rimodulazione sia stata ipotizzata anche per alcune attività in aumento, superando in tal modo il ricorso, in caso di disequilibrio economico, a una riduzione della spesa tramite esclusivi tagli lineari che, nei fatti, contribui-

	Costi totali	Ricavi totali	Differenza totale	Costo unitario	Ricavo unitario	Differenza
CoDiagnosi - Alternativo 1	4.086	2.322	- 1.764	4.086	2.322	- 1.764
Disabilità Intellettiva - Alternativo 1	4.525	2.752	- 1.773	4.525	2.752	- 1.773
	8.611	5.074	- 3.537			
Disturbi specifici dell'apprendimento - Alternativo 2	14.109	4.558	- 9.551	2.351	760	- 1.592
CoDiagnosi - Scuola infanzia	17.441	12.900	- 4.541	5.814	4.300	- 1.514
Disabilità Intellettiva - Scuola infanzia	38.061	34.658	- 3.403	5.437	4.951	- 486
Disturbi specifici dell'apprendimento - Scuola infanzia	43.117	37.496	- 5.621	4.791	4.166	- 625
Sindromi cliniche psichiatriche - Scuola infanzia	16.706	13.244	- 3.462	5.569	4.415	- 1.154
	115.325	98.298	- 17.027			
CoDiagnosi - Scuola Primaria	44.000	30.616	- 13.384	6.286	4.374	- 1.912
Disabilità Intellettiva - Scuola Primaria	84.837	81.098	- 3.739	4.990	4.771	- 220
Disturbi specifici dello sviluppo psicologico - Scuola Primaria	48.366	51.256	2.890	4.031	4.271	241
Sindromi cliniche psichiatriche - Scuola Primaria	18.451	19.350	899	4.613	4.838	225
	195.654	182.320	- 13.334			
Disabilità Intellettiva - Progetto ponte	60.363	72.842	12.479	4.024	4.856	832
Disturbi specifici dello sviluppo psicologico - PP	6.658	9.632	2.974	3.329	4.816	1.487
Sindromi cliniche psichiatriche - Progetto ponte	3.617	5.332	1.715	3.617	5.332	1.715
	70.637	87.806	17.169			
Disturbi specifici dello sviluppo psicologico - Spazio piccoli	3.412	3.612	200	3.412	3.612	200
Disabilità Intellettiva - Spazio piccoli	16.999	15.308	- 1.690	4.250	3.827	- 423
	20410,5	18.920	- 1.491			

sce in modo limitato a un reale riorientamento delle attività all'equilibrio economico di lungo periodo.

5. Conclusioni

Oltre a verificare la praticabilità e l'utilità dei sistemi ABC nella riabilitazione, il presente lavoro vuole proporre un modo innovativo di gestire i processi sanitari all'interno dell'ambito socio-sanitario, specifico e delicatissimo, nella riabilitazione dell'età evolutiva.

Si è verificata l'importanza e la significatività dell'analisi dei processi che interessano le quattro aree macro-patologiche e il segmento riferito all'età dell'utente.

Il campione analizzato nell'ambito del Ciclo diurno continuo all'interno dell'attività riabilitativa extra-ospedaliera dimostra che la tariffa media che il Sistema sanitario regionale prevede non è più remunerativa

dei costi effettivi supportati sulla base delle attività rilevate: la tariffa individuata sui costi effettivi risulterebbe di quasi un terzo più alta rispetto all'attuale tariffa applicata.

In riferimento al *focus* sulla differenziazione di prodotto sanitario secondo la relativa differenziazione tariffaria, si evidenziano le 16 tariffe che esitano dall'incrocio patologia-segmento.

Sulla base delle risultanze è possibile riunire le tariffe giornaliere in soli 4 livelli raggruppati per omogeneità con il criterio illustrato dalla **tabella 5**.

A partire dai contenuti informativi, garantiti dal metodo sperimentato e dalle prime risultanze ottenute, si ritiene utile avviare una riflessione per sviluppare approfondimenti teorici e sperimentali sui seguenti aspetti:

- la possibilità di rappresentare e rilevare, attraverso il medesimo sistema di controllo, i

Tabella 3
Risultati del processo
di *costing*

Tabella 4

Pazienti con disabilità intellettiva Scuola primaria

Attività	Valore	Peso
0510-Terapia educativa individualizzata	22.575,85	26,61%
0516-Gestione e coordinamento caso	9.772,27	11,52%
0503-Terapia psicomotoria individuale	9.556,33	11,26%
0505-Terapia logopedica	8.669,00	10,22%
0502-Visite fisiatra	8.183,29	9,65%
0513-Gestione comune e coordinamento	5.957,40	7,02%
0521-Gestioni logistica Pr Scuola Primaria	4.676,72	5,51%
0514-Gestione cucina	3.825,82	4,51%
0506-Terapia occupazionale	3.107,53	3,66%
0518-Definizione PRI e rivalutazione	2.068,21	2,44%
0511-Terapia educativa di gruppo	1.784,88	2,10%
0512-Attività infermieristica	1.705,19	2,01%
0507-Fisioterapia	1.515,39	1,79%
0509-Counseling alla famiglia	1.182,06	1,39%
0508-Psicoterapia	135,48	0,16%
0501-Visite NPI	121,22	0,14%
	84.836,64	100,00%

protocolli riabilitativi/linee-guida e i processi organizzativi, consente di valutare l'efficacia dei diversi *setting* assistenziali disponibili e supportare, quindi, le scelte relative a un migliore disegno degli stessi;

– la possibilità di individuare i costi delle diverse patologie e delle correlate modalità di gestione consente di valutare, in termini di costo/efficacia, le scelte e gli approcci terapeutici.

In tale prospettiva di approfondimento delle valutazioni dei modelli assistenziali in ambito riabilitativo, l'adozione di modelli di rilevazione ABC secondo la metodologia sperimentata trova un'ulteriore opportunità dalla definizione di uno schema comune di rappresentazione delle attività svolte e delle combinazioni realizzate. Tali tassonomie di attività e combinazioni possono essere alimentate e arricchite da nuove impostazioni cliniche o prassi organizzative ma, se condivise nella loro struttura, possono costituire la base per processi di confronto tra realtà operanti nel settore riabilitativo.

Tabella 5

4 livelli delle tariffe giornaliere

	PROGETTO-SEGMENTO	COSTO/DIE	IPOTESI TARIFFA
1	Sindromi cliniche psichiatriche PROGETTO PONTE	58	63
2	Disturbi specifici dello sviluppo psicologico PROGETTO PONTE	59	
3	Disabilità intellettiva PROGETTO PONTE	71	
4	Disturbi specifici dello sviluppo psicologico SCUOLA PRIMARIA	81	81
5	Disturbi specifici dello sviluppo psicologico SPAZIO PICCOLI	81	
6	Sindromi cliniche psichiatriche SCUOLA PRIMARIA	82	
7	Disabilità intellettiva SCUOLA PRIMARIA	90	102
8	Disabilità intellettiva SCUOLA INFANZIA	94	
9	Disabilità intellettiva SPAZIO PICCOLI	95	
10	Disturbi specifici dello sviluppo psicologico SCUOLA INFANZIA	99	
11	Sindromi cliniche psichiatriche SCUOLA INFANZIA	108	
12	Codiagnosi SCUOLA INFANZIA	116	160
13	Codiagnosi SCUOLA PRIMARIA	124	
14	Disabilità intellettiva ALTERNATIVO 1	141	
15	Codiagnosi ALTERNATIVO 1	151	
16	Disturbi specifici dello sviluppo psicologico ALTERNATIVO 2	266	

Note

1. L'Associazione «La Nostra Famiglia» è ente ecclesiastico civilmente riconosciuto ai sensi del DPR 19.06.1958, n. 765, iscritto nel Registro delle persone giuridiche presso la Prefettura di Como al n. 41 R.G. Trib. e n. 3 parte analitica, e svolge, oltre all'attività di culto e religione, le attività di assistenza sanitaria, assistenza sociale e socio-sanitaria, istruzione e formazione che, ai sensi del comma 9) dell'art. 10 del D. L.vo 460/97, sono considerate Onlus. www.lanostrafamiglia.it.
2. Deliberazione n. VII/19883 del 16.12.2004 «Riordino della rete delle attività di Riabilitazione».
3. PSSR 2010-2014: «... La rete di patologia rappresenta la naturale risposta a queste esigenze, in grado di garantire la continuità delle cure, l'individuazione e l'intercettazione della domanda di salute con la *presa in carico globale* del paziente ed il governo dei percorsi sanitari, socio sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica ...».
4. Il sistema ha visto un adeguamento fissato all'1,5% delle tariffe nell'anno 2010, passando da 40 euro a 42 euro per l'accesso ambulatoriale e da 83 euro a 86 euro per il Ciclo diurno continuo.
5. CERGAS (2009, 2010), *I costi delle prestazioni di laboratorio e di radiologia. Progetto per la valutazione dei costi delle prestazioni di laboratorio e di radiologia della regione Veneto*, CERGAS, Milano.

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

- ASCHERI S., BATTAGLIA G., CODIGNOLA R., HELLER L. (2010), «Manuale di funzionamento Creativeknowledge Accounting tool», Documentazione tecnica CERGAS.
- ASCHERI S., BATTAGLIA G., DAMONTE PRIOLI M. (2008), «Strategie di sviluppo del controllo direzionale nelle aziende sanitarie: il caso dell'Asl 1 imperiese», *Mecosan*, 66, pp. 37-54.
- AROSIO F., BORRI G. (2001), *I sistemi di finanziamento ospedaliero e nella riabilitazione. Modelli nordamericani ed europei a confronto*, FrancoAngeli, Milano
- BANKER R.D., JOHNSTON H.H. (2007), «Cost and profit driver research», in C.S. Chapman M.D. Hpmwood Shields (edited by), *Handbook of management accounting research*, Elsevier, Boston MA.
- 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.
- BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BRIMSON J.A., ANTOS J. (1994), *Activity-Based Management for service industries, Government entities, and nonprofit organizations*, Wiley, New York.
- BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.
- GOTTLIEB J.A. (1989), *Health care Cost Accounting: practice and applications*, Healthcare Financial Management Association, Illinois.
- HORNGREN C., FOSTER G. (1987), *Cost accounting: a managerial emphasis*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.
- PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan*, 48, pp. 119-135.
- RUFFINI R. (1993), «Analisi economica del sistema aziendale», in F. Zavattaro (a cura di), *Lezioni di economia aziendale per le aziende sanitarie*, Scuola di Direzione Aziendale - Università Commerciale "L. Bocconi", Milano.
- TOZZI V. (2004), «La gestione per processi in sanità», *Mecosan*, 50, pp. 69-80.
- ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

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@unibocconi.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**.

Follow-up dei dispositivi cardiaci impiantabili: analisi dei costi socio-economici

G. BOARETTO, A. DE SILVESTRI, C. KLERSY, C. GASPARINI, L. GRAMEGNA, G. SCABORO, L. TOMASI, C. TOMASI, R. TOMEI, F. ZANON

In Italy the number of patients affected by chronic heart failure is increasing together with the number of cardiac implants and of related follow-up (FU) issues. Nowadays, remote device monitoring can be a helpful solution for these issues. The aim of this study is to assess patients, healthcare system (with a focus on the hospital, the service provider) and societal costs incurred during implantable cardiac devices FU. A survey of 1,109 questionnaires was performed in four centers of North-Eastern Italy, involving implanted patients during their outpatient visits. The costs incurred by patients, hospitals and the whole society for FU visits have been assessed and the cost drivers have been identified. The study demonstrated that device remote monitoring can significantly reduce the number of visits and, consequently, the costs for each of the involved stakeholders.

Keywords: ICD, CRT, device check, remote follow-up, costs, social costs

Parole chiave: ICD, CRT, device check, follow-up remoto, costi, costi sociali

Note sugli autori

Le affiliazioni degli autori sono in nota al termine del documento

1. Introduzione

L'attuale contesto socio-sanitario è caratterizzato da un aumento dei casi di scompenso cardiaco cronico e dalla correlata necessità di prevenire efficacemente gli eventi di morte cardiaca improvvisa. In risposta a questo bisogno terapeutico, è in aumento il numero degli impianti di defibrillatori cardiaci (*implantable cardioverter defibrillator, ICD*) e di dispositivi con funzione di resincronizzazione cardiaca (*cardiac resynchronization therapy, CRT*), con i problemi correlati alla gestione dei *follow-up (FU)* da essi richiesti (Vardas *et al.*, 2007). Recenti dichiarazioni di società scientifiche raccomandano, infatti, che i dispositivi per aritmologia vengano controllati regolarmente ogni 3-6 mesi (ICD) o ogni 3-12 mesi (*pacemaker, PM*), con FU più frequenti in corrispondenza della data di prevista sostituzione (Wilkoff *et al.*, 2008). Mentre è cosa ormai nota che le visite ospedaliere per il controllo di PM e ICD causano notevoli problemi di sovraccarico di lavoro al già oberato personale delle cliniche specializzate in impianti – le visite, infatti, sono condotte dallo stesso personale medico dedicato alle procedure di impianto e non è disponibile una chiara valorizzazione dei costi sociali legati alle suddette visite convenzionali, che si stimano essere significativi. Alla luce di questi dati, per agevolare il FU dei dispositivi cardiaci impiantabili (Cied), sono stati sviluppati dei sistemi di monitoraggio remoto, di cui è già stata dimostrata sicurezza e affidabilità (Saxon *et al.*, 2007; Ribeiro *et al.*, 2010; Ramani *et al.*, 2010; Kong *et al.*, 2010; Raatikainen *et al.*, 2008). Questo approccio potrebbe permettere di sostituire

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Materiali e metodi
3. Risultati
4. Discussione
5. Conclusioni

molte visite ospedaliere con controlli in remoto, nonché consentire la rilevazione precoce di anomalie del dispositivo impiantato. A dimostrazione di quanto appena affermato, le principali Società Scientifiche di aritmologia nazionali e internazionali - HRS (*Heart Rhythm Society*), EHRA (*European Heart Rhythm Association*) e Aiac (Associazione italiana aritmologia e cardiostimolazione) – concordano nel dichiarare che il telemonitoraggio può sostituire a tutti gli effetti il controllo standard ambulatoriale (Ricci *et al.*, 2009; Wilkoff *et al.*, 2008).

L'obiettivo del monitoraggio remoto in questo ambito era, inizialmente, quello di verificare la corretta funzionalità del dispositivo e diagnosticare precocemente i possibili malfunzionamenti dello stesso, evitando interventi inappropriati; ora, le ultime generazioni di sistemi di monitoraggio remoto permettono anche il controllo dei parametri clinici vitali del paziente, predittivi del precipitare dello scompenso cardiaco (Nielsen *et al.*, 2008; Neuzil *et al.*, 2008; Lazarus, 2007; Saxon *et al.*, 2007). Qualora ci si limiti a verificare la corretta funzionalità del dispositivo, la telemedicina si sostituisce alle visite di FU del dispositivo per la verifica del funzionamento tecnico del *device*; con i sistemi di monitoraggio di ultima generazione, diventa addirittura possibile effettuare un controllo clinico del paziente a distanza e assumere le decisioni cliniche più opportune per il caso specifico: per esempio, si può pensare alla convocazione del paziente per una visita di emergenza o l'adattamento della terapia farmacologica con una semplice telefonata. Considerando la carenza di lavori pubblicati sull'argomento, in questo studio verrà considerato unicamente il caso più semplice, generale e diffuso, rappresentato dal controllo del solo dispositivo, tenendo comunque presente che nell'assetto organizzativo dove è il medico a eseguire il controllo viene anche fatta una valutazione clinica del paziente e in particolare del suo stato di compenso.

Le valutazioni del FU dei dispositivi cardiaci impiantabili sono state condotte soprattutto in ambito ospedaliero, per pazienti portatori di ICD, e consistono principalmente in un confronto fra i due sistemi: FU *in loco* (detto anche «fisico») e FU in remoto

(detto anche «virtuale») (Ricci *et al.*, 2008). Tuttavia, risulta ancora poco conosciuto l'impegno economico e il disagio sociale a carico dei pazienti, causato dalle visite ospedaliere di controllo di PM, ICD e CRT, nonostante questi aspetti possano influenzare sia la qualità delle cure, che l'atteggiamento dei pazienti nei confronti di qualsiasi modello di FU.

A partire da queste considerazioni, si è deciso di condurre un'indagine su quattro centri del Nord-Est d'Italia, per quantificare i costi diretti e indiretti sostenuti, sia dai singoli pazienti, che dagli ospedali erogatori, che dalla società nel suo insieme, per la realizzazione dei FU dei dispositivi cardiaci impiantabili in modalità tradizionale.

2. Materiali e metodi

2.1. Contesto e campioni dell'analisi

All'indagine hanno partecipato quattro centri: l'ospedale dell'Angelo di Mestre (MST), l'ospedale Civile Maggiore di Verona Borgo Trento (VBT), l'ospedale Santa Maria della Misericordia di Rovigo (RVG) e il presidio ospedaliero Santa Chiara di Trento (TNT), tutti situati nel Nord-Est d'Italia, con un bacino d'utenza complessivo di circa 700.000 abitanti (MST - parte di Venezia: 270.000 abitanti; VBT: 265.000 abitanti; RVG: 52.000 abitanti; TNT: 114.000 abitanti).¹ I territori periferici sono tutti collegati e coprono una superficie di 13.582 km², con una popolazione totale di circa 2.380.000 abitanti. Gli ospedali sono centri terziari di riferimento per l'impianto di Cied e per il relativo FU; ogni ospedale annovera un numero di impianti superiore a 200 PM e 50 ICD all'anno (di cui circa il 50% sono dispositivi CRT). Nelle stesse aree sono presenti altri ospedali minori, dove si eseguono procedure di impianto e FU, ma non sono stati coinvolti in questo studio. Le zone considerate sono molto eterogenee, si passa da località di mare a città che si estendono in pianura, a paesi di montagna, con una distanza massima di 70 km tra centro abitato e ospedale terziario.

Per 90 giorni, da maggio a luglio 2008, a tutti i pazienti che si sono sottoposti a una visita ambulatoriale di controllo per PM o

ICD (programmate e non), è stato chiesto di compilare, al momento della visita stessa, un questionario prestampato (articolato in parte con domande a scelta multipla e in parte con domande aperte). I pazienti sono stati invitati a indicare la risposta appropriata da soli ma, in caso di incapacità fisica, l'infermiere era autorizzato a spiegare il significato o a compilare il questionario per conto del paziente. Le domande poste erano inerenti ad aspetti riguardanti gli spostamenti effettuati: se si muovevano da soli o accompagnati; il tipo di accompagnatore (parente, amico/volontario/badante, assistente di casa di riposo, servizio di ambulanza); eventuali permessi dal lavoro per sottoporsi alla visita, tanto per il paziente quanto per l'accompagnatore (sì/no); mezzi di trasporto (pubblico o privato); dettagli circa la tipologia di trasporto (sia pubblico che privato, per esempio: automobile, bicicletta, motocicletta, a piedi *versus* taxi, autobus, tram, treno, o altro). Tre delle domande, destinate al personale infermieristico, riguardavano: tipo di visita (di routine, urgente/non programmata, allarme di sicurezza); necessità di riprogrammazione (sì/no); durata della visita.

2.2. Gli endpoint dello studio

L'endpoint primario dello studio consiste nella quantificazione dei costi diretti e indiretti relativi a una singola visita di FU in pazienti portatori di un dispositivo cardiaco impiantabile (PM, CRT, ICD). Sul tema in oggetto è stata riscontrata una generale carenza di evidenze scientifiche pubblicate, carenza ancor più significativa nello specifico contesto regionale italiano. Seppur con alcune limitazioni – dovute alla carenza di alcuni dati di costo e alla scarsa disponibilità dei sistemi di contabilità analitica di molte strutture ospedaliere pubbliche italiane – vengono considerati sia i costi generali che i singoli componenti di costo.

Gli endpoint secondari sono i seguenti:

1) il confronto dei costi relativi a visite potenzialmente eliminabili mediante il monitoraggio remoto dei dispositivi (*remote device monitoring, RDM*). Sono state utilizzate due diverse definizioni di «visita potenzialmente eliminabile / non eliminabile» (figura 1):

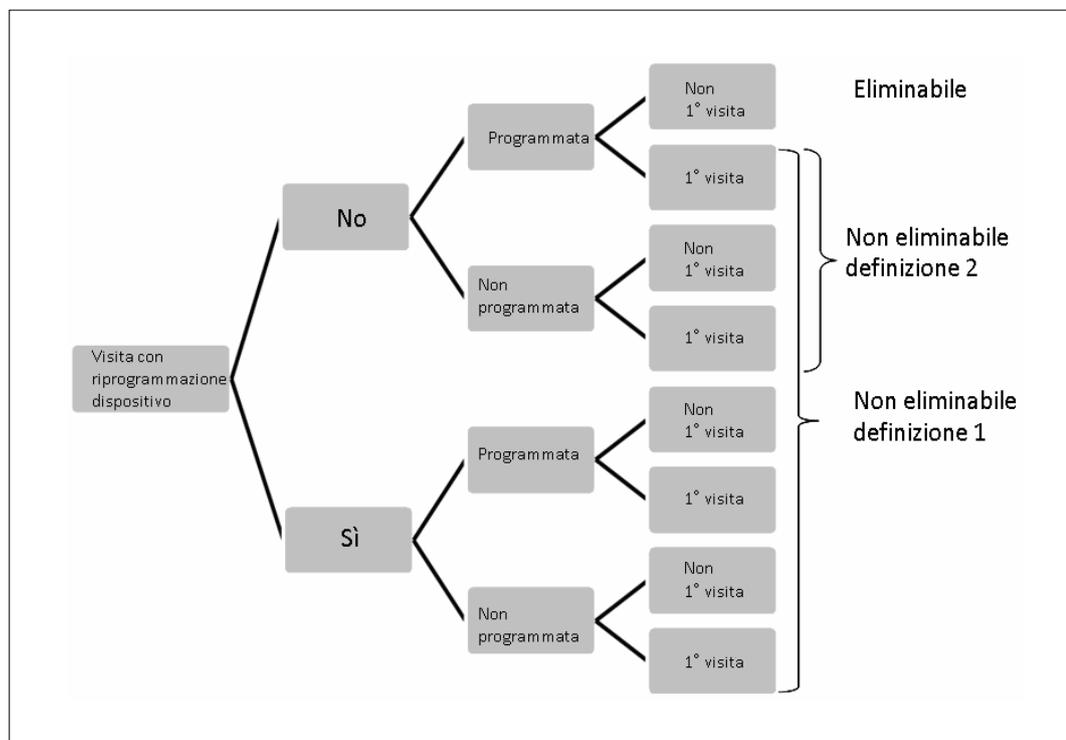


Figura 1
Schema per identificare i costi associati alle visite potenzialmente eliminabili grazie all'adozione del RDM

Definizione 1: tutte le visite sono incluse nell'analisi (denominatore).

a) *Eliminabile:* visita programmata AND senza riprogrammazione del dispositivo AND seconda visita o successiva.

b) *Non eliminabile:* prima visita OR non prevista OR visita con riprogrammazione del dispositivo.

Definizione 2: solo le visite senza riprogrammazione del dispositivo sono incluse nell'analisi (denominatore); questo tipo di definizione deriva dall'impossibilità giuridica di riprogrammare il dispositivo a distanza, pertanto questo tipo di visite non sono eliminabili.

a) *Eliminabile:* visita programmata AND seconda visita o successiva.

b) *Non eliminabile:* prima visita OR visita non programmata.

2) Il confronto dei costi correlati al controllo di PM rispetto ad altri tipi di CIED.

3) Il confronto dei costi relativi alle visite con o senza riprogrammazione.

2.3. Metodologia di calcolo dei costi

I costi del FU tradizionale dei dispositivi cardiaci impiantabili possono essere osservati da almeno tre prospettive: dell'erogatore della prestazione (ospedale), dei pazienti e della società nel suo complesso. I costi, poi, possono essere suddivisi in diretti, indiretti e intangibili.

I costi *secondo la prospettiva dell'ospedale* includono:

– i costi diretti per gli operatori sanitari coinvolti nel FU. Il dettaglio del personale coinvolto in ogni centro è riportato nella **tabella 1**; si può evincere che nonostante la prestazione di FU del dispositivo sia pressappoco la stessa, e non richieda necessariamente

la presenza di personale medico, ogni centro adotta scelte diverse nell'organizzazione del personale coinvolto. I costi per gli operatori sanitari sono calcolati moltiplicando la durata della visita per la retribuzione oraria dei lavoratori, come da rispettivi contratti nazionali;

– i costi diretti per l'ambulatorio – che, a loro volta, comprendono i costi fissi degli spazi impiegati e delle attrezzature necessarie – e i costi variabili del materiale monouso (compresi farmaci e cancelleria);

– i costi indiretti corrispondenti all'allocazione alle visite di FU di parte dei costi generali (amministrazione e contabilità, segreteria, direzione, ecc.) e dei costi dei servizi ausiliari (le spese di manutenzione, di gestione del magazzino, di pulizia, ecc.). Queste ultime due voci sono rappresentate congiuntamente nella tabella 5 nella colonna dei costi sanitari relativi alle strutture mediche.

A causa dei diversi gradi di specificità delle strutture analitiche dei centri coinvolti e la loro non uniforme accessibilità, è stato necessario estendere i costi dell'ambulatorio e l'allocazione dei costi generali del centro di Trento a tutti i centri oggetto della presente analisi. Questa scelta obbligata rappresenta sicuramente una limitazione al nostro studio, ma crediamo che sia comunque accettabile, allorché si consideri la comune natura pubblica dei centri coinvolti e le loro similitudini strutturali e organizzative.

I costi *secondo la prospettiva del paziente* includono:

– i costi diretti relativi al ticket, corrisposto solo dai pazienti con reddito più alto e/o non esenti (tale costo è stato calcolato come il prodotto tra la tariffa del ticket e la proporzione di pazienti paganti nella zona, comunicata direttamente dai centri coinvolti);

– i costi diretti per il trasporto. Il costo del paziente che si sposta con la propria auto è stato quantificato in 0,20 euro/km, a cui si sommano le spese di autostrada e di parcheggio dichiarate dal paziente; la spesa per trasporto con mezzi pubblici è stata dichiarata da parte dei pazienti (N = 160) o ricavata da database pubblici (N = 138); i costi del trasporto con ambulanza (a carico del cittadino in quanto non servizio di emergenza) sono stati calcolati secondo la

Tabella 1
Personale coinvolto

	Medici	Infermieri	Tecnici
MST	*	X	
RVG	*		X
TNT	X		
VBT	X		

* Solo se necessaria una visita cardiologica, a MST (N = 185) e a RVG (N = 62).

Centro	N	Con dati per tutti i costi	Dati mancanti	% di dati mancanti
Generale	1.109	888	221	19,9
MST	334	182	152	45,5
RVG	257	228	29	11,3
TNT	410	376	34	8,3
VBT	108	102	6	5,6

Tabella 2
Quantificazione dei dati mancanti (missingness), in generale e per singolo centro

tariffa Asl; il costo del taxi è stato dichiarato dai pazienti;

– i costi intangibili. Questi consistono nella valorizzazione di fattori soggettivi come la qualità della vita, il tempo libero e il dolore. Le problematiche tecniche e le difficoltà oggettive di quantificazione di tali categorie sono evidenti, per cui saranno trattati in forma descrittiva, e non quantitativa, nella parte dedicata alla discussione del seguente studio.

Da un punto di vista della società nel suo complesso, si considerano i costi indiretti relativi ai permessi dal lavoro, richiesti dai pazienti o dagli accompagnatori; tali costi sono stati stimati moltiplicando il numero dei permessi dal lavoro richiesti, per il reddito medio giornaliero rilevato nella provincia.

2.4. Valutazione della qualità dei dati e imputazione dei dati mancanti

La quantificazione dei dati mancanti (*missingness*), suddivisa per i singoli centri e per le componenti di costo, è presentata nelle tabelle 2 e 3.

Complessivamente, circa l'80% dei questionari presenta dati completi, con una gran-

de disomogeneità tra i centri (tabella 2). I costi di trasporto sono i dati più incompleti (tabella 3).

Ai fini delle analisi, i dati mancanti sono stati sostituiti con il valore della mediana del centro in questione, distinguendo per ciascuna componente di costo. La tabella 4 mostra i costi imputati e quelli rilevati, che sembra non si discostino molto: per questo motivo, per tutte le analisi statistiche presentate, i costi imputati sono stati presi come valori di riferimento.

2.5. Analisi statistica

I dati quantitativi sono stati presentati sotto forma di: somma, mediana, 25° e 75° percentile, *range*. In seguito i dati sono stati confrontati tra i gruppi mediante il test U di Mann Whitney e, all'interno dei gruppi, mediante il test di Wilcoxon dei ranghi con segno. Si è scelto di descrivere i dati con mediana e quartili e di confrontarli con test non parametrici considerando la distribuzione molto asimmetrica dei dati raccolti. I dati di tipo categorico sono stati sintetizzati con conteggi e percentuali. Per le elaborazioni statistiche è stato utilizzato

Tabella 3
Quantificazione dei dati mancanti (missingness) suddivisi per componenti di costo; in generale e per singolo centro

	Costi per la società			Trasporto			Costi sanitari *			Personale sanitario		
	dis **	m ***	% m	dis	m	% m	dis	m	% m	dis	m	% m
Generale (N = 1.109)	1.050	59	5,3	972	137	1,3	1.075	34	3,1	1.075	34	3,1
MST (N = 334)	308	26	7,8	206	128	38,3	328	6	1,8	328	6	1,8
RVG (N = 257)	241	16	6,2	248	9	3,5	252	5	1,9	252	5	1,9
TNT (N = 410)	398	12	2,9	410	0	0	388	22	5,4	388	22	5,4
VBT (N = 108)	103	5	4,6	108	0	0	107	1	0,9	107	1	0,9

* Costi relativi alle strutture mediche.

** dis = disponibile, m = mancante.

Tabella 4

Valutazione dei costi totali (prima e dopo la loro imputazione), in generale e per singolo centro

Centro	Statistiche	Costi imputati	Costi misurati
Generale	N	1.109	888
	somma	59.411,80	48.891,65
	25° percentile	24,35	22,68
	mediana	38,28	39,14
	75° percentile	68,96	71,64
	min	10,26	10,26
	max	568,99	568,48
MST	N	334	182
	somma	16.336,13	8.659,74
	25° percentile	24,64	24,64
	mediana	38,28	33,71
	75° percentile	61,33	66,53
	min	14,00	14,00
	max	315,94	315,94
RVG	N	257	228
	somma	8.313,83	7.653,48
	25° percentile	15,46	15,46
	mediana	19,68	20,66
	75° percentile	43,35	43,98
	min	10,26	10,26
	max	136,31	136,31
TNT	N	410	376
	somma	30.416,85	28.367,05
	25° percentile	36,99	37,13
	mediana	54,10	54,34
	75° percentile	94,77	97,41
	min	22,21	22,21
	max	568,99	568,99
VBT	N	108	102
	somma	4.345,00	4.211,39
	25° percentile	19,37	19,21
	mediana	20,80	20,63
	75° percentile	29,26	33,53
	min	13,64	13,64
	max	292,64	292,64

il software Stata 11 (della Stata Corporation, College Station, TX, USA). Un *p-value* < 0,05 è stato considerato statisticamente significativo; per le analisi a posteriori (*post-hoc*) è stata utilizzata la correzione di Bonferroni.

3. Risultati

Nel *database* sono stati inclusi 1.109 relativi ad altrettante visite di controllo. L'età media dei pazienti è di 75 anni (DS = 12); i Cied sono stati impiantati, mediamente, 32

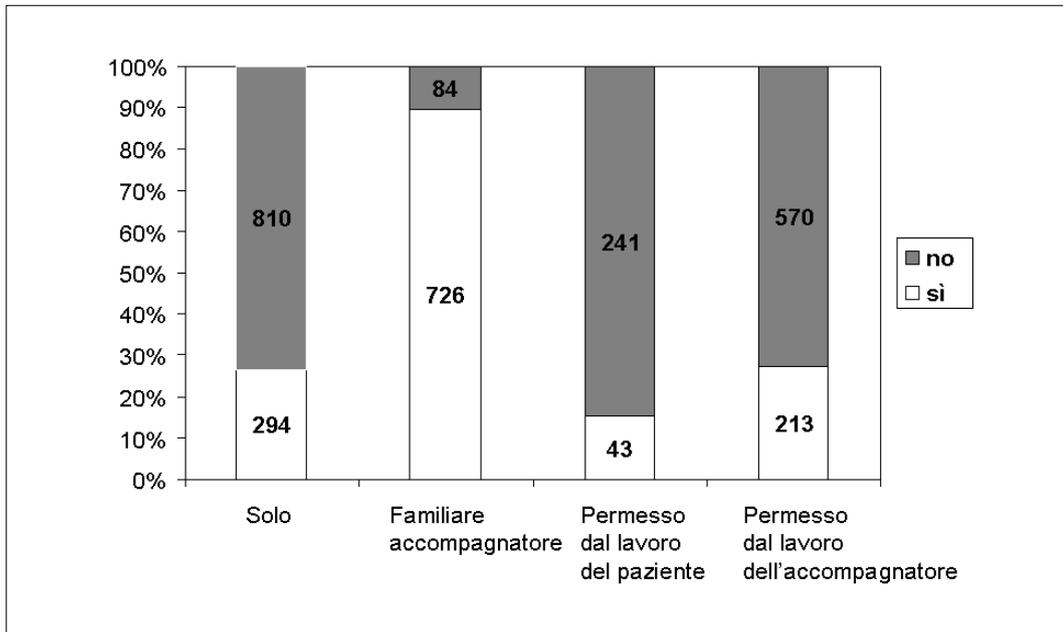


Figura 2
Distribuzione dei pazienti (%) ambulatoriali che si presentano da soli o accompagnati alle visite di controllo

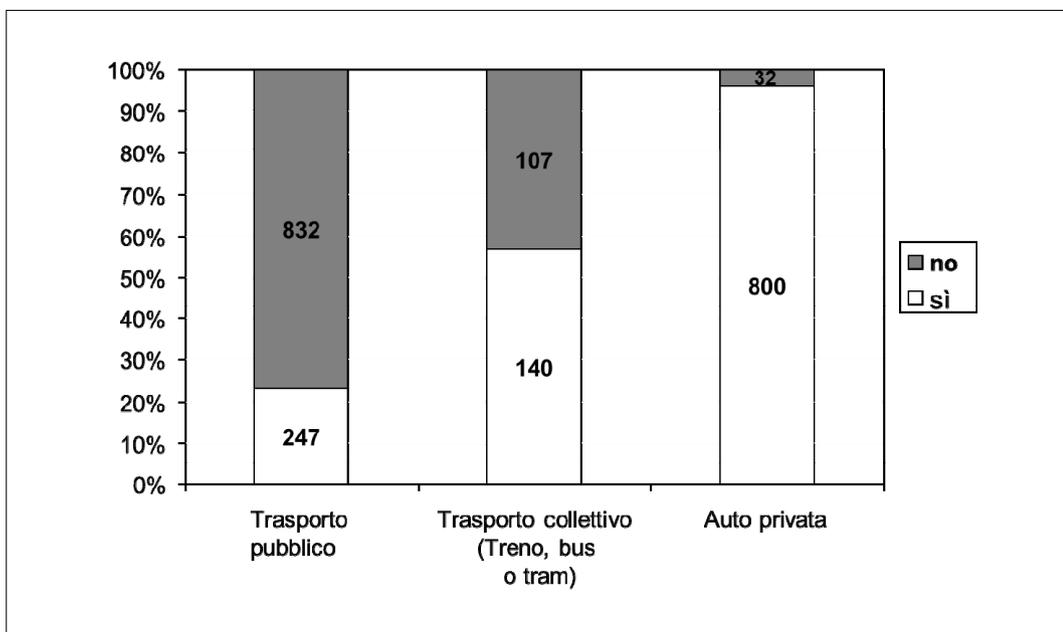


Figura 3
Distribuzione dell'utilizzo dei mezzi di trasporto (%) (i numeri mostrati nel grafico rappresentano il numero effettivo di soggetti)

Tra i 107 pazienti che non si sono recati alla visita con mezzi propri né con mezzi pubblici, 38 hanno usato ambulanze o similari, 16 il taxi e 53 non hanno specificato quale mezzo hanno utilizzato.

mesi (25° percentile = 12; 75° percentile = 61) prima della visita oggetto dello studio.

Le **figure 2 e 3** mostrano informazioni riguardanti gli spostamenti effettuati dai pazienti per la realizzazione del FU. In particolare si tratta del tipo di mezzo di trasporto

utilizzato, della presenza di un accompagnatore e dell'eventuale richiesta di permessi dal lavoro. Soltanto il 25% dei pazienti si è recato alla visita da solo; il 90% di coloro che sono stati accompagnati lo sono stati da un familiare. Il 70% dei pazienti ha raggiunto

l'ambulatorio con mezzi propri, nella fattispecie il 96% ha utilizzato la propria auto. Del 30% che ha usufruito di mezzi pubblici, il 57% ha utilizzato mezzi collettivi (treno, bus o tram), il restante 43% si è recato alla visita con taxi, ambulanza o altri mezzi (per esempio la navetta del comune o della casa di riposo).

La **tabella 5**, distinguendo fra le tre prospettive citate precedentemente, presenta i costi relativi a una visita di FU per pazienti impiantati con un dispositivo cardiaco (PM, CRT, ICD); i costi sono riportati sia come dato complessivo, che suddivisi nei loro componenti principali. I costi per la società, rappresentati dai permessi dal lavoro, nonostante si riferiscano solo a un numero ridotto di pazienti o accompagnatori (256 permessi dal lavoro in tutto – rispettivamente 43 e 213 – sul totale dei questionari compilati, come mostra la figura 2) e considerando i limiti della metodologia di stima (si veda § 2.3), non possono essere ignorati nella valutazione dei costi complessivi legati a una visita ambulatoriale. Inoltre, questi sono annoverati fra quei costi che, in caso di sostituzione di visita tradizionale con un FU remoto, genererebbero un risparmio immediato per la società. I costi per il sistema sanitario (in particolare per l'ospedale erogatore) sono principalmente rappresentati dai costi per gli operatori sanitari coinvolti nel FU (mediana = 13,16 euro) e dai costi diretti e indiretti relativi alla struttura sanitaria (mediana = 8,23 euro).

I costi a carico dei pazienti, rappresentati da trasporto e ticket, variano a seconda del centro considerato, in base alla situazione demografica ed economica (da cui dipende la percentuale di esenti da ticket) e alla situazione territoriale (da cui dipende il costo dei trasporti). Si noti, per esempio, che la mediana dei costi di trasporto per il centro di TNT è di 15 euro, mentre la mediana generale dei costi di trasporto è pari a 5,50 euro; ciò è dovuto al fatto che, in questa area, si osserva un uso più elevato di ambulanze e la presenza di tragitti mediamente più lunghi per raggiungere l'ospedale. Considerando la metodologia utilizzata nella quantificazione dei costi del ticket (si veda § 2.3), la mediana del costo associato ai ticket del centro di MST, più alta rispetto agli altri ospedali, indica una percentuale di pazienti esenti da pagamento di ticket

inferiore a quella degli altri centri coinvolti nello studio. Questo risultato è probabilmente legato a una situazione socio-economica più agiata o a una percentuale superiore di *under-65* nel centro di MST, rispetto agli altri tre ospedali oggetto di analisi.

3.1. Costi delle visite potenzialmente eliminabili

Come mostrato nella **tabella 6**, 523 visite rispondono alla nostra definizione di «visita eliminabile», mentre 558 non sono ritenute eliminabili secondo la definizione 1 e 67 secondo la definizione 2 (figura 1). Per 28 pazienti non sono state rilevate informazioni sul tipo di visita (con o senza riprogrammazione e/o visita pianificata o no), perciò non sono stati inclusi in questa analisi. La mediana dei costi imputabili a visite eliminabili è stata di circa 8 euro relativamente ai pazienti e 17 euro per il sistema sanitario/ospedale, mentre i costi delle visite non eliminabili, più complesse e complete, sono più elevati e si calcola che siano pari a:

– circa 10 e 26 euro secondo la definizione 1 ($p < 0,001$ sia per i pazienti, sia per il sistema sanitario/ospedale);

– circa 10 e 21 euro secondo la definizione 2 ($p = 0,034$ per i pazienti e $p = 0,06$ per il sistema sanitario/ospedale).

Il totale dei costi relativi alle 523 visite eliminabili è stato valorizzato in 8.342 euro per i pazienti e in 9.939 euro, per gli ospedali. Questi corrispondono al 47% del costo totale di tutte le 1.109 visite (valorizzato in 17.730 euro) per i pazienti e al 40% del costo totale di tutte le 1.109 visite (valorizzato in 24.688 euro) per gli ospedali. Si noti bene che i costi relativi alle visite potenzialmente eliminabili non corrispondono necessariamente a risparmi immediati, poiché, per la maggior parte, sono costi fissi imputabili al personale (si veda la tabella 5). Tuttavia, pur non essendo costi contabili, rappresentano costi opportunità: il monitoraggio remoto consentirebbe, infatti, di riallocare il budget dedicato a costi fissi non facilmente eliminabili a breve termine (personale e costi di struttura) in favore di altre attività, talora più qualificanti e/o produttive. Scenari di risparmio effettivo possono, invece, aprirsi nel lungo termine,

Tabella 5

Componenti di costo, in generale e per singolo centro

Centro	Statistiche	Costi per l'ospedale		Costi per il paziente		Costi per la società (permessi dal lavoro)
		Costi sanitari *	Personale sanitario	Trasporto	Ticket	
Generale	N	1.109	1.109	1.109	1.109	1.109
	somma	9.377,02	15.311,50	14.217,74	3.512,47	16.993,07
	25° percentile	6,17	8,50	3,20	1,18	0,00
	mediana	8,23	13,16	5,50	3,71	0,00
	75° percentile	10,28	18,83	13,64	4,72	0,00
	min	2,06	3,00	0,00	1,02	0,00
	max	61,71	86,83	439,40	4,72	208,97
MST	N	334	334	334	334	334
	somma	2.931,09	5.459,72	2.145,46	1.576,48	4.223,38
	25° percentile	8,23	8,50	3,20	4,72	0,00
	mediana	8,23	19,83	4,20	4,72	0,00
	75° percentile	8,23	19,83	5,50	4,72	0,00
	min	4,11	5,16	0,00	4,72	0,00
	max	16,46	37,83	200,00	4,72	98,22
RVG	N	257	9,63	257	257	257
	somma	1.818,30	4,16	1.602,08	303,26	2.114,04
	25° percentile	4,11	5,33	2,04	1,18	0,00
	mediana	6,17	8,83	4,80	1,18	0,00
	75° percentile	8,23	3,00	7,44	1,18	0,00
	min	2,06	33,83	0,00	1,18	0,00
	max	41,14	9,63	76,20	1,18	89,96
TNT	N	410	410	410	410	410
	somma	3.924,16	6.211,83	9.616,26	1.522,03	9.142,56
	25° percentile	8,23	13,16	6,60	3,71	0,00
	mediana	9,05	15,71	15,00	3,71	0,00
	75° percentile	10,28	16,00	29,74	3,71	52,24
	min	6,17	10,33	0,00	3,71	0,00
	max	18,51	27,33	439,40	3,71	208,97
VBT	N	108	108	108	108	108
	somma	703,46	1.163,81	853,94	110,70	1.513,09
	25° percentile	6,17	10,33	2,00	1,02	0,00
	mediana	6,17	10,33	2,74	1,02	0,00
	75° percentile	6,17	10,33	5,06	1,02	0,00
	min	4,11	7,50	0,00	1,02	0,00
	max	61,71	86,83	280,00	1,02	100,87

* Costi relativi alle strutture mediche.

Tabella 6

Costi relativi a visite eliminabili e non eliminabili (2 definizioni, vedi metodi)

Statistiche	Costi visite eliminabili	Costi visite non eliminabili (definizione 1)	Costi visite non eliminabili (definizione 2)
Pagati dai pazienti			
Mann Whitney U test (vs eliminabili)		< 0,001	0,034
N	523	558	67
somma	8341,94	9127,53	1119,48
25° percentile	5,58	7,41	6,18
mediana	7,92	10,22	10,22
75° percentile	16,58	17,79	23,03
min	1,02	1,02	2,18
max	242,91	443,11	78,59
Pagati dall'ospedale			
Mann Whitney U test (vs eliminabili)		< 0,001	0,06
N	523	558	67
somma	9939,14	14146,18	1510,057
25° percentile	11,61	21,395	13,55762
mediana	16,72	26,285	21,39095
75° percentile	23,35	28,06	26,28119
min	5,055	8,28	8,28
max	66,30	148,57	148,57

mediante interventi di carattere strutturale e organizzativo.

I costi immediatamente eliminabili sono, invece:

- quelli relativi al materiale monouso utilizzato dall'ospedale;
- quelli relativi al mancato introito per assenza dal lavoro dei pazienti o dei loro accompagnatori, non di facile calcolo ma di ammontare certamente non irrisorio.

La **tabella 7** riassume i costi imputati alle visite eliminabili, tenendo conto delle diverse prospettive. La mediana dei costi sostenuti dagli ospedali è molto più alta, rispetto ai costi sostenuti dai pazienti, ma tale differenza non risulta essere statisticamente significativa (17 euro vs 8 euro per ogni visita, $p = 0,21$). Occorre sottolineare che, tra i costi sostenuti dai pazienti, alcune voci risultano essere particolarmente importanti (in parti-

colare, i costi correlati ai trasporti su lunga distanza).

3.2. Costi correlati a PM e altri dispositivi (ICD e CRT)

Come documentato nella **tabella 8**, la mediana dei costi correlati alle visite dei pazienti con PM ($N = 758$) è inferiore (37 euro, $p = 0,003$) a quella delle visite di pazienti con dispositivi CRT o ICD ($N = 339,43$ euro), ciò è dovuto alla complessità superiore dei dispositivi CRT e ICD. Tra i pazienti di questo gruppo, 173 sono stati impiantati con un ICD, 52 con un CRT-P (PM con terapia di resincronizzazione) e 114 con un CRT-D (ICD con terapia di resincronizzazione). Dodici pazienti non sono stati inclusi nell'analisi, a causa della mancanza di informazioni sul tipo di dispositivo impiantato.

I costi sostenuti dai pazienti (utilizzatori del servizio) e quelli sostenuti dall'ospedale

Statistiche	Costi per il paziente	Costi per l'ospedale	Costi per la società
N	523	523	523
somma	8.341,94	9.939,14	8.195,48
25° percentile	5,58	11,61	0
mediana	7,92	16,72	0
75° percentile	16,58	23,35	0
min	1,02	5,05	0
max	242,91	66,30	208,97

Tabella 7
Costi eliminabili o reimputabili suddivisi per le prospettive di paziente, ospedale e società

	PM (N = 758) *	Altri ** (N = 339) *	Mann Whitney U test
Costi totali	37,20 (22-68)	42,78 (28-70)	P = 0,003
<i>Confronti Post hoc ***</i>			
<i>Pagato dai pazienti</i>	10,09 (6-18)	9,12 (6-16)	0,12
<i>Pagati dagli ospedali</i>	21,39 (16-26)	23,94 (17-31)	P < 0,001

Tabella 8
Costi per PM e altri dispositivi (CRT/ICD)

* Mediana (25° percentile-75° percentile).
** A 173 pazienti sono stati impiantati degli ICD, a 52 dei CRT-P e a 114 dei CRT-D.
*** Significativo se $p < 0,025$ dopo la correzione di Bonferroni.

(erogatore del servizio) sono stati presentati separatamente. I costi associati ai pazienti non differiscono molto in base al dispositivo impiantato: 10 euro nel caso di PM e 9 euro nel caso di altri dispositivi. Da notare, invece, come l'ospedale sostenga un costo più elevato per la visita di pazienti portatori di ICD/CRT (24 euro), rispetto a quello per il controllo dei PM (21 euro). Questi dati dipendono dalla differente origine dei costi per gli attori coinvolti: per i pazienti i costi sono rappresentati dal trasporto e dai ticket e non sono perciò direttamente correlati al dispositivo impiantato; per l'ospedale, invece, i costi sono legati al personale coinvolto e ai costi sanitari delle strutture, che sono direttamente correlati alla complessità del dispositivo e alla durata della visita.

3.3. Costi delle visite, con e senza riprogrammazione del dispositivo

I costi delle visite in cui è stata condotta una riprogrammazione del dispositivo (N = 496) hanno una mediana di circa 43 euro, contro i 33 euro ($p < 0,001$) valorizzati in assenza di riprogrammazione (N = 601), come indicato nella **tabella 9**. Dodici pazienti non sono stati inclusi nell'analisi, a causa della

mancanza di informazioni sulla riprogrammazione.

I costi sostenuti dai pazienti e dagli ospedali sono presentati separatamente. In entrambi i casi, le visite con riprogrammazione del dispositivo impongono una spesa maggiore: 10 euro vs 8 euro per i pazienti; 26 euro vs 17 euro per gli ospedali.

4. Discussione

L'utilizzo di CIED, quali PM, ICD e CRT, è oggi ampiamente diffuso, per trattare patologie del ritmo cardiaco (quali – ad esempio – scompenso cardiaco, bradicardia, tachicardia, fibrillazione atriale) e per prevenire episodi di morte cardiaca improvvisa. Il FU successivo all'impianto di questi dispositivi è fondamentale per massimizzare l'efficacia clinica delle terapie e per evitare il precipitare di eventi avversi per il paziente; è, pertanto, necessario affrontare questa fase del percorso terapeutico con attenzione e con un'adeguata pianificazione (Wilkoff *et al.*, 2008).

Negli ultimi anni, il controllo dei Cied è agevolato dalla disponibilità di tecnologie per l'acquisizione automatica e la trasmissione di informazioni, che potrebbero aumenta-

Tabella 9

Costi relativi a visite con e senza riprogrammazione del dispositivo

	Senza riprogrammazione (N = 601) *	Con riprogrammazione (N = 496) *	Mann Whitney U test
Costi totali	32,78 (21-64)	42,78 (34-77)	P < 0,001
Confronti post-hoc **			
Pagati dai pazienti	7,98 (6-17)	10,22 (6-17)	0,001
Pagati dagli ospedali	16,72 (13-24)	26,28 (21-28)	P < 0,001

* Mediana (25° percentile-75° percentile).

** Significativo se $p < 0,025$ dopo la correzione di Bonferroni.

re l'efficienza e l'efficacia del FU (Saxon *et al.*, 2010). L'applicazione della telemedicina in questo ambito (RDM) è stata ampiamente dibattuta in letteratura e, in accordo con il recente documento delle Società Scientifiche HRS (*Heart Rhythm Society*), EHRA (*European Heart Rhythm Association*) e Aiac (Associazione italiana aritmologia e cardiostimolazione), il telemonitoraggio può sostituire a tutti gli effetti il controllo standard ambulatoriale (Ricci *et al.*, 2009; Wilkoff *et al.*, 2008). Nonostante alcune indagini abbiano concluso che i vantaggi apportati non fossero supportati da chiare evidenze (Whitten *et al.*, 2002), gli studi più recenti esprimono giudizi estremamente positivi su questo tipo di approccio. Per Fauchier (2005) e Marzegalli (2008) l'adozione del RDM, come sistema di monitoraggio del dispositivo, comporta una riduzione del numero di visite di controllo e dei costi per gli ospedali; Raatikainen (2008) e Masella (2008) rilevano una diminuzione dei tempi dedicati al FU, sia per i centri (durata inferiore delle visite), sia per i pazienti (possibilità di essere seguiti direttamente da casa per i controlli di routine); Elsner (2006) osserva che il FU remoto riduce del 69% i costi sostenuti dal centro ospedaliero e del 62% quelli a carico del paziente (grazie al risparmio sulle spese di trasporto); Crossley (2008), infine, constata una riduzione delle richieste di permessi dal lavoro da parte dei pazienti che devono sottoporsi alle visite di controllo.

È inoltre opportuno sottolineare che i vantaggi correlati al monitoraggio remoto del dispositivo non sono solo clinici ed economici, ma anche sociali. L'aspetto sociale è tanto più rilevante, se si considera che il paziente è spesso affetto da multipatologie e anziano. Tra gli altri, si evidenziano benefici quali, per esempio: il risparmio di tempo, il mag-

giore riposo, la riduzione degli spostamenti, la soluzione al problema dell'accompagnamento, tutti conseguenti alla riduzione delle visite in ospedale. Il monitoraggio continuo di pazienti cronici può permettere, inoltre, un consumo più razionale dei farmaci, come già dimostrato per altre cronicità (Stone *et al.*, 2010). Ciò consentirebbe di garantirne la somministrazione secondo le reali necessità del paziente: spesso non si considera che sia il sovra- che il sotto-utilizzo di terapie farmacologiche (entrambi comportamenti inappropriati) provocano effetti collaterali e sprechi economici. Occorre, poi, sottolineare che la soddisfazione del paziente e la sua accettazione del sistema di FU remoto sono documentati anche in letteratura (Ricci *et al.*, 2010): più del 90% dei pazienti giudica i dispositivi RDM facili da utilizzare e ne raccomanderebbe l'uso (Raatikainen *et al.*, 2008); il 78% dei pazienti preferisce il FU remoto alla visita ospedaliera (Marzegalli *et al.*, 2008); l'83% ha dichiarato di essere più tranquillo e meno stressato grazie al RDM (Masella *et al.*, 2008).

È dunque accertato che i benefici associati al RDM di pazienti impiantati con dispositivi PM, CRT e ICD siano di natura sia clinica, sia economica che sociale (Raatikainen *et al.*, 2008; Jung, 2008, Kusumoto *et al.*, 2010). I costi relativi al FU tradizionale, invece, non sono stati fin qui documentati opportunamente in letteratura.

Il lavoro svolto si è inserito in questo scenario, ponendosi – come obiettivo primario – la valutazione dei costi diretti e indiretti sostenuti durante le visite tradizionali di controllo, a seguito di impianto di dispositivi Cied, utilizzando i dati di quattro centri del Nord-Est d'Italia. Analizzando 1.109 questionari compilati dai pazienti e dagli infermieri – dopo altrettante visite di FU – sono

stati determinati i costi sostenuti, sia da parte dell'utilizzatore del servizio (il paziente), che dell'erogatore (il *provider*, ovvero l'ospedale).

Come mostrato nella tabella 4, la mediana dei costi sostenuti dagli ospedali del Veneto (Verona, Rovigo, Mestre) è simile tra loro, con valori per Mestre leggermente superiori; i costi generali del centro di Trento, invece, equivalgono a più del doppio di quelli degli altri ospedali. Appare evidente che in zone con condizioni territoriali che impediscono facili spostamenti (nella fattispecie, Trento si trova in un territorio montano), i costi totali sono fortemente incrementati dalla componente imputabile al trasporto: come evidenziato in tabella 5, i costi di trasporto a Trento sono, infatti, più di tre volte maggiori rispetto agli altri centri. Se ne deduce l'utilità di una estensiva implementazione del RDM, soprattutto in aree contraddistinte da bassa densità abitativa (lungi tragitti casa-ospedale) e dalla presenza di centri abitati non facilmente raggiungibili (lungi tempi di percorrenza), in accordo con quanto già dimostrato in letteratura relativamente ad altri Paesi, quali Irlanda del Nord, o alcune regioni degli Stati Uniti (Peredinia *et al.*, 1995; Hicks *et al.*, 2009). Secondo classificato per i costi di trasporto – anche se più allineato alla mediana – risulta essere l'ospedale di Rovigo, che offre assistenza a molti pazienti veneziani. Da rilevare come, al contrario, i costi minori si osservino per Verona, dove il bacino d'utenza si estende su un territorio pianeggiante, densamente popolato e, quindi, più localizzato attorno al centro ospedaliero di riferimento. Occorre altresì notare che le aree osservate in questo studio non rappresentano certamente le zone più difficilmente raggiungibili o con le peggiori situazioni territoriali nel nostro Paese, ragione per cui verosimilmente si può ipotizzare che ci siano contesti italiani con costi di trasporto ancora più gravosi. Uno studio realizzato da Agenas – Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – analizza la mobilità ospedaliera a breve e largo raggio, evidenziando che il percorso domicilio-ospedale richiede mediamente 40-60 minuti nel Centro-Nord d'Italia (in linea con le nostre rilevazioni) e oltre un'ora nel Sud e nelle isole (Cislaghi *et al.*, 2009). Se poi si considera che lo studio Agenas considera solo il tragitto verso il

centro di assistenza più vicino (qualunque tipo, anche a bassa specialità e/o complessità), se ne deduce che il tempo impiegato per raggiungere un centro terziario di riferimento per l'impianto e il controllo di dispositivi cardiaci potrebbe essere anche maggiore. Ne consegue che un'ampia implementazione del sistema RDM potrebbe aiutare a sopperire alle differenze morfologiche, peculiari del territorio italiano. Un ulteriore approfondimento della tematica porta a osservare che il sistema RDM diminuisce drasticamente gli spostamenti del paziente, che, nella maggior parte dei casi, avvengono mediante automobile. Aspetti come questi, assumono tanto più valore, in considerazione della sempre più forte tendenza a valutare le nuove tecnologie sanitarie – e i modelli organizzativi correlati – non solo da un punto di vista clinico ed economico, ma anche considerando l'impatto sociale sulla vita della popolazione che, direttamente o indirettamente, ne influenza la salute psico-fisica. Questo obiettivo è espresso chiaramente tra le azioni per lo sviluppo del Servizio sanitario nazionale (Ssn) presenti nel Piano sanitario nazionale (Psn) 2011-2013. Per la prima volta il documento programmatico riconosce istituzionalmente il valore dell'*Health Impact Assessment (HIA)*, ovvero della valutazione d'impatto di politiche, programmi e progetti sulla salute della popolazione, che analizza sia le conseguenze dirette sul benessere della collettività, sia quelle indirette, derivanti da una modifica dei molteplici determinanti di salute. Tra i parametri oggetto di monitoraggio sono considerati anche l'inquinamento atmosferico, il trasporto urbano, lo smaltimento dei rifiuti, gli stili di vita, le relazioni sociali e il loro impatto sulla salute. Data la grande attualità di queste tematiche, l'impatto del RDM su aspetti sociali della vita quotidiana della popolazione potrebbe essere oggetto di interessanti ricerche future

4.1. Costi diretti e indiretti relativi a una singola visita di FU

Come già dichiarato, l'*endpoint* primario dello studio consiste nella quantificazione dei costi diretti e indiretti relativi a una singola visita di FU in pazienti portatori di un dispositivo cardiaco impiantabile (PM, CRT, ICD).

Analizzando i vari componenti di costo (tabella 5), si evince che – in tutti gli ospedali in esame – il principale determinante della spesa (*cost driver*) è il costo del personale ospedaliero coinvolto nel controllo del dispositivo. Se poi si considerano specificatamente le figure professionali dedicate all'attività di FU, vediamo come esse differiscano nei diversi centri (tabella 1) nonostante, generalmente, le prestazioni eseguite durante il FU siano le stesse e vertano essenzialmente sulla verifica del funzionamento tecnico del dispositivo impiantato. In particolare, i centri di Trento e Verona coinvolgono il medico routinariamente, mentre quelli di Mestre e Rovigo si avvalgono del supporto di un infermiere (Mestre) o di un tecnico (Rovigo), che chiamano in causa il medico solo allorché ritengano necessaria una visita cardiologica. In caso contrario, il medico si limita a controllare i dati nel momento della refertazione che, secondo un'indicazione dei centri intervistati, richiede mediamente mezz'ora ogni giorno. Questo dato non è stato valorizzato puntualmente in questo studio poiché non correlato alla visita di controllo in sé, ma relativo a una fase successiva; si è pertanto scelto di assumere una posizione conservativa, in quanto il tempo dedicato quotidianamente dai clinici alla refertazione (non valorizzato) andrebbe a incrementare ulteriormente i costi relativi ai FU in loco.

I costi correlati al personale, allocati per questa attività, potrebbero essere significativamente abbattuti mediante un'implementazione estensiva del RDM e una conseguente riorganizzazione strutturale: è, infatti, dimostrato in letteratura che approcci di RDM riducono notevolmente i tempi e il numero delle visite (Raatikainen *et al.*, 2008; Kusumoto *et al.*, 2010). Inoltre, poiché il RDM è prevalentemente a carico del personale tecnico-infermieristico, il guadagno economico sarebbe maggiore per centri con organizzazione simile a quelli di Trento e Verona, che attualmente coinvolgono personale medico, che ha un costo mediamente maggiore di quello tecnico-infermieristico. Sotto questo punto di vista, l'adozione estensiva di un sistema di FU remoto risponde perfettamente alle esigenze espresse dal Psn 2011-2013 in tema di risorse umane. Si prevede infatti che, a causa di un saldo negativo tra pensionamenti e nuove assunzioni, nel breve

periodo il Ssn registrerà un'insufficienza di personale medico: si stima dal 2012 al 2018 una carenza di 18.000 unità e di circa 22.000 medici dal 2014 al 2018. La gestione remota dei pazienti, affidata a professionalità infermieristiche adeguatamente formate, potrebbe in parte sopperire a tale paventata carenza di organico.

Da sottolineare inoltre, come il telelavoro permetterebbe di evitare soluzioni di continuità in casi particolari, ma non infrequenti, come, per esempio, il congedo per maternità del personale infermieristico femminile: il vantaggio gestionale sarebbe importante, se si considera che queste figure professionali nel periodo di gravidanza vengono normalmente sospese dal servizio attivo (per una maggior tutela del loro stato di salute) o riallocate in ruoli amministrativi, per cui non sempre hanno la preparazione adeguata, determinando sbilanci transitori tra il personale amministrativo e quello ambulatoriale.

4.2. Costi potenzialmente eliminabili

Obiettivo secondario dello studio è l'identificazione delle visite potenzialmente evitabili, in seguito alla realizzazione dei FU mediante RDM. Tali visite sono state quantificate e valorizzate in termini economici.

Nelle tabelle 6 e 7 sono riportati i costi imputabili a visite potenzialmente eliminabili, che rappresentano circa il 45% dei costi totali. Questi costi, come dettagliato nella tabella 7, sono attualmente sostenuti sia dai pazienti, sia dagli ospedali, sia dalla società nel suo complesso, per cui la riduzione delle visite di FU potrebbe comportare un risparmio economico, nel breve o nel lungo periodo, per tutti gli attori del sistema.

In particolare, il risparmio stimato sarebbe di 8 euro a vantaggio del paziente e di 17 euro a vantaggio dell'ospedale. Occorre però considerare che, attualmente, gli ospedali veneti percepiscono una tariffa ambulatoriale di circa 24 euro per ogni controllo fisico effettuato (DGR Veneto 917/2006) e quelli trentini di circa 25,50 euro (DGP Trento 1582/2009), mentre non percepiscono alcun rimborso per i controlli virtuali. In mancanza di una equiparazione tra i rimborsi previsti per il controllo fisico e quello remoto, l'ospedale subirebbe una perdita netta di circa 7 euro in Veneto (la perdita di 24 euro derivante

dal mancato rimborso viene ridotta a 7 euro dal risparmio sui costi, stimato pari a 17 euro) e di circa 8,50 euro a Trento (la perdita di 25,50 euro derivante dal mancato rimborso, viene ridotta a 8,50 euro dal risparmio sui costi, stimato pari a 17 euro), che potrebbe essere compensata da un'adeguata tariffazione regionale. In realtà, se consideriamo che il risparmio sui costi non è immediato (si pensi ai costi fissi nel breve periodo; § 3.1), la perdita per gli ospedali è ancora maggiore e sarebbe equivalente al mancato rimborso del controllo ambulatoriale (24 euro per il Veneto e 25,50 euro per la provincia autonoma di Trento). Di fatto, la separazione formale dei ruoli tra chi sostiene i costi (ospedale) e chi beneficia del risparmio (Regione) – entrambi parte del sistema sanitario – ostacola l'acquisizione e il successivo utilizzo di questo approccio assistenziale innovativo ed economicamente vantaggioso. Come possibile soluzione, si potrebbe pensare, per esempio, all'equiparazione della tariffa ambulatoriale per i controlli fisici e virtuali programmati, analogamente a quanto avviene in altri Paesi europei (Finlandia, Germania, Portogallo, Svezia, UK), così da non incrementare la spesa regionale complessiva e incentivare, nel contempo, l'ospedale a una gestione più efficiente dei FU.

4.3. Costi correlati a PM e altri dispositivi (ICD e CRT)

I costi correlati al FU del PM, rispetto agli altri Cied, sono sovrapponibili dal punto di vista del paziente, mentre differiscono significativamente dal punto di vista dell'ospedale.

Per l'ospedale, si nota comunque come la differenza di costo mediano – pur statisticamente significativa – sia molto ridotta in termini assoluti (2,55 euro). Occorre infatti considerare che stiamo analizzando il controllo tecnico del dispositivo e non il controllo clinico del paziente: esso si svolge con modalità analoghe per PM e per le altre tipologie di Cied. Sebbene il tempo richiesto sia pressoché identico (20 minuti per i PM, 22 per gli ICD e CRT), viene tuttavia percepito come differente dalla classe medico-infermieristica, tanto che i centri dichiarano che in fase di organizzazione dei tempi, ai PM viene dedicato un tempo minore. Andrebbe

ulteriormente indagato se la diversa percezione e programmazione dell'attività incida in qualche modo sui costi effettivi.

4.3. Costi delle visite con e senza riprogrammazione del dispositivo

Occorre rimarcare che attività *core*, come la riprogrammazione del dispositivo impiantato, impongono una gestione ospedaliera a prescindere dal modello di FU implementato (fisico o remoto). I costi di queste operazioni, come mostrato dalla tabella 9, sono principalmente imputati all'ospedale e – dal punto di vista dell'erogatore – differiscono significativamente. Il maggior costo ospedaliero imputabile alla riprogrammazione si potrebbe forse spiegare con il coinvolgimento di un maggior numero di professionisti sanitari (tra cui è sempre presente un medico).

5. Conclusioni

In questo studio i costi del FU ospedaliero di pazienti con Cied sono stati scomposti e analizzati nelle loro principali componenti, permettendo di individuare quali siano i fattori che incidono maggiormente sulla spesa. L'*endpoint* secondario ha poi evidenziato che il monitoraggio remoto di questi pazienti può ridurre notevolmente il numero di visite e, conseguentemente, i costi, sia per il paziente (utilizzatore) che per l'ospedale (erogatore del servizio).

Nonostante i vantaggi del FU remoto dei Cied siano stati ampiamente dimostrati, questa metodica non è ancora utilizzata su vasta scala; uno dei principali ostacoli alla sua diffusione è la mancanza di tracciabilità e codifica della prestazione, nonché di incentivi per l'acquisto delle apparecchiature di telemedicina e di un adeguato meccanismo di tariffazione delle prestazioni di FU da remoto. Di conseguenza, spesso, la diffusione estensiva dei singoli progetti pilota di telemedicina si ferma di fronte al problema del finanziamento e non viene mai raggiunta una completa implementazione degli strumenti, che preveda anche percorsi e ruoli definiti. Attualmente, molti dei servizi di telecardiologia funzionano grazie ad assicurazioni o al pagamento diretto dei pazienti (in forma privata), ma manca una istituzionalizzazione di questo approccio terapeutico, che non tro-

va rispondenza nemmeno negli attuali sistemi di codifica delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali. Negli Stati Uniti, dal 2006, *Medicare* e *Medicaid* prevedono dei rimborsi per il monitoraggio remoto dei dispositivi cardiaci. Le tariffe variano da Stato a Stato e, nella maggior parte dei casi, equivalgono al rimborso per una visita ambulatoriale di controllo senza riprogrammazione del dispositivo (Burri *et al.*, 2009). Come già accennato precedentemente, lo stesso meccanismo di tariffazione è adottato anche in altri Paesi, quali Regno Unito, Germania, Portogallo, Finlandia e Svezia. L'equiparazione della tariffazione per visite fisiche e in remoto consente di mantenere inalterata la spesa sanitaria, poiché il controllo da remoto sostituisce le visite in ambulatorio, rendendo al contempo possibile il conseguimento dei numerosi benefici sociali ed economici già citati. Considerando poi che il FU dei Cied da remoto ha una durata nettamente inferiore rispetto al tradizionale (Raatikainen *et al.*, 2008), il personale sanitario potrebbe dedicarsi ad altre attività (più qualificanti e culturalmente stimolanti per gli operatori), oppure aumentare il numero dei controlli e così incrementare in entrambi i casi la produttività del centro e la risposta al bisogno di salute del territorio.

Possiamo concludere che la tecnologia e i Sistemi sanitari regionali sono maturi per passare da una fase di sperimentazione a una fase operativa, dove nuove modalità di diagnosi e cura a distanza si integrino nel percorso diagnostico-terapeutico del paziente. L'attenzione sul tema è sentita anche da parte della Commissione europea che, in particolare con la Comunicazione del 4 novembre 2008 (COM, 2008, 689), individua una serie

di azioni che coinvolgono tutti i livelli di governo, volte a favorire una maggiore integrazione dei servizi di telemedicina nei sistemi sanitari dei Paesi dell'Unione europea (Ue), nonché a rimuovere le principali barriere che ne ostacolano la piena applicazione.

La prima barriera da superare è forse proprio quella culturale: occorre infatti spostare il *focus* del contenimento del *budget* sanitario dal taglio indiscriminato della spesa all'ottimizzazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, servendosi delle tecnologie e dei servizi innovativi a disposizione, per ridurre i costi e ottenere una maggiore efficienza.

Note

1. Come bacino d'utenza è stato considerata la popolazione residente nella città degli ospedali considerati. Fonte Istat 2009.

Note sugli autori

- G. Boaretto, Infermiere - Unità di cardiologia interventistica - Ospedale di Santa Maria della Misericordia, Rovigo
A. De Silvestri e C. Klersy, Servizio di Biometria e Statistica - Direzione Scientifica Irccs Fondazione Policlinico San Matteo, Pavia
C. Gasparini, Dirigente Medico di I livello, Cardiologo clinico ed elettrofisiologo - Ospedale dell'Angelo, Mestre
L. Gramegna, Dirigente medico Cardiologia - Presidio Ospedaliero Santa Chiara, Trento
G. Scabro, Infermiere - U.O Cardiologia Ospedale dell'Angelo, Mestre
L. Tomasi, Dirigente Medico - Cardiologia Ospedale Civile Maggiore Verona
C. Tomasi, Infermiere - Presidio Ospedaliero Santa Chiara, Trento
R. Tomei, Dirigente Medico - Cardiologia Ospedale Civile Maggiore Verona
F. Zanon, Dirigente Medico Responsabile Servizio di Elettrofisiologia Interventistica e Cardiolazione - Ospedale di Santa Maria della Misericordia, Rovigo

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

- AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO (2009), «Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (per branca)», Deliberazione della Giunta provinciale n. 15.047 del 23.11.1996 e agg. segg. (ultimo n. 1.582 del 25.06.2009).
- BURRI H., SENOUF D. (2009) «Remote monitoring and follow-up of pacemakers and implantable cardioverter defibrillators», *Europace*, 11, pp. 701-709.
- CISLAGHI C., MORANDI I., DI VIRGILIO E., TAVINI G. (2009), «La mobilità ospedaliera. I quaderni di Monitor. L'attività ospedaliera: dati e riflessioni», *Monitor*, 24, suppl. 5, Agenas, Italia.
- COM (2008), 689 «Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni sulla telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società», Belgio.
- CROSSLEY G.H., BOYLE A., BERMAN B.J., ALSHEIKH T., SODOWICK B.C., JOHNSON S.A., VITENSE H.S., SHERFESEE L., MEAD R.H. (2008), «Patient and caregiver burden of following implantable cardioverter defibrillators», *Journal of American College of Cardiology*, 54, pp. 2012-2019.
- ELSNER C.H., SOMMER P., PIORKOWSKI C., TABORSKY M., NEUSER H. (2006), «A prospective multicentre comparison trial of home monitoring against regular follow-up in MADIT II patients: additional visits and cost impact», *Computers in Cardiology*, 33, pp. 241-244.
- FAUCHIER L., SADOUL N., KOUAKAM C., BRIAND F., CHAUVIN M., BABUTY D., CLÉMENTY J. (2005), «Potential cost saving by telemedicine-assisted long-term care of implantable cardioverter defibrillator recipients», *Pacing and Clinical Electrophysiology*, (28), suppl. 1, pp. 255-259.
- HICKS L.L., FLEMING D.A., DESAULNIER A. (2009), «The application of remote monitoring to improve health outcomes to a rural area», *Telemedicine and e-Health*, 15(7), pp. 664-671.
- JUNG W., RILLIG A., BIRKEMEYER R., MILJAK T., MEYERFELDT U. (2008), «Advances in remote monitoring of implantable pacemakers, cardioverter defibrillators and cardiac resynchronization therapy systems», *Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology*, 23 (1), pp. 73-85.
- KONG M.H., PETERSON E.D., FONAROW G.C., SANDERS G.D., YANCY C.W., RUSSO A.M., CURTIS A.B., SEARS S.F. JR, THOMAS K.L., CAMPBELL S., CARLSON M.D., CHIAMES C., COOK N.L., HAYES D.L., LARUE M., HERNANDEZ A.F., LYONS E.L., AL-KHATIB S.M. (2010), «Addressing disparities in sudden cardiac arrest care and the underutilization of effective therapies», *American Heart Journal*, 160 (4), pp. 605-618.
- KUSUMOTO F., GOLDSCHLAGER N. (2010), «Remote monitoring of patients with implanted cardiac devices», *Clinical Cardiology*, 33 (1), pp. 10-17.
- LAZARUS A. (2007), «Remote wireless ambulatory monitoring of implantable pacemakers, cardioverter defibrillators and cardiac resynchronization therapy system», *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 30, suppl. 1, pp. S2-S12.
- MARZEGALLI M., LUNATI M., LANDOLINA M., PEREGO G.B., RICCI R.P., GUENZATI G., SCHIRRU M., BELVITO C., BRAMBILLA R., MASELLA C., DI STASI F., VALSECCHI S., SANTINI M. (2008), «Remote monitoring of CRT-ICD: The multicentre Italian CareLink evaluation-ease of use, acceptance, and organizational implications», *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 31, pp. 1259-1264.
- MASELLA C., ZANABONI P., DI STASI F., GILARDI S., PONZI P., VALSECCHI S. (2008), «Assessment of a remote monitoring system for implantable cardioverter defibrillators», *Journal of Telemedicine Telecare*, 14, pp. 290-294.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2010), *Piano Sanitario Nazionale 2011-2013*.
- NEUZIL P., TABORSKY M., HOLY F., WALLBRUECK K. (2008), «Early automatic remote detection of combined lead insulation defect and ICD damage», *Europace*, 10 (5), pp. 556-7.
- NIELSEN J.C., KOTTKAMP H., ZABEL M., ALIOT E., KREUTZER U., BAUER A., SCHUCHERT A., NEUSER H., SCHUMACHER B., SCHMIDINGER H., STIX G., CLÉMENTY J., DANILOVIC D., HINDRICKS G. (2008) «Automatic home monitoring of implantable cardioverter defibrillators», *Europace*, 10 (6), pp. 729-735.
- Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: aggiornamento tariffe di cui alla D.G.R. n.61 del 21.01.05. Deliberazione della Giunta regionale Regione Veneto n. 917/2006.
- PEREDINIA D.A., ALLEN A. (1995), «Telemedicine technology and clinical applications». *Journal of American Medical Association* ; 273, pp. 4838.
- RAATIKAINEN M.J.P., USIMAA P., VAN GINNEKEN M.M.E., JANSSEN J.P.G., LINNALUOTO M. (2008), «Remote monitoring of implantable cardioverter defibrillator patients: a safe, time-saving, and cost-effective means for follow-up», *Europace*, 10 (10), pp. 1145-1151.
- RAMANI G.V., UBER P.A., MEHRA M.R. (2010), «Chronic heart failure: contemporary diagnosis and management», *Mayo Clinic Proceedings*, 85 (2), pp. 180-95.
- RIBEIRO R.A., STELLA S.F., CAMEY S.A., ZIMMERMAN L.I., PIMENTEL M., ROHDE L.E., POLANCZYK C.A. (2010), «Cost-effectiveness of implantable cardioverter-defibrillators in Brazil: primary prevention analysis in the public sector», *Value in Health*, 13 (2), pp. 160-8.
- RICCI R.P., MORICHELLI L., SANTINI M. (2008), «Home monitoring remote control of pacemaker and implantable cardioverter defibrillator patients in clinical practice: impact on medical management and health care resource utilization», *Europace*, 10 (2), pp. 164-70.
- RICCI R.P., CALCAGNINI G., CASTRO A., GIADA F., IGI-DASHAN D., LANDOLINA M., MELISSANO D., PEREGO G.B., TOSELLI T. (2009), «Consensus Document sul monitoraggio remoto dei dispositivi impiantabili: tecnologie disponibili, indicazioni, modelli organiz-

- zativi, accettabilità, responsabilità ed aspetti economici», Aiac, Italia.
- RICCI R.P., MORICHELLI L., QUARTA L., SASSI A., PORFILI A., LAUDADIO M.T., GARGARO A., SANTINI M. (2010), «Long-term patient acceptance of and satisfaction with implanted device remote monitoring», *Europace*, 12 (5), pp. 674-679.
- SAXON L.A., BOEHMER J. P., NEUMAN S., MULLIN C.M. (2007), «Remote Active Monitoring in Patients With Heart Failure (RAPID-RF): Design and Rationale», *Journal of Cardiac Failure*, 13 (4), pp. 241-246.
- SAXON L.A., HAYES D.L., ROOSEVELT G.F., HEIDENREICH P.A., DAY J., SETH M., MEYER T.E., JONES P. W., BOEHMER J.P. (2010), «Long-term outcome after ICD and CRT implantation and influence of remote device follow-up. The ALTITUDE Survival Study», *Circulation*, 122, pp. 2359-2367.
- VARDAS P.E., AURICCHIO A., BLANC J.J., DAUBERT J.C., DREXLER H., ECTOR H., GASPARINI M., LINDE C., BELLO MORGADO F., OTO A., SUTTON R., TRUSZGLUZA M. (2007), «Guidelines for cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. The task force for cardiac pacing and cardiac resynchronization. Therapy of the European Society of Cardiology», *European Heart Journal*, 28, pp. 2256-2295.
- WHITTEN P.S., MAIR F.S., HAYCOX A., MAY C.R., WILLIAMS T.L., HELLMICH S. (2002), «Systematic review of cost effectiveness studies of telemedicine interventions», *British Medical Journal*, 324, pp. 1434-1437.
- WILKOFF B.L., AURICCHIO A., BRUGADA J., COWIE M., ELLENBOGEN K.A., GILLIS A.M., HAYES D.L., HOWLETT J.G., KAUTZNER J., LOVE C.J., MORGAN J.M., PRIORI S.G., REYNOLDS D.W., SCHOENFELD M.H., VARDAS P.E. (2008), «HRS/EHRA expert consensus on the monitoring of cardiovascular implantable electronic devices (CIEDs): description of techniques, indications, personnel, frequency and ethical considerations», *Heart Rhythm*, 5 (6), pp. 907-925.

La mobilità internazionale dei pazienti nella Ue: determinanti, rilevanza, regole e tendenze

GIORGIO GIACOMELLI, FRANCESCO LONGO

The endorsement of the Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare lays the foundation for higher levels of integration among different models of healthcare services in European Union. It would likely improve the patient mobility, mainly within the cross-border areas, with relevant outcomes in terms of organization, provision and costs of the services. This paper aims to analyze the evolution of patient mobility during the last years, in order to give a perspective on the next ones, and to forecast the effects of the regulatory and policy action of EU institutions on patients' behaviour.

Keywords: patient mobility, cross-border healthcare, free movement, eu integration, europe

Parole chiave: mobilità sanitaria, sanità transfrontaliera, libera circolazione, integrazione, europa

Note sugli autori

Giorgio Giacomelli si occupa di «Acquisti in sanità» presso il Gruppo Segesta
Francesco Longo è professore associato di Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso il Dipartimento di Analisi delle Politiche e Management Pubblico, Università Bocconi

Attribuzione

Pur nella sua unitarietà, la stesura del lavoro risulta così attribuibile: §§ 1, 2 e 6 a Francesco Longo, §§ 3, 4 e 5 a Giorgio Giacomelli
Gli Autori desiderano ringraziare i referees anonimi per i suggerimenti ricevuti

1. La rilevanza della mobilità sanitaria tra i Paesi Ue

Il fenomeno della mobilità sanitaria dei pazienti è crescente, sia a livello infra e inter-regionale, che internazionale, seppur con caratteristiche e impatti profondamente diversi tra di loro.

Questo è frutto di diversi cambiamenti strutturali in atto nel panorama della sanità (Longo *et al.*, 2010): l'*empowerment* del paziente e la sua crescente consapevolezza nella scelta della struttura o del professionista per la cura; la riduzione dei costi della mobilità e la crescente abitudine dei cittadini a viaggiare; la logica di competizione tra strutture introdotta praticamente in tutti i sistemi sanitari nazionali e regionali; la suddivisione sempre più nitida tra agenzie terze paganti e i produttori e il relativo sviluppo di logiche tariffarie per prestazioni, che allentano le relazioni istituzionali tra produttori e terzi paganti, rendendo più flessibile per gli assicuratori la scelta del produttore.

La mobilità sanitaria, soprattutto se internazionale, introduce significative criticità e opportunità nei diversi sistemi sanitari, che impongono un'attenta analisi e riflessione, specialmente in una fase iniziale, prima che esso assuma dimensioni tanto importanti da non poter essere più gestito in maniera controllata. La crescita delle mobilità internazionale rende più difficile la programmazione sanitaria, in quanto il perimetro e il dimensionamento dell'offerta trascendono i confini delle prerogative di governo dei singoli regolatori domestici. Essa pone interrogativi in merito al fisiologico incremento di iniquità sociale che introduce, perché sono le classi più abbienti e colte che tendono

SOMMARIO

1. La rilevanza della mobilità sanitaria tra i Paesi Ue
2. Le diverse determinanti per la mobilità
3. Le dimensioni del fenomeno della mobilità dei pazienti
4. I nuovi indirizzi giuridici della Ue con la direttiva 2011/24/Eu
5. Gli impatti attesi dalla direttiva 2011/24 sulla mobilità dei pazienti: prospettive di un mercato interno della salute
6. Conclusioni

a una maggiore mobilità: la soddisfazione dei cittadini di Paesi caratterizzati da sistemi sanitari deboli non può che peggiorare a causa della maggiore consapevolezza evinta dal confronto internazionale. D'altra parte, la mobilità sanitaria internazionale può operare da stimolo ai sistemi più fragili per arginare emorragie di pazienti e quindi di risorse e credibilità istituzionale. Essa costituisce comunque un'opportunità di servizi in più per i pazienti e un possibile meccanismo di *benchmarking* e *knowledge transfer* professionali tra i produttori, che entrano indirettamente in contatto tra di loro, perché su diversi lati di un confine trattano lo stesso paziente, per le diverse fasi del processo di cura.

Oggetto del presente scritto è la mobilità internazionale dei pazienti all'interno dell'Ue. L'aumento progressivo del tasso di integrazione tra i sistemi che compongono l'Ue implica una crescita degli strumenti per la gestione delle interdipendenze internazionali e dei settori da queste interessati. Si è partiti dallo sviluppo degli scambi commerciali per arrivare alla regolazione della competizione; si è introdotta la moneta comune aprendo la strada alla necessità di politiche fiscali condivise. Seppur più lentamente, si sta progressivamente sviluppando l'idea che anche nel settore del *welfare* vi sia l'esigenza di forme di maggiore coordinamento, con l'idea di generare, se non un sistema comune, perlomeno sistemi nazionali più comunicanti e interdipendenti tra di loro.

Il presente articolo nasce dalla considerazione che la mobilità sanitaria internazionale è un fenomeno rilevante e quantitativamente crescente e che esso è uno dei principali temi dell'agenda di *policy* della Ue, proprio per quanto concerne il coordinamento tra i sistemi di *welfare* europei. In particolare, il lavoro discute e analizza nei prossimi paragrafi (a) le diverse tipologie di mobilità sanitaria e le loro determinanti; (b) le sue dimensioni quantitative; (c) la recente normativa Eu che favorisce la mobilità tra i Paesi membri, (d) per concludere discutendo i possibili sviluppi e impatti che potrebbero derivarne.

2. Le diverse determinanti per la mobilità

I motivi per cui i pazienti ricercano prestazioni sanitarie lontane dagli erogatori più

prossimi sono molto eterogenei e articolati tra di loro, tutt'altro che riconducibili alla percezione immediata che il paziente ricerchi una struttura o un professionista di alta specializzazione o fama. Possiamo classificare le possibili e diverse determinanti della mobilità sanitaria internazionale in quattro distinte categorie: quelle legate alle tipologie di prestazioni sanitarie; i motivi geografici; i differenziali di standard di offerta; i differenziali di costo dei servizi.

Innanzitutto vi sono significative differenze a seconda che si necessiti di un ricovero, una prestazione diagnostica, una visita specialistica ambulatoriale, un ciclo di riabilitazione, o un episodio legato a una questione di emergenza o urgenza. Tendenzialmente per le prestazioni di ricovero i pazienti sono sensibili al *brand* dell'istituzione, alla sua dotazione tecnologica, alla presenza di attività di ricerca e al tasso di specializzazione. Per i reparti medici, caratterizzati da ricoveri più lunghi e con maggior carico assistenziale, ha rilevanza maggiore la qualità alberghiera, mentre per quelli chirurgici essa diminuisce. Per la diagnostica, il *driver* principale di mobilità è la lista di attesa. Per le visite specialistiche, il fattore chiave è prestigio del singolo professionista. Per la riabilitazione, soprattutto se estensiva, così come per i ricoveri in strutture protette, decisiva è la qualità alberghiera e il possibile comfort che può essere garantito a parenti o amici. Nel caso dell'emergenza, infine, conta maggiormente la vicinanza geografica rispetto al luogo in cui il paziente si trova.

Le determinanti della mobilità internazionale possono essere anche di natura geografica. È in crescita la quota di popolazione europea che lavora o studia in un altro Paese dell'Unione, con la conseguente generazione di consumi sanitari internazionali. Molti sono anche gli europei (soprattutto mitteleuropei, scandinavi e anglosassoni) che, con il pensionamento, risiedono per lunghi periodi dell'anno in Paesi caldi (come Spagna, Italia o Grecia), magari in una seconda casa di proprietà o in affitto, e che, a causa dell'età, sono inevitabilmente e frequentemente affetti da patologie croniche, che possono scegliere di curare nel Paese ospitante, qualora vi percepiscano una qualità dell'offerta sanitaria sufficiente. La mobilità sanitaria transfrontaliera è molto significativa, soprattutto per

i Paesi piccoli, spesso a causa della minore distanza geografica dalle strutture sanitarie adeguate nel Paese limitrofo, rispetto a quelle del proprio.

Con l'ingresso in Ue di nuovi Paesi, i differenziali di standard di servizi tra i diversi sistemi sanitari si sono certamente ampliati. Questo induce le classi medio-alte di alcuni Paesi a più bassi standard di servizi (es. Bulgaria, Ungheria, Romania, ecc.) a considerare la possibilità di farsi curare presso sistemi sanitari più ricchi e tecnologicamente dotati. Comportamenti favoriti anche dalle reti familiari migratorie esistenti, che permettono di trovare, in un Paese dal sistema sanitario ritenuto più affidabile, un amico o un parente di appoggio. In questi casi la mobilità può essere sollecitata dalla ricerca di maggiore specializzazione, di maggiore tecnologia o di maggiore capacità produttiva e, quindi, di minori tempi d'attesa.

Infine, tra i diversi Paesi Ue, vi sono significativi differenziali nei costi dei servizi sanitari. Si può trattare di costi finanziari diretti che i pazienti devono sostenere, o di costi legati alla modalità e ai tempi di fruizione, oppure alla possibilità di correlare alla cura sanitaria un periodo di vacanza o un soggiorno climatico per un parente, profittando delle economie di fruizione. Un centro di riabilitazione estensiva in Costa Azzurra può attrarre facilmente una coppia di anziani scandinavi, così come sulle coste del Mar Nero si offrono pacchetti odontoiatrici, che permettono la sistemazione dei problemi dentari complessivi in soli 7-14 giorni.

Ovviamente le diverse determinanti proposte possono agire in modo combinato tra loro, creando un reticolo molto fitto di possibili motivi per cui si accede a cure sanitarie all'estero.

3. Le dimensioni del fenomeno della mobilità dei pazienti

La premessa fondamentale alla conoscibilità di un fenomeno è costituita dalla disponibilità di dati da analizzare, in primo luogo, e successivamente da un criterio adeguato e univoco di analisi degli stessi (vale a dire un *metodo*). Con riferimento a entrambi questi elementi, il fenomeno della mobilità dei pazienti risulta di difficile lettura: esso, infatti, può essere indagato attraverso l'ana-

lisi parallela dei flussi fisici di accesso a servizi di assistenza sanitaria transfrontaliera, da un lato, e degli equivalenti economici che essi comportano, dall'altro. Se sul primo versante, quello dei flussi di pazienti, il bacino informativo risulta piuttosto omogeneo e affidabile – i dati, infatti, sono riconducibili a una indagine statistica (DG SANCO, 2008) condotta, a campione, su base nazionale – per quanto riguarda i flussi finanziari, il quadro appare di più difficile lettura: l'irreperibilità di dati coerenti e omogenei, in questo caso, compromette ogni tentativo di analisi di sistema, allo stato attuale (Carenzi, 2008). La disponibilità dei dati relativi alla distribuzione di debiti e crediti per prestazioni transfrontaliere risulta, infatti, discontinua ed episodica, compromettendo di fatto la significatività delle serie storiche che se ne possono dedurre, necessariamente carenti in robustezza statistica (Busse *et al.*, 2006). Tuttavia, le informazioni a oggi disponibili (quand'anche parziali e pertanto rischiose, in termini analitici) forniscono elementi di valutazione significativi.

3.1. Una quantificazione dei flussi fisici

I dati contenuti nella **tabella 1** fotografano la situazione di accesso a servizi di assistenza sanitaria oltre confine nazionale per i cittadini europei. I dati non sono differenziati per profili d'utenza. Su un campione di più di 27.000 persone, circa il 4,4% ha confermato di aver usufruito, nell'arco degli ultimi 12 mesi (l'Eurobarometro è del 2008), di servizi medico-sanitari erogati in un Paese diverso da quello di residenza. Il dato non si differenzia in modo particolare in relazione ai diversi Paesi membri, tanto che i valori nazionali (per 26 dei 27 Paesi membri considerati) oscillano all'interno di un *range* che ha come estremi il 1,5% (Svezia) e il 7,6% (Repubblica Ceca). Unico dato che si discosta in maniera sostanziale da quelli, qualitativamente omogenei, degli altri è il Lussemburgo (19,6%): questo, tuttavia, si spiega facilmente alla luce della ridotta estensione territoriale del Paese e dalle conseguenti diseconomie di scala che una dotazione estensiva di infrastrutture sanitarie comporterebbe. A ridurre il costo/opportunità della mobilità transfrontaliera, in Lussemburgo, contribuisce evidentemente la prossimità

Tabella 1

L'accesso a prestazioni/
servizi sanitari
in un sistema diverso
da quello domestico.
Situazione dei Paesi Ue

Fonte: elaborazione dell'autore
da DG SANCO (2008)

Paesi membri	Intervistati	Sì [%]	No [%]	NR [%]
<i>Austria</i>	1.000	4,4	95,4	0,2
<i>Belgio</i>	1.038	5,8	93,6	0,6
<i>Bulgaria</i>	1.010	2,4	95,8	1,8
<i>Cipro</i>	1.001	5,3	94,5	0,2
<i>Danimarca</i>	1.018	6,0	93,9	0,1
<i>Estonia</i>	1.006	2,7	96,5	0,9
<i>Finlandia</i>	1.000	2,4	97,3	0,3
<i>Francia</i>	1.001	3,5	96,5	0,1
<i>Germania</i>	1.017	4,6	95,3	0,1
<i>Grecia</i>	1.011	2,1	97,9	0,0
<i>Irlanda</i>	1.000	5,4	94,6	0,0
<i>Italia</i>	1.009	3,1	96,0	0,9
<i>Lettonia</i>	1.016	2,2	96,6	1,3
<i>Lituania</i>	1.009	4,3	94,4	1,3
<i>Lussemburgo</i>	1.008	19,6	80,2	0,2
<i>Malta</i>	1.006	2,9	96,5	0,6
<i>Paesi Bassi</i>	1.006	3,7	96,2	0,1
<i>Polonia</i>	1.004	3,5	94,7	1,8
<i>Portogallo</i>	1.000	4,3	95,2	0,4
<i>Regno Unito</i>	1.007	3,0	97,0	0,0
<i>Repubblica Ceca</i>	1.012	7,6	91,7	0,7
<i>Romania</i>	1.009	1,8	97,7	0,5
<i>Slovacchia</i>	1.009	6,9	92,7	0,4
<i>Slovenia</i>	1.004	3,5	96,3	0,2
<i>Spagna</i>	1.007	2,8	96,9	0,3
<i>Svezia</i>	1.003	1,5	98,5	0,0
<i>Ungheria</i>	1.017	2,9	97,0	0,1
Totale	27.228			

geografica e la conseguente minore rilevanza di barriere (economiche, logistiche e linguistico-culturali) all'accesso a servizi di sanità all'estero. Tale sostanziale allineamento nelle prassi comportamentali dei cittadini europei rispetto ai servizi di salute oltreconfine risulta sorprendente, se letto in parallelo al dato sul grado di consapevolezza dei relativi diritti esistenti. A questo proposito, infatti, si registra una differenza tra le risposte degli intervistati appartenenti al gruppo dei Paesi di più antica tradizione comunitaria (Eu-15)

rispetto a quello dei Paesi membri di più recente adesione (Eu-12).

I cittadini residenti negli Stati del primo gruppo, infatti, ritengono nel 71% dei casi di avere, a vario titolo, diritto¹ a ricevere assistenza medica altrove, in Unione europea, e a esigerne il relativo rimborso; il medesimo diritto è percepito, nel secondo gruppo, come attuale ed effettivo soltanto dal 63% del campione.

Comparando i dati molto elevati sulla consapevolezza del diritto con quelli signi-

ficativamente inferiori sul suo concreto esercizio, si deduce che il rapporto tra bisogno di salute e strumenti per soddisfarlo mantiene una natura prevalentemente domestica. La ricerca di risposta a tale bisogno in un contesto diverso da quello interno, quand'anche si manifesti, mantiene un carattere di eccezionalità poiché gli elementi di impedimento alla mobilità, siano essi di natura geografica, economica, linguistica o culturale, risultano spesso significativamente determinanti nell'ostacolare una percezione del mercato della salute in quanto tale.

Nondimeno, gli eventuali *trend* riscontrabili in relazione al manifestarsi di queste "eccezioni" rappresentano un presupposto indispensabile per la predisposizione di politiche pubbliche capaci di offrire risposte proattive alle istanze della nascente cittadinanza europea, mantenendo le compatibilità economiche generali e dei singoli sistemi sanitari.

3.2. Il tema della quantificazione dei flussi finanziari

La misurazione dei riflessi finanziari che il fenomeno comporta risulta complessa in ragione, principalmente, di tre elementi (Cavazza, 2008):

- molteplicità di regimi procedurali ai quali è possibile ascrivere l'accesso a un servizio sanitario oltre il confine domestico, si pensi per esempio alle conseguenze, in termini di efficacia metrica, della presenza di specifici accordi bilaterali che operano al di fuori dei flussi procedurali comunitari;

- molteplicità dei soggetti istituzionali coinvolti nelle procedure di richiesta, autorizzazione, erogazione e rimborso del servizio e incertezza in merito alle relative competenze, si pensi per esempio alle difficoltà derivanti dall'esistenza di sistemi sanitari di natura diversa tra i Paesi membri, e alla necessità di ricondurli a elementi di comparabilità e comunicabilità reciproca;

- mancanza di un soggetto istituzionale centrale deputato a raccogliere, verificare e integrare i dati, responsabile dell'affidabilità degli stessi.

Ad oggi, la fonte informativa più attendibile è costituita dai rapporti della Commissione amministrativa per la Sicurezza socia-

le, che raccolgono i dati riguardanti debiti e crediti attribuibili a ciascuno Stato membro rispetto alle procedure di rimborso previste dal Regolamento 1408/71. Essi consentono sia di fotografare l'incidenza dei riscontri finanziari dei flussi di mobilità in un dato momento, sia di analizzarne la dinamica attraverso la comparazione dei diversi periodi. Dal confronto tra i dati del 2001 e del 2004, riportati in **tabella 2**, si propongono le seguenti osservazioni:

- prevedibilmente, i flussi sia attivi che passivi più consistenti (in termini di euro/abitante) sono riconducibili alla regione del Benelux (e spiegati dalle diverse forme di *prossimità* precedentemente accennate);

- con riferimento alle caratteristiche dei flussi finanziari italiani, appaiono rilevanti i flussi di mobilità transfrontaliera, propriamente detta, relativi alle regioni settentrionali di confine (Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, arco alpino occidentale ecc.), mentre in merito all'apprezzabile eccedenza dei debiti rispetto ai crediti (riscontrabile nei dati del 2001), sembra realistico ascrivere il delta ad alcune carenze della rete infrastrutturale sanitaria, in particolare alla mancanza di centri per trapianti, degli anni Novanta che ha incentivato in modo considerevole la mobilità in uscita, verso Belgio e Francia;

- il livello dei crediti austriaci rappresenta la controprova dell'ipotesi sull'ormai consolidata mobilità alto-atesina, come notano opportunamente Albrecht, Brinovec e Stalc (Rosenmöller *et al.*, 2006);

- la Francia registra un'inversione di tendenza nel periodo considerato: a fronte di una flessione sul versante debitorio, si osserva un consistente incremento dei crediti, dato che si spiega con la contemporanea impennata dei flussi debitori britannici. Nel periodo, infatti, il NHS ha avviato consistenti iniziative per il trattamento di pazienti domestici oltremarina;

- significativo è, poi, l'incremento dei crediti della Spagna, che si interpreta convincentemente alla luce del crescente peso del fenomeno di pensionati provenienti dall'Europa settentrionale, che nella penisola iberica trascorrono soggiorni prolungati o, addirittura, vi si trasferiscono (Rosenmöller, Lluch, 2006);

Tabella 2

Confronto tra i dati relativi ai flussi finanziari dei Paesi europei (UE + SEE) nel 2001 e nel 2004
(I valori mancanti sono stati conteggiati come pari a 0)

Fonte: dell'autore su dati della Commissione Amministrativa, 2001 e 2004

Paesi	2001						2004						Variazione %		
	Debiti			Crediti			Paesi	Debiti			Crediti			Debiti	Crediti
	€ (.000)	%	€ per ab.	€ (.000)	%	€ per ab.		€ (.000)	%	€ per ab.	€ (.000)	%	€ per ab.		
Belgio	75.259	7,63	7,30	102.931	10,44	10,00	Belgio	112.084	9,19	10,73	66.564	5,94	48,9%	-35,3%	
							Bulgaria	-	0,00	0,00	-	0,00			
							Rep Ceca	174	0,01	0,02	-	0,00			
Danimarca	1.430	0,15	0,30	1.393	0,14	0,30	Danimarca	6.440	0,53	1,19	1.634	0,15	350,3%	17,3%	
Germania	256.939	26,06	3,10	174.578	17,71	2,10	Germania	295.232	24,20	3,58	154.068	12,63	14,9%	-11,7%	
							Estonia	-	0,00	0,00	-	0,00			
Grecia	43.454	4,41	4,00	29.317	2,97	2,70	Grecia	63.067	5,17	5,69	8.693	0,78	45,1%	-70,3%	
Spagna	22.217	2,25	0,60	92.334	9,37	2,30	Spagna	37.349	3,06	0,87	155.772	13,91	68,1%	68,7%	
Francia	116.751	11,84	2,00	272.738	27,66	4,60	Francia	103.927	8,52	1,72	346.235	30,91	-11,0%	26,9%	
Irlanda	4.772	0,48	1,20	-	0,00	0,00	Irlanda	6.303	0,52	1,53	-	0,00	32,1%	-	
Italia	183.350	18,80	3,20	96.527	9,79	1,70	Italia	157.961	12,95	2,70	130.452	11,65	-14,8%	35,1%	
							Cipro								
							Lettonia								
							Lituania								
Lussemburgo	74.653	7,57	170,10	17.225	1,75	39,20	Lussemburgo	73.537	6,03	161,62	58.648	5,24	-1,5%	240,5%	
							Ungheria	14	0,00	0,00					
							Malta								
Paesi Bassi	44.842	4,55	2,80	21.592	2,19	1,40	Paesi Bassi	74.006	6,07	4,54	42.651	3,81	65,0%	97,5%	
Austria	35.535	3,60	4,40	90.533	9,18	11,30	Austria	24.321	1,99	2,96	72.255	6,45	-31,6%	-20,2%	
							Polonia	131	0,01	0,00	218	0,02			
Portogallo	46.073	4,67	4,50	30.405	3,08	3,00	Portogallo	58.552	4,80	5,56	40.182	3,59	27,1%	32,2%	
							Romania								
							Slovenia	281	0,02	0,14	1.989	0,18			
							Slovacchia								
Finlandia	3.948	0,40	1,70	1.632	0,17	0,30	Finlandia	9.802	0,80	1,87	3.173	0,28	148,3%	94,4%	
Svezia							Svezia	9.483	0,78	1,05	17.179	1,53			
Regno Unito	57.678	5,85	5,85	42.741	4,34	0,70	Regno Unito	163.001	13,36	2,72	45.011	4,02	182,6%	5,3%	
							Liechtenstein	418	0,03	12,08					
Islanda	476	0,05	1,70	261	0,03	0,90	Islanda	569	0,05	1,94	750	0,07	19,5%	187,4%	
Norvegia	1.764	0,18	0,18	547	0,06	0,10	Norvegia	11.161	0,91	2,42	1.191	0,11	532,7%	117,7%	
Svizzera	14.782	1,50	1,60	11.169	1,13	1,30	Svizzera	12.366	1,01	1,66	73.469	6,56	-16,3%	557,8%	
Totale	985.923	100,00	2,60	985.923	100,00	2,60	Totale	1.220.179	100,00	2,59	1.220.179	100,00	23,8%	23,8%	

– la dinamica dei flussi olandesi, infine, risulta altrettanto degna di nota: se l'ammonterare considerevole dei debiti si spiega alla luce di uno storico problema di liste d'attesa, d'altro canto l'aumento repentino dei crediti nazionali nell'intervallo considerato suggerisce una crescente attrattività del sistema-salute dei Paesi Bassi.

Guardando, poi, alla dinamica dei flussi nell'intervallo in oggetto, si riscontra un incremento del 23,76% del valore totale delle posizioni obbligatorie tra i Paesi membri. Tale variazione, tuttavia, non è riconducibile all'effetto dell'ingresso dei Paesi Eu-12 (i cui dati non riportano valori statisticamente rilevanti) e pertanto pare fondato ipotizzare una crescente mobilità dei pazienti europei nel corso del tempo.

4. I nuovi indirizzi giuridici della Ue con la direttiva 2011/24/Eu

La definizione degli schemi normativi per regolamentare prestazioni e servizi medico-sanitari è un campo tradizionalmente lasciato alla competenza degli Stati nazionali; i Trattati della Comunità, prima, e dell'Unione europea, in seguito, hanno sempre attribuito agli Stati membri la competenza in materia di organizzazione e finanziamento dei rispettivi sistemi sanitari (Baeten *et al.*, 2010). Tuttavia, la legislazione comunitaria e gli orientamenti della Corte europea di giustizia hanno, nel tempo, eroso l'aspirazione dei Paesi membri alla titolarità esclusiva della materia attraendone, di fatto, una parte significativa nel campo gravitazionale sovranazionale. Ciò è accaduto sia sull'onda di una crescente integrazione dei mercati nazionali all'interno del Mercato europeo,² sia in virtù di una sempre più pallida differenziazione ideologica tra i sistemi: l'interconnessione economica dell'Unione si è, infatti, accompagnata a una progressiva convergenza dei sistemi socio-assistenziali europei, ormai ricondotti all'interno di un perimetro di valori radicati e condivisi (Brand, 2010). L'approdo ultimo (e tuttavia difficilmente definitivo) di questo processo è costituito dall'adozione della Direttiva 2011/24,³ entrata in vigore il 24 aprile 2011. Essa può essere intesa come il risultato esemplificativo del percorso, spesso accidentato, di riconciliazione di posizioni distanti e

di differenti modi di intendere il rapporto tra sovranità e integrazione nella dialettica tra Stati membri e Unione (Baeten, 2009). Infatti, a seguito di ripetuti fallimenti e prolungate consultazioni interne (Commissione Europea, 2004, 301), frutto dell'opposizione di alcuni Stati membri ed europarlamentari, la Commissione presenta, il 2 luglio 2008, una proposta di direttiva (Commissione Europea, 2008, 414) volta ad agevolare l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera;⁴ diversamente dalle intenzioni iniziali di disciplinare in senso generale la sanità transfrontaliera. La proposta si focalizza sui diritti dei pazienti a ricevere prestazioni / servizi sanitario-assistenziali in un Paese membro diverso da quello di origine e a ottenerne il relativo rimborso (escludendo dall'ambito di applicazione del testo la libera circolazione degli operatori e dei servizi). L'oggetto specifico e limitato della proposta – la mobilità dei pazienti – ne rafforza la capacità di conferire certezza giuridica alla materia. Essa interiorizza molte delle posizioni sedimentatesi nel tempo, e in particolare a partire dagli anni Novanta,⁵ intorno al tema del diritto alla mobilità sanitaria all'interno dell'Unione. Nella sua forma definitiva, dopo trenta mesi di discussione,⁶ essa si pone tre obiettivi generali (Baeten, 2009):

– facilitare i pazienti nell'*ottenimento del rimborso* per una prestazione sanitaria ricevuta in un altro Stato membro: il testo stabilisce, infatti, che i pazienti hanno il diritto a farsi curare all'estero e a ottenere il relativo rimborso fino a concorrenza dell'importo che avrebbero ricevuto nel Paese di affiliazione;

– fornire garanzie in merito alla *qualità e sicurezza* dei servizi di sanità transfrontaliera erogati: i pazienti devono poter fare affidamento sul fatto che gli standard di qualità e di sicurezza delle cure che ricevono in un altro Stato membro si basano su *best practices* mediche e siano soggetti a monitoraggio continuo;

– incentivare la strutturazione della *cooperazione* tra sistemi sanitari nazionali: la Direttiva, pertanto, deve essere intesa come una base per lo sviluppo di reti europee cui parteciperanno, su base volontaria, i centri specializzati di diversi Stati membri. Questa collaborazione potrà apportare benefici da

una parte ai pazienti, nella forma di un più agevole accesso a cure altamente specializzate, dall'altra ai singoli sistemi sanitari, facilitando l'uso efficiente delle risorse (per esempio condividendo le risorse finanziarie, tecnologiche e informative per il trattamento di patologie rare).

Nel dettaglio delle disposizioni normative, si stabilisce che:

– lo Stato membro di cura organizza e fornisce l'assistenza sanitaria, assicurandosi che siano rispettate le norme di qualità e di sicurezza al momento della prestazione dell'assistenza, in particolare attraverso l'adozione di meccanismi di controllo (art. 4);

– in seguito alla prestazione di assistenza, è lo Stato membro di affiliazione a farsi carico del rimborso della persona assicurata, a condizione che il trattamento ricevuto sia previsto dalla legislazione nazionale (art. 5). Il rimborso equivale all'importo che sarebbe stato rimborsato dal sistema obbligatorio di sicurezza sociale, se l'assistenza sanitaria fosse stata erogata sul suo territorio (che, tuttavia, non deve superare il costo effettivo dell'assistenza ricevuta);

– il sistema obbligatorio di sicurezza sociale di uno Stato membro di affiliazione, ossia lo Stato membro nel quale il paziente è persona assicurata, può subordinare all'autorizzazione preventiva il rimborso delle cure prestate in un altro Stato membro, limitatamente ai casi di (art. 8) ricovero del paziente per almeno una notte o prestazioni che richiedono l'utilizzo di infrastrutture o apparecchiature sanitarie particolarmente costose, di fatto facendo rientrare in tale definizione tutte le prestazioni di tipo ospedaliero;

– le procedure amministrative relative alla fornitura dell'assistenza sanitaria (art. 9) devono essere necessarie e proporzionate: esse sono attuate in modo trasparente, entro i termini preventivamente stabiliti⁷ e in base a criteri obiettivi e non discriminatori;

– i pazienti devono avere accesso alle informazioni sull'assistenza sanitaria intra-Eu e sulle condizioni applicabili, nonché sui diritti e sui ricorsi di cui possono beneficiare (art. 4). Vengono istituiti, a questo scopo, dei punti di contatto nazionali al fine di informare e offrire assistenza ai pazienti nell'ambito delle loro pratiche giudiziali o stragiudiziali (art. 6);

– gli Stati membri cooperano per agevolare l'attuazione della direttiva (art. 10). In particolare, sostengono la creazione di reti di riferimento europee (art. 12) di fornitori di assistenza sanitaria allo scopo di contribuire a promuovere l'accesso, a condizioni di efficienza economica, a cure altamente specializzate, grazie alla concentrazione e all'articolazione delle risorse e delle competenze disponibili;⁸

– gli Stati membri riconoscono la validità delle prescrizioni mediche rilasciate in altri Stati membri (art. 11), se i medicinali prescritti sono autorizzati sul loro territorio. È necessario adottare misure volte ad agevolare il riconoscimento reciproco e la verifica dell'autenticità delle prescrizioni da parte dei professionisti della sanità;

– la Commissione mira a facilitare l'interoperabilità dei sistemi o servizi di sanità elettronica (art. 14) tra gli Stati membri, nell'ambito di una rete volontaria che collega le autorità nazionali individuate come responsabili dell'assistenza sanitaria online;

– la condivisione delle competenze e delle tecnologie mediche dovrebbe essere agevolata dall'istituzione di una rete per la cooperazione sulla valutazione delle tecnologie sanitarie – *Health Technology Assessment* – (art. 15);

– quanto al tema dell'afflusso informativo sul fenomeno, si prevede la redazione (ogni tre anni) di una relazione contenente le informazioni sui flussi dei pazienti, sulle dimensioni finanziarie della loro mobilità e sul funzionamento delle reti di riferimento europee e dei punti di contatto nazionali.

In sintesi, la direttiva apre significativamente alla mobilità intra-Eu per prestazioni diagnostiche, ambulatoriali, di riabilitazione non legate al ricovero e cerca di promuovere la collaborazione tra sistemi sanitari e l'integrazione delle procedure autorizzative e informative tra i sistemi (Ricciuti, Tediosi, 2011). La direttiva in oggetto, inoltre, guarda con attenzione, oltre che ai pazienti, anche allo stimolo alla mobilità impresso dai professionisti (fenomeno tipico per zone di confine altamente interdipendenti, di norma, a causa dei differenziali salariali).

Il triplice obiettivo della Direttiva sembra essere stato declinato in accordo con i più ampi indirizzi di funzionamento del Mer-

cato unico e delle sue libertà, da un lato, e con le tendenze demografiche e migratorie intracomunitarie, dall'altro. Permane, tuttavia, un elemento di incertezza che, in qualche misura, giustifica gli interventi critici nei confronti del testo normativo: all'iniziale esclusione della possibilità di pagamento diretto della prestazione da parte dello Stato di affiliazione (al quale, nel testo proposto dalla Commissione, si era preferito il rimborso in seconda battuta), si è sostituita una soluzione più ambigua e, in definitiva, non risolutiva. All'art. 7.4, infatti, si stabilisce che «i costi [...] sono rimborsati o direttamente pagati dallo Stato membro di affiliazione»: la dimensione facoltativa dell'intervento dello Stato come pagatore di prima istanza pare poco incisiva sul piano dell'equità sostanziale,⁹ poiché non definisce condizioni o fattispecie associate all'una o all'altra soluzione. La stessa vaghezza ritorna al comma terzo dello stesso articolo, dove si statuisce che lo Stato membro *potrà decidere* di rimborsare i costi ancillari. Ovviamente l'eventuale obbligo di rimborso diretto da parte dello Stato di appartenenza costituirebbe un incentivo molto forte alla mobilità; viceversa il rimborso privilegia gli strati sociali in grado di anticipare economicamente le spese e di reggere la fatica psicologica e procedurale per attraversare i diversi passaggi amministrativi necessari per la restituzione monetaria. Una situazione incerta e ambivalente scoraggia il fenomeno.

Recentemente la Ue ha anche cercato di disciplinare il meccanismo assicurativo per cittadini residenti in altri Paesi dell'Unione in maniera stabile¹⁰: essi devono essere iscritti nel sistema sanitario del nuovo Paese di residenza. Solo in caso di mobilità internazionale verso un Paese diverso da quello in cui si sono stabilizzati, il proprio Paese di origine è chiamato a intervenire finanziariamente, per sterilizzare il pericolo di eventuali comportamenti opportunistici incentivati dalle possibili politiche dei diversi Stati.

5. Gli impatti attesi dalla direttiva 2011/24 sulla mobilità dei pazienti: prospettive di un mercato interno della salute

La Direttiva cerca di costruire un quadro legislativo condiviso tra i Paesi membri e,

per quanto possibile, unitario in materia di gestione dei flussi sanitari transnazionali. Tale obiettivo, perseguito nella costante tensione tra la necessità di regolamentazione comunitaria e la reticenza dei livelli nazionali ad accettare rimodulazioni della sovranità, ha dovuto fare i conti con l'elevato grado di differenziazione che caratterizza i sistemi sanitari europei in fatto di finanziamento, erogazione e copertura dei servizi sanitari prestati (Zanetta, 2003).

Gli elementi che hanno suscitato più energiche resistenze, nelle fasi negoziatriche, sono quelli riconducibili alla disciplina del rimborso e dell'autorizzazione preventiva, vale a dire gli aspetti che incidono sulla capacità di governo della domanda da parte dei soggetti finanziatori (Thomson *et al.*, 2009). La versione definitiva del testo, tuttavia, allude ricorsivamente al coordinamento dei sistemi, elemento che consente di leggere in trasparenza il percorso politico sottostante, e di dedurre il razionale. La maggiore integrazione dei sistemi sanitari europei, raggiungibile in virtù degli effetti della Direttiva, apre scenari di crescente mobilità dettata non più solamente da situazioni di contingenza o prossimità, ma determinata in maniera sempre più consistente dalla (libera) scelta informata del paziente. Il presupposto logico di tale scelta è che un maggiore coordinamento tra i sistemi, vale a dire una loro convergenza e mutuo sostegno nelle politiche di sostenibilità economica, rappresenti un fattore di facilitazione per la mobilità, e che una crescente mobilità rappresenti un fattore di beneficio per l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari in Europa (Palm, Glinos, 2010). Tale convergenza si pone come obiettivo la costruzione dei presupposti per un *Mercato Interno della Sanità*¹¹ capace di garantire servizi sanitario-assistenziali accessibili, di alta qualità e sostenibili sotto il profilo finanziario.

Le questioni prioritarie alle quali ogni progetto di realizzazione di una *sanità comunitaria*¹² dovrebbe tentare di dare risposta, al fine di testare la propria robustezza, sono:

- come possono l'apertura e lo sfruttamento ottimale dell'assistenza sanitaria comunitaria migliorare le condizioni generali della salute dei cittadini europei?
- come possono le opportunità dei servizi di salute transfrontaliera contribuire a ridurre

le disuguaglianze sanitarie tra i Paesi membri?

– come può la sanità oltre-confine rappresentare uno strumento di miglioramento della qualità del servizio a condizione di sostenibilità finanziaria?

Per rispondere a queste grandi questioni strategiche e strutturali dobbiamo distinguere le diverse categorie di pazienti in mobilità, per evitare di proporre soluzioni omogenee per situazione invece profondamente differenziate tra di loro (Longo, Tasselli, 2008). Alla luce delle determinanti alla mobilità esaminate nel § 2 possiamo enucleare tre *cluster* fondamentali di utenti:

- pazienti stranieri residenti,
- pazienti transfrontalieri,
- pazienti mobili «di elezione».

In merito al primo gruppo (quello dei cittadini europei residenti in un Paese diverso da quello di origine) la Eu ha giustamente proposto un indirizzo orientato a consentire l'applicazione di un meccanismo di affiliazione automatica al sistema sanitario recettore: il cittadino che stabilmente¹³ si trovi a risiedere in un qualsiasi Paese membro sarà automaticamente attratto nel campo di vigenza del relativo sistema sanitario, con la conseguente piena accessibilità ai connessi servizi sanitario-assistenziali. Si tratta di stabilire delle regole precise e automatiche, per evitare la possibilità di comportamenti opportunistici e arbitrari.

Con riferimento al gruppo dei pazienti transfrontalieri, si ritiene che l'incidenza dei flussi in gioco (sia fisici che finanziari) imponga ai *policy-maker* lo sviluppo di soluzioni *ad hoc*, puntualmente disegnate per l'area territoriale interessata: il profilo delle politiche più appropriato sembra, a questo proposito, quello degli accordi bilaterali.¹⁴ Nella maggior parte di queste situazioni, l'interdipendenza tra i territori è così profonda, da riguardare già molti altri comparti di politica pubblica: la fiscalità, le politiche attive e passive per il lavoro, la mobilità, per cui il settore sanitario costituisce solo un ulteriore ampliamento degli accordi bilaterali di norma già presenti. Due specifiche direttive Eu sono intervenute in maniera focalizzata e contestualizzata su questi due rilevanti

cluster di pazienti effettivi e potenziali, anche se richiederanno tempi medi lunghi per l'implementazione delle necessarie procedure amministrative.

Destinatario diretto dell'attenzione della Direttiva è, infine, il terzo cluster di pazienti. All'inizio delle discussioni intorno al testo normativo sulla mobilità sanitaria elettiva, i nodi da sciogliere per un accesso equo e regolamentato alle cure oltre confine erano quattro:

- 1) come disciplinare i meccanismi di autorizzazione preventiva alle cure;
- 2) come disciplinare i meccanismi di rimborso delle cure prestate;
- 3) come informare adeguatamente i cittadini europei (vale a dire i potenziali pazienti);
- 4) come alimentare il fabbisogno informativo e garantire il monitoraggio del sistema.

Sul primo punto, il Legislatore comunitario è intervenuto interiorizzando il portato dei pronunciamenti della Corte europea di giustizia degli ultimi due decenni: il divieto di negare l'autorizzazione all'accesso per prestazioni non legate al ricovero, unitamente alla rilevanza riconosciuta, in ogni caso, alle specificità della malattia e alle conseguenze sulla qualità di vita del paziente,¹⁵ dichiara in maniera netta la preminenza della tutela degli interessi del paziente su quelli dei sistemi sanitari.

Non è senza sorpresa, pertanto, che si constata l'inefficacia del testo sul secondo punto. L'urgenza di garantire un accesso sostanzialmente equo e non discriminatorio alle cure, indipendentemente dalla capacità reddituale del singolo cittadino, pare essere rimasta insoddisfatta mantenendo il principio del rimborso monetario al paziente, invece del pagamento diretto da parte dello Stato di appartenenza, pur nei limiti della copertura assicurativa garantita dal proprio terzo pagante.¹⁶ All'obiettivo di rimozione degli impedimenti sostanziali all'equo accesso si contrappone, del resto, anche il meccanismo di copertura finanziario del differenziale che può risultare da eventuali disallineamenti tra i «pacchetti» sanitari nazionali e le relative coperture pubbliche, che rimane in capo al paziente.

Sul lato dell'efficacia informativa, sia esterna (terzo nodo) che interna (quarto no-

do), pare invece che il Legislatore abbia approntato interventi adeguati: l'istituzione dei punti di contatto nazionali, da un lato, e l'avvio di un processo periodico triennale di raccolta di dati e valutazione degli effetti della Direttiva sembrano strumenti potenzialmente capaci di colmare le (notevoli) lacune in questo ambito. A questo proposito si tratterà di valutare l'effettiva volontà e capacità attuativa.

6. Conclusioni

Il fenomeno della mobilità sanitaria infra-Eu è rilevante (4% della popolazione) e crescente nel tempo, in parallelo alla crescente mobilità professionale e residenziale delle persone, all'*empowerment* dei pazienti e alla circolazione di informazioni sugli erogatori sanitari.

Operano però determinanti profondamente diverse tra loro, che spiegano la mobilità sanitaria delle persone (geografiche, economiche, di standard assistenziali) che impattano in maniera differente anche in funzione degli specifici ambiti di cura necessari: diagnostici, ambulatoriali, di ricovero, di riabilitazione, ecc. Semplificando, possiamo concentrarci su almeno tre *cluster* specifici di pazienti mobili, dalle caratteristiche e dai bisogni sanitari profondamente diversi tra di loro: i cittadini europei residenti in altro Stato rispetto a quello di provenienza; i transfrontalieri propriamente detti; e coloro che cercano elettivamente una struttura sanitaria all'estero. Qualora anche la legislazione volesse disciplinare unitariamente la materia sarebbe necessario identificare delle soluzioni *ad hoc* per queste tre categorie di pazienti, per riuscire a contemperare l'equità nell'accesso per i cittadini europei, ma anche la sostenibilità finanziaria della *policy*, in coerenza alla diversa architettura di sistema sanitario che ogni Paese si è dato.

Il legislatore europeo è finalmente intervenuto a definire delle regole, dopo una lunga e lacerante discussione e numerose sentenze della Giustizia comunitaria su casi di mobilità internazionale. Ha compiuto un lavoro che garantisce un sicuro passo in avanti nella regolazione delle crescenti interdipendenze tra gli Stati, garantendo un quadro normativo un poco più preciso e definito, ma lasciando ancora vaste aree inesplorate o ambivalenti.

Da un lato, si è ribadito che i sistemi sanitari rientrano nelle prerogative di governo esclusive dei singoli Stati ma, dall'altro, si è cercato di promuovere la collaborazione tra sistemi sanitari e di regolamentare la mobilità, favorendola. Si è sancito il principio generale che il cittadino è iscritto al sistema sanitario del Paese in cui risiede stabilmente e si sono invitati i territori confinanti a sottoscrivere accordi che regolamentino la mobilità transfrontaliera.

L'ambivalenza della norma Ue persiste nella Direttiva che regola la mobilità elettiva a lunga distanza, a partire dalla definizione dell'oggetto disciplinato: si definiscono regole che hanno pretesa di universalità, ma di fatto sono pensate esclusivamente per la mobilità elettiva per prestazioni diagnostiche e ambulatoriali. Manca quindi una regolazione specifica e convincente per i residenti in altro Paese Ue e per i cittadini transfrontalieri propriamente detti, mentre per i ricoveri si rimanda alle singole legislazioni nazionali, avendo loro lasciato la leva autorizzativa *ex ante* obbligatoria.

Nel perimetro di ciò che è stato regolamentato – diagnostica e specialistica – si è riusciti a mantenere lo spirito ideale della Ue eliminando la possibilità del Paese assicuratore di negare l'autorizzazione all'accesso, mantenendo invece stretto e vincolato il meccanismo finanziario, che passa attraverso un esborso diretto del paziente e il rimborso del proprio terzo pagante *di residenza*. Si è scelto quindi di non istituire dei meccanismi inter-governativi di negoziazione e regolazione che garantiscano la coerenza con le *policy* sanitarie nazionali, ma si è teoricamente salvaguardato il principio dell'universalità dell'accesso, limitandolo, di fatto, con gravosi oneri procedurali e finanziari.

Nel complesso, i provvedimenti adottati rappresentano quindi un *first step* legislativo dove la Ue ha assunto consapevolezza della rilevanza e criticità del fenomeno, interiorizzando la necessità di inquadrarlo, con chiarezza normativa. La risposta elaborata, tuttavia, per le sue caratteristiche e dimensioni è ancora molto parziale e difensiva, pur tentando di salvaguardare la nobiltà dei principi applicati (diritto alla mobilità, equità all'accesso, ecc.). C'è da aspettarsi che la crescita del fenomeno, anche grazie all'apertura parziale offerta dalla recente normati-

va, imponga frequenti ritorni legislativi e di *policy* sulla materia da parte delle istituzioni comunitarie, prima di addivenire a una soluzione strutturale.

Note

1. L'Eurobarometro parla, a questo proposito, di *entitlements and reimbursement for medical treatment undertaken in another Member State*.
2. Il primo provvedimento normativo, rilevante rispetto al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, fu l'adozione del regolamento 1408/71, che razionalizzò la situazione di permeabilità delle frontiere nel mercato del lavoro europeo; in particolare esso individuava, da una parte, un sistema di coordinamento per garantire un livello adeguato di sicurezza sociale ai lavoratori emigrati e ai loro famigliari all'interno dell'area economica europea e, dall'altra, un metodo esplicito di copertura obbligatoria dei trattamenti sanitari ricevuti al di fuori dello Stato di appartenenza.
3. Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera.
4. Si tenga conto del fatto che una disciplina della materia era emersa come necessaria a seguito dell'esclusione dell'assistenza sanitaria dall'ambito di discussione e, successivamente, applicazione della c.d. Direttiva Servizi (2006/123/CE, Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio relativa ai Servizi nel Mercato interno).
5. Una significativa evoluzione della materia si è avuta nel corso degli anni Novanta in virtù dell'opera di chiarificazione svolta dalla Corte europea di Giustizia (l'allora CGCE); le sentenze della Corte hanno infatti ribadito la necessità di integrare la libera circolazione delle persone e la garanzia della libera circolazione di beni e servizi: dichiarando il principio secondo cui gli Stati membri non possono imporre restrizioni alla fornitura di servizi all'interno dell'Unione e, individuando come «servizio» l'erogazione di una prestazione sanitaria, la Corte ha decostruito la base concettuale dell'accordo tacito secondo il quale non dovevano essere compresi tra i «servizi» di libera circolazione quelli pubblici, in quanto non remunerativi. Le sentenze della Ceg, d'altra parte, hanno riconosciuto la remuneratività delle prestazioni sanitarie erogate in particolari condizioni, indipendentemente dal fatto che il flusso finanziario compensativo abbia origine direttamente dal beneficiario oppure da un soggetto terzo pagante (in questo caso il sistema sanitario domestico).
6. La proposta della Commissione viene adottata il 2 luglio 2008, e il Consiglio sancisce l'adozione formale del testo definitivo il 28 febbraio 2011.
7. Il paragrafo 3 dell'art. 9 interiorizza le disposizioni della sentenza Watts, stabilendo che la valutazione del termine temporale della prestazione deve essere compiuta tenendo conto della specifica condizione medica, del livello di dolore del paziente, del grado di disabilità dello stesso e delle conseguenze della malattia sulla capacità del paziente di svolgere una attività professionale.
8. L'art. 13, allo stesso modo, stabilisce che la Commissione sostiene gli Stati membri nella cooperazione allo sviluppo di capacità di diagnosi e cura di malattie rare, tramite l'integrazione di risorse informative.
9. La soluzione che prevede, in un primo momento, il pagamento della prestazione e, successivamente, il relativo rimborso induce di fatto un'autoselezione dei pazienti in base alla propria personale capacità di sostenere immediatamente le spese mediche, privilegiando così quelli dotati di maggiori disponibilità economiche. Il discorso vale, *a fortiori*, nel caso di prestazioni caratterizzate da complessità medicotecnologiche particolarmente alta e, conseguentemente, costose.
10. Regolamento (Ce) N. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale.
11. Il riferimento concettuale è il single market, descritto (all'interno del sito istituzionale di DG MARKT) come «tutto ciò che ha a che fare con l'eliminazione delle barriere e la semplificazione del quadro regolatorio esistente per consentire a ognuno in Europa – individui, consumatori e imprese – di usufruire al massimo grado delle opportunità offerte dalla facoltà di accesso diretto ai Paesi membri ed ai loro cittadini». Non è casuale che il tema della mobilità dei pazienti sia passato, negli ultimi anni, dallo *status* di complicazione con la quale fare i conti a quello di opportunità prioritaria dell'agenda comunitaria: contemporaneamente, infatti, l'Ue ha sperimentato numerose iniziative per il rilancio del Mercato interno, tra le quali le due più significative sono state la pubblicazione del Rapporto sul futuro del Mercato unico (di Mario Monti, del maggio 2010) e l'adozione del *Single Market Act* (aprile 2011).
12. Indicando, con questa espressione, la dimensione integrata e transfrontaliera dei diversi sistemi nazionali.
13. È opinione di chi scrive che tale «stabilità» sia da riconoscersi in presenza di situazioni oggettive minime, quali per esempio un rapporto contrattuale di lavoro (non necessariamente a tempo indeterminato).
14. Diverse esperienze europee dell'ultimo decennio testimoniano la praticabilità di interventi di tale natura; un caso di riconosciuta *best practice* è quello degli accordi conclusi tra strutture ospedaliere belghe e assicuratori olandesi: la regolamentazione dei flussi in entrata, nelle Fiandre, ha prodotto effetti auspicabili sia per il sistema esportatore di servizi (belga) sia per quello importatore/acquirente (olandese); tra i risultati citati in letteratura, su questo caso, si ricordano lo smantellamento del monopolio dei fornitori domestici, l'incentivazione dei comportamenti competitivi tra i soggetti erogatori, l'attenuazione dei problemi legati alle liste d'attesa nel Paese acquirente e la maggiore facoltà di scelta del paziente (Glinos *et al.*, 2006).
15. Causa C-372/2004, *The Queen, on the application of Yvonne Watts vs. Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health*.
16. La versione definitiva della Direttiva stabilisce che un sistema nazionale può valutare di sostenere l'*up-front payment* in luogo del paziente, così come le cure ancillari.

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

- BAETEN R. (2009), «The proposal for a directive on patients' rights in cross-border healthcare», in C. Degryse (a cura di), *Social developments in the European Union. Tenth annual report*, ETUI, Bruxelles.
- BAETEN R., VANHERCKE B., COUCHEIR M. (2010), «The Europeanisation of national health care systems: creative adaptation in the shadow of patient mobility case law», *Observatoire social européen*, Paper series n. 3/ luglio 2010, Bruxelles.
- BERTINATO L., BUSSE R. (2005), *Policy Brief. Cross-border health care in Europe*, Osservatorio Europeo sulle politiche e i sistemi sanitari, Copenhagen.
- BRAND H. (2010), «From "Public Health in Europe" to "European Public Health"», *European Journal of Public Health*, 20 (2), pp. 127-129.
- BRUZZI S. (2007), «Il settore sanitario di fronte alle sfide del processo di integrazione economica europea», *Impresa Progetto*, DITEA, n. 1.
- BUSSE R., WÖRZ M., FOUBISTER T., MOSSIALOS E., BERMAN P. (2006), «Mapping health services access: national and cross-border issues», Report finale del progetto HealthACCESS, Bruxelles.
- CARENZI A. (2008), «La domanda di salute nell'attuale Unione Europea», in A. Carenzi, G. Cesana, G. Vittadini (a cura di), *Il Welfare in Europa: la domanda di salute*, Rapporto Cefass 2008, Milano, pp. 129-140.
- CAVAZZA M. (2008), «Il Mercato unico della salute nell'UE», in A. Carenzi, G. Cesana, G. Vittadini (a cura di), *Il Welfare in Europa: la domanda di salute*, Rapporto Cefass 2008, Milano, pp. 141-192.
- COMMISSIONE EUROPEA (2004), *Seguito del processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea*, 21 aprile 2004, Bruxelles.
- COMMISSIONE EUROPEA (2008), *Proposta di Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria transfrontaliera*, 2 luglio 2008, Bruxelles.
- PARLAMENTO EUROPEO (2011), *Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria transfrontaliera*, 9 marzo 2011, Bruxelles.
- DG SANCO (2008), «Cross-border health services in the EU. Analytical report», *Eurobarometro* n. 210, The Gallup Organization per conto della DG Salute e Protezione del Consumatore (SANCO) della Commissione Europea.
- GU DELLA CEE (1971), *Regolamento n. 1408/71 del Consiglio relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori dipendenti e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità*, del 14 giugno 1971.
- LONGO F., TASSELLI S. (2008), «I profili di utenza e la mobilità dei pazienti», in F. Longo, M. Del Vecchio, F. Lega (a cura di), *La sanità futura. Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie*, Egea, Milano, pp. 77-111.
- PALM W., GLINOS I. (2010), «Enabling patient mobility in the EU: between free movement and coordination», in E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten, T. Hervey (a cura di), *Health systems governance in Europe. The role of European Union law and policy*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 509-560.
- RICCIUTI E., TEDIOSI F. (2011), «Assistenza sanitaria senza frontiere», *lavoce.info*, 7.07.2011, <http://www.lavoce.info/articoli-sanita/pagina1002396.html>.
- ROSENMÖLLER M., LLUCH M. (2006), «Meeting the needs of long-term resident in Spain», in M. McKee, R. Baeten, M. Rosenmöller eds., *Patiens mobility in the European Union - Learning from experience*, European Observatory on Health Systems and Policies, May, 194, Brussels.
- ROSENMÖLLER M., MCKEE M., BAETEN R. (2006), *Patient mobility in the European Union. Learning from experience*, Osservatorio Europeo sulle politiche e i sistemi sanitari, Copenhagen.
- THOMSON S., FOUBISTER T., MOSSIALOS E. (2009), «Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses», *Observatory Studies Series*, n. 17, Osservatorio Europeo sulle politiche e i sistemi sanitari, Copenhagen.
- ZANETTA G.P. (2003), *L'Europa e la salute*, 1ª edizione, Franco Angeli, 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@unibocconi.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**.

Medicina generale: evidenze sull'efficacia raggiunta dalle logiche organizzative e gestionali adottate in seno al Ssn

M. AGNELLO, A. ARONICA, M. BELLENTANI, L. BOATTINI, A. BRAMBILLA, A. COMPAGNI, E. CORSALINI, P. DA COL, A. DI MALTA, G. DAMIANI, A. DONATINI, M. FABI, G. GENTILI, F. LONATI, F. LONGO, P. LONGONI, G. MACIOCCO, G. MONCHIERO, G. MONTI, D. RICCÒ, D. SALVATORE, P. SALVADORI, D. SPAZZAPAN, A. TANESE, S. TASSELLI, V. TOZZI, N. TRIMARCHI, E. VENDRAMINI

On December 12th 2011, Università Bocconi hosted a consensus conference on primary care. The most relevant stakeholders of the sector were among the participants to the meeting, many of them being also the authors of this paper. The conference aimed at reflecting on the state of the art of primary care in Italy, with a specific focus on the role played by general practitioners. On the basis of the collection and analysis of the available scientific literature and their experiences, the conference participants have worked out a diagnosis of the current Italian system of general practice and elaborated on the degree of implementation of the reforms that have involved the sector. This paper summarises the main reflections and conclusions of that day.

Keywords: general practice, organizational models, contractual arrangements, information systems, clinical governance

Parole chiave: medicina generale, forma contrattuale, associazionismo, livelli di contrattazione, sistemi informativi, governo clinico

Note sugli autori

Le affiliazioni degli autori sono in nota al termine del documento

1. Obiettivi della *Consensus Conference*

Il 12 Dicembre 2011 presso l'Università Bocconi si è tenuta una *consensus conference* sullo stato dell'arte della Medicina generale nel Ssn, in particolare per condividere una diagnosi sul settore e sulle logiche organizzative e operative adottate, per comprenderne l'efficacia, le criticità e i possibili margini di miglioramento. Hanno partecipato all'incontro alcuni dei principali *stakeholder* ed esperti del settore, molti dei quali sono gli autori e sottoscrittori del presente documento.

La *consensus conference* si è posta un duplice e ambizioso obiettivo: da un lato, raccogliere e sintetizzare le evidenze scientifiche disponibili relative all'impatto delle innovazioni organizzative e gestionali nella medicina generale; dall'altro, elaborare, alla luce delle evidenze disponibili, una diagnosi interpretativa condivisa sullo stato dell'arte del settore, sui suoi punti di forza e criticità, e su quali siano le soluzioni organizzative e operative ad oggi considerabili efficaci.

L'intenzione dei promotori consiste nel giungere a una condivisione dei punti di forza e debolezza dell'odierna Medicina generale, attraverso un dialogo tra le parti, per creare una piattaforma sufficientemente robusta su cui poter successivamente formulare una terapia condivisa per lo sviluppo strategico del settore e delle sue comunità professionali, perno di riferimento nella riorga-

SOMMARIO

1. Obiettivi della *Consensus Conference*
2. Quale missione e strategia per la Medicina generale?
3. Organizzazione e rappresentanza
4. Contratti e responsabilizzazione
5. Sistemi informativi, management e governo clinico
6. Conclusioni
7. Appendice

nizzazione dei servizi sanitari orientata alla «territorializzazione» delle cure. Le proposte per lo sviluppo della Medicina generale nel contesto più ampio dell'assistenza primaria saranno oggetto di una ulteriore sessione di *consensus conference*.

Durante la giornata, i partecipanti hanno lavorato in due sessioni plenarie (una iniziale per discutere la sintesi delle evidenze di letteratura, una seconda finale per condividere la diagnosi del settore) e in una sessione intermedia a piccoli gruppi secondo i blocchi logici di riflessione di seguito elencati:

- missione e strategia della Medicina generale;
- organizzazione e rappresentanza dei Medici di medicina generale (Mmg);
- forma contrattuale e meccanismi di responsabilizzazione dei Mmg;
- governo clinico dei Mmg.

I risultati dei lavori sono riassunti nei paragrafi seguenti secondo i blocchi logici indicati sopra. Il presente scritto rappresenta, quindi, una sintesi dei ragionamenti condivisi sullo stato dell'arte del settore e della professione da cui poi poter prendere le mosse per la definizione successiva delle prospettive di evoluzione.

2. Quale missione e strategia per la Medicina generale?

Questa sezione discute prima il ruolo esercitato dai Mmg nel Ssn e poi il rapporto tra autonomia professionale e sviluppo manageriale dei dirigenti di distretto e dei dipartimenti delle cure primarie delle Ausl.

2.1. Ruoli esercitati dai Mmg

La cultura professionale che si è consolidata negli anni tra i Mmg è focalizzata prevalentemente sui cardini dell'autonomia professionale, e dell'orientamento al servizio per la costruzione di un rapporto duraturo e fidelizzato con gli assistiti. Per promuovere l'evoluzione di mappe cognitive e comportamentali così radicate, a favore di modelli assistenziali maggiormente in linea con i bisogni emergenti, è necessario, quindi, un profondo cambiamento culturale da parte dei professionisti, dei *policy-maker* e dei pa-

zienti. *Purtroppo, non esistono, o esistono molto raramente, luoghi strutturati per la discussione sulle condizioni e i fabbisogni dell'assistenza primaria (di cui Mmg sono una componente), capaci di creare consapevolezze diffuse e traiettorie di cambiamento sufficientemente robuste e condivise.* Al momento lo spazio e lo strumento al cui interno questa discussione avviene è principalmente la negoziazione della convenzione nazionale per la Medicina generale, che è diventata negli anni l'unico momento di riflessione sul funzionamento del settore. Si tratta, tuttavia, di uno strumento principalmente contrattuale che soffre inevitabilmente delle limitazioni di azione che comporta un'arena di relazioni sindacali tra parti contrapposte. Essa, pertanto, difficilmente può vicariare fino in fondo l'assenza di un agorà di riflessioni pubbliche scientifiche, di policy e professionali, tanto più che la rappresentanza sindacale non intercetta la totalità delle posizioni dei Mmg.

L'assenza di luoghi e strumenti di riflessioni sistematiche sul settore è aggravata dall'orientamento sempre più dominante verso il breve periodo da parte dei decisori delle aziende pubbliche, in parte dovuto a una permanenza troppo breve in carica del *top management* delle Ausl. *Diretta conseguenza dell'orientamento al breve periodo è la crescente difficoltà a lavorare su processi di cambiamento culturale che richiedono, per loro stessa natura, un orizzonte temporale di riferimento di medio-lungo periodo e continuità direzionale.*

Ulteriore elemento di difficoltà è rappresentato dalla frammentarietà del contesto regolatorio e di *policy* diviso in tre livelli di negoziazione (nazionale, regionale, aziendale) e dalla scarsa attività di ricerca valutativa di tipo scientifico sul settore, temi che vengono approfonditi più avanti.

In questo scenario ricco di eterogeneità è possibile ricostruire e definire *ex post* cinque possibili identità professionali emergenti, assegnate al Mmg nei diversi sistemi regionali o dai loro distinti livelli organizzativi:

– *ruolo di prevenzione*, ovvero il Mmg come un educatore a stili di vita appropriati e promotore della salute secondo un'accezione vicina al paradigma storico del Medico di comunità;

– *ruolo di traduttore del bisogno di salute in domanda* di servizi, ovvero il Mmg come «difensore civico» del cittadino-paziente, che ne individua i bisogni assistenziali, garantendone il diritto di accesso ai servizi e indirizzandolo in maniera opportuna lungo la rete degli ambiti di cura;

– *ruolo di gatekeeper*, responsabile del contenimento della domanda indotta, che governa i consumi e quindi la spesa, sia selezionando le prestazioni necessarie, sia indirizzando verso gli ambiti di cura più appropriati secondo costo-efficacia per il Ssn, in contrapposizione alle pressioni provenienti sia dal sistema di offerta sia dal consumismo sanitario;

– *ruolo di clinico*, sottolineando la capacità diagnostica e terapeutica del Mmg, da esercitarsi sia singolarmente, sia in *équipe*. A questo riguardo occorre sottolineare come sia proprio il ruolo di clinico, da sempre parte totalizzante dell'attività e della cultura del Mmg, a essere particolarmente in crisi, anche in relazione all'evoluzione tecnologica che rende l'ambulatorio del Mmg spesso insufficiente a un adeguato approfondimento diagnostico;

– *ruolo potenziale di regista e coordinatore del progetto clinico*, in un'ottica di integrazione di diversi servizi e ambiti di cura, con un approccio multidisciplinare, in cui possa assumere il ruolo di *care manager*. In generale, esercita il ruolo di punto di riferimento dei servizi/prestazioni da far convergere sull'assistito, erogati anche da altri soggetti.

Si tratta di ruoli idealtipici, che inevitabilmente sono tutti co-presenti e combinati: la questione è il loro *mix* ovvero la loro prevalenza, che determina le reali caratteristiche di un professionista o di un gruppo di professionisti nel proprio contesto locale.

Questa eterogenea configurazione professionale genera una significativa distanza tra i contenuti regolatori formalmente assunti, e i ruoli effettivamente agiti, di solito largamente più modesti di quelli legislativamente o contrattualmente definiti. La reale consistenza di questo gap non viene quasi mai indagata con analisi scientifiche empiriche terze, rendendo il quadro conoscitivo piuttosto opaco. In altri termini, essendo disponibili scarse valutazioni di merito, il sistema subi-

sce un'enorme variabilità tra l'organizzazione attesa e quella osservata, con il potenziale rischio di inefficacia delle politiche dichiarate a causa dei *gap* o delle distorsioni attuative non rilevate.

È comunque interessante notare come nelle Regioni più mature si sia assistito a una evoluzione, almeno normativa e di indirizzo, in merito al ruolo dei Mmg, inizialmente sottolineandone la natura di *gatekeeper* per poi spostarsi in una fase successiva a enfatizzare il ruolo di produttore di servizi di cura. Ultimamente, in questi contesti, si inizia a diffondere la visione del Mmg come integratore di cure e *care manager* che aiuta il paziente a usufruire di servizi altrimenti erogati da una rete eterogenea e dispersa, e che quindi viene responsabilizzato sull'unitarietà del processo clinico. Paradossalmente, questa maggiore elaborazione di *policy* ha incrementato le variabilità di ruolo degli Mmg tra Ausl e tra Regioni a causa di processi attuativi e interpretativi fortemente differenziati di questi stessi indirizzi, con conseguente aumento del divario tra *policy* dichiarate e ruoli effettivamente agiti. Nei Piani regionali prevale in alcuni casi il ruolo di *gatekeeper*, in altri si propone per il Mmg un ruolo di *care manager* e di tramite con il livello delle cure ospedaliere, senza poter mai chiaramente individuare le dipendenze gerarchiche e funzionali di tali professionisti.

Oltre al dibattito e ai cambiamenti di *policy*, l'evoluzione della Medicina generale è determinata da rilevanti *driver* sistemici, in particolare:

(a) Scelte di politica sanitaria complessive:

– deospedalizzazione dell'assistenza sanitaria e rinnovata enfasi sulla *primary health care*;

– riequilibrio nella ripartizione di risorse tra ospedale e territorio e tra acuzie e cronicità;

– integrazione dei sistemi informativi sanitari.

(b) Fenomeni demografici:

– invecchiamento della popolazione e conseguente crescita delle persone sole e/o non autosufficienti;

– mutamenti dell'epidemiologia ed evoluzione quali-quantitativa della domanda con particolare sviluppo delle patologie cro-

niche, che occupano una quota crescente di tempo lavoro dei medici, e che consumano una quota rilevante delle risorse del Ssn.

(c) Fattori demografici della professione:

– invecchiamento età media dei Mmg, aumento del numero di assistiti medio per medico, inizio prospettico dello *shortage* nella categoria;

– incremento della femminilizzazione della professione, che accelererà il dinamismo possibile nell'interpretazione del ruolo portando nuove attitudini e orientamenti organizzativi.

Questi *trend*, e in particolare *il trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio, la presa in carico della cronicità, la riduzione del numero dei medici, rappresentano delle rilevanti leve di potenziale sviluppo del settore delle cure primarie, leve che potrebbero portare a un accresciuto ruolo del Mmg nel Ssn, liberare risorse per realizzare presidi territoriali per l'erogazione dell'assistenza primaria e arricchirli di altre professioni, come peraltro indicato dalla programmazione nazionale*. Si tratta di leve potenziali e non di automatismi che il settore deve però dimostrare di saper cogliere.

2.2. Autonomia professionale dei Mmg e sviluppo manageriale dei dirigenti di distretto e dei dipartimenti cure primarie

Tradizionalmente, è stata assunta una netta contrapposizione tra l'autonomia professionale da un lato e l'avvento del managerialismo dall'altro. Tuttavia, a una più attenta analisi empirica, è frequente osservare come la presenza di medici forti – sia da un punto di vista clinico quanto organizzativo – sia andata di pari passo con la presenza di Ausl forti e viceversa. In altri termini, *laddove i distretti o i dipartimenti di cure primarie, a seconda dei modelli organizzativi delle Ausl, hanno esercitato con forza e incisività le proprie prerogative di governo, la cultura e la prassi professionale e organizzativa dei Mmg hanno tratto ampio beneficio*; così come lo stimolo alla crescita di ruolo dei Mmg ha operato spesso da stimolo per i Medici di direzione dei servizi territoriali. Viceversa, la debolezza degli uni è quasi sempre correlata con la fragilità degli altri. Queste riflessioni gettano una luce completamente diversa sul

ruolo e sui risultati che strumenti aziendali di governo efficaci possono agire.

Parimenti, in tema di autonomia professionale, essa è stata tradizionalmente interpretata come esercizio individuale della professione. «Autonomia» veniva storicamente intesa come sinonimo di «individualità» nell'esercizio della professione. All'opposto, *il nuovo professionalismo, non solo medico ma anche di altre categorie, concepisce uno sviluppo collettivo o societario come modo di ampliamento dello spazio di azione e quindi di autonomia del professionista*. Un esempio chiaro in tale ottica è rappresentato dalle professioni legali. In questo senso, l'associazionismo in Medicina generale è funzionale all'ampliamento dello spazio di attività dei professionisti stessi, supportando, così, in modo diretto, anche una nuova e accresciuta autonomia professionale. La potenzialità innovativa e imprenditoriale garantita dalle forme associative più strutturate risponde, soprattutto, alla necessità di rilanciare il ruolo professionale dei Mmg. Questo è di particolare rilevanza nel contesto organizzativo dell'Ssn che presenta «vuoti» di ruoli e competenze che necessitano di essere colmati alla luce del nuovo quadro epidemiologico e dei nuovi modelli di servizio auspicati. A titolo esemplificativo, è possibile citare il contributo allo sviluppo della professione dei Mmg che potrebbe essere garantito dal passaggio dalla tradizionale medicina d'attesa a quella di iniziativa, soprattutto nella gestione delle cronicità. Esso garantirebbe uno spazio nuovo di sviluppo della professione, delle sue prerogative e autonomie nei confronti di altri professionisti del Ssn. Essa difficilmente può però essere organizzata al di fuori di logiche organizzative strutturate che coinvolgano in una reale integrazione professionale più Mmg, oltre che ad altri professionisti.

La crescente domanda di servizi da parte dei pazienti cronici inizia a diffondere la consapevolezza da parte dei Mmg di dover segmentare il lavoro tra pazienti cronici e occasionali, in quanto portatori di fabbisogni organizzativi molto diversi. Uno studio della Fimmg ha rilevato che un Mmg con 1500 assistiti riferisce l'accesso in studio, in una tipica giornata lavorativa, di circa 40 persone. Cercando di suddividere i tempi di lavoro per le diverse attività svolte, il Mmg dedica il 45% del proprio tempo alla visita

del paziente, il 23% all'attività prescrittiva (spesso strettamente integrata all'elemento «visita», ma che a volte prevede l'adempimento di aspetti semplicemente compilativi e burocratici), il 12% al contatto telefonico con i pazienti, e un 15% all'attività certificativo-amministrativa, quota da tutti riferita in progressivo e costante aumento. Una diversa e migliore articolazione del lavoro deve basarsi su alcune considerazioni di fondo. Da un lato, i pazienti affetti da patologia cronica richiedono un'assistenza standardizzata, con tappe e procedure programmate, in cui uno dei *focus* principali è proprio l'ingegnerizzazione dei processi per impostare e verificare l'aderenza alle cure. Dall'altro, a complicare il quadro assistenziale di tali pazienti contribuiscono le rilevanti percentuali di comorbidità e di fragilità presenti, che richiedono un alto carico assistenziale per i Mmg e necessitano una forte integrazione interdisciplinare e una capacità di pianificazione personalizzata. All'opposto, i pazienti occasionali attivano una domanda non programmabile e, di norma, a più bassa complessità. La clusterizzazione dei pazienti e, quindi, la segmentazione del lavoro produce ricadute positive in termini di programmabilità, standardizzazione e potenziale attivazione di servizi per pazienti complessi legati a logiche di medicina d'iniziativa. Essa risulta tanto più facilmente gestibile, quanto l'assetto organizzativo dei Mmg è strutturato. In questo contesto risulta di fondamentale importanza, inoltre, la conoscenza puntuale dei consumi degli assistiti e la classificazione degli stessi anche nell'ambito della più ampia categoria generalmente identificata come «i cronici».

Un aspetto che viene tuttora avvertito come critico per la professione è la scarsa strutturazione dei percorsi di sviluppo professionale del Mmg in ogni fase della formazione, sin dalla fase universitaria, durante la specializzazione (per scelta della categoria al di fuori di percorsi accademici) per giungere al *lifelong learning*, che vede l'aggiornamento obbligatorio talvolta poco strutturato o debolmente correlato ai reali bisogni della professione. Tale criticità appare acuita dal concorso dei seguenti fattori:

- presenza sistematica di corsi con un forte *commitment* dei formatori coinvolti, ma relativa debolezza delle organizzazioni inca-

ricate della formazione, che non hanno alla base istituzioni stabili di ricerca e didattica;

- mancanza di personale dedicato a tempo pieno o in modo rilevante a ricerca e didattica;
- fragilità della formazione/informazione delle aziende del Ssn al confronto con quella proposta dalle imprese farmaceutiche.

Le criticità che caratterizzano la formazione professionale non coinvolgono, tuttavia, i soli Mmg, bensì anche i Medici di organizzazione delle aziende territoriali del Ssn (dirigenti di distretto/dipartimento delle cure primarie) che sono largamente esposti a processi formativi, ma che spesso non riescono a determinare sviluppo ed *empowerment* sostanziale per l'esercizio dei ruoli gestionali. Tale carenza è elemento di forte criticità per il rafforzamento reale del «territorio». Ciò, probabilmente, è dovuto anche al fatto che questi processi formativi sono ancora legati a modelli classici di formazione d'aula frontale e poco correlati all'esercizio delle funzioni, non usando modelli di *training on the job*, di sperimentazione-formazione, di *benchmarking* autovalutativo.

3. Organizzazione e rappresentanza

In questa sezione si discute delle forme di organizzazione e associazione del lavoro di Mmg e dei meccanismi di rappresentanza sindacale in essere.

3.1. Le aggregazioni professionali

È progressivamente maturato come unanime il giudizio che, a prescindere dal dettame normativo, l'idea dell'aggregazione professionale e interprofessionale per Mmg sia valida e positiva, specie in un contesto, quale quello del Ssn, che propone con crescente determinazione l'adozione di logiche di medicina d'iniziativa e la gestione attiva della cronicità da parte delle cure primarie. Si riconosce, inoltre, come ai vantaggi legati agli aspetti prettamente clinico-professionali, vi siano vantaggi legati a una migliore organizzazione e divisione del lavoro, nonché alla condivisione dei fattori produttivi, che può determinare utili economie di scala e di specializzazione. Tuttavia, *si ritiene che, rispetto alle forme organizzative individuate dalla norma e dalla convenzione, solo la forma associativa strutturale (per*

esempio il gruppo) sia l'elemento minimo necessario per realizzare i suddetti vantaggi. Al contrario, la forma associativa funzionale (per esempio la rete o l'associazione) appare di scarso valore aggiunto e potenzialmente utile limitatamente a contesti a bassissima densità di popolazione.

Se, in principio, *l'idea dell'aggregazione professionale è sufficientemente condivisa, dunque, ben accolta dalla più ampia comunità professionale, essa si è tuttavia rivelata spesso deludente in fase applicativa*. Infatti, l'ambiguità delle previsioni normative relative al ruolo del Mmg si riflette specularmente sulle loro aggregazioni, al punto da suscitare condivise insoddisfazioni sulla percezione del valore aggiunto da esse prodotte, se non nelle eccezioni rappresentate dai casi eccellenti, che però non rappresentano la norma. Infatti, per esempio, nelle forme di associazionismo si osservano deboli processi di *peer review*, sebbene, in merito a quest'ultimi, vi siano espliciti obblighi convenzionali. Altresì incompleti appaiono i meccanismi di condivisione di pazienti e piuttosto inconsistente il previsto aumento di servizi per gli assistiti. *In realtà, è mancata una definizione chiara dei servizi o processi organizzativi aggiuntivi che l'aggregazione professionale dovrebbe garantire*, cosa che ha comportato l'adozione di iniziative non sempre coerenti con i fabbisogni primari degli assistiti e delle Ausl di riferimento. Fino a questo momento, quindi, la necessità di aggregazione appare per lo più sentita dai Mmg come un'esigenza sospinta da vantaggi economici, spesso con scarso valore aggiunto per la collettività. A questo si aggiunge l'assenza di un sistema di valutazione strutturato dell'associazionismo stesso e a un numero ancora limitato di studi empirici al riguardo (si vedano alcuni esempi nella tabella in **appendice 1**).

La poca evidenza empirica mostra che *laddove i Mmg sono stati liberi di associarsi spontaneamente, le aggregazioni hanno risposto maggiormente a esigenze proprie dei consociati piuttosto che a necessità di carattere organizzativo espresse dalle aziende*: ciò è facilmente riscontrabile, per esempio, nel fatto che *i Mmg si sono uniti tra colleghi culturalmente omogenei*, in funzione della comunanza di percorso universitario, di esperienza, di conoscenza e non, come auspicato, in funzione della contaminazione del sapere

tra Mmg dal profilo culturale e scientifico eterogeneo tra di loro. *Tali elementi culturali e individuali, inoltre, rappresentano la vera discriminante, più della forma associative in sé, nel garantire un miglior esito clinico e l'aderenza del Mmg a linee-guida di cura evidence-based*. Altro aspetto rilevato in letteratura riguarda il diffuso fenomeno della *sovrapposizione di ruoli tra la rappresentanza sindacale e il coordinamento di forme associative, generando inevitabilmente confusione* nei meccanismi di rappresentanza.

A dispetto delle criticità appena evidenziate, non è possibile negare che l'associazionismo abbia contribuito anche ad alcuni sviluppi positivi, rilevabili, per esempio, nell'aumento delle ore di apertura degli ambulatori, nella loro miglior infrastrutturazione con personale di supporto che garantisce per esempio l'accesso rapido a prescrizioni routinarie, nella diffusione di visite per appuntamento, nella crescita della possibilità per i Mmg di diversificare le loro attività e servizi. Infine, come emerso nel confronto all'interno della comunità professionale, l'associazionismo medico rappresenta una condizione necessaria per il miglioramento della qualità dell'assistenza della medicina di famiglia, ma non sufficiente. Particolare attenzione deve essere data al paradigma di lavoro che si intende sviluppare grazie alla forma professionale organizzata: si intende continuare con la medicina di attesa o attivare logiche di medicina di iniziativa? Si intende lavorare in maniera contingente o adottare percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) strutturati e in parte standardizzabili? Si intende valorizzare il contributo di altri professionisti e stabilire modi che ne facilitino il dialogo o le varie professioni devono semplicemente organizzarsi per fare autonomamente un pezzo del lavoro richiesto? Si vuole educare i cittadini all'autocura e valorizzare le potenzialità della comunità di riferimento oppure si continua con approcci tradizionali? In altri termini, *sono i contenuti, cioè i differenziali di servizi, e non tanto il contenitore organizzativo che possono fare la differenza*.

3.2. I livelli di contrattazione sindacale

L'elemento maggiormente critico riferibile ai livelli di contrattazione sindacale ri-

guarda la loro numerosità (livelli nazionale, regionale e aziendale) e il grado di disallineamento e sovrapposizione esistente tra questi. La Medicina generale è uno dei pochi comparti del mondo del lavoro del Paese che presenta ben tre livelli di negoziazione. In generale, la contrattazione si svolge in tempi estremamente lunghi, cosa che pregiudica gravemente la capacità programmatica delle aziende Usl, le quali si trovano a dover ratificare e contestualizzare accordi sovraordinati che riguardano periodi passati e orizzonti temporali in parte non allineati tra loro.

Per quanto concerne il livello centrale e regionale, tali contrattazioni appaiono adeguate per delineare il quadro generale di indirizzo: esse risultano però spesso incoerenti ai fabbisogni organizzativi e di sviluppo delle singole aziende, che si trovano a essere o troppo avanti o troppo indietro rispetto alle previsioni degli indirizzi sovraordinati. Le contrattazioni nazionali e regionali agiscono spesso come freno all'innovazione aziendale o come meccanismo che incentiva una mera aderenza burocratica, senza garantire sviluppo dei servizi e delle professionalità del settore.

La stratificazione e la lentezza dei processi di negoziazione sindacale appaiono esaurire ogni energia programmatica del sistema e delle aziende, determinando una grave carenza gestionale e organizzativa che vede la negoziazione sindacale come unico momento di definizione degli obiettivi dei medici singoli o associati. In altri termini, *l'accordo sindacale esaurisce la funzione di programmazione e controllo aziendale, che invece è necessaria per personalizzare e declinare gli obiettivi per aggregazioni di Mmg/Pls in funzione delle caratteristiche dei loro iscritti, delle loro competenze e performance storiche.* Questo rende asimmetrica la collocazione organizzativa dei Mmg rispetto agli altri medici del Ssn, abituati a negoziare set di obiettivi per unità operative all'interno della cornice garantita dagli accordi sindacali aziendali.

4. Contratti e responsabilizzazione

Questo paragrafo discute le attuali caratteristiche del rapporto convenzionale in essere e le logiche e le competenze di governo portate avanti dai distretti e/o dai dipartimenti di cure primarie.

4.1. Il rapporto convenzionale

L'attuale sistema di remunerazione del Mmg, fondato sulla quota fissa capitaria, con una componente variabile aggiuntiva, espone il fianco a una serie di criticità. Innanzitutto, esso induce a una massimizzazione della quantità dei pazienti piuttosto che la qualità delle prestazioni e del controllo degli esiti. Inoltre, *si riscontrano, nella prassi applicativa, l'adozione di logiche prevalentemente burocratiche e automatiche nel calcolo delle quote retributive variabili* (premi per risultati, trasferimenti notolari, rimborsi per fattori produttivi aggiuntivi o per l'adozione di forme associative), rendendo nel percepito degli attori la retribuzione variabile assimilabile alla retribuzione fissa. Il riflesso di quanto appena indicato è la scarsa utilizzazione delle quote retributive variabili quale leva motivazionale in mano ai detentori di responsabilità di governo clinico – i direttori di distretto e delle cure primarie, nell'ambito delle rispettive e specifiche attribuzioni – e la loro sostanziale devoluzione ad ambiti amministrativi spesso scarsamente connesse con i bisogni di governo dei vari ambiti territoriali.

La disciplina in essere del rapporto convenzionale risulta estremamente articolata e complessa determinando significative quote di ambiguità circa i ruoli, i compiti e le attività del Mmg che vengono variamente interpretati a livello locale, a seconda delle culture e capacità organizzative e gestionali disponibili. La convenzione, come ogni altro contratto di lavoro, determina fisiologicamente la focalizzazione delle attenzioni su aspetti prevalentemente economici, procedurali e tecnico-organizzativi, trascurando, invece, gli aspetti qualitativi e di risultato connessi alla pratica clinico-organizzativa. La scarsa modularità dello strumento, inevitabilmente calibrato sulla media del Paese, inoltre, comporta la difficoltà di introdurre nel sistema delle cure primarie innovazioni organizzative di rilievo, dovendo quest'ultime essere oggetto di specifica previsione negoziale. Ciò riduce enormemente la flessibilità e i gradi di autonomia dei diversi attori locali, per definire innovazioni più coerenti ai singoli contesti.

Ulteriori aspetti che emergono dall'osservazione empirica riguardano *la scarsa pro-*

pensione dei cittadini di utilizzare il diritto di scelta e revoca del proprio Mmg che, in principio, si considerava essere il miglior meccanismo per la valutazione della qualità del servizio erogato. Il diritto di scelta dei cittadini è percepito come una leva rilevante nel settore, soprattutto da parte dei Mmg, ma nella pratica è poco utilizzata.

Il rapporto convenzionale si è, ad ogni modo, distinto per alcuni aspetti positivi, sia in riferimento al Ssn nel suo complesso, sia rispetto alla relazione con il singolo paziente. Nel primo caso, infatti, è bene sottolineare come *il rapporto convenzionale garantisca per il Ssn minori costi e continuità del servizio rispetto a un rapporto dipendente con l'obbligo di sostenere tutti i costi per gli ambulatori e garantire sostituzioni in caso di assenze; inoltre, esso funge da strumento di flessibilità nella acquisizione e organizzazione dei fattori produttivi per il singolo Mmg*. Per quanto concerne, invece, la relazione con i pazienti, il rapporto convenzionale induce nel singolo Mmg un forte orientamento al servizio e alla fidelizzazione del proprio assistito. A riconferma di ciò, è possibile citare gli esiti delle indagini di *customer satisfaction* dei diversi ambiti di cura del Ssn che vedono costantemente i Mmg al top del ranking.

4.2. I dirigenti di distretto e dei dipartimenti delle cure primarie e gli strumenti di governo delle Ausl

In riferimento al tema del *middle management* (direttori di distretto, di dipartimento di cure primarie- DCP, medici di organizzazione), è necessario sottolineare come vi sia consenso sulla loro centralità strategica nel determinare sviluppi e risultati delle cure primarie, ma anche diversi livelli di problematicità che limitano l'efficacia dell'azione di queste figure all'interno del sistema di cure primarie. Da una parte è evidente la difficoltà di generare e consolidare un *set* di competenze gestionali specifiche per i servizi territoriali. Questo può essere dovuto anche a una minore tradizione e cura nel disegnare e gestire i percorsi di carriera dei medici di organizzazione delle Ausl rispetto al mondo dei clinici e questo si acuisce nei servizi territoriali. Ciò induce, come effetto generale, una debolezza dei meccanismi di motivazio-

ne che, quando si tramuta in debole esercizio del ruolo, rende povera l'esperienza di disegnare e utilizzare gli strumenti di governo dei Mmg, e indebolisce il fisiologico meccanismo di *empowerment* organizzativo che dovrebbe caratterizzare ogni dirigente d'azienda nell'esercizio delle proprie funzioni di guida e controllo.

D'altro canto è possibile osservare come talvolta gli strumenti per il governo dei servizi territoriali non siano sempre direttamente disponibili al management distrettuale e di cure primarie, obbligando i medici di organizzazione dei distretti e DCP a un faticoso lavoro di ricomposizione organizzativo. Essi devono coordinarsi con il settore amministrativo per poter manovrare le leve di incentivazione, con il controllo di gestione per produrre e inviare i *report* ai Mmg/Pls, con la direzione sanitaria per definire i PDTA, con l'unità dei sistemi informativi per ottenere accesso fruibile ai dati. In altre parole, al direttore di distretto o DCP non sono sempre trasferite del tutto le prerogative di governo diretto su alcuni sistemi operativi aziendali fondamentali per l'esercizio del suo ruolo di indirizzo e supporto dei Mmg/Pls o essi non hanno saputo guadagnarsi la legittimazione al loro utilizzo autonomo.

Entrambi questi fattori determinano una relativa debolezza delle pratiche manageriali dei servizi territoriali, sia per quanto riguarda gli strumenti di programmazione e controllo (non esistono di norma degli obiettivi e un budget declinati per aggregazioni di medici), la reportistica (troppi report mandati da servizi diversi, in tempi diversi, con firme diverse ai Mmg), il sistema informativo (spesso parziale, non integrato con i Mmg, né a fini clinici, né gestionali), sia i PDTA, di cui non si riesce a monitorare i tassi di reclutamento e la compliance di Mmg e pazienti. Nelle Ausl delle Regioni più mature alcuni o tutti questi strumenti sono formalmente disponibili, ma raramente vengono utilizzati in maniera organica e regolare nel tempo. Anche laddove gli strumenti sono tecnicamente raffinati, essi spesso soffrono per la debolezza dei processi relazionali con i Mmg. Questa debolezza permette di comprendere anche perché il *focus* principale, e talvolta esclusivo, dell'azione di governo del sistema sia la spesa farmaceutica aggregata, che, per la sua dimensione di componente di

spesa variabile, garantisce risparmi immediati, seppur in un orizzonte di governo molto segmentato e parziale.

Invece, i tempi sono ampiamente maturi per introdurre anche in Medicina generale strumenti completi e organici di governo clinico, che affrontino anche il tema della gestione del rischio, della soddisfazione del paziente, della ingegnerizzazione e verifica di logiche di medicina di iniziativa e di *disease management*. Essi devono operare contestualmente sia a livello di Medici di direzione, sia di Mmg/Pls e delle loro forme organizzative, seppur con le necessarie personalizzazioni in base al livello e alla finalità di utilizzo.

5. Sistemi informativi, management e governo clinico

In generale, in seno alla comunità professionale, appare condivisa un'accezione intuitiva del concetto di governo clinico. Tuttavia, si riscontrano notevoli difficoltà attuative legate all'assenza di *database* informativi condivisi tra medici e Ausl. Ad acuire tale problema interviene, inoltre, la straordinaria eterogeneità nella struttura dei sistemi informativi (SI) tra i diversi sistemi regionali e all'interno di ciascuna Regione. In particolare si rileva come siano estremamente critiche la frattura e la scarsa integrazione tra i sistemi informativi delle Ausl e quelli dei Mmg. Le Ausl di norma dispongono dei dati su tutti i consumi sanitari per residente, ma spesso non dispongono di informazioni certe sulla diagnosi o di informazioni sui consumi pagati *out of pocket*. Viceversa i Mmg dispongono solo di informazioni sul prescritto e non conoscono l'intera filiera di consumi pubblici dei loro iscritti. Inoltre, l'evoluzione strategica dei SI oscilla incerta tra tre principali traiettorie di sviluppo: quella orientata a integrare informazioni ai fini del governo clinico (conoscere per ogni paziente diagnosi e consumi); quella orientata a trasmettere dati clinici (es. referti e prescrizioni); quella orientata a facilitare l'accesso per i pazienti.

Accanto all'assenza di una solida e condivisa infrastruttura informativa, è necessario annoverare anche l'elevata variabilità nei modi di tradurre nella pratica il tema del governo clinico nelle diverse aziende: chi lo promuove prevalentemente come strumento

formativo/informativo, chi come modello di *peer reviewing*, chi come strumento di controllo aziendale a cui legare incentivi. Gli stessi livelli di *commitment* aziendale rispetto al governo clinico sono estremamente variabili e orientati prevalentemente al solo controllo della spesa farmaceutica o al sviluppo organizzativo dei Mmg.

Si osserva una crescente diffusione dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA), per i quali la forma aggregativa è un facilitatore di primaria importanza. Culturalmente essi sono uno strumento oggi accettato e sufficientemente diffuso a livello di Ausl. *Sono invece ancora gravemente lacunose le logiche e gli strumenti di sistematizzazione nell'uso dei PDTA, di verifica dei tassi di reclutamento dei pazienti e di controllo del livello di aderenza ai percorsi e di compliance dei pazienti.* I PDTA rappresentano pertanto ancora soprattutto una innovazione culturale, che stenta a incidere nella pratica clinica e nei correlati strumenti di governo. A questo proposito, una naturale evoluzione della forma aggregativa è la progressiva diffusione della valutazione condivisa tra pari e con l'azienda, a partire dall'analisi dei tassi di reclutamento dei pazienti nei PDTA e della loro *compliance*. L'Ausl, dal canto suo, è spinta dalla forma aggregativa a concepirla progressivamente come un vero e proprio centro di responsabilità, attratta dalla prospettiva di aumentare i contenuti di ruolo, l'autonomia e la responsabilità su risultati codificati. Purtroppo tali impatti positivi auspicati non sono riferibili alla generalità delle forme associative, ma risultano essere distribuiti in modo eterogeneo tra le aziende e nelle aziende, con significativi gradi di variabilità, per i quali, oltretutto, manca una solida base di valutazione.

In generale si osserva come, *in quelle Regioni o aziende dove l'introduzione di iniziative di governo clinico sia stata accompagnata da una stabilità e forte legittimazione aziendale del middle management (direttori di distretto/cure primarie), da un commitment della direzione generale e dal conseguente sviluppo di strumenti quali sistemi informativi integrati o la misurazione delle performance del comportamento professionale, i risultati si sono rivelati particolarmente positivi.* In tali contesti, il governo clinico ha rappresentato il frutto di scelte aziendali

adottate in ottica strategica e su tempi lunghi. Ciò evidenzia come sia necessario prevedere un orizzonte temporale ampio per la stratificazione di strumenti e competenze.

Alla luce delle esperienze positive è, dunque, possibile individuare alcuni *driver* che risultano critici per il successo del modello del governo clinico:

- le caratteristiche degli attori coinvolti: motivazione, *leadership* e *commitment*;
- qualità e stabilità del *middle management*;
- qualità degli incentivi offerti;
- percezione corretta del ruolo del territorio, non come sistema che colma i vuoti lasciati dalle prestazioni ospedaliere ma che contribuisce a ri-orientare e ri-organizzare l'intero sistema sanitario, ivi compreso anche quello ospedaliero.

Al contrario, le esperienze meno virtuose di realizzazione di iniziative di governo clinico mettono in luce alcuni aspetti che possono spiegarne l'insuccesso. Tra questi, è da annoverare *in primis* la mancata definizione in modo chiaro e inequivocabile della figura preposta al governo clinico nei confronti del Mmg. Tale ruolo, in assenza di configurazioni organizzative chiare, è stato spesso vicariato dai farmacisti aziendali, i quali, agendo in supplenza, hanno focalizzato la propria attenzione sul solo tema della prescrizione e del consumo di farmaci.

A ciò si aggiunge la mancata predisposizione di un *set* di strumenti complessivo e coordinato in grado di attivare i meccanismi del governo clinico: l'assenza di *database* condivisi tra Mmg e Ausl, la debole diffusione del *peer review* e dell'*audit* clinico e la mancata definizione di sistemi di programmazione e controllo in grado di orientare i Mmg verso gli obiettivi. Quest'ultimo aspetto è correlato al problema dei tre livelli di negoziazione sindacale e dei pochissimi gradi di libertà/iniziativa/negoziazione lasciati alle Ausl nel governo delle medicina generale. Tutto ciò ha comportato l'applicazione di standard amministrativi anziché generare un virtuoso orientamento al governo del processo. Un nuovo patto tra Ausl, medici di organizzazione e Mmg può sancire una traiettoria di sviluppo di questi strumenti capace di valorizzare e incrementare la professionalità

di tutti gli attori in gioco e di garantire una sanità efficace per i cittadini.

6. Conclusioni

In questo scritto abbiamo riassunto e discusso le evidenze sul livello di sviluppo del sistema delle cure primarie nel Ssn, sul tipo di modelli organizzativi prevalenti, sul grado di dispiegamento degli strumenti di governo. Particolare enfasi è stata posta sulla figura del Medico di medicina generale, pur consapevoli delle loro profonde interdipendenze con il resto degli attori del sistema delle cure primarie.

L'obiettivo è stato diagnostico, con lo scopo di poter valutare ciò che ha funzionato e le criticità presenti, gli *imprinting* culturali e le potenzialità di sviluppo. La fotografia del comparto è stata organizzata attorno a quattro blocchi logici: (1) il ruolo del Mmg nel Ssn, (2) le forme organizzative e di rappresentanza della Medicina generale, (3) le caratteristiche della convenzione e del *middle management* pubblico chiamata a gestirla, (4) i sistemi informativi e i connessi strumenti di governo clinico. Per ognuno di questi temi è stata presentato uno stato dell'arte sintetico interpretativo, che riassume le principali evidenze contenute nella letteratura e discusse con un *panel* di *opinion leader* ed esperti del settore firmatari del presente lavoro. Esso rappresenta un primo passo diagnostico, su cui poter costruire più solide e fondate prospettive di *policy* e di innovazione future.

Note sugli autori

- Mauro Agnello è Direttore sanitario Ospedale Sacco Milano
 Alberto Aronica è Mmg, Consigliere Consorzio Sanità (Co.S)
 Mariadonata Bellentani è dirigente, Sezione Organizzazione Servizi Sanitari OSS, Agenas
 Lucio Boattini è Direttore di Distretto – Ausl Forlì
 Antonio Brambilla è Resp. Assistenza Distrettuale, Pianif. e Sviluppo Servizi Sanitari presso l'Assessorato alla Sanità, Regione Emilia Romagna
 Amelia Compagni è assistant professor, Cergas, Università Bocconi, Milano
 Eleonora Corsalini è ricercatore Cergas Università Bocconi, Milano
 Paolo Da Col è Direttore di Distretto, ASS 1 Triestina
 Antonio Di Malta è Mmg, Amministratore delegato del Consorzio Sanità (Co.S)
 Gianfranco Damiani è professore associato, Istituto d'Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Andrea Donatini è dirigente presso Assistenza Distrettuale, Pianif. e Sviluppo Servizi Sanitari, Assessorato Sanità Regione Emilia Romagna

Massimo Fabi è Direttore generale Ausl Parma

Gilberto Gentili è Presidente CARD, Direttore Distretto Senigallia ASUR Marche, Area Vasta 2 Fabriano

Fulvio Lonati è Direttore delle Cure Primarie, Asl Brescia

Francesco Longo è professore associato, Cergas, Università Bocconi Milano

Paolo Longoni è Mmg, rappresentante CSeRMEG

Gavino Maciocco è docente di Politica sanitaria, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

Giovanni Monchiero è Presidente FIASO, Direttore generale Asl Alba-Bra

Giorgio Monti è responsabile del Dipartimento Management ed Economia Simg

Daniela Riccò è Direttore sanitario Ausl Reggio Emilia

Domenico Salvatore è ricercatore, Università Parthenope, Napoli e Fondazione SDN, Napoli

Piero Salvadori è dirigente Ausl Empoli; dirigente Settore Servizi alla Persona sul Territorio, Regione Toscana
Danilo Spazzapan è Direttore sanitario ASS4 Medio Friuli

Angelo Tanese è responsabile di Controllo di Gestione A.C.O. San Filippo Neri, Roma

Stefano Tasselli è ricercatore Cergas Università Bocconi, Milano

Valeria Tozzi è ricercatore Cergas Università Bocconi, Milano; Resp. Area Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali

Antonino Trimarchi è Direttore Distretto Socio Sanitario Este Montagnana, Padova; Vice Presidente CARD

Emanuele Vendramini è professore associato, Università Cattolica del Sacro Cuore, Sede di Piacenza

Box 1

Messaggi principali

Missione e strategia della Medicina generale:

- Mancano arene pubbliche, che non siano quelle esclusivamente di negoziazione sindacale, in cui si discuta e definisca il ruolo dei Mmg nel Ssn
- I ruoli fino ad ora indicati dalle *policy* sono numerosi e sono cambiati nel tempo ma sono agiti e internalizzati solo parzialmente e a macchia di leopardo nelle aziende e nel Paese
- Numerosi *trend* sistemici fanno sì che si stiano aprendo finestre d'opportunità per un accresciuto ruolo e autonomia professionale dei Mmg nel Ssn e per uno sviluppo delle cure primarie
- È necessario che l'intero settore, i professionisti così come i manager aziendali delle cure primarie, sappiano cogliere queste opportunità

Organizzazione e rappresentanza dei Mmg:

- Nonostante il passaggio dal paradigma del lavoro individuale di Mmg a quello in aggregazione sia avvenuto, il valore aggiunto di questi modelli organizzativi stenta a manifestarsi
- I servizi e le modalità di lavoro congiunto, in particolare con professioni altre rispetto ai Mmg, che dovrebbero essere proprie di forme di aggregazione complesse, non sono state pensati o definiti nei dettagli, lasciando spazio a interpretazioni variabili
- Le aggregazioni multidisciplinari rappresentano, comunque, il modo più concreto per rafforzare un ruolo accresciuto dei Mmg e sviluppare la medicina d'iniziativa, la gestione della cronicità ed aumentano lo spazio di azione e autonomia professionale
- La molteplicità di livelli negoziali rende lenta e meno flessibile l'azione di governo delle Ausl sul sistema di cure primarie e spesso impedisce che obiettivi e strumenti siano effettivamente declinati rispetto alle aggregazioni di Mmg
- La negoziazione dell'accordo sindacale spesso esaurisce le energie istituzionali disponibili per la programmazione aziendale, esautorando la possibilità di sviluppare un robusto sistema aziendale di programmazione e controllo e di governo clinico a supporto dei Mmg, che dovrebbe essere personalizzato sui singoli gruppi di medici e non uniforme per tutta la categoria

Forma contrattuale e meccanismi di responsabilizzazione dei Mmg:

- Ausl «forti» favoriscono lo sviluppo di Mmg «forti», ovvero dalle crescenti competenze e autonomie professionali in forme più strutturate e confortevoli di lavoro: cruciale è il ruolo dei dirigenti di distretti e dei dipartimenti di cure primarie nel saper costruire alleanze professionali con gli Mmg
- Il rapporto convenzionale, se pur con i suoi aspetti positivi, ha fatto sì che si consolidasse una relazione tra Mmg e Ausl più di carattere negoziale ed amministrativo che gestionale
- Le quote variabili del compenso dei Mmg sono raramente usate da parte dell'Ausl come veri strumenti di motivazione e di indirizzo e tendono a perdere di efficacia
- Le pratiche manageriali e le azioni di governo dei responsabili delle cure primarie (dirigenti di distretto/dirigenti cure primarie) sono, in generale, ancora poco organizzate e mostrano una certa frammentarietà oltre che poca incisività

Governo clinico dei Mmg:

- I sistemi informativi di Ausl e di Mmg sono spesso incompatibili tra loro e non integrati, permettendo a ciascun attore di avere solo una fotografia parziale delle cure e servizi forniti nel sistema di cure primarie
- Gli strumenti di governo clinico non sono ancora diffusi in modo omogeneo né pienamente utilizzati, in parte anche a causa di una mancanza di *commitment* e incisività da parte del management aziendale responsabile delle cure primarie
- I sistemi informativi hanno la potenzialità di aiutare Mmg e Aziende nella lettura dei bisogni e nell'indirizzare il ruolo del Mmg e il lavoro delle loro aggregazioni multidisciplinari verso una cultura dell'auto-valutazione e del miglioramento continuo

Appendice 1

Letteratura di riferimento sul sistema delle cure primarie in Italia

ARTICOLI IN PUBBLICAZIONI ITALIANE ED INTERNAZIONALI

Autori	Titolo	Giornale	Anno	Abstract
M.P. Fantini, A. Compagni, P. Rucci, S. Mimmi, F. Longo	General practitioners' adherence to evidence-based guidelines: A multilevel analysis	Health Care Management Review	2012	<p>Background: The growing burden of chronic diseases encourages health care systems to shift services and resources toward primary care. In this sector, general practitioners (GPs) play a key role, and several collaborative organizational models have been implemented in the attempt to improve the clinical effectiveness of GPs, their adherence to evidence-based guidelines, and their capacity to work in multiprofessional teams. However, evidence of the impact of different organizational models is sparse, and little is known about the contribution of these models to the good management of chronic diseases.</p> <p>Purpose: The aim of this study was to examine the relationship of individual sociodemographic characteristics of GPs and collaborative organizational models with the adherence of physicians to evidence-based guidelines for four major chronic diseases (diabetes, heart failure, stroke, and post-acute myocardial infarction).</p> <p>Methodology: Evidence-based indicators for the management of the selected chronic diseases were identified on the basis of the most recent international guidelines. Multilevel logistic regression models were used to identify the correlates of adherence to guidelines, taking into account patient characteristics and comorbidities.</p> <p>Findings: Participation in group practice was associated with different indicators of adherence to guidelines for the management of diabetes and one indicator of post-acute myocardial infarction, whereas other organizational arrangements were linked to GPs' clinical behavior to a lesser degree. Female gender and younger age of GPs were associated with good management of diabetes.</p> <p>Practice Implications: The relative impact of efforts at organizational design in primary care should be evaluated in more detail before further investments are made in this direction. Our findings suggest that the professional attitude of GPs (of which gender and age can be considered proxies) is equally, if not more, important than their organizational arrangement. Hence, attention should be paid to how organizations and managerial tools can support the consolidation and spread of this attitude.</p>
G. Fattore, D. Salvatore	Network organizations of GPs: antecedents and consequences of participation	BMC Health Services Research	2010	<p>Background: Network forms of organization are increasingly popular in primary care. At the end of the 1990s General Practitioners (GPs) in Italy were given the opportunity to adopt network forms of organization with the aim of improving the quality of their services. However factors affecting GPs' choices to join a network and the consequences of network membership have not been evaluated.</p> <p>Methods: Administrative data of a Local Health Authority in Central Italy were analyzed using statistical methods at individual and dyadic levels of analysis.</p> <p>Results: Homophily factors seem to influence a GP's choice of network. The consequences of network membership on GP performances seem very limited.</p> <p>Conclusions: When considering to foster the diffusion of network organizational forms in health care creating a network structure, like that of Italian GPs, is not sufficient. Other features of the implementation phase, work organization and human resource management should also be considered.</p>
F. Morandi, I. Piconi, A. Cicchetti	I sistemi di remunerazione delle performance delle cure primarie: una revisione della letteratura	Politiche Sanitarie	2010	<p>La letteratura organizzativa ha ampiamente analizzato il rapporto esistente tra comportamento organizzativo e sue determinanti, specificando come esso possa essere declinato non solo a livello di performance individuale ma anche di sistema. Tale aspetto non è di certo indifferente al settore sanitario, dove sussistono interessanti correlazioni tra la dinamica retributiva dei professionisti e il perseguimento di performance sia da parte del singolo attore che del sistema salute nell'insieme. Il presente lavoro ha rivolto particolare attenzione alla figura del medico di medicina generale. tale professionista rappresenta un'importante leva nei sistemi sanitari, e nel nostro in particolare, sia nel conseguimento di obiettivi di salute pubblica che per il contenimento della spesa sanitaria. attraverso un'analisi comparativa della letteratura nazionale e internazionale gli autori hanno posto in luce la correlazione esistente nell'ambito delle cure primarie tra l'introduzione dei meccanismi di remunerazione delle performance e comportamenti, risultati e impatti da ciò derivanti.</p>

segue **Appendice 1**

Letteratura di riferimento sul sistema delle cure primarie in Italia

ARTICOLI IN PUBBLICAZIONI ITALIANE ED INTERNAZIONALI

Autori	Titolo	Giornale	Anno	Abstract
L. Orzella, F. Chini, P. Giorgi Rossi, P. Borgia	Physician and patient characteristics associated with prescriptions and costs of drugs in the Lazio region of Italy	Health Policy	2010	<p><i>Objective:</i> Prescribing medications is one of the most important therapeutic activities of a general practitioner (GP) and the quality of such practices is a relevant issue. Our objective was to use regional administrative databases to assess the following: (a) the prevalence of prescription drug use by patient age and gender, (b) different GPs' prescription volumes and average drug expenditure, and (c) how GPs' socio-demographic variables may be considered as predictive factors in their prescribing practices.</p> <p><i>Methods:</i> An observational cross-sectional study was carried out in the primary care setting (GPs and paediatricians only) on drug utilization in the period 1st January–31st December 2007. Poisson regression models were run to estimate the incidence rate ratio (IRR) of prevalence adjusted by patients' age. Linear regression models (for GPs and paediatricians separately) were performed to test the possible association between average drug expenditure and physicians' characteristics.</p> <p><i>Results:</i> The overall prevalence of drug utilization was approximately 65% of the total population and this finding is coherent with other studies. Age was a predictive determinant of average drug expenditure that was significantly higher for the elderly. Younger physicians were more likely to prescribe medications, independent of the presence of any chronic condition in their beneficiaries. Female GPs, those practicing in a group and those practicing in central Rome had a higher average drug expenditure. Results for paediatricians showed that there was a very strong geographical effect that influenced average expenditure.</p> <p><i>Conclusions:</i> Prescribing decisions are subject to a myriad of external factors. The present study shows how physicians' characteristics might affect drug prescription in terms of prevalence of use, costs and consumption. Using regional administrative databases it has been possible to analyse the association between doctors' prescribing habits, their socio-demographic factors and characteristics of their catchments areas. However, the variability in age groups in terms of prevalence, consumption and expenditure suggests that a sophisticated method of analysis will be needed in order to implement strategies and interventions able to optimise resource use in the health care sector.</p>
G. Fattore, F. Frosini, D. Salvatore, V. Tozzi	Social network analysis in primary care: The impact of interactions on prescribing behaviour	Health Policy	2009	<p><i>Objectives:</i> In many healthcare systems of affluent countries, general practitioners (GPs) are encouraged to work in collaborative arrangements to increase patients' accessibility and the quality of care. There are two lines of thought regarding the ways in which belonging to a network can affect GP behaviour: (1) the social capital framework posits that, through relationships, individuals acquire resources, such as information, that allow them to perform better; and (2) the social influence framework sees relationships as avenues through which individual actors influence other individuals and through which behavioural norms are developed and enforced. The objective of this study is to provide an evaluation of the effects of GP network organisation on their prescribing behaviour.</p> <p><i>Methods:</i> We used administrative data from a Local Health Authority (LHA) in Italy concerning GPs organisation and prescriptions.</p> <p><i>Results:</i> We found that GPs working in a collaborative arrangement have a similar prescribing behaviour while we did not find a significant relationship between the centrality of a GP and her capability to meet LHA's targets.</p> <p><i>Conclusions:</i> Our data support the conclusion that, in the case of GP collaboration initiatives, the social influence mechanism is more relevant than the social capital mechanism.</p>
S. Mannino, M. Villa, S. Lucchi, G. Brunelli, G.W. Locatelli, S. Zenoni, F. Longo	Variazioni delle performance dei MMG in relazione alle forme associative	MECOSAN	2009	<p>Le medicine di gruppo hanno performance migliori delle reti e quest'ultime dei medici singoli. Aumenta il tasso di arruolamento dei pazienti e la compliance ai percorsi e quindi il costo complessivo per assistito. Questo non è però spiegato dall'effetto gruppo ma dal meccanismo di autoselezione tra i membri del gruppo. Rispetto alla baseline storica, prima del gruppo, i futuri medici di gruppo erano già i migliori.</p>

segue **Appendice 1**

Letteratura di riferimento sul sistema delle cure primarie in Italia

ARTICOLI IN PUBBLICAZIONI ITALIANE ED INTERNAZIONALI

Autori	Titolo	Giornale	Anno	Abstract
M. Lippi Brunia, L. Nobilio, C. Ugolini	Economic incentives in general practice: The impact of pay-for-participation and pay-for-compliance programs on diabetes care	Health Policy	2009	<p>Objectives: We investigate the impact on quality of care of the introduction of two financial incentives in primary care contracts in the Italian region Emilia Romagna: pay-for-participation and pay-for-compliance with best practices programs.</p> <p>Methods: We concentrate on patients affected by diabetes mellitus type 2, for which the assumption of responsibility and the adoption of clinical guidelines are specifically rewarded. We test the hypothesis that, other things equal, patients under the responsibility of general practitioners (GPs) receiving a higher share of their income through these programs are less likely to experience hospitalisation for hyperglycaemic emergencies. To this end, we examine the combined influence of physician, organisational and patient factors by means of multilevel modelling for the year 2003.</p> <p>Results: Programs aimed at stimulating GP assumption of responsibility in disease management significantly reduce the probability of hyperglycaemic emergencies for their patients.</p> <p>Conclusions: Although it has been recognised that incentive-based remuneration schemes can have an impact on GP behaviour, there is still weak empirical evidence on the extent to which such programs influence healthcare outcomes. Our results support the hypothesis that financial transfers may contribute to improve quality of care, even when they are not based on the ex-post verification of performances.</p>
C. Schoen, R. Osborn, M.M. Doty, D. Squires, J. Peugh, S. Applebaum	A Survey of Primary Care Physicians In Eleven Countries, 2009: Perspectives On Care, Costs, And Experiences	Health Affairs	2009	<p>This 2009 survey of primary care doctors in Australia, Canada, France, Germany, Italy, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, the United Kingdom, and the United States finds wide differences in practice systems, incentives, perceptions of access to care, use of health information technology (IT), and programs to improve quality. Response rates exceeded 40 percent except in four countries: Canada, France, the United Kingdom, and the United States. U.S. and Canadian physicians lag in the adoption of IT. U.S. doctors were the most likely to report that there are insurance restrictions on obtaining medication and treatment for their patients and that their patients often have difficulty with costs. We believe that opportunities exist for cross-national learning in disease management, use of teams, and performance feedback to improve primary care globally.</p>
V. Scardigli	I MMG e il governo della domanda: professione, rapporto coi pazienti e gatekeeping	MECOSAN	2008	<p>Questa ricerca discute delle scelte fatte dalle Aziende Sanitarie per migliorare il governo della domanda. Lo studio si concentra sulla percezione del proprio ruolo da parte dei medici di medicina generale, che include le attività svolte, la relazione con i pazienti, gli strumenti per il governo della domanda, per esempio il budget di distretto. Questo studio ha coinvolto 185 medici di medicina generale tra il 2006 e il 2007.</p>
A. Di Pasquale	Clinical governance in primary care	Journal of Medicine and The Person	2007	<p>Many obstacles oppose clinical governance in primary care: misunderstanding, non systemic approach, inadequate funds, short term vision. Italian welfare context shows a sort of precarious dynamic balance where different components (hospital , primary care, management, patients) apparently fight each other in pursuing their own interests. On the other hand, it is possible to find qualified experiences in clinical governance, clinical audit, data base and disease management. We try to explain the cultural, historical and political reasons for such situation. A pragmatic and free negotiation system appears to be a feasible attempt to conciliate conflicting interests.</p>
F. Longo, L. Heller	La quota retributiva variabile dei MMG: analisi di due casi aziendali	MECOSAN	2003	<p>Managers in Italian health authorities claim they haven't enough power to manage wage of external professionals in convention with SSN (MMG, PLS, Sumaisti) in order to govern their behaviour. This article discusses this assumption analysing general practitioner's payment through data collected in two health authorities. The study shows that performance related payment and other voices (not on capitation basis) represent more than 25% of total earnings. Structure of general practitioners income is also compared within other professionals.</p>

segue **Appendice 1**

Letteratura di riferimento sul sistema delle cure primarie in Italia

RAPPORTI DI RICERCA E LETTERATURA GRIGIA

AGENAS	Progetto Valore: la valutazione dei nuovi modelli organizzativi della medicina generale	Report di ricerca	2012
Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia	Indagine sulla Medicina territoriale: le politiche attive e i problemi aperti	IRER	2010
E. Vendramini	Nuovi scenari per le cure primarie: quali implicazioni manageriali alla luce della nuova convenzione?	Rapporto OASI	2009
AGENAS	Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane	Monitor	2009
L. Heller	Change management nelle cure primarie: l'influenza delle leve aziendali sull'evoluzione degli strumenti manageriali per la medicina generale	Rapporto OASI	2004
L. Heller, P. Tedeschi	Scelte regionali per il governo della Medicina Generale	Rapporto OASI	2004

LIBRI

C. Cipolla, C. Corposanto, W. Tousijn	I Medici di medicina generale in Italia	Franco Angeli	2006
F. Longo, E. Vendramini	Il budget e la medicina generale	McGraw-Hill	2001

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Stefano Bigolaro, Virgilio Castellani

LE SOCIETÀ IN HOUSE NEGLI ENTI LOCALI E NELLA SANITÀ. DAL QUADRO NORMATIVO AL CASO PRATICO

MAGGIOLI EDITORE, SANTARCANGELO DI ROMAGNA, 2012, € 25,00, PP. 228 - ISBN: 8838773149

La pubblicazione ha lo scopo di offrire al lettore, nel complesso scenario della pubblica amministrazione, da un lato una panoramica ampia e aggiornata della normativa vigente relativamente al tema delle «società in house» e, dall'altro, il «caso» di una società (Noveservizi S.r.l.) costituita da un'Azienda sanitaria della Regione Veneto. Dalla teoria alla pratica: in questa logica la pubblicazione assume la specificità di un manuale operativo di supporto a chi intendesse dare vita, specie nell'ambito della sanità pubblica, a una organizzazione con le caratteristiche proprie di una «società in house», intesa come società strumentale alla pubblica amministrazione. Ciò premesso, ben si comprende come questo lavoro, frutto della collaborazione fra avvocati esperti in diritto amministrativo e professionisti che hanno assistito il management di Noveservizi S.r.l. fin dal momento della sua costituzione, intenda catturare l'interesse di chi ricopre posizioni di responsabilità nell'ambito della pubblica amministrazione in generale e della sanità pubblica in particolare.

INDICE PARTE PRIMA. PARTE GIURIDICO-NORMATIVA - 1.1. I DATI NORMATIVI E GIURISPRUDENZIALI DI BASE COMUNITARIA E NAZIONALE - 1.2. LA SITUAZIONE ATTUALE DELLE SOCIETÀ IN HOUSE PER GLI ENTI LOCALI - 1.3. LE SOCIETÀ STRUMENTALI. L'ART. 13 DEL D.L. N. 223/2006 CONVERTITO IN L. N. 248/2006 - 1.4. GLI AMMINISTRATORI DELLE SOCIETÀ PUBBLICHE - 1.5. E REGOLE GIURIDICHE DELL'OPERATO DELLE SOCIETÀ IN HOUSE - PARTE SECONDA. IL CASO AZIENDALE - 2.1. LO STATUTO DELLA SOCIETÀ E IL FUNZIONAMENTO DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE - 2.2. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - 2.3. IL FUNZIONAMENTO E L'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA

Pino De Sario (a cura di)

LA FACILITAZIONE IN SANITÀ. METODI E PRATICHE PER MIGLIORARE IL LAVORO DEGLI OPERATORI SANITARI

IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE, ROMA, 2012, € 22,00, PP. 241 - ISBN: 9788849003987

Finalmente ecco un libro, insieme teorico e pratico, per facilitare gli operatori sanitari e migliorare il lavoro in reparto: direttori, medici e infermieri possono diventare «facilitatori», aumentando produttività e inclusione presso le reti interdipartimento, le unità operative e i tavoli di audit clinico. Questo libro è un prezioso compendio di metodi, strumenti e luoghi di sperimentazione della facilitazione esperta, un nuovo approccio che ha due obiettivi simultanei, lavoro e persone; quattro funzioni operative; diciotto metodi pratici; sette dispositivi di applicazione. All'assistenza del paziente si giunge con una modalità lavorativa corale e negoziale, che unisce fattori e attori dell'azienda sanitaria, capace tuttavia di trasformare stress e limiti in nuove risorse lavorative. Negozialità e competenza diffusa rendono inoltre la facilitazione esperta un metodo per l'équipe ma anche adatto per ridurre costi e sprechi. Un libro che prepara alla nuova sanità, centrata su intensità di cura, équipe multiprofessionali, slow medicine e umanizzazione.

INDICE INTRODUZIONE, DI PINO DE SARIO - PARTE PRIMA. COSA SI INTENDE PER FACILITAZIONE - 1. SUI MODELLI ORGANIZZATIVI, TEORIE EVOLUTE E PRATICHE INADEGUATE, DI MARCO GEDDES DA FILICAIA - 2. LA NECESSITÀ DI MAGGIORE SUPPORTO ALLE PROFESSIONI SANITARIE: NELLE CRITICITÀ, NELL'ERRORE, NEL MALESSERE, DI FRANCESCO VENNERI, PINO DE SARIO - 3 PRINCIPI E DISPOSITIVI DELLA FACILITAZIONE IN SANITÀ, DI PINO DE SARIO - 4 UNA COMPETENZA DA AGGIUNGERE AI RUOLI DI DIRIGENTE, MEDICO, INFERMIERE, DI PINO DE SARIO - PARTE SECONDA. GLI STRUMENTI PRATICI PER FACILITARE, DI PINO DE SARIO - 5. IL CAPITALE FACILITATORE, «UNIRE» FATTORI E ATTORI - 6. LO STRUMENTO OPERATIVO: IL FACE-MODEL - 7. COORDINARE IL LAVORO - 8. COINVOLGERE E RELAZIONARSI NELLE ÉQUIPE - 9. AIUTARE NELLE NEGATIVITÀ IN REPARTO - 10. ATTIVAR E, CONCRETIZZARE, APPRENDERE DAL/NEL LAVORO - PARTE TERZA. APPLICAZIONI IN SANITÀ - LA FACILITAZIONE NEI SISTEMI SANITARI COMPLESSI - 11. LA DIREZIONE SANITARIA E LA FACILITAZIONE, DI FRANCESCA CIRAULO E MARCO GEDDES DA FILICAIA - 12. LA FACILITAZIONE IN UN OSPEDALE MATERNO-INFANTILE: PROBLEMI E APPLICAZIONI, DI GIULIANA PITACCO - 13. ESPERIENZE DI FACILITAZIONE DEL CAMBIAMENTO IN UN OSPEDALE, DI PATRIZIA MONDINI, GABRIELE GIACOMELLI - LA FACILITAZIONE NELLE UNITÀ OPERATIVE - 14. ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO SERVE LA FACILITAZIONE?, DI ISMAELE FUSCO - 15. QUALE FACILITAZIONE IN ONCOLOGIA?, DI LUCIA SAMBO - 16. GLI OPERATORI E L'INSIDIA DELLA NEGATIVITÀ IN UN SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE, DI MARIA LUISA BERNARDI - 17. L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE: ERRORI DA EVITARE PER ENTRARE NEL MONDO DELLA SCUOLA, DI MONICA ROSSELLI - 18. LA FACILITAZIONE NELL'INCERTEZZA: UN'ESPERIENZA NELLE CURE DI FINE VITA, DI GIAMPIERO GENOVESE - LA FACILITAZIONE E LE PROFESSIONI SANITARIE - 19. IL CAPOSALA-FACILITATORE, SPUNTI ED EMERGENZE, DI SIMONA GENSINI, SIMONE BACHERINI - 20. L'INFERMIERE-FACILITATORE E LE RISORSE DA RI-GENERARE, DI FRANCESCO IELO - 21. LA FACILITAZIONE ESPERTA: UNA NUOVA COMPETENZA DA INSEGNARE NEI CORSI UNIVERSITARI PER GLI INFERMIERI?, DI ANDREA BONARINI - UNA PROPOSTA OPERATIVA PER LE AZIENDE SANITARIE - 22. INTERVENTI TIPO NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE, DI PINO DE SARIO

Alberto Rosotti

SISTEMI INFORMATIVI SANITARI

MCGRAW-HILL, MILANO, 2011, € 20,00, PP. 212 - ISBN: 9788838673061

Il panorama dei Sistemi Informativi Sanitari è ampio ed articolato, sicuramente complesso da affrontare senza una guida. Questo volume si rivolge a quanti si confrontano con il nuovo modo di operare delle aziende sanitarie, profondamente caratterizzato dall'Information and Communication Technology. In particolare studenti, candidati a concorsi pubblici ed operatori delle aziende sanitarie che cercano uno strumento di approfondimento chiaro e ricco di esempi pratici che l'autore, un ingegnere, ha tratto dall'attività quotidiana spesa tra medici e infermieri.

INDICE PREFAZIONE - CAPITOLO 1. I CONCETTI DI BASE - 1.1. INTRODUZIONE ALL'INFORMATICA - 1.2. SISTEMI INFORMATIVI E SISTEMI INFORMATICI - 1.3. LE CARATTERISTICHE DI UN SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO - 1.4. I MODELLI DI ORGANIZZAZIONE DEI SISTEMI SANITARI - 1.5. IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO - 1.6. L'ORGANIZZAZIONE DEL SSN ED I LEA - 1.7. ATTORI E PROCESSI DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO - CAPITOLO 2. L'HARDWARE - 2.1. L'HARDWARE: IL MODELLO DI VON NEUMANN - 2.2. IL PROCESSORE - 2.3. LE MEMORIE DEL COMPUTER - 2.4. I DISPOSITIVI DI INPUT ED OUTPUT - 2.5. LA VIRTUALIZZAZIONE ED IL CONSOLIDAMENTO DEI SERVIZI - 2.6. LE RETI DATI - 2.7. LE LINEE DI COMUNICAZIONE - 2.8. INTERNET - 2.9. IL SISTEMA PUBBLICO DI CONNETTIVITÀ - 2.10. POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA - CAPITOLO 3. IL SOFTWARE - 3.1. IL SOFTWARE - 3.2. I LINGUAGGI DI PROGRAMMAZIONE - 3.3. L'UNITÀ DI MISURA DELLA MEMORIA: BIT E BYTE - 3.4. LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI - 3.5. I FILE ED I DOCUMENTI DIGITALI - 3.6. L'ARCHIVIAZIONE DEI DOCUMENTI - 3.7. DATI ED INFORMAZIONI SANITARIE - 3.8. IL RUOLO DEL SOFTWARE NEL SISTEMA SANITARIO - 3.9. INTEGRAZIONE DEL SOFTWARE, MIDDLEWARE ED ERP SANITARI - CAPITOLO 4. SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE IN MEDICINA 4.1. LA FILOSOFIA DEI SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE - 4.2. SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE E CODIFICA IN MEDICINA - 4.3. IDC9-CM - 4.4. SNOMED - 4.5. I DISPOSITIVI MEDICI - 4.6. GLI STRUMENTI ELETTROMEDICALI - CAPITOLO 5. INDICATORI E FLUSSI DATI - 5.1. INTRODUZIONE - 5.2. GLI INDICATORI SANITARI - 5.3. I FLUSSI DATI - 5.4. IL SISTEMA DRG - 5.5. IL SISTEMA RUG - 5.6. LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) - 5.7. LA BANCA DATI NAZIONALE DEI RICOVERI OSPEDALIERI - CAPITOLO 6. I FORMATI STANDARD - 6.1. INTRODUZIONE - 6.2. IL CONCETTO DI STANDARD - 6.3. ENTI NORMATIVI E STANDARD SANITARI - 6.4. LO STANDARD HL7 - 6.5. LO STANDARD DICOM - 6.6. INTEGRATING THE HEALTHCARE ENTERPRISE - CAPITOLO 7. IL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO - 7.1. IL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO - 7.2. L'INTEGRAZIONE DEI SOTTOSISTEMI SANITARI - 7.3. VANTAGGI NELL'USO DEI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI - 7.4. I COMPONENTI DI UN SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO - 7.5. LA SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI - 7.6. CARATTERISTICHE DEI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI - 7.7. PRINCIPALI OSTACOLI ALL'USO DI UN SISTEMA SANITARIO INFORMATIZZATO - 7.8. PAURE, ANSIE E BUONE ABITUDINI NELL'USO DEI SISTEMI INFORMATIVI - 7.9. ESTENSIONE GEOGRAFICA DEI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI - 7.10. ERP E RESPONSABILITÀ NELLA GESTIONE DEI DATI CON-

DIVISI - 7.11. LE AREE DI UN SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO - 7.12. LO STUDIO DI FATTIBILITÀ - 7.13. L'ANALISI SWOT E LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA - 7.14. MODELLI DI PROGETTAZIONE E LINGUAGGI DI MODELLAZIONE - 7.15. I VANTAGGI DELL'USO DI STANDARD - 7.16. ABILITÀ INFORMATICHE DI UN OPERATORE SANITARIO - 7.17. IL COSTO DELL'ANALFABETIZZAZIONE INFORMATICA - CAPITOLO 8. LA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA - 8.1. INTRODUZIONE - 8.2. STRUTTURA DELLA CARTELLA E FABBISOGNI INFORMATIVI DEI REPARTI - 8.3. LE INFORMAZIONI CONTENUTE NELLA CARTELLA - 8.4. LA QUALITÀ DEI DATI ANAGRAFICI: ALIAS, DISTANZA DI LEVENSHTAIN E MERGE - 8.5. CARATTERISTICHE DELLA CARTELLA INFORMATIZZATA - 8.6. VANTAGGI NELL'USO DELLA CARTELLA INFORMATIZZATA - 8.7. L'ACCESSO, LA MODIFICA E LA CANCELLAZIONE DEI DATI - 8.8. ESEMPI D'USO DELLA CARTELLA INFORMATIZZATA - CAPITOLO 9. IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO - 9.1. INTRODUZIONE - 9.2. UN PROGETTO CHE RICHIEDE RISORSE - 9.3. AMBITI DI UTILIZZO - 9.4. PRINCIPALI VANTAGGI - 9.5. QUADRO NORMATIVO E VALORE LEGALE DEL FASCICOLO - 9.6. CONTENUTI DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO - 9.7. LA PRIVACY ED IL CONSENSO ALLA REALIZZAZIONE DEL FASCICOLO - 9.8. LA CODIFICA DEI DATI - 9.9. INFORMAZIONI STRUTTURATE E DESTRUTTURATE - 9.10. DEMATERIALIZZAZIONE DEI DOCUMENTI CARTACEI - 9.11. DEFINIZIONE DEI RUOLI E DEI PROFILI DI ACCESSO - 9.12. ACCESSO AL FASCICOLO DA PARTE DI MEDICI E PAZIENTI - 9.13. ESEMPI DI USO DIRETTO ED INDIRETTO DEL FSE - 9.14. ASPETTI INFRASTRUTTURALI - 9.15. SOLUZIONI ARCHITETTURALI - 9.16. TECNOLOGIE CENTRALIZZATE E DISTRIBUITE - 9.17. ARCHITETTURA E FUNZIONAMENTO DEL FASCICOLO FEDERATO - 9.18. PRINCIPALI OSTACOLI ALL'USO DEL FASCICOLO - 9.19. MINACCE ALLA SICUREZZA DEL FASCICOLO - CAPITOLO 10. I SISTEMI INFORMATIVI SANITARI VERTICALI - 10.1. INTRODUZIONE - 10.2. AREA DI GOVERNO DELL'AZIENDA - 10.3. AREA AMMINISTRAZIONE E CONTROLLO - 10.3. AREA AMMINISTRAZIONE E CONTROLLO - 10.5. AREA DEGLI ACCESSI ALLE PRESTAZIONI SANITARIE - 10.6. AREA OSPEDALIERA - 10.6. AREA OSPEDALIERA - 10.8. AREA TERRITORIALE - CAPITOLO 11. LA TELEMEDICINA - 11.1. INTRODUZIONE - 11.2. BREVE STORIA ED OBIETTIVI DELLA TELEMEDICINA - 11.3. MODALITÀ DI ATTUAZIONE DELLA TELEMEDICINA - 11.4. PRINCIPALI OSTACOLI ALL'USO DELLA TELEMEDICINA - 11.5. LE APPLICAZIONI DELLA TELEMEDICINA - 11.6. ESEMPI DI TELEMEDICINA: I PROGETTI IPOCM ED E-RMETE - 12.1. INTRODUZIONE ALLA TUTELA DELLA PRIVACY - 12.2. IL DECRETO LEGISLATIVO 196/2003 - 12.3. LA VIDEOSORVEGLIANZA - 12.4. LE MISURE MINIME DI SICUREZZA - 12.5. IL TITOLO V DEL D.LGS 196/2003 - 12.6. L'ALLEGATO B DEL D.LGS 196/2003 - 12.7. IL DOCUMENTO PROGRAMMATICO SULLA SICUREZZA - 12.8. PROVVEDIMENTI PER GLI AMMINISTRATORI DEL SISTEMA - 12.9. NORME DEONTOLOGICHE PER IL PERSONALE SANITARIO - CAPITOLO 13. LA SICUREZZA DEI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI - 13.1. INTRODUZIONE - 13.2. PRINCIPALI CAUSE DI PERDITA DI DATI - 13.3. DEFINIZIONI - 13.4. STRUMENTI PER LA SICUREZZA LOGICA E FISICA DEI DATI - 13.5. GLI STANDARD DI SICUREZZA INFORMATICI - BIOGRAFIA DELL'AUTORE

Carmelo Scarcella, Fulvio Lonati (a cura di)

**METODOLOGIE E STRUMENTI PER LA GESTIONE DELLE CURE PRIMARIE.
MODELLI ED ESPERIENZE A CONFRONTO**

MAGGIOLI EDITORE, SANTARCANGELO DI ROMAGNA, 2012, € 20,00, PP. 371 - ISBN: 883877255X

L'approccio agli attuali problemi sanitari territoriali, malattie croniche in primis, richiede una nuova mentalità, nuovi obiettivi, nuovi strumenti: purtroppo, a ciò si è ancora impreparati. Soprattutto è inesistente, nell'immaginario collettivo come tra i medici, l'idea che i servizi sanitari territoriali, quindi le cure primarie, debbano essere supportati e coordinati da una apposita organizzazione, analogamente a quanto avviene negli ospedali mediante la Direzione sanitaria. La pubblicazione intende pertanto offrire alla comunità professionale un contributo originato da una concreta esperienza di governo clinico sul campo: nell'Asl di Brescia si è progressivamente sviluppata una «regia di sistema» dei servizi sanitari locali, tesa, pur nel rispetto dei limiti economici attribuiti, alla presa in carico di tutti gli assistiti, con un approccio globale, continuità delle cure, appropriatezza degli interventi. Ciò mediante la valorizzazione delle cure primarie e grazie alla vivace, appassionata e intelligente partecipazione dei Medici di famiglia. I curatori, generalizzano quanto emerge da tale esperienza, riportando, quali concreti esempi attuativi, metodologie e strumenti di lavoro approntati e messi effettivamente in atto nell'arco degli ultimi dieci anni, attraverso i contributi presentati in occasione del «Percorso di aggiornamento e confronto per Medici di Direzione delle Cure Primarie», organizzato dalla Sezione Lombardia della SItI, Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, negli anni 2011-2012.

INDICE GLOSSARIO - PRESENTAZIONE - 1. SCENARI PER IL GOVERNO E LO SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE. 1.1. GLI SCENARI DELLA SANITÀ FUTURA: ALCUNI QUADRI DI SINTESI - 1.2. I GRUPPI DI CURE PRIMARIE: L'ESPERIENZA DELL'ASL DI PAVIA - 1.3. SPERIMENTAZIONE DI GRUPPI DI CURE PRIMARIE AVANZATI NELL'ASL DI MILANO 1 - 2. SISTEMI INFORMATIVI

AFFERENTI L'AREA DELLE CURE PRIMARIE - 2.1. FOCUS SULLO SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIO-SANITARIO LOMBARDO NELLE CURE PRIMARIE - 2.2. IL SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO PERMANENTE SULLE MALATTIE CRONICHE DELL'ASL DI BRESCIA - 2.3. IL PORTALE INTERNET E IL PROGETTO «ROSETTA» DELL'ASL DI LODI - 3. GOVERNO CLINICO DEI MEDICI DELLE CURE PRIMARIE, ACCORDI AZIENDALI E MECCANISMI INCENTIVANTI - 3.1. GOVERNO CLINICO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE: STATO DELL'ARTE E SFIDE FUTURE - 3.2. GOVERNO CLINICO E SVILUPPO ORGANIZZATIVO DELLE CURE PRIMARIE NELL'ASL DI MONZA BRIANZA - 3.3. NUOVI MODELLI DI LAVORO DEI MEDICI DI CURE PRIMARIE IMPLEMENTATI NELL'ASL DI BERGAMO - 4. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - 4.1. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA NELLA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE E NEI PIANI DI SVILUPPO REGIONALI - 4.2. L'UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE MULTIDIMENSIONALE PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE E UNITARIA DEI MALATI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI NELL'ASL DI BRESCIA - 4.3. IL CENTRO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE DEL DISTRETTO DI VIADANA DELL'ASL DI MANTOVA - 4.4. PRESA IN CARICO PRECOCE IN CURE PALLIATIVE DA PARTE DEL MMG NELL'ASL DI MONZA BRIANZA - 5. PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALI PER LA GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO - 5.1. TRA OSPEDALE E TERRITORIO: DALLA SEGMENTAZIONE ALLA COORDINAZIONE - 5.2. DISSEMINAZIONE E IMPLEMENTAZIONE INTEGRATA DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI NELL'ASL DI BERGAMO - 5.3. PASSAGGIO DAI PIANI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI ALLA PRESA IN CARICO SISTEMATICA DEI MALATI CRONICI: ESPERIENZA DELL'ASL MILANO 2 - 5.4. IL CENTRO TERRITORIALE PER LE MALATTIE RARE DELL'ASL DI BRESCIA - 6. EDUCAZIONE TERAPEUTICA, PROMOZIONE E PRESCRIZIONE PERSONALIZZATA DI STILI DI VITA - 6.1. IL RUOLO DELL'EDUCAZIONE TERAPEUTICA NELLA CRONICITÀ - 6.2. INTERVENTI DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA AL CORRETTO STILE DI VITA RIVOLTI AI BAMBINI IN ECCESSO PONDERALE: L'ESPERIENZA DELL'ASL DI MANTOVA - 6.3. PERCORSO ASSISTENZIALE AL BAMBINO CON ECCESSO PONDERALE: IL PROGRAMMA DI EDUCAZIONE AI CORRETTI STILI ALIMENTARI E MOTORI DEL BAMBINO E DELL'ADOLESCENTE NELL'AMBULATORIO PDF NELL'ASL DI MILANO - 6.4. ESPERIENZE DELL'ASL DI BRESCIA DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA E PRESCRIZIONE PERSONALIZZATA DI STILI DI VITA CON FINALITÀ TERAPEUTICHE - 7. GOVERNO DELL'ASSISTENZA PROTESICA E DEI SERVIZI SANITARI COMPLEMENTARI - 7.1. PERCHÉ UN GOVERNO DELL'ASSISTENZA PROTESICA - 7.2. L'ASSISTENZA PROTESICA NELLE CURE PRIMARIE: ASSISTITI, PRESTAZIONI, COSTI - 7.3. RUOLO DEI DIVERSI ATTORI E PROCESSI DI EROGAZIONE: ANALISI DELLA NORMATIVA E CRITICITÀ - 7.4. IL PIANO DI GOVERNO DELL'ASSISTENZA PROTESICA E I PERCORSI DI SEMPLIFICAZIONE - 7.5. POLITICHE E INDIRIZZI DELLA REGIONE LOMBARDBIA - 7.6. DALL'ADOZIONE DEL SOFTWARE WEB REGIONALE ASSISTANT-RL ALLA COSTITUZIONE DELL'ELENCO REGIONALE FORNITORI DI PROTESICA - 7.7 UN'ESPERIENZA DI PIANO DI GOVERNO DELL'ASSISTENZA PROTESICA CON INTERVENTI MIRATI AI PRESCRITTORI E AI MMG - 8. GOVERNO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA - 8.1. MECCANISMI DI REGOLAMENTAZIONE E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA - 8.2. BUONA QUALITÀ DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE E APPROPRIATEZZA NELL'USO DELLE RISORSE: ESPERIENZA DELL'ASL DI BERGAMO - 8.3. UNO STRUMENTO DI GOVERNO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA: IL «PUD», PRONTUARIO UNICO ALLA DIMISSIONE DELL'ASL DI PAVIA - 8.4. PILLOLE DI BUONA PRATICA CLINICA PER MEDICI E DI EDUCAZIONE SANITARIA PER CITTADINI E PROGETTO AIFA-REGIONE DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO LORO ASSOCIATO NEL GOVERNO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA - 9. LA VALORIZZAZIONE DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA E DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE - 10. COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE, AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE DEI MEDICI DELLE CURE PRIMARIE - RACCOLTA DELLE LINEE DI INDIRIZZO CONDIVISE DAI PROFESSIONISTI PER IL GOVERNO DELLE AREE DI LAVORO AFFERENTI LE CURE PRIMARIE

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

MATHAUER I., NICOLLE E.

A global overview of health insurance administrative costs: what are the reasons for variations found?

Health Policy, 2011, 102 (2-3), pp. 235-246

BRENNA E.

Quasi-market and cost-containment in Beveridge systems: The Lombardy model of Italy

Original Research Article

Health Policy, 2011, 103 (2-3), pp. 209-218

TIEMANN O., JONAS SCHREYÖGG J., BUSSE R.

Hospital ownership and efficiency: A review of studies with particular focus on Germany

Health Policy, 2012, 104 (2), pp. 163-171

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

DOVEY S., TILYARD M., CUNNINGHAM W., WILLIAMSON M.

Public and private funding of general practice services for children and adolescents in New Zealand

Health Policy, 2011, 103 (1), pp. 24-30

BERNET F., PATRICK M., CARPENTER C.E., SAUNDERS W.J.

The impact of competition among health care financing authorities on market yields and issuer interest expenses

Journal of Health Care Finance, 2011, 38 (1), pp. 55-7

VÉLEZ-GONZÁLEZ H., PRADHAN R., WEECH-MALDONADO R.

The role of non-financial performance measures in predicting hospital financial performance: the case of for-profit system hospitals

Journal of Health Care Finance, 2011, 38 (2), pp. 12-23

LEATHERMAN S., METCALFE M., GEISLER K., DUNFORD C.

Integrating microfinance and health strategies: examining the evidence to inform policy and practice

Health Policy and Planning, 2012, 27 (2), pp. 85-101

BLEICH S.N., CHANG H.Y., LAU B., STEELE K., CLARK J.M., RICHARDS T., WEINER J.P., WU A.W., SEGAL J.B.

Impact of bariatric surgery on health care utilization and costs among patients with diabetes

Medical Care 2012, 50 (1), pp. 58-65

GANDJOUR A., CHERNYAK N.

A new prize system for drug innovation

Health Policy, 2011, 102 (2-3), pp. 170-177

BAUSCHKE R.

Regulatory agencies, pharmaceutical information and the Internet: a European perspective

Health Policy, 2012, 104 (1), pp. 12-18

ECONOMIA DEL FARMACO

KULSOMBOON V., BONG-MIN Y., HU S.

Bridging the gap in PharmacoEconomics and outcomes research between researchers, policymakers, and practitioners in the Asia-Pacific Region

Value in Health, 2012, 15 (suppl.1), pp. S1-S2

KENNEALLY M., WALSH E.

Pharmaceutical cost-containment policies and sustainability: recent Irish experience

Value in Health 2012, 15(2), pp. 389-393

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

MAIER C.B., MARTIN-MORENO J.M.

Quo vadis SANEPID? A cross-country analysis of public health reforms in 10 Post-Soviet States

Health Policy, 2011, 102 (1), pp. 18-25

SALISBURY C., STEWART K., PURDY S., THORP H., CAMERON A., LART R., PECKHAM S., CALNAN M.

Making the most of evaluation: a mixed methods study in the English NHS

Journal Health Services Research and Policy, 2011, 16 (3), pp. 218-225

YU Y., SUN X., ZHUANG Y., DONG X., LIU H., JIANG P., YU Z., ZHANG Y.

What should the government do regarding health policy-making to develop community health care in Shanghai?

International Journal of Health Planning and Management, 2011, 26 (4), pp. 379-435

HALEY D.R., BÉG S.A.

The road to recovery: Egypt's healthcare reform

International Journal of Health Planning and Management, 2012, 27 (1), pp. e83-e91

GAYNOR M., LAUDICELLA M., PROPPER C.

Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS

Journal of Health Economics, 2012, 31 (3), pp. 528-543

RYAN A.M., DORAN T.

The effect of improving processes of care on patient outcomes: evidence from the United Kingdom's quality and outcomes framework

Medical Care, 2012, 50 (3), pp. 191-199

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

FULOP N., WALTERS R., SPURGEON P.

Implementing changes to hospital services: Factors influencing the process and «results» of reconfiguration

Health Policy, 2012, 104 (2), pp. 128-135

BORGHANS I., KOOL R.B., LAGOE R.J., WESTERT G.P.

Fifty ways to reduce length of stay: An inventory of how hospital staff would reduce the length of stay in their hospital

Health policy, 2012, 104 (3), pp. 222-233

WILLIAMS I.

Organizational readiness for innovation in health care: some lessons from the recent literature

Health Services Management Research, 2011, 24 (4), pp. 213-218

SPURGEON P., MAZELAN P., BARWELL F.

The organizational stress measure: an integrated methodology for assessing job-stress and targeting organizational interventions

Health Services Management Research, 2012, 25 (1), pp. 7-15

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

FAREED N., OZCAN Y.A., DESHAZO J.P.

Hospital electronic medical record enterprise application strategies: Do they matter?

Health Care Management Review, 2012, 37 (1), pp. 4-13

TRUDEL M-C., PARÉ G., LAFLAMME J.

Health information technology success and the art of being mindful: Preliminary insights from a comparative case study analysis

Health Care Management Review, 2012, 37 (1), pp. 31-42

PIPERSBURGH J.

The push to increase the use of EHR technology by hospitals and physicians in the United States through the HITECH Act and the Medicare incentive program

Journal of Health Care Finance, 2011, 38 (2), pp. 54-78

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

GOLAN O., HANSEN P., KAPLAN G., TAL O.

Health technology prioritization: Which criteria for prioritizing new technologies and what are their relative weights?

Health Policy, 2011, 102 (2-3), pp. 126-135

PALMHØJ NIELSEN C., FUNCH T.M., FINN BØRLUM K.

Health technology assessment: research trends and future priorities in Europe

Journal of Health Services Research and Policy, 2011, 16 (4), pp. 6-15

BARRY M.

Documenting the genie's escape: robotic surgery

Medical Care, 2011, 49 (4), pp. 340-342

EPSTEIN A.J., KETCHAM J.D., RATHORE S.S., GROENEVELD P.W.

Variations in the use of an innovative technology by payer: the case of drug-eluting stents

Medical Care, 2012, 50 (1), pp. 1-9

STAFINSKI T., MENON D., MCCABE C., PHILIPPON D.J.

To fund or not to fund; development of a decision-making framework for the coverage of new health technologies

Pharmacoeconomics, 2011, 29 (9), pp. 771-780

VALUTAZIONI ECONOMICHE

SØGAARD R., LINDHOLT J.

Evidence for the credibility of health economic models for health policy decision-making: a systematic literature review of screening for abdominal aortic aneurysms

Journal of Health Services Research and Policy, 2012, 17, pp. 44-52

NEYT M., VAN BRABANDT H.

The Importance of the comparator in economic evaluations: working on the efficiency frontier

Pharmacoeconomics, 2011, 29 (11), pp. 913-916

JIT M., BRISSON M.

Modelling the epidemiology of infectious disease for decision analysis

Pharmacoeconomics, 2011, 29 (5), pp. 371-386

VAN GESTEL A., GRUTERS J., SCHOUTEN J., WEBERS C., BECKERS H., JOORE M., SEVERENS J.

The role of the expected value of individualized care in cost-effectiveness analyses and decision making

Value in Health, 2012, 15 (2), pp. 13-21

Ringraziamenti

Si ringraziano per la preziosa collaborazione svolta negli anni 2010 e 2011 i Referee che hanno valutato gli articoli e supportato gli autori nella stesura dei lavori proposti e pubblicati sulla rivista Mecosan:

Paola Adinolfi, Fabio Amatucci, Patrizio Armeni, Mara Bergamaschi, Elio Borgonovi, Luca Buccoliero, Sara Buffetti, Claudio Caccia, Stefano Calciolari, Michela Canobbio, Clara Carbone, Pierluigi Catalfo, Maria Caterina Cavallo, Matteo Cecchi, Rosanna Coppo, Eleonora Corsalini, Lisa Cosmi, Corrado Cuccurullo, Mario Del Vecchio, Carlo De Pietro, Maria Pia Fantini, Giovanni Fattore, Andrea Francesconi, Davide Galli, Federica Gazzotti, Guido Giordana, Isabella Giusepi, Claudio Jommi, Carlo Lazzaro, Francesca Lecci, Federico Lega, Rosella Levaggi, Francesco Longo, Erika Mallarini, Marta Marsilio, Roberta Montanelli, Guglielmo Pacileo, Anna Prenestini, Valeria Rappini, Laura Rasero, Irene Roma, Alberto Romolini, Salvatore Russo, Domenico Salvatore, Marco Sartirana, Valeria Tozzi, Rosanna Tarricone, Emanuele Vendramini, Stefano Villa.

MECOSAN CLICK

«La copia esatta della rivista cartacea»

In un unico CD-rom l'annata 2011 di MECOSAN + il repertorio informatizzato MECOSAN BIT

Il CD-rom contenente tutta l'annata sarà inoltrato **GRATUITAMENTE** a tutti coloro che hanno già sottoscritto l'abbonamento a **MECOSAN click 2011**, integrato dal repertorio dell'anno per una tempestiva consultazione.



Roma, luglio 2012

CEDOLA D'ORDINE **MECOSAN click 2011 + MECOSAN BIT 2011** IN CD-ROM

Programma abbonamento 2012

Spediz. in abb. postale, art. 1, c. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04) - Roma

Spett. **SIPIS** s.r.l.

Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it - www.sipis.it

- Vi prego di voler inoltrare, con destinatario il nominativo sotto indicato, l'annata di **Mecosan 2011** in un unico CD-rom, alle condizioni che ne regolano l'uso (*)

MECOSAN click 2011 + MECOSAN BIT 2011

- al prezzo di € **350,00** (in quanto non abbonato a **Mecosan 2011** cartaceo)
 € **210,00** (in quanto già abbonato a **Mecosan 2011** cartaceo)
 GRATIS (in quanto già abbonato al supplemento **Mecosan click 2011**)

- Pertanto:

- accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**
- ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata
- ho versato l'importo con **bonifico bancario** (con eventuali spese di commissione bancaria a mio carico) sul c.c. della Banca Intesa San Paolo di Roma IBAN: IT 37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM
Barrare la casella che interessa

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... lì

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

(*) **Mecosan click: «La copia esatta della rivista cartacea»**

Per la consultazione di **MECOSAN click**, è necessario che nel PC sia installato il programma Acrobat Reader, versione 4 o successiva.

I files.pdf sono protetti; sarà necessario digitare l'apposita password di ingresso.

La SIPIS s.r.l. è titolare dei diritti di proprietà intellettuale sui contenuti della rivista. Non sono consentiti la riproduzione anche temporanea o parziale, l'elaborazione, la comunicazione o trasmissione, e/o di sue elaborazioni, nonché l'estrazione e/o il reimpiego del contenuto della rivista o di sue parti rilevanti e/o sostanziali ovvero l'estrazione e/o il reimpiego ripetuti e sistematici di parti non rilevanti e/o sostanziali della stessa.

La redazione sarà grata ai lettori che segnaleranno inesattezze, mancanze o meri errori materiali, possibili nella preparazione editoriale e informatica.

È L'ORA DEL RINNOVO

OGGETTO: rinnovo dell'abbonamento a **RAGIUSAN + RAGIUSAN CLICK**

Egregio lettore,

la sua esperienza operativa nell'ambito del mondo della sanità La pone, pressoché ogni giorno, a confronto con problematiche di natura giuridica, amministrativa, organizzativa e tecnico-funzionale, in rapporto alle quali è indispensabile poter disporre di un adeguato background di notizie comparate nel quadro normativo di riferimento e di informazioni attendibili sui vari fattori che a livello politico-amministrativo, giurisdizionale e dottrinale concorrono a determinare l'evoluzione del sistema.

*La rivista **Ragiusan**, Rassegna giuridica della sanità, svolge come Ella sa, in tale campo, da anni, una funzione leader.*

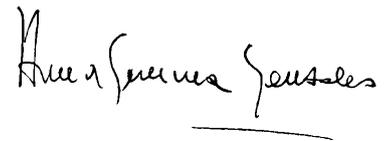
***Ragiusan**, nei suoi 28 anni di vita, ha saputo imporsi come strumento autorevole di approfondimento giuridico-amministrativo, per tutti coloro che operano nel mondo della sanità.*

*In più, **Ragiusan** si è dotata del supporto informatico **Ragiusan click**, la copia esatta della rivista su **CD-rom**, in formato **PDF**, che Le permetterà una pratica consultazione della rivista anche sul Suo PC, con tutti i vantaggi che da ciò derivano.*

*Tali ragioni L'hanno convinta ad essere già abbonato a **Ragiusan** o La convinceranno a diventarlo; mi auguro che sottoscriva subito l'abbonamento per il 2012 a **Ragiusan**, per sé e per i suoi collaboratori.*

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE EDITORIALE



Roma, marzo 2012

ABBONAMENTO **RAGIUSAN 2012**

Programma abbonamento 2012

Spediz. in abb. postale, art. 1, c. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04)

Spett. **SIPIS** s.r.l., Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it - www.sipis.it

● Vi prego di voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano:

- n. abbonamenti a **RAGIUSAN cartaceo** al prezzo di € 810,00;
- n. abbonamenti a **RAGIUSAN cartaceo + RAGIUSAN click** al prezzo complessivo di € 1.240,00;
- n. abbonamenti a **RAGIUSAN click** al prezzo di € 1.280,00 (per chi non intenda abbonarsi alla versione cartacea di **Ragiusan**).

● Pertanto:

- accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**;
- ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata;
- ho versato l'importo con **bonifico bancario** (con eventuali spese di commissione bancaria a mio carico) sul c.c. della Banca Intesa San Paolo di Roma IBAN: IT 37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM.

Barrare la casella che interessa

..... lì

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

Costo dell'abbonamento per l'anno 2012: € 350,00

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 2012 è fissato in:

€ 350,00 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 2012 per l'estero è fissato come segue: € 350,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 450,00, 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) € 345,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) € 345,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) € 345,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) € 345,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640) € 345,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648) € 345,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700) € 345,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 345,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716) € 345,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712) € 345,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 350,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636) € 350,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636) € 350,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636) € 350,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620) € 350,00 *
Volume 16°, annata 2007 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 692) € 350,00 *
Volume 17°, annata 2008 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 688) € 350,00 *
Volume 18°, annata 2009 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712) € 350,00 *
Volume 19°, annata 2010 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 600) € 350,00 *
Volume 20°, annata 2011 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 616) € 350,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 5.907,50, anziché € 6.950,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.